EL PAPEL DE LA MÚSICA EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL Y SU RELACIÓN CON LA CONCIENCIA INTEROCEPTIVA, LA GRANULARIDAD EMOCIONAL Y EL BIENESTAR EMOCIONAL.

Informe Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para obtener el título de Psicólogas

Laura Sofia Belalcázar Victoria

Anyely Muñoz Hurtado

Karen Lizeth Rios Rodriguez

Dirigido por: Julian Céspedes Guevara, PhD

Universidad Icesi

Facultad de Ciencias Humanas

Departamento de Estudios psicológicos

Santiago de Cali

2026

Resumen

La música es una de las estrategias de regulación emocional más utilizadas por los jóvenes adultos en su vida cotidiana; sin embargo, su impacto sobre la salud mental depende de la forma en que se emplea. El presente estudio examinó las relaciones entre la conciencia interoceptiva, la granularidad emocional y el uso de la música como estrategia de regulación emocional, así como su asociación con indicadores de salud mental en una muestra de adultos jóvenes colombianos. Se implementó un diseño no experimental correlacional (n = 163, 18-45 años de edad) que escuchaban música frecuentemente. Se aplicaron los cuestionarios MAIA, TMMS-24, HUMS, HADS, CRAFFT y la Escala de Bienestar de Warwick-Edinburgh. Los datos se analizaron mediante correlaciones y regresiones jerárquicas múltiples. Los resultados confirmaron en su mayoría las hipótesis. Se encontró una relación positiva y significativa entre la conciencia interoceptiva y la granularidad emocional, lo que sugiere que percibir con mayor precisión las señales corporales facilita la diferenciación de los estados emocionales. La conciencia interoceptiva se asoció con un uso más adaptativo de la música y negativamente con el uso desadaptativo. La granularidad emocional se asoció de manera negativa con el uso no saludable, aunque no predijo significativamente el uso saludable. El uso no saludable de la música emergió como el predictor más potente de ansiedad, depresión y consumo problemático de sustancias. Se concluye que la conciencia interoceptiva y la granularidad emocional son procesos clave en la regulación emocional con música y en la promoción del bienestar psicológico, con implicaciones prácticas para el diseño de intervenciones de prevención en salud mental en población de jóvenes adultos.

Palabras claves: Conciencia interoceptiva, habilidad interoceptiva, granularidad emocional, regulación emocional, música.

Keywords: Interoceptive awareness, interoceptive skill, emotional granularity, emotional regulation, music.

Tabla de contenido

Introducción **5**
Interocepción 9
Granularidad emocional 11
Regulación emocional 13
Bienestar emocional 19
El presente estudio **21**
Objetivos específicos 22
Método **24**
Diseño de investigación 24
Participantes 24
Materiales 25
Medidas 26
Procedimiento 31
Análisis de datos 31
Resultados **32**
Análisis descriptivos **33**
Granularidad emocional (TMMS) 33
Conciencia interoceptiva (MAIA) 34
Tarea de Interocepción cardíaca de Schandry 36
Regulación emocional con música (HUMS) 37
Sintomatología depresiva y ansiosa (HADS) 39
Consumo de sustancias psicoactivas (CRAFFT) 40
Bienestar psicológico (Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale) 41
Pruebas de hipótesis **43**
Asociación entre conciencia interoceptiva (MAIA) y granularidad emocional (TMMS) . 43
Asociación entre conciencia interoceptiva (MAIA) y usos de la música para la regulación emocional (HUMS) 43
Correlación entre granularidad emocional (TMMS) y uso de la música (HUMS) 44
Asociación de la granularidad emocional (TMMS) con bienestar emocional Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale) y con uso saludable de la música (HUMS) 45
Asociación entre uso saludable de música, conciencia interoceptiva y granularidad emocional 45
Asociación entre conciencia interoceptiva, granularidad emocional, usos de la música y bienestar psicológico-emociones positivas 46

Asociación entre conciencia interoceptiva, granularidad emocional, usos de la música y bienestar psicológico - funcionamiento positivo 47
Asociación entre conciencia interoceptiva, granularidad emocional, usos de la música y niveles de depresión 48
Asociación entre conciencia interoceptiva, granularidad emocional, usos de la música y niveles de ansiedad 51
Asociación entre consumo problemático de sustancias psicoactivas, conciencia interoceptiva, granularidad emocional y usos de la música 52
Discusión 55
Limitaciones 61
Conclusiones 63
Referencias 66
Anexos 72

Introducción

Imagine que usted está estudiando para un examen importante. Luego de un momento, usted empieza a notar que su respiración y su corazón se aceleran, sus manos sudan y siente un nudo en el estómago. Lo primero que usted piensa es que se está enfermando, pero al detenerse a pensar, se da cuenta de que en realidad lo que está sintiendo es miedo a fallar y preocupación por no cumplir sus propias expectativas. Entonces, usted decide escuchar un poco de música para calmarse y poder concentrarse en su estudio. Este ejemplo ilustra tres procesos psicológicos interrelacionados: la interocepción, que consiste en la percepción de sensaciones corporales (respiración, ritmo cardíaco, manos sudorosas); la granularidad emocional, es decir, la habilidad de diferenciar qué emoción se está experimentando; y la regulación emocional, la implementación de estrategias adaptativas para modificar las respuestas emocionales de acuerdo con las metas de la persona. Precisamente, la presente investigación pretende analizar la relación entre los hábitos de regulación emocional con música, la conciencia interoceptiva y la granularidad emocional, así como sus implicaciones para el bienestar emocional de las personas.

Durante las últimas décadas, en sociedades industrializadas, la música se ha convertido en un elemento central en la vida emocional de las personas, pues es utilizada tanto para el disfrute, como para la autorregulación de estados afectivos (Baltazar & Saarikallio, 2016). Los jóvenes son probablemente el grupo de edad que más utiliza la música

como estrategia de regulación emocional: adolescentes y jóvenes recurren con frecuencia a la música como un medio para poder expresar sus emociones, construir un sentido de identidad personal o social, además de aliviar tensiones psicológicas y alivianar estados afectivos intensos asociados a los desafíos propios de la etapa (Marín, 2023). Un estudio reveló que el 73,8% de los participantes utilizaba la música como recurso de autorregulación emocional y reducción de la ansiedad durante el confinamiento causado por el COVID-19 (Martín et al., 2021, p. 4). Resulta por tanto interesante, indagar hasta qué punto estos usos cotidianos de la música pueden contribuir a promover el bienestar psicológico y a prevenir el desarrollo de dificultades de salud mental de jóvenes, una de las poblaciones más afectadas por dificultades de salud mental.

Investigaciones recientes señalan que existe una prevalencia global de depresión del 33,6% y de ansiedad del 39,0% en estudiantes universitarios a nivel mundial (Li et al., 2022). Según un informe preliminar de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) un 64% de los jóvenes están en riesgo de sufrir depresión, con un 30% y un 80% más de probabilidades de presentar síntomas de depresión o ansiedad que los adultos.

Junto con la ansiedad y la depresión, el consumo problemático de sustancias psicoactivas actualmente constituye uno de los tres principales problemas de salud mental en jóvenes universitarios. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2022), un consumo se considera problemático cuando éste interfiere significativamente en áreas como las relaciones familiares, sociales, la salud, actividades cotidianas como el estudio y el trabajo, o cuando ocasiona problemas económicos o legales.

En el contexto colombiano, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) en su portal de datos ENLACE, estimó que los trastornos por consumo de drogas causaron cerca de 0.35 muertes por cada 100.000 habitantes, ubicando al país entre el 60 y 80% de los niveles más altos de carga por enfermedad entre los países de la región. Por esta línea, el Observatorio de Salud de Bogotá (2024) informa que el ciclo de vida con mayor porcentaje de casos notificados es la adultez con 42.6%, y la juventud no se queda atrás pues posee el 41.0% siendo el segundo grupo más afectado. Además, datos de 2025, indican que los jóvenes representan el 41.2% es decir 2.627 de los casos notificados por uso problemático de sustancias psicoactivas en la población general.

Como se mencionó antes, en las últimas décadas, la investigación psicológica ha documentado cómo las personas usan la música en búsqueda de autorregularse y promover su bienestar. Sin embargo, también se ha encontrado que la música puede ser empleada de manera desadaptativa, para la rumiación o la amplificación de emociones negativas que pueden intensificar el malestar subjetivo (Miranda & Claes, 2009; Chin & Rickard, 2012).

Resulta crucial entonces comprender cómo las personas utilizan la música para regular sus emociones y qué mecanismos están asociados con las formas saludables y no saludables de autorregulación emocional con música. Dado que la experiencia musical involucra tanto respuestas fisiológicas como cognitivas y afectivas, su estudio requiere integrar distintos niveles de análisis e implica explorar los procesos internos que intervienen cuando sentimos, interpretamos y modulamos nuestras emociones.

Desde la perspectiva constructivista, una emoción ocurre cuando la persona incorpora los conocimientos previos adquiridos para conceptualizar su experiencia afectiva presente (Barrett, 2017, como se citó en Ip et al., 2023)). Según el modelo teórico de Barrett (2017), las experiencias previas y el conocimiento sobre emociones es usado por el cerebro para predecir y dar significado tanto a las señales corporales –las sensaciones interoceptivas– como a los estímulos provenientes del entorno durante un episodio emocional. Barrett propone que este conocimiento previo incluye características sensoriales, motoras y mentales abstractas que, al integrarse con los procesos cognitivos de interpretación, permiten organizar y proveer sentido al presente, anticipando la emoción esperada y dándole sentido a la experiencia actual. De esta forma, la experiencia emocional no resulta ser una reacción automática, sino una construcción que se manifiesta según la interpretación aprendida de los estados corporales y situacionales (Barrett, 2017). En consecuencia, las emociones implican un proceso de construcción que muestra la manera en que cada persona desde su historia de vida, y lo que ha aprendido sobre emociones en su proceso de socialización, interpreta su propio estado corporal y situacional.

La presente investigación se basa en este enfoque teórico constructivista con el propósito de avanzar en la comprensión de la asociación entre el uso de la música para la regulación emocional y la promoción del bienestar emocional de jóvenes. Para esto, se analizó la relación entre esos fenómenos con dos procesos psicológicos involucrados en la construcción de episodios emocionales: la conciencia interoceptiva, es decir, la capacidad de percibir las sensaciones internas del cuerpo (Critchley & Garfinkel, 2017), y la granularidad

emocional, la habilidad de clasificar con precisión los estados emocionales en lugar de referirse a ellos de manera ambigua (Smidt & Suvak, 2015).

Interocepción

La interocepción consiste en la percepción y evaluación de las señales internas del cuerpo, las cuales informan sobre el estado fisiológico del organismo (Critchley & Garfinkel, 2017). Más allá de su función biológica, este proceso cumple un papel esencial en la construcción de las emociones, puesto que, según la teoría construccionistas, las emociones no son reacciones automáticas, sino experiencias construidas a partir de cómo la persona percibe e interpreta sus estados internos en relación con el contexto (Barrett, 2017). Por ejemplo, notar el aumento del ritmo cardiaco y la tensión muscular puede facilitar que una persona distinga entre sentir ansiedad o entusiasmo, lo cual contribuye a una representación más clara de su experiencia emocional. En consecuencia, reconocer las señales corporales con precisión favorece tanto la diferenciación emocional como la regulación de las respuestas afectivas, ya que permite actuar de forma más consciente frente a lo que se siente.

Diversas investigaciones han demostrado que la habilidad interoceptiva se encuentra estrechamente relacionada con la regulación emocional y el bienestar psicológico. Por ejemplo, Füstös et al. (2013) examinaron cómo la conciencia interoceptiva influye en la eficacia de la reevaluación cognitiva como estrategia de regulación emocional. En su estudio, 28 participantes fueron expuestos a imágenes con contenido emocional negativo mientras empleaban estrategias de *reappraisal* (alterar el significado personal de un evento emocional para mejorar la atención a respuestas emocionales (Wang & Yin, 2023)) al tiempo que se

registraban sus respuestas fisiológicas y cerebrales mediante un electroencefalograma (EEG). Los resultados mostraron que las personas con mayor conciencia interoceptiva presentaban una mayor modulación neuronal en regiones frontales vinculadas al control emocional y una reducción significativa de la activación fisiológica (Füstös et al., 2013, p. 913). Este hallazgo sugiere que la capacidad de percibir y atender a las señales corporales internas actúa como un facilitador para la implementación de estrategias cognitivas de regulación emocional, fortaleciendo el control afectivo consciente.

En otro estudio reciente, Tan et al. (2023) exploraron la relación entre atención interoceptiva y el uso habitual de estrategias de regulación emocional en la vida cotidiana, a través de un diseño longitudinal basado en el método de muestreo de experiencias un método de investigación que recopila datos sobre las experiencias subjetivas de una persona en su vida diaria a través de autoinformes realizados en momentos aleatorios (Larson & Csikszentmihalyi, 2014). Los autores evaluaron los niveles de atención interoceptiva, conciencia emocional y estrategias de regulación usadas frente a situaciones negativas. Los resultados mostraron que un mayor nivel de atención interoceptiva se asociaba con un uso más frecuente de estrategias adaptativas, como la reevaluación cognitiva y con una mayor flexibilidad emocional para ajustar la respuesta según la intensidad del evento emocional (Tan et al., 2023, p. 1478). Además, la conciencia emocional se identificó como un mecanismo mediador clave entre la percepción interoceptiva y la regulación emocional. Estos hallazgos respaldan la idea de que una mayor sensibilidad y atención hacia los estados

corporales internos no solo facilita la comprensión emocional, sino que también se asocia con un mejor ajuste psicológico y bienestar afectivo.

Una notable excepción es el estudio de Maekawa et al. (2024), quienes investigaron cómo la sensibilidad interoceptiva modula las respuestas fisiológicas y neuronales ante la música. En este estudio, los participantes fueron clasificados según su nivel de sensibilidad interoceptiva mediante una tarea de detección de latidos cardíacos. Posteriormente, escucharon fragmentos musicales mientras se registraban cambios en la frecuencia cardíaca y la actividad cerebral mediante resonancia magnética funcional. Así, los resultados mostraron que los individuos con alta sensibilidad interoceptiva presentaron incrementos significativos en la frecuencia cardíaca durante la escucha musical, así como una mayor activación en la ínsula anterior, región clave en el procesamiento de señales corporales internas y en la integración emoción-cuerpo.

Estos hallazgos sugieren que las diferencias individuales en la capacidad para percibir señales corporales influyen en la intensidad de las respuestas emocionales inducidas por la música, apoyando la hipótesis de que la interocepción constituye un mecanismo central en la experiencia emocional musical.

Granularidad emocional

La granularidad emocional se define como la capacidad de una persona para clasificar o etiquetar sus emociones con un alto grado de precisión, teniendo en cuenta el contexto (Smidt & Suvak, 2015, p.1). Es decir, una persona con alta granularidad, en lugar de expresar

o experimentar sus emociones de manera vaga cómo: “sentirse mal” puede identificar y diferenciar variaciones ejemplo “sentir culpa” “frustración” “decepción”.

También está asociada a un mejor ajuste psicológico, ya que permite comprender y responder de manera más adaptativa a los estados afectivos. Por ejemplo, los autores Kashdan et al. (2015) encontraron que las personas con mayor granularidad emocional presentan menores niveles de síntomas depresivos y de ansiedad, ya que pueden identificar con mayor precisión las causas de su malestar. De manera similar, Tugade et al. (2004) reportaron que los individuos con alta granularidad emocional son más resilientes ante el estrés y tienden a utilizar estrategias de regulación emocional más adaptativas, como la reevaluación o la búsqueda de apoyo, en comparación con aquellos con baja granularidad.

También, la evidencia empírica reciente ha respaldado la importancia de la granularidad emocional para la adaptación psicológica. Por ejemplo, O’Toole et al. (2021), mediante un estudio de muestreo de experiencias, examinaron la relación entre la diferenciación emocional negativa y la selección de estrategias de regulación emocional en la vida cotidiana. Sus resultados sugieren que las personas con mayor capacidad para diferenciar sus emociones muestran patrones más flexibles y adaptativos de regulación emocional.

De manera complementaria, el metaanálisis realizado por Seah y Coifman (2022) encontró que una mayor diferenciación emocional se asocia consistentemente con menores niveles de desregulación conductual, entendida como el uso de conductas desadaptativas para manejar el malestar emocional. En conjunto, estos hallazgos apoyan la idea de que la

granularidad emocional constituye un recurso psicológico relevante para la regulación emocional y el bienestar, al facilitar una comprensión más precisa de los estados afectivos y favorecer respuestas más adaptativas ante las demandas emocionales.

De la misma forma, algunos autores han propuesto que la granularidad emocional podría desempeñar un papel fundamental en la forma en que las personas experimentan y regulan sus emociones en distintos contextos. En esta línea, Barret et al. (2017), desde la perspectiva de la teoría de la emoción construida, plantean que las emociones no son entidades fijas sino categorías conceptuales que se construyen a partir de la integración entre sensaciones corporales, contexto y conocimiento previo.

Según esta propuesta, una mayor granularidad emocional permitiría realizar predicciones más ajustadas sobre la experiencia afectiva y seleccionar respuestas regulatorias más eficaces. Entonces, los autores sugieren que esta capacidad podría influir en la manera en que las personas interpretan estímulos emocionales complejos, como la música, dado que esta evoca estados afectivos variados y matizados. Sin embargo, hasta donde tenemos conocimiento, no existen investigaciones empíricas que hayan examinado directamente estas hipótesis en el contexto específico de las experiencias emocionales con música, lo que evidencia una brecha relevante en este tema.

Regulación emocional

La regulación emocional es un proceso psicológico en el que los individuos influyen en qué emociones experimentan, cuándo las sienten y cómo las expresan (Gross, 2015, p. 12).

Según Gross (2015), la regulación emocional se lleva a cabo a través de estrategias que pueden ser conscientes o automáticas.

Entre estas estrategias se encuentran la *selección o modificación de la situación*, la cual implica acercarse o evitar contextos que pueden generar emociones específicas que pueden resultar agradables o desagradables para la persona; la *modificación de la situación* que se refiere a la alteración del entorno para cambiar el impacto emocional; el *Despliegue atencional* que consiste en dirigir la atención hacia o lejos de estímulos emocionales; el *Cambio cognitivo* que implica lograr una reinterpretación de la situación para así modificar su significado emocional y la *Modulación de la respuesta*, este busca controlar las reacciones fisiológicas como respirar profundo para calmar la ansiedad, miedo o la ira (Gross, 2015).

Algunos de los efectos de la regulación emocional son inmediatos, pues tienen como objetivo influir en la intensidad de una emoción; o instrumentales, pues permiten alcanzar una meta distinta a la de la emoción en sí misma. Desde una perspectiva adaptativa, los efectos positivos de la regulación pueden favorecer el bienestar, el alcance de metas y relaciones sociales (Gross, 2015). Sin embargo, el uso de estrategias como la supresión expresiva, puede provocar consecuencias negativas, tales como un incremento en el malestar psicológico, un deterioro de la memoria, efectos en la salud física y en la calidad de las interacciones (Gross, 2015).

La regulación emocional con música es un tipo particular de regulación emocional, consistente en el uso deliberado o implícito de la música para modular, mantener o transformar un estado emocional (Chong et al., 2024, p.2). Este proceso puede operar en

distintos niveles de procesamiento y abarca tanto mecanismos explícitos, cuando el oyente elige conscientemente una pieza musical para modificar su estado de ánimo; como implícitos, cuando la música actúa automáticamente como recurso regulador interno (Baltazar & Saarikallio, 2016, p. 1502).

La regulación emocional a través de la música puede comprenderse como un proceso que opera en cuatro niveles interconectados: fisiológico, afectivo, cognitivo y conductual (Baltazar & Saarikallio, 2016, p. 1511). En el nivel fisiológico, la música influye sobre el cuerpo modulando la activación autonómica y produciendo respuestas como la relajación o el aumento de energía, lo que facilita el ajuste del estado emocional. En el nivel afectivo, la música actúa directamente sobre la experiencia emocional, posibilitando la intensificación, el mantenimiento o la transformación del tono afectivo y promoviendo sensaciones como el placer, alivio o catarsis. El nivel cognitivo implica la reinterpretación o reevaluación de pensamientos y recuerdos vinculados a la emoción, actuando como una vía para resignificar experiencias y favorecer la comprensión emocional. Por último, el nivel conductual abarca las acciones observables relacionadas con el uso de la música (cantar, bailar, componer o escuchar determinadas canciones) que permiten la expresión o canalización activa de los estados internos (Baltazar & Saarikallio, 2016, p. 1513). Estos niveles no operan de manera independiente, sino que interactúan entre sí: los cambios fisiológicos pueden intensificar o aliviar emociones, las reinterpretaciones cognitivas pueden modular la respuesta corporal y las conductas musicales pueden retroalimentar la experiencia emocional. De esta forma, la música actúa como un sistema autorregulador integral que conecta cuerpo, emoción,

cognición y acción (Baltazar & Saarikallio, 2016, p. 1513). Varias investigaciones han estudiado los efectos de la regulación emocional con música en estas dimensiones o niveles.

Respecto al nivel fisiológico, Thoma et al. (2011) se propusieron investigar el efecto de la música sobre la respuesta al estrés e identificar si la regulación emocional mediaba esa relación. En su investigación, aplicaron un estresor estandarizado (tarea mental) y registraron las señales fisiológicas del sistema autónomo (frecuencia cardiaca, recuperación) y las endocrinas (cortisol), comparando condiciones con y sin exposición musical. Los resultados indicaron que la presencia de un estímulo musical antes del estresor facilitó la recuperación más rápida del sistema autonómico y redujo en algunos casos la respuesta hormonal al estrés, lo que finalmente sugiere que la música puede modular la reactividad fisiológica asociada al malestar.

Respecto al uso a nivel cognitivo, Dingle et al. (2016) se propusieron evaluar la efectividad del programa "*Tuned In*", que consistió en una intervención grupal diseñada por el grupo investigador, para enseñar conciencia emocional y estrategias de regulación a través de música seleccionada por los participantes, mediante un diseño cuasi-experimental en entornos educativos. Los autores midieron variables de conciencia emocional, etiquetado afectivo y autoeficacia para regular emociones. El programa estuvo asociado con mejoras significativas en la identificación emocional y en la confianza para manejar las emociones, lo que respalda la utilidad de la música como herramienta didáctica para fortalecer habilidades regulatorias emocionales y promover el bienestar general.

Otras investigaciones han reportado el impacto regulatorio de la música en los niveles afectivo y conductual (Baltazar & Saarikallio, 2016). Un estudio reveló que, por medio de la escucha deliberada de la música, los estados de ánimo tienden a volverse más compatibles con lo que se escucha, y progresivamente pueden ser beneficiosos para generar cambios en el estado de ánimo (Chen et al., 2007). En la misma línea, otras investigaciones han encontrado que las personas que utilizan la música como una estrategia para modular sus emociones, promover la relajación, reducir estados de activación negativa y afrontar problemas cognitivos (Gebhardt et al., 2012). Estos hallazgos sugieren que la música funciona como una herramienta de autorregulación que influye tanto en la experiencia afectiva como en ciertas respuestas conductuales.

La mayoría de la evidencia publicada sugiere que la música puede funcionar como estrategia de afrontamiento autoadministrada para lidiar con situaciones estresantes y regular las emociones, mejorando en consecuencia significativamente el bienestar de la persona. Sin embargo, algunos autores como Silverman (2020) han propuesto que el uso constante de la música con fines emocionales puede incrementar los niveles de depresión y ansiedad, los síntomas patológicos y los estados de infelicidad. Los resultados de esta práctica dependen de diversos factores, por lo que el autor recomienda ampliar los estudios sobre la regulación emocional con la música, que evidencien de manera más precisa los alcances de esta herramienta de afrontamiento.

En efecto, algunos autores han puesto en manifiesto los problemas en el uso maladaptativo de la música, entre estos se evidencian el empeoramiento del estado del ánimo,

un aumento en la hostilidad por la escucha de música con letras violentas, las tendencias en personas deprimidas a emplear la música como afrontamiento evitativo, prolongando las emociones negativas y aumentando la vulnerabilidad a la depresión (Saarikallio, 2015).

Estudios con adolescentes y jóvenes han mostrado que el uso de la música para rumiar sobre los problemas personales se correlaciona con niveles de síntomas depresivos. Por ejemplo, un estudio correlacional de Miranda y Claes (2009) con 418 adolescentes de una escuela secundaria francófona en Canadá, evaluó las preferencias musicales, los síntomas depresivos y las estrategias de afrontamiento mediante la escucha de música. Para ello, utilizaron una escala de preferencias musicales y diversas escalas de afrontamiento emocional, resolución de problemas y uso de evitación/desconexión con música. Los resultados mostraron que los usos de la música vinculados a la rumiación o a la evitación se asociaron con niveles más altos de síntomas depresivos como la evitación/ desconexión mostrando mayor depresión en las chicas. Además, el afrontamiento emocional se vinculó con mayor depresión en los chicos, mientras que el uso orientado a la resolución de problemas se asoció con niveles más bajos de depresión en las chicas.

En una línea similar, Randall y Rickard (2017) examinaron el papel de la música como estrategia de regulación emocional y su relación con el bienestar psicológico. En este estudio evaluaron tanto la frecuencia como el tipo de uso de la música para regular emociones, junto con indicadores de depresión, ansiedad y afecto negativo, siendo la población 327 estudiantes con una edad media de 21 años (*DE*= 6.18). Sus resultados mostraron que el impacto de la música depende del estilo de regulación empleado; mientras

que el uso reflexivo y orientado a la resolución de problemas se asoció con mayores niveles de bienestar, el uso de la música para rumiar sobre emociones negativas o para evitar afrontar dificultades se encontró una relación con mayores niveles de sintomatología depresiva y ansiosa. Así, estos hallazgos sugieren que la música no es inherentemente protectora o perjudicial, sino que sus efectos están mediados por la forma en que se integra en los procesos de regulación emocional del individuo.

Teniendo en cuenta la distinción entre usos adaptativos y desadaptativos de la música, se han desarrollado instrumentos que permiten evaluar de manera sistemática estas diferencias. Por ejemplo, la *Healthy-Unhealthy Music Scale* (HUMS) una herramienta desarrollada por Saarikallio (2015) la cual permite distinguir entre el uso saludable y el uso problemático de la música.

Bienestar emocional

El bienestar emocional, o psicológico constituye un constructo amplio que va más allá de la simple ausencia de malestar. De acuerdo con Serrani (2015) este implica una interacción entre procesos afectivos y cognitivos que incluye tanto la presencia de emociones positivas como una sensación sostenida de compromiso y satisfacción con la propia vida. Desde la psicología positiva, este concepto se enmarca en el desarrollo personal y en la capacidad del individuo para experimentar satisfacción y encontrar sentido en su cotidianidad.

En la literatura se han diferenciado dos grandes tradiciones teóricas para comprender el bienestar psicológico. La primera, de carácter hedónico, se centra en la experiencia subjetiva de felicidad y el predominio de afectos positivos sobre los negativos. La segunda, de carácter eudaimónico, pone el énfasis en la realización personal, el funcionamiento psicológico óptimo y el logro de metas con sentido (Serrani, 2015). Aunque históricamente estas perspectivas se han tratado como dimensiones separadas, investigaciones recientes señalan que ambas están profundamente interrelacionadas y que el deterioro en una suele acompañarse de deterioro en la otra.

En términos de su estructura, existe consenso en que el bienestar psicológico es multidimensional. Entre sus componentes centrales se identifican la auto-aceptación, el propósito en la vida, la autonomía, las relaciones positivas con otros, el manejo del entorno y el crecimiento personal (Serrani, 2015). Su relevancia clínica y social ha sido ampliamente documentada, con asociaciones reportadas frente a variables como competencia emocional, salud física, desarrollo juvenil y longevidad. En coherencia con esta concepción integral**,** el bienestar psicológico fue medido con la escala Warwick-Edinburgh (WEMWBS por sus siglas en íngles), instrumento que integra en su diseño tanto la dimensión hedónica como la eudaimónica del constructo. Cuenta con adecuadas propiedades psicométricas (confiabilidad test-retest de 0.83 y consistencia interna de 0.91) y ha sido validada en distintas culturas, grupos etarios y contextos geográficos (Serrani, 2015).

El presente estudio

Investigaciones previas han vinculado la música con el bienestar emocional, pero pocas han explorado cómo este proceso se articula con la percepción corporal interna (interocepción). Esta brecha resulta particularmente relevante si se considera que la interocepción constituye un componente central en la construcción de la experiencia emocional y podría mediar la relación entre la experiencia musical y la regulación afectiva. De manera similar, aunque diversas propuestas teóricas sostienen que una mayor granularidad emocional facilita formas más adaptativas de regulación emocional, hasta el momento no se ha explorado empíricamente esta relación en el contexto específico de las experiencias emocionales con música. En consecuencia, persiste un vacío en la literatura respecto a la integración de la interocepción, la granularidad emocional y la regulación emocional con música dentro de un mismo modelo.

La inclusión de indicadores de salud mental responde a la necesidad de situar estos procesos dentro de un marco más amplio de ajuste psicológico, debido a que, como se ha explicado en párrafos anteriores, la evidencia sugiere que la sintomatología depresiva y ansiosa se asocia con menor diferenciación emocional, sesgos en la percepción de estados corporales y el uso predominante de estrategias regulatorias menos adaptativas, como la rumiación o la evitación. En particular, el consumo problemático de sustancias ha sido vinculado con dificultades en la identificación, tolerancia y modulación de estados afectivos. Por tanto, medir estas variables permitirá también explorar si la conciencia interoceptiva y la granularidad emocional se relacionan con indicadores de bienestar o malestar psicológico.

En línea con este planteamiento, la presente investigación tiene como objetivo analizar la relación entre la regulación emocional con la música, la conciencia interoceptiva y la granularidad emocional y su asociación con el bienestar emocional.

Objetivos específicos

- Describir los hábitos de escucha musical, regulación emocional, los niveles de conciencia interoceptiva, granularidad emocional, bienestar emocional y los indicadores de sintomatología depresiva, ansiosa y consumo problemático de sustancias en la muestra.
- Determinar en qué medida los participantes utilizan la música de manera problemática o saludable.
- Examinar la relación entre la conciencia interoceptiva y la granularidad emocional de los participantes.
- Examinar la relación entre la conciencia interoceptiva, la granularidad emocional y los usos problemáticos o saludables de la música de los participantes.
- Examinar la relación entre la regulación emocional con música, la conciencia interoceptiva y la granularidad emocional con los indicadores de salud mental (depresión, ansiedad y consumo problemático de sustancias).

Como se mostró en la revisión de la literatura previa, la música actúa como un estímulo capaz de conectar estos tres niveles fundamentales: la interocepción, la granularidad emocional y la regulación emocional. Por un lado, su estructura rítmica y melódica puede

generar respuestas fisiológicas que aumenten la conciencia interoceptiva (por ejemplo, sincronización del pulso o cambios en la respiración). Por otro lado, las emociones evocadas por la música pueden enriquecer la diferenciación emocional al ofrecer matices afectivos diversos y complejos. A partir de los antecedentes teóricos y las investigaciones revisadas previamente, se plantearon la siguiente serie de hipótesis:

1. Se esperaba encontrar una relación positiva entre la conciencia interoceptiva y la granularidad emocional de los participantes.

2. Se esperaba que una mayor conciencia interoceptiva se asociara con un uso más adaptativo de la música como estrategia de regulación emocional. Del mismo modo, se esperaba que una mayor conciencia interoceptiva se asociara negativamente con un uso desadaptativo de la música como estrategia de regulación emocional.

3. Se esperaba que una mayor granularidad emocional se relacione negativamente con el uso desadaptativo de la música para regular las emociones. Y por tanto, se predijo también que una mayor granularidad emocional se asociara positivamente con el uso adaptativo de la música para regular las emociones.

4. Se esperaba que una mayor granularidad emocional se asociara con un mejor bienestar emocional y con el uso saludable de la música para regular las emociones.

5. Se esperaba que los mayores niveles de granularidad emocional, conciencia interoceptiva y usos saludables de la música se asociaron con indicadores de salud mental de la siguiente manera: a) mayor bienestar psicológico, b) menores niveles de

depresión, c) menores niveles de ansiedad y d) menor frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas.

Método

Diseño de investigación

La presente investigación adoptó un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental correlacional. Las variables dependientes son: salud, ansiedad, depresión, consumo de drogas. Las variables predictoras corresponden al uso de la música para la regulación emocional, la conciencia interoceptiva, y la granularidad emocional.

Participantes

La muestra se conformó por personas entre los 18 y 45 años que escucharan música activamente y se proyectó un tamaño muestral de 100 participantes, determinado con base a estudios previos que han utilizado diseños de tipo transversal y correlacional con muestras de varios cientos de participantes para analizar las funciones psicológicas y los patrones de consumo musical en adultos jóvenes (Schäfer et al., 2013).

La selección de participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, contactándolos a través de redes institucionales, correos electrónicos y grupos académicos en redes sociales como Instagram, Tik Tok o Facebook. Los criterios de inclusión fueron:(1) tener entre 18 y 45 años, (2) escuchar música al menos tres veces por

semana y (3) contar con un dispositivo con acceso a internet. A su vez, los criterios de exclusión fueron: (1) participantes con diagnóstico de trastornos psiquiátricos que interfieran con la percepción emocional o interoceptiva y (2) posean dificultades sensoriales que limiten la escucha de música.

Los criterios fueron seleccionados con base a los objetivos de la investigación, garantizando coherencia entre la muestra y las variables de estudio, asegurando que las respuestas obtenidas reflejen con validez, criterio y precisión los procesos de regulación emocional, interocepción y granularidad emocional con música en la población sujeta al estudio.

Materiales

Para la recolección de datos se desarrolló un macro cuestionario diseñado por el equipo investigador desde la plataforma Questionpro. Este cuestionario recopiló y adaptó los ítems de las escalas, Trait Meta-Mood Scale (TMMS) con la subescala de Claridad de sentimientos, Cuestionario de Habilidad Interoceptiva (MAIA), Cuestionario de Regulación Emocional con Música (HUMS), Cuestionario Depresión y Ansiedad (HADS) y Cuestionario Consumo Problemático de Drogas (CRAFFT). Además, se llevó un registro del ritmo cardíaco por medio de un reloj inteligente, el cual utiliza una tecnología de sensores LED en la parte trasera del reloj para detectar cambios en el volumen sanguíneo en la muñeca, cada latido impulsa sangre reflejando o absorbiendo la luz, lo que permite al dispositivo calcular los latidos por minuto. Esta medida se realizó con aproximadamente 30 participantes como procedimiento adicional para medir la conciencia interoceptiva, bajo los efectos de la música

durante la realización del cuestionario. Este procedimiento permitió revisar la validez de los autorreportes de habilidad interoceptiva realizados mediante cuestionarios.

Medidas

Granularidad Emocional. La granularidad emocional se evaluó mediante la *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) desarrollada por Salovey et al. (1995) en la versión adaptada al español por Zúñiga et al. (2019), aunque el cuestionario originalmente está diseñado para medir la inteligencia emocional percibida a través de 24 ítems divididos en tres dimensiones (atención a los sentimientos, claridad emocional y reparación de emociones). Para esta investigación, se seleccionó la subescala Claridad emocional (ítems 9 al 16) “que refiere cómo las personas creen percibir sus emociones” (Zúñiga et al., 2019) ya que, es la dimensión que se relaciona específicamente con la granularidad emocional. El cuestionario tiene una calificación tipo likert de 1 a 5 con opciones de respuesta (1= nunca, 2= raramente, 3= algunas veces, 4= con bastante frecuencia y 5= muy frecuentemente). Diversos estudios han mostrado adecuados índices de consistencia interna para esta dimensión, con coeficientes que oscilan entre $\alpha = .86$ y .90 (Extremera et al., 2021), La escala TMMS presentó una confiabilidad interna excelente ($\alpha = .924$), superando ampliamente el umbral de .90 considerado como óptimo en la literatura psicométrica, lo que indica que los ítems de la escala miden de manera altamente coherente y homogénea el constructo de granularidad emocional en la muestra evaluada.

Habilidad Interoceptiva. Para evaluar la conciencia interoceptiva se aplicó la escala *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness* (MAIA) elaborada por Mehling et al. (2012) en la versión adaptada al español realizada por Valenzuela-Moguillansky y Reyes-Reyes (2015) la cual está conformada por 32 ítems. Sin embargo, para esta investigación se seleccionaron 14 ítems extraídos de las subescalas Percibe (*Noticing*), Conciencia emocional (*Emotional Awareness*), Autorregulación (*Self-Regulation*), Escuchar al cuerpo (*Body Listening*), No-distrae (*Not-Distracting*), Regulación de la atención (*Attention Regulation*) y Confianza (*Trusting*). Estos se responden en una escala Likert de 6 puntos (1= nunca, 2= casi nunca, 3= a veces, 4= a menudo, 5= casi siempre, 6= siempre), los ítems (11 y 12) poseen una puntuación inversa. Este instrumento presenta una alta consistencia interna (α total = .90) (Mehling et al., 2018; González-Ramírez et al., 2023). La confiabilidad de la escala MAIA se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de α = .855, lo que indica una consistencia interna alta y adecuada para su uso en investigación.

Así mismo, con el fin de conocer la percepción interoceptiva que tienen los participantes de sí mismos, se les pidió realizar una tarea adicional, la cual consistia en realizar una estimación de su frecuencia cardiaca, durante un periodo de tiempo de 30 segundos, con la única condición de no tocar ninguna parte de su cuerpo. Posteriormente este resultado se comparó con los del reloj inteligente.

Regulación Emocional con Música. Se utilizó la *Healthy-Unhealthy Music Scale* (HUMS) de Saarikallio et al. (2015) sometido previamente a un proceso de traducción y adaptación cultural dado que la versión original del instrumento se encontraba en inglés. Esta escala evalúa el uso saludable y no saludable de la música como estrategia reguladora y consta de 13 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1= nunca, 2= casi nunca, 3= a veces, 4= a menudo y 5= siempre). Por su parte, la subescala "*uso saludable*" (ítems 9-13) incluye estrategias como relajación y validación emocional, mientras que la "*no saludable*" (ítems 1-8) evalúa conductas de evitación o rumia emocional. Es importante mencionar que la HUMS no fue diseñada para medir directamente la regulación emocional, los usos de la música evaluados por el instrumento se refieren a formas de interacción con la música que tienen consecuencias emocionales y cumplen funciones regulatorias, por lo que constituye una medida pertinente para aproximarse al papel de la música en la gestión de las emociones (Saarikallio et al., 2015). Por otro lado, la HUMS ha mostrado buenas propiedades psicométricas en su estudio de validación original, con una confiabilidad interna de $\alpha = .78$ para la subescala saludable y $\alpha = .84$ para la no saludable (Saarikallio et al., 2015). En la presente muestra, la subescala de uso saludable presentó una confiabilidad interna buena ($\alpha = .870$) y la subescala de uso no saludable una confiabilidad interna buena ($\alpha = .830$), ambas superando los valores reportados originalmente, lo cual indica la confiabilidad para ser utilizadas en la presente investigación.

Depresión y Ansiedad. El *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) desarrollada por Zigmond et al. (1983) en la versión adaptada al español por Rico et al. (2005) evalúa síntomas de ansiedad y depresión en población general y clínica. Este cuestionario está compuesto por 14 ítems divididos en dos subescalas: ansiedad (HADS-A) y depresión (HADS-D) con 7 ítems cada una. Cada ítem se califica en una escala tipo Likert de 4 puntos (0 a 3) donde las puntuaciones más altas indican una mayor sintomatología. Para la clasificación de los niveles de sintomatología se emplearon los puntos de corte propuestos por Bjelland et al. (2002), donde puntuaciones entre 0 y 7 indican ausencia de sintomatología clínicamente relevante, entre 8 y 10 sintomatología leve, entre 11 y 14 moderada, y entre 15 y 21 severa, siguiendo la versión adaptada al español por Rico et al. (2005). En esta misma línea, diversos estudios han reportado adecuados índices de confiabilidad para el instrumento, con coeficientes que oscilan entre $\alpha = .84$ para ansiedad y $\alpha = .85$ para depresión en población hispanohablante (Terol et al., 2007). Sin embargo, la escala de HADS obtuvo un coeficiente alfa de $\alpha = .686$, valor inferior al reportado en estudios previos. Esta discrepancia podría explicarse por la naturaleza bidimensional del instrumento, dado que el HADS evalúa simultáneamente ansiedad y depresión como subescalas independientes, lo que puede reducir la coherencia interna al calcularse sobre la escala total. En consecuencia, los resultados asociados a este instrumento deben interpretarse con cautela.

Consumo Problemático de Drogas. El *CRAFFT Screening Test* (Knight et al., 2002) en la versión adaptada al español por Uribe (2012) es un cuestionario que detecta el consumo problemático de alcohol y otras drogas en adolescentes y adultos jóvenes. Consta de 6 ítems que exploran situaciones relacionadas con el uso de sustancias, agrupadas bajo el acrónimo CRAFFT (car, relax, alone, forget, friends, trouble). Cada ítem se responde de manera dicotómica (Sí/No) y una puntuación igual o superior a 2 puntos sugiere riesgo de consumo problemático o dependencia. El CRAFFT ha mostrado adecuados índices de confiabilidad y sensibilidad diagnóstica, reportando coeficientes que oscilan entre $\alpha = .81$ y $\alpha = .86$ (Knight et al., 2002; Dhalla et al., 2011). No obstante, en la presente muestra se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de $\alpha = .752$, valor inferior al reportado en la literatura. Esta discrepancia puede atribuirse a la naturaleza dicotómica de los ítems del instrumento (Sí/No), ya que el coeficiente alfa de Cronbach tiende a subestimar la confiabilidad en escalas con este tipo de formato de respuesta, así como al reducido número de ítems que componen la escala (6 ítems), dado que las escalas breves tienden a producir coeficientes alfa más bajos. Ahora bien, el valor obtenido supera el umbral mínimo de .70 recomendado, lo que respalda su uso como medida de tamizaje del consumo problemático de sustancias en la presente investigación.

Bienestar emocional. La *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale* desarrollada por Tennant et al. (2007) en la versión adaptada al español por Serrani (2015) es un instrumento diseñado para evaluar el bienestar mental positivo en la población

general. La escala consta de 14 ítems que exploran aspectos del funcionamiento psicológico y emocional, incluyendo afecto positivo, relaciones interpersonales satisfactorias y funcionamiento óptimo. Los ítems se responden en una escala tipo Likert de 1 a 5 (desde “nunca” hasta “siempre”) y el puntaje total se obtiene mediante la suma de las respuestas, donde valores más altos indican mayor bienestar emocional. Ha mostrado adecuados índices de consistencia interna, reportando coeficientes entre $\alpha = .89$ y $\alpha = .91$ en poblaciones adultas (Tennant et al., 2007). La Escala de Bienestar presentó una confiabilidad interna excelente ($\alpha = .927$), superando el umbral de .90, lo cual indica que los ítems de la escala miden de manera altamente coherente y homogénea el constructo de bienestar en la muestra evaluada, lo que respalda plenamente la adecuación del instrumento para su uso en la presente investigación.

Procedimiento

Antes de iniciar el periodo de aplicación, se difundió un enlace directo al cuestionario con un texto descriptivo sobre la investigación, en este se detallaba el consentimiento informado y el compromiso que se debía tener. Esto garantizó la participación voluntaria y que la información obtenida tuviera un fin exclusivamente académico. Así mismo, una parte de la población (n=30) diligenció el cuestionario en presencia de las investigadoras, con el fin de registrar su ritmo cardiaco y utilizar este dato como una medida objetiva adicional para la conciencia interoceptiva de los participantes.

Análisis de datos

Para analizar los datos obtenidos en el macro cuestionario se empleó el modelo de regresión lineal múltiple. Este modelo permitió utilizar más de una variable independiente con el fin de explicar su influencia sobre la variable dependiente, ampliando el acceso a la información y proporcionando estimaciones más precisas en los resultados (Abuín, 2007, p.2). Así mismo, la regresión múltiple favoreció la examinación y exploración de conjuntos de variables, probando cómo estas se relacionan tanto de manera colectiva como individual (Field, 2018). Diversos autores han utilizado la regresión múltiple en sus investigaciones relacionadas con el comportamiento humano, estimando relaciones lineales entre los factores predictivos y la variable criterio (Cohen et al., 2013).

Para realizar el procesamiento y análisis de los datos obtenidos en esta investigación se utilizó el software JASP (Jeffrey´s Amazing Statistics Program). Este programa es un paquete estadístico, de fácil acceso y con una interfaz intuitiva que permite realizar tanto cálculos estándares como técnicas estadísticas más avanzadas (Goss-Sampson & Meneses, 2019, p.1). Además de permitir visualizar y ejecutar el análisis cuantitativo, los modelos de Regresión lineal múltiple basado en la información recolectada del cuestionario en línea.

Resultados

El cuestionario tuvo una recepción inicial de 263 personas. Sin embargo, se realizó un proceso de depuración de datos en el que se excluyeron los registros incompletos, por lo que la muestra final quedó conformada por 163 participantes que completaron la totalidad del

cuestionario, con una edad media de 23.69 años (*DE* = 6.22; rango: 18-45 años; 59.5% hombres, 37.4% de mujeres 1.8%; No binario (3) y 1.2% que prefierieron no decir su género). Todos los participantes tenían como primer idioma el español y estaban ubicados mayormente en Colombia con el 95.7% respecto a las respuestas del cuestionario.

En la primera parte de esta sección de resultados, presentamos una descripción de las características de la muestra de participantes, para cada una de las variables medidas. En la segunda parte, presentamos los análisis correspondientes a las pruebas de hipótesis.

Análisis descriptivos

Granularidad emocional (TMMS)

Como se muestra en la tabla 1, los resultados de la granularidad emocional medida mediante la escala *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) indica que una proporción importante de los participantes considera que puede comprender y diferenciar sus emociones. El 34.4% reportó que "*con bastante frecuencia*" sabe cómo se siente y el 22.7% indicó hacerlo "*muy frecuentemente*". Asimismo, el 33.7% señaló que comprende sus sentimientos "*con bastante frecuencia*" y el 23.9% "*muy frecuentemente*". También se destaca que el 37.4% afirmó reconocer sus sentimientos en diferentes situaciones "*con bastante frecuencia*" y 40.5% respondió que "*con bastante frecuencia"* conocen sus sentimientos sobre las personas. Estos hallazgos reflejan una percepción relativamente adecuada de comprensión emocional en la muestra evaluada.

Tabla 1

Resultados de la Dimensión de la Escala Trait Meta-Mood Scale (TMMS)

Ítem	Nunca	Raramente	Algunas veces	Con bastante frecuencia	Muy frecuenteme-nte
Tengo claro mis sentimientos	3.1%	14.1%	35.6%	25.2%	22.1%
Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	4.9%	14.7%	31.3%	29.4%	19.6%
Casi siempre sé cómo me siento	3.1%	11.7%	28.2%	34.4%	22.7%
Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas	1.8%	7.4%	24.5%	40.5%	25.8%
A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones	1.2%	5.5%	31.9%	37.4%	23.9%
Siempre puedo decir cómo me siento	4.9%	17.8%	35%	27%	15.3%
A veces puedo decir cuáles son mis emociones	2.5%	14.7%	35%	30.7%	17.2%
Puedo llegar a comprender mis sentimientos	1.8%	12.3%	28.2%	33.7%	23.9%

Conciencia interoceptiva (MAIA)

En cuanto a la escala de conciencia interoceptiva (MAIA), los resultados evidencian que la mayoría de los participantes reportan niveles moderados y altos de atención y conciencia sobre sus señales corporales (Tabla 2). Las categorías *“a menudo”*, *“casi*

siempre” y *“siempre”* poseen los porcentajes más altos, observadas especialmente en afirmaciones como *“noto donde se siente la tensión”* con un (30.7%) en *“casi siempre”* y *“puedo identificar donde siento dolor o malestar”* con un (31.9%) también en *“casi siempre”*. Asimismo, en el ítem *“doy cuenta de cómo reacciona mi cuerpo”* se reportó un (28.8%) en *“casi siempre”* y un (20.2%) en *“siempre”*. Estos resultados sugieren que los participantes tienden a percibir y reconocer de manera parcial y frecuente las distintas señales fisiológicas y necesidades corporales.

Ahora bien, los participantes reportan cierta capacidad para prestar atención a su cuerpo como una estrategia de regulación emocional y a su vez manifestaron una percepción en su mayor parte positiva de su cuerpo. Por ejemplo, el ítem *“siento que mi cuerpo es un lugar seguro”* reflejó altos niveles de confianza, concentrando un (25.2%) en *“siempre”*, un (22.7%) en *“casi siempre”* y un (20.9%) en *“a menudo”*.

En cuanto a los ítems formulados en sentido negativo, en la afirmación *“me siento desconectado de mi cuerpo”*, las mayores concentraciones se ubicaron en las categorías *“casi siempre”* con un (27%) y *“siempre”* con un (26.4%). En el ítem relacionado con *“ignorar sensaciones corporales desagradables”*, la mayor proporción de respuestas se situó en las opciones de respuesta *“casi siempre”* con un (31.3%), *“a menudo”* con un (25.8%), y un (10.4%) en *“siempre”*. Estos hallazgos sugieren que los participantes presentan una conciencia interoceptiva caracterizada por una alta capacidad para ubicar el malestar o la tensión en su cuerpo, al igual que presentan gran confianza en las sensaciones internas,

acompañada de una tendencia a ignorar el malestar físico y experimentar estados de desconexión corporal.

Tabla 2

Resultados de las Dimensiones de la Escala Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA)

Ítem	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
Noto donde se siente la tensión	5.5%	9.8%	24.5%	16.6%	30.7%	12.9%
Noto cambios en mi respiración	9.2%	17.8%	19%	20.9%	18.4%	14.7%
Presto atención a sensaciones físicas	5.5%	9.2%	22.1%	20.2%	21.5%	21.5%
Puedo identificar donde siento dolor o malestar	2.5%	4.9%	21.5%	19.6%	31.9%	19.6%
Doy cuenta de cómo reacciona mi cuerpo	4.3%	8.0%	16%	22.7%	28.8%	20.2%
Noto señales corporales	3.1%	1.8%	18.4%	24.5%	30.7%	21.5%
Me doy cuenta de que mi cuerpo necesita comer	3.7%	6.1%	12.3%	19%	23.9%	35%
Confío en señales de mi cuerpo	3.1%	6.1%	14.1%	19.6%	30.7%	26.4%
Puedo calmarme enfocándome en mi respiración	7.4%	14.1%	28.8%	18.4%	14.7%	16.6%
Cuando siento incomodidad, trato de escuchar mi cuerpo	3.7%	12.9%	20.9%	23.9%	20.2%	18.4%
Ignorar sensaciones corporales desagradables	9.2%	9.2%	14.1%	25.8%	31.3%	10.4%

Me siento desconectado de mi cuerpo	2.5%	5%	14.1%	25.2%	27.0%	26.4%
Puedo mantener la atención en mi cuerpo	3.7%	12.3%	36.2%	21.5%	19.6%	6.7%
Siento que mi cuerpo es un lugar seguro	4.9%	4.3%	22.1%	20.9%	22.7%	25.2%

Tarea de Interocepción cardíaca de Schandry

Respecto a la tarea de seguimiento mental del latido cardíaco de Schandry, la submuestra (n = 30) mostró una precisión interoceptiva elevada (M = 0.94, DE = 0.04), con valores que oscilaron entre 0.84 y 0.99. Esto indica que los participantes percibieron con alta exactitud sus propias pulsaciones cardíacas en comparación con las medidas reales, con escasa variabilidad entre ellos, lo que sugiere homogeneidad en la capacidad de detección de señales corporales internas dentro del grupo.

Como una manera de revisar la validez del cuestionario MAIA, se examinó la asociación entre la percepción interoceptiva objetiva en la tarea de Schandry y la conciencia interoceptiva autoinformada en el MAIA en esta submuestra de 30 participantes. Dado que la prueba de Shapiro-Wilk indicó violación de la normalidad bivariada (W = .92, p = .007), se empleó el coeficiente de Spearman. La correlación hallada no resultó significativa, $\rho(28) = -.22$, p = .239, lo que indica que la precisión en la detección de señales cardíacas y la percepción subjetiva de conciencia interoceptiva no se encuentran significativamente asociadas en esta muestra. Esto sugiere que los datos del cuestionario MAIA deben ser interpretados con cautela, pues la percepción que tienen los participantes de sus habilidades

interoceptivas no necesariamente coincide con su desempeño objetivo en una tarea de interocepción.

Regulación emocional con música (HUMS)

En cuanto al cuestionario del uso de música como estrategia de regulación emocional, los resultados indican que los participantes tienen una mayor frecuencia de usos saludables en comparación con usos problemáticos (Tabla 3). La mayoría de los participantes indicó sentirse feliz después de escuchar música 81% respondió "*a menudo*" o "*siempre*". De igual manera, el 76.7% respondió que la música le da la energía para ponerse en marcha, mientras el 70.6% reportó utilizarla para relajarse.

En contraste, los participantes reportaron bajas frecuencias de respuesta en cuanto a los usos problemáticos. El 60.1% señaló que "*nunca*" o "*casi nunca*" utiliza la música como excusa para evitar enfrentarse al mundo. A su vez, el 67.5% reporta que la música "*nunca*" los ha hecho sentir mal por ser quienes son y el 77.9% indicó que la música "*nunca*" los ha llevado a realizar cosas que no deben.

Por último, es interesante destacar que el 41.7% de los participantes reporta *"casi nunca"* se queda atrapado en malos recuerdos, pero una parte significativa de la muestra 36.2% reporta que sucede *"a veces"*. Estos hallazgos sugieren que gran parte de la muestra presenta un uso adaptativo y saludable de la música utilizando como estrategia de afrontamiento y un punto de equilibrio para relajarse, sentirse felices o llenarse de energía.

Tabla 3

Resultados de la Escala de Música Saludable - No Saludable (HUMS)

Ítem	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Cuando escucho música me quedo atrapado en malos recuerdos	14.7%	41.7%	36.2%	6.1%	1.2%
Escucho canciones una y otra vez, aunque me hagan sentir peor	23.9%	28.8%	22.7%	17.8%	6.7%
Puede ser difícil dejar de escuchar música que me conecta con malos recuerdos	24.5%	37.4%	19.6%	11.7%	6.7%
Me escondo en mi música porque nadie me entiende	31.9%	31.3%	21.5%	10.4%	4.9%
Cuando trato de usar la música para sentirme mejor termino sintiéndome peor	34.4%	44.8%	12.3%	6.7%	1.8%
La música me da una excusa para no enfrentarme al mundo	36.2%	23.9%	23.3%	10.4%	6.1%
La música me hace sentirme mal por quien soy	67.5%	23.3%	6.7%	1.8%	0.6%
La música me lleva a hacer cosas que no debo	77.9%	17.2%	3.1%	1.2%	0.6%
Me siento feliz después de tocar o escuchar música	2.5%	0.6%	16.0%	41.7%	39.3%
Ítem	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
La música me da energía para ponerme en marcha	1.8%	0.6%	20.9%	41.7%	35.0%
Cuando me siento tenso o cansado en mi cuerpo, la música me ayuda a relajarme	2.5%	3.1%	27.6%	36.2%	30.7%
La música me ayuda a relajarme	3.7%	3.7%	2.1%	34.4%	36.2%
La música me ayuda a conectarme con otras personas que son como yo	4.3%	11.7%	25.2%	32.5%	26.4%

Sintomatología depresiva y ansiosa (HADS)

Los resultados de la HADS indican que la mayoría de los participantes presentó algún nivel de sintomatología ansiosa y depresiva. En la subescala de ansiedad (*M* = 11.28, *DE* =

3.46), el 63.8% se ubicó en el nivel "*leve*", el 19.0% en "*moderada*" y sólo el 17.2% en "*normal*", lo que indica que más de cuatro quintas partes de los participantes reportaron algún grado de ansiedad clínicamente relevante. En la subescala de depresión (*M* = 13.48, *DE* = 3.30), el 48.5% se ubicó en nivel "*leve*" y el 44.8% en "*moderada*", con apenas un 6.7% en "*normal*".

Tomados en conjunto, estos datos sugieren que los participantes presentan niveles relativamente elevados de sintomatología depresiva, siendo notable que prácticamente ningún participante se encuentra libre de síntomas en esta dimensión.

Consumo de sustancias psicoactivas (CRAFFT)

Con relación al cuestionario de consumo de sustancias, como se muestra en la tabla 4 el alcohol fue la sustancia con mayor porcentaje de uso 65.6%, seguido de la marihuana con una frecuencia de 42.3%. Respecto a las conductas de riesgo asociadas, el 56.4% de participantes admite que utiliza estas sustancias para relajarse y un 33.1% reporta que ha conducido o estado en un vehículo con alguien bajo los efectos de sustancias

Tabla 4

Resultados de la Escala CRAFFT

Ítem	No	Sí
Bebidas alcohólicas	34.4%	65.6%
Marihuana	57.7%	42.3%
Otras drogas	76.7%	23.3%
Conducir	66.9%	33.1%

Amigos	63.8%	36.2%
Relajarse	43.6%	56.4%
Provocar peleas	90.8%	9.2%
Olvidar tomando	60.7%	39.3%
En compañía	60.1%	39.9%

Bienestar psicológico (Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale)

Los resultados de la Escala de Bienestar los participantes revelan un patrón mixto (Tabla 5). En la dimensión de bienestar emocional positivo (*M* = 27.23, *DE* = 6.38), la distribución más favorable se centró en sentirse optimista (36.2% "*a menudo*", 23.3% "*siempre*") e interés por los demás (40.5% "*a menudo*", 23.9% "*siempre*"). En contraste, el ítem de energía tuvo la distribución más baja del bloque, con el 41.7% de los participantes respondiendo "*solo a veces*" y apenas un 6.1% "*siempre*", lo que indica que la vitalidad percibida es el componente más débil del bienestar emocional.

En la dimensión de bienestar psicológico o funcionamiento positivo (*M* = 21.60, *DE* = 4.27), los participantes destacaron positivamente el ítem de toma de decisiones, donde el 41.7% respondió "*a menudo*" y el 37.4% "*siempre*", siendo uno de los ítems con mayor concentración en las categorías altas de toda la escala. Por otro lado, el ítem de pensar con claridad también fue alto, con el 44.2% en "*a menudo*". Sin embargo, ítems como sentirse cercano a los demás (39.3% a veces) y sentirse bien consigo mismo (34.4% a veces) presentaron mayor variabilidad. En conjunto, el puntaje total de bienestar (*M* = 48.82, *DE* =

10.17) sobre un máximo posible de 70 refleja un nivel moderado de bienestar general en los participantes.

Tabla 5

Resultados de las Dimensiones de la Escala de Bienestar Mental Warwick-Edimburgo

Ítem	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
Me he sentido optimista al futuro	4.9%	12.3%	23.3%	36.2%	23.3%
Me he sentido útil	2.5%	11.0%	31.9%	36.8%	17.8%
Me he sentido relajado/a	4.9%	22.1%	33.7%	31.3%	8.0%
He sentido interés por los demás	3.1%	7.4%	25.2%	40.5%	23.9%
He tenido energía de sobra	8.0%	24.5%	41.7%	19.6%	6.1%
He enfrentado bien los problemas	3.7%	13.5%	35.6%	35.6%	11.7%
He podido pensar con claridad	3.1%	12.3%	25.2%	44.2%	15.3%
Me he sentido bien consigo mismo/a	6.1%	14.1%	34.4%	33.1%	12.3%
Me he sentido cercano a los demás	1.8%	20.9%	39.3%	25.2%	12.9%
Me he sentido seguro (con confianza)	3.7%	12.9%	33.1%	37.4%	12.9%
He sido capaz de tomar mis propias decisiones	1.2%	4.3%	15.3%	41.7%	37.4%
Me he sentido querido/a y valorado/a	2.5%	12.9%	26.4%	35.0%	23.3%
Me he interesado por cosas nuevas	3.1%	16.0%	25.8%	27.6%	27.6%
Me he sentido alegre	2.5%	9.8%	31.3%	44.2%	12.3%

Pruebas de hipótesis

Asociación entre conciencia interoceptiva (MAIA) y granularidad emocional (TMMS)

Para poner a prueba la primera hipótesis de la investigación, que predecía una correlación positiva entre la conciencia interoceptiva y la granularidad emocional, se realizó un análisis de correlación entre los puntajes de las escalas MAIA y TMMS. Se encontró una correlación positiva, significativa y fuerte $\rho(163) = .62$, $p < .001$, IC 95% [.55, .73]. Este resultado es coherente con la hipótesis, pues sugiere que a mayor conciencia de las señales corporales internas (conciencia interoceptiva), se observan niveles más elevados de granularidad emocional.

Asociación entre conciencia interoceptiva (MAIA) y usos de la música para la regulación emocional (HUMS)

La segunda hipótesis de la investigación predecía que una mayor conciencia interoceptiva se asociaría con un uso más adaptativo de la música como estrategia de regulación emocional. Además, predecía que una mayor conciencia interoceptiva se asociaría negativamente con un uso desadaptativo de la música. Para ponerlas a prueba, se realizaron correlaciones entre los puntajes del (MAIA) y las dos subescalas uso saludable y no saludable de la música (HUMS).

Tal como se predijo en la hipótesis, se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa, pero relativamente débil entre la conciencia interoceptiva y el uso saludable de la música, $\rho(163) = .33$, $p < .001$, $r(163) = .37$, IC 95% [.22, .49]. Estos

resultados indican que a mayor conciencia interoceptiva autoinformada, mayor uso adaptativo de la música como estrategia de regulación emocional.

La segunda parte de la hipótesis también fue corroborada: se encontró una correlación negativa significativa, pero débil, entre la conciencia interoceptiva (MAIA) y el uso no saludable de la música (HUMS), $\rho(163) = -.29$, $p < .001$. Estos resultados mostraron que a mayor conciencia interoceptiva, menor tendencia a usar la música de manera desadaptativa.

Correlación entre granularidad emocional (TMMS) y uso de la música (HUMS)

Según la tercera hipótesis, se esperaba encontrar que la granularidad emocional se asociaría positivamente con el uso adaptativo de la música para regular las emociones. A la vez, se predijo que la granularidad emocional se relacionaría negativamente con el uso desadaptativo de la música.

Ambas hipótesis fueron apoyadas por los datos, aunque las dos correlaciones observadas fueron débiles. La granularidad emocional se correlacionó positivamente con el uso adaptativo de la música, $\rho(163) = .21$, $p = .008$. Y se asoció negativamente con el uso desadaptativo, $\rho(163) = -.32$, $p < .001$.

Asociación de la granularidad emocional (TMMS) con bienestar emocional (WEMWBS) y con uso saludable de la música (HUMS)

Para poner a prueba la cuarta hipótesis, que predecía que una mayor granularidad emocional se asociaría con un mejor bienestar emocional y con el uso saludable de la música,

se analizaron dos fuentes de evidencia. Respecto al uso saludable, la correlación entre el TMMS y el uso saludable de la música resultó significativa, pero débil $\rho(163) = .21$, $p = .008$. Respecto al bienestar emocional, los resultados de las regresiones jerárquicas mostraron que la granularidad emocional predijo significativamente tanto el bienestar emocional positivo ($\beta = .213$, $p = .005$; Tabla 6) como el bienestar psicológico en su dimensión de funcionamiento positivo ($\beta = .379$, $p < .001$; Tabla 7), en modelos que explicaron el 50.4% y el 50.2% de la varianza respectivamente ($R^2 = .504$ y $R^2 = .502$). Cabe señalar que, aunque la granularidad emocional resultó un predictor significativo del bienestar, el uso saludable de la música no alcanzó significancia estadística en ninguno de los dos modelos de regresión ($\beta = .107$, $p = .086$; $\beta = .056$, $p = .369$), lo que matiza el alcance del apoyo a esta hipótesis. En conjunto, la cuarta hipótesis fue apoyada parcialmente.

Asociación entre uso saludable de música, conciencia interoceptiva y granularidad emocional

Para poner a prueba la quinta hipótesis de la investigación, se realizaron seis regresiones jerárquicas para examinar el poder predictivo de la conciencia interoceptiva (MAIA), el uso saludable y no saludable de la música (HUMS) y la granularidad emocional (TMMS) sobre los indicadores de salud mental medidos. Todas las regresiones usaron un método jerárquico en el que se introdujeron en el modelo base, los puntajes del MAIA, y luego sucesivamente, los puntajes del TMMS, los usos saludables de la música, y finalmente, los usos no saludables de la música. En todas las regresiones, los valores de VIF inferiores a 2 y de Tolerancia superiores a 0.5 en todos los modelos indican ausencia de

multicolinealidada problemática. Los valores de Durbin-Watson cercanos a 2 confirman la independencia de los residuos.

Asociación entre conciencia interoceptiva, granularidad emocional, usos de la música y bienestar psicológico-emociones positivas

De acuerdo con la hipótesis 5-a se esperaba que mayores niveles de granularidad emocional, conciencia interoceptiva y un uso saludable de la música se asociaran con mayor bienestar emocional positivo. Los resultados apoyaron parcialmente esta hipótesis.El modelo final explicó el 50.4% de la varianza ($R^2 = .504$). Los predictores significativos en este modelo fueron los puntajes del MAIA ($\beta = .378$, $p < .001$), el uso no saludable de la música, de manera negativa ($\beta = -.280$, $p < .001$), y el TMMS ($\beta = .213$, $p = .005$). Contrario a la hipótesis, el uso saludable de la música no alcanzó significancia estadística ($\beta = .107$, $p = .086$) (Tabla 6).

Tabla 6

Coeficientes — Bienestar emocional - Emociones positivas

Modelo	Predictor	*B*	*EE*	*β*	*t*	p
M_0	Total MAIA	4.971	0.492	.623	10.10	< .001
M_1	Total MAIA	3.496	0.623	.438	5.611	< .001
	Total TMMS	0.260	0.071	.285	3.653	< .001
M_2	Total MAIA	3.400	0.645	.426	5.273	< .001
	Total TMMS	0.257	0.071	.282	3.601	< .001
	Uso saludable HUMS	0.061	0.103	.038	0.591	.555
M_3	Total MAIA	3.020	0.613	.378	4.930	< .001

Total TMMS	0.194	0.069	.213	2.821	.005
Uso saludable HUMS	0.173	0.100	.107	1.729	.086
Uso no saludable HUMS	-0.324	0.070	-.280	-4.630	< .001

Asociación entre conciencia interoceptiva, granularidad emocional, usos de la música y bienestar psicológico - funcionamiento positivo

De acuerdo con la hipótesis 5-a, se esperaba que mayores niveles de granularidad emocional, conciencia interoceptiva y un uso saludable de la música se asociaran con mayor bienestar psicológico en la dimensión de funcionamiento positivo. Los resultados del análisis apoyaron parcialmente la hipótesis. El modelo final explicó el 50.2% de la varianza (R^2 = .502). Los tres predictores significativos en el modelo final fueron el TMMS (β = .379, p < .001), el MAIA (β = .298, p < .001) y el uso no saludable de la música, de manera negativa (β = -.181, p = .003). De nuevo, el uso saludable de la música para la regulación emocional no fue un predictor significativo del bienestar (β = .056, p = .369) (Tabla 7).

Tabla 7

Coeficientes — Bienestar psicológico- Funcionamiento positivo

Modelo	Predictor	*B*	*EE*	*β*	*t*	p
M_0	Total MAIA	3.247	0.334	.608	9.717	< .001
M_1	Total MAIA	1.776	0.402	.333	4.417	< .001
	Total TMMS	0.259	0.046	.425	5.638	< .001
M_2	Total MAIA	1.758	0.417	.329	4.218	< .001
	Total TMMS	0.258	0.046	.424	5.598	< .001

	Uso no saludable HUMS	0.012	0.067	.011	0.180	.858
M_3	Total MAIA	1.593	0.410	.298	3.882	< .001
	Total TMMS	0.231	0.046	.379	5.024	< .001
	Uso saludable HUMS	0.060	0.067	.056	0.902	.369
	Uso no saludable HUMS	-0.140	0.047	-.181	-2.991	.003

Asociación entre conciencia interoceptiva, granularidad emocional, usos de la música y niveles de depresión

Según la hipótesis 5-b, se esperaba que mayores niveles de granularidad emocional, conciencia interoceptiva y un uso saludable de la música se asociaron con indicadores de depresión menores (Tabla 8).

Los resultados del modelo final apoyaron parcialmente la hipótesis: el uso saludable ($\beta = .340$, $p < .001$) y el uso no saludable ($\beta = -.294$, $p < .001$) de la música fueron los predictores más robustos, junto con el TMMS ($\beta = .173$, $p = .040$). Sin embargo, los puntajes del MAIA no alcanzaron significancia en el modelo final ($\beta = .149$, $p = .083$), lo que sugiere que su efecto es mediado parcialmente por las variables de uso musical (Tabla 8).

Tabla 8

Coeficientes — Depresión HADS

Modelo	Predictor	*B*	*EE*	*β*	*t*	p
M_0	Total MAIA	1.886	0.290	.456	6.507	< .001
M_1	Total MAIA	1.170	0.372	.283	3.147	.002
	Total TMMS	0.126	0.042	.267	2.968	.003
M_2	Total MAIA	0.822	0.369	.199	2.226	.027
	Total TMMS	0.116	0.041	.246	2.843	.005
	Uso saludable HUMS	0.223	0.059	.267	3.772	< .001
M_3	Total MAIA	0.615	0.353	.149	1.743	.083
	Total TMMS	0.082	0.040	.173	2.069	.040
	Uso saludable HUMS	0.284	0.058	.340	4.917	< .001
	Uso no saludable HUMS	-0.176	0.040	-.294	-4.364	< .001

Asociación entre conciencia interoceptiva, granularidad emocional, usos de la música y niveles de ansiedad

De acuerdo con la hipótesis 5-c, se esperaba que mayores niveles de granularidad emocional, conciencia interoceptiva y un uso saludable de la música se asociaran con menores niveles de ansiedad. Por su parte, el modelo de ansiedad mostró un patrón diferente al de la depresión. El modelo final explicó el 36.0% de la varianza ($R^2 = .360$). En este

modelo, el predictor más potente fue el uso no saludable de la música (β = -.480, p < .001), seguido del MAIA (β = .207, p = .019). Sin embargo, el uso saludable (β = -.105, p = .137) y el TMMS (β = .059, p = .493) no resultaron significativos. Estos hallazgos apoyan parcialmente la hipótesis, destacando el papel central del uso no saludable de la música y la conciencia interoceptiva como predictores de la ansiedad (Tabla 9).

Tabla 9

Coeficientes — Ansiedad HADS

Modelo	Predictor	*B*	*EE*	*β*	*t*	p
M_0	Total MAIA	1.395	0.323	.322	4.317	< .001
M_1	Total MAIA	0.944	0.422	.218	2.236	.027
	Total TMMS	0.079	0.048	.161	1.647	.101
M_2	Total MAIA	1.251	0.427	.289	2.933	.004
	Total TMMS	0.088	0.047	.178	1.863	.064
	Uso saludable HUMS	-0.196	0.068	-.225	-2.878	.005
M_3	Total MAIA	0.897	0.377	.207	2.378	.019
	Total TMMS	0.029	0.042	.059	0.687	.493
	Uso saludable HUMS	-0.092	0.062	-.105	-1.495	.137
	Uso no saludable HUMS	-0.301	0.043	-.480	-6.997	< .001

Asociación entre consumo problemático de sustancias psicoactivas, conciencia interoceptiva, granularidad emocional y usos de la música

Finalmente, según la hipótesis 5-d, se esperaba que mayores niveles de granularidad emocional, conciencia interoceptiva y un uso saludable de la música se asociaran con menor frecuencia de consumo problemático de sustancias psicoactivas.

El modelo para esta variable dependiente fue el de menor poder predictivo entre todos los analizados: el modelo final explicó solamente el 10.1% de la varianza ($R^2 = .101$) y únicamente el uso no saludable de la música resultó un predictor significativo ($\beta = .276$, $p < .001$), asociándose positivamente con mayor consumo problemático. Así, estos resultados apoyan sólo parcialmente la hipótesis planteada: si bien el uso no saludable de la música predice el consumo problemático, la conciencia interoceptiva y el uso saludable no mostraron efectos independientes significativos en el modelo final (Tabla 10).

Tabla 10

Coeficientes — CRAFFT

Modelo	Predictor	*B*	*EE*	*β*	*t*	p
M_0	Total MAIA	-0.539	0.233	-.179	-2.308	.022
M_1	Total MAIA	-0.478	0.308	-.159	-1.554	.122
	Total TMMS	-0.011	0.035	-.031	-0.306	.760
M_2	Total MAIA	-0.425	0.318	-.141	-1.335	.184
	Total TMMS	-0.009	0.035	-.027	-0.263	.793
	Uso saludable HUMS	-0.034	0.051	-.056	-0.664	.507
M_3	Total MAIA	-0.283	0.311	-.094	-0.911	.364
	Total TMMS	0.014	0.035	.042	0.412	.681
	Uso saludable HUMS	-0.076	0.051	-.124	-1.487	.139
	Uso no saludable HUMS	0.121	0.036	.276	3.395	< .001

Discusión

El presente estudio buscó examinar las relaciones entre la conciencia interoceptiva (MAIA), la granularidad emocional (TMMS) y el uso de la música como estrategia de regulación emocional (HUMS), así como su asociación con indicadores de salud mental (depresión, ansiedad, consumo problemático de sustancias y bienestar), en una muestra de adultos que escuchan música con regularidad. Para ello se implementó un cuestionario en línea, el cual incluía cada una de las escalas para medir las variables de interés. Conforme a la revisión literaria realizada, hasta donde se tiene conocimiento esta es la primera investigación en examinar la relación entre la conciencia interoceptiva y el uso de la música como estrategia de regulación emocional.

No obstante, es importante señalar que dos de los constructos centrales del estudio fueron evaluados mediante medidas indirectas. En particular, la granularidad emocional fue aproximada a través de la dimensión de claridad emocional del TMMS-24, mientras que la regulación emocional con música fue estimada mediante la HUMS, instrumento que evalúa formas saludables y no saludables de uso de la música con consecuencias emocionales. Por tanto, los resultados deben interpretarse como evidencia relacionada con estos constructos, más que como una medición directa de los mismos.

Ahora bien, los resultados revelaron que las hipótesis planteadas fueron confirmadas en su mayoría. Se encontró una relación positiva y significativa entre la conciencia interoceptiva y la granularidad emocional, apoyando la primera hipótesis. Asimismo, se confirmó que una mayor conciencia interoceptiva se asocia con un uso más adaptativo de la

música y negativamente con el uso desadaptativo, apoyando ambas partes de la segunda hipótesis. Una mayor granularidad emocional se relacionó negativamente con el uso no saludable de la música, apoyando parcialmente la tercera hipótesis, dado que su relación con el uso saludable no se mantuvo en el modelo de regresión. La cuarta hipótesis fue apoyada en lo que se refiere al bienestar emocional, pues la granularidad emocional predijo significativamente ambas dimensiones del bienestar, pero solo parcialmente en lo que se refiere al uso saludable de la música. Finalmente, las hipótesis de la 5a a la 5-d fueron apoyadas en su mayoría, pues tanto el MAIA como el TMMS predijeron significativamente el bienestar emocional y psicológico, y el uso no saludable de la música emergió como el predictor más consistente de ansiedad, depresión y consumo problemático de sustancias. En los párrafos subsiguientes se discute cada uno de estos hallazgos en detalle.

En primer lugar, se confirmó la existencia de una relación positiva y significativa entre la conciencia interoceptiva y la granularidad emocional. Este hallazgo coincide con investigaciones anteriores como la de Füstös et al. (2013), quienes de igual manera encontraron que a mayor conciencia interoceptiva, mejores procesos de regulación emocional. Del mismo modo, Tan et al. (2023) encontraron que un mayor nivel de atención interoceptiva se asociaba con el uso más frecuente de estrategias adaptativas de regulación y con una mayor flexibilidad emocional, identificando así la conciencia emocional como mecanismo mediador clave entre la percepción interoceptiva y la regulación afectiva en estudiantes universitarios chinos. A su vez, este resultado es coherente con los planteamientos de Barrett (2017), quien desde la teoría de la emoción construida propone que las emociones

son experiencias construidas a partir de la integración entre sensaciones corporales, contexto y conocimiento previo. Dentro de este marco, una mayor capacidad para percibir y atender las señales internas del cuerpo facilita la diferenciación y el etiquetado preciso de los estados emocionales, lo que a su vez se traduce en una mayor granularidad emocional.

En segundo lugar, se confirmó que una mayor conciencia interoceptiva se asocia con un uso más adaptativo de la música y negativamente con el uso desadaptativo. Este resultado es consistente con los hallazgos de Maekawa et al. (2024), quienes encontraron que individuos con alta sensibilidad interoceptiva presentan respuestas emocionales más intensas y diferenciadas ante estímulos musicales, con mayor activación en la ínsula anterior, región clave en la integración emoción-cuerpo.

En tercer lugar, la tercera hipótesis se confirmó de manera parcial. Pues si bien una mayor granularidad emocional se relacionó negativamente con el uso no saludable de la música, tanto en la correlación como en el modelo de regresión, en su relación con el uso saludable tomó otra dirección, debido a que resultó significativo en la correlación, pero no se mantuvo en el modelo de regresión. Este hallazgo contrasta en parte con lo expuesto por Kashdan et al. (2015) y Tugade et al. (2004), quienes reportaron que las personas con mayor granularidad emocional tienden a emplear estrategias de regulación más adaptativas. Una posible explicación de lo anterior es que el uso saludable de la música en esta muestra está determinado principalmente por la conciencia interoceptiva y no por la capacidad cognitiva de diferenciación emocional, lo que sugiere que estos dos procesos, aunque relacionados, contribuyen de forma diferencial a distintas dimensiones de la regulación emocional musical.

De acuerdo con Baltazar & Saarikallio (2016), podría interpretarse que la conciencia interoceptiva opera principalmente en los niveles fisiológicos y afectivos de la regulación emocional con música, mientras que la granularidad emocional tendría un rol más relevante a nivel cognitivo, específicamente en la inhibición del uso desadaptativo.

En cuanto a la cuarta hipótesis, los resultados mostraron que la granularidad emocional logró predecir significativamente el bienestar emocional positivo y el bienestar psicológico, siendo su contribución especialmente notable en este último. Sin embargo, su relación con el uso saludable de la música, aunque presente a nivel correlacional, no se sostuvo como predictor independiente al analizarse con los demás factores. Este patrón sugiere que la granularidad emocional tiene un impacto más directo sobre el bienestar que sobre las conductas relacionadas al uso de la música, lo que es coherente con lo propuesto por Kashdan et al. (2015), quienes encontraron que una mayor diferenciación emocional se asocia con menor malestar psicológico y mejor ajuste afectivo general.

Finalmente, la quinta hipótesis fue confirmada parcialmente. Comenzando por el bienestar emocional positivo (5-a), los resultados mostraron que tanto la conciencia interoceptiva como la granularidad emocional y el uso no saludable de la música contribuyeron significativamente a explicarlo, siendo este el modelo con mayor capacidad explicativa de todo el estudio. El hecho de que la conciencia interoceptiva tenga un papel tan relevante en el bienestar es de nuevo comprensible desde los planteamientos de Barrett (2017), quien sostiene que percibir e integrar las señales del propio cuerpo es una condición fundamental para regular las emociones y, por tanto, para el bienestar subjetivo. En la

dimensión de funcionamiento positivo, los resultados siguieron un patrón parecido, aunque con un giro interesante, debido a que la granularidad emocional mostró la mayor contribución, superando a la conciencia interoceptiva. Esto tiene sentido si se considera que el funcionamiento positivo implica procesos como la toma de decisiones, la claridad mental o el manejo de problemas, dimensiones en las que la capacidad de entender y diferenciar las propias emociones juega un papel especialmente importante. Tal como propone Gross (2015) al referirse a los efectos instrumentales de la regulación emocional en el ajuste psicológico a largo plazo. En ambas dimensiones del bienestar, el uso saludable de la música no resultó significativo, lo que lleva a pensar que, al menos en esta muestra, el bienestar depende más de la capacidad de percibir y diferenciar las emociones que de cómo se usa la música.

En cuanto a la depresión, la hipótesis también fue apoyada de forma parcial. Fueron el uso saludable, el uso no saludable de la música y la granularidad emocional los que mejor explicaron los niveles de depresión, mientras que la conciencia interoceptiva no alcanzó significancia en el modelo final, lo que sugiere que su influencia sobre la depresión ocurre de manera indirecta, a través de las formas en que las personas usan la música. También es notable que el uso de la música se asociara positivamente con mayores niveles de depresión, lo cual, aunque contraintuitivo, podría reflejar que las personas con mayor sintomatología depresiva tienden a recurrir más activamente a la música como estrategia de afrontamiento, sin que ello necesariamente se traduzca en una reducción del malestar. Este patrón es consistente con lo encontrado por Randall y Rickard (2017) en universitarios australianos, quienes reportaron que usar la música para rumiar se asociaba con mayor sintomatología

depresiva; y con Miranda y Claes (2009), quienes encontraron resultados similares en adolescentes canadienses que usaban la música como forma de evitación emocional.

Respecto a la ansiedad, los resultados apuntaron en una dirección algo distinta. El uso no saludable de la música fue el predictor más fuerte, seguido de la conciencia interoceptiva, mientras que la granularidad emocional y el uso saludable no resultaron significativos. Que la granularidad emocional no aparezca aquí como relevante, a diferencia de lo ocurrido con la depresión, sugiere que la ansiedad tiene una relación más directa con los patrones de uso disfuncional de la música y con la percepción de las señales corporales, que con la capacidad cognitiva de diferenciar emociones. En conjunto, estos resultados son coherentes con la propuesta de Saarikallio, Gold & McFerran (2015), quienes señalan que usar la música para rumiar o evitar emociones no es una estrategia neutra, sino un factor de riesgo real para el bienestar psicológico.

Por último, en lo que respecta al consumo problemático de sustancias, la hipótesis fue apoyada solo de manera parcial. Este fue el modelo que menos varianza logró explicar, y el único predictor que resultó significativo fue el uso no saludable de la música, que se asoció positivamente con mayor consumo problemático. La conciencia interoceptiva, la granularidad emocional y el uso saludable no mostraron efectos significativos por sí solos. Una posible lectura de esto, en línea con lo planteado por Miranda y Claes (2009), es que cuando las personas recurren a la música para evitar o escapar de lo que sienten, en lugar de procesarlo, esa misma dificultad para enfrentar los estados emocionales puede llevarlas también a otras conductas de riesgo, como el consumo de sustancias.

Limitaciones

En lo que respecta a las limitaciones se debe reconocer, en primer lugar, que el diseño correlacional no permite establecer relaciones causales entre las variables estudiadas, por lo que los hallazgos deben interpretarse como asociaciones y no como evidencia de que la conciencia interoceptiva o la granularidad emocional causan determinados patrones de uso musical o de salud mental.

En segundo lugar, es importante recordar que, la correlación entre la precisión interoceptiva objetiva (tarea de Schandry) y la conciencia interoceptiva (puntajes del MAIA) autorreportada no resultó significativa. Es posible que esta diferencia se deba a que las personas en su autorreporte tienden a subestimar su habilidad interoceptiva, es decir creerse menos conscientes al momento de capturar y percibir las señales de su cuerpo. Estos resultados pueden interpretarse como evidencia de que la precisión en la detección de señales cardíacas y la percepción subjetiva de conciencia interoceptiva constituyen dimensiones relacionadas, pero no equivalentes del constructo interoceptivo (Garfinkel et al., 2015). Pero también puede argumentarse que la falta de correlación entre el desempeño objetivo en la tarea de interocepción y los datos subjetivos indican que los datos del MAIA deben ser interpretados con cautela.

En tercer lugar, a pesar de que la muestra de participantes contaba con algunos niveles de ansiedad y depresión y de consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicotrópicas, esta muestra no estaba constituida por individuos con niveles clínicos de

dificultades de salud mental. Por lo tanto, es posible que los hallazgos aquí reportados varíen en alguna medida en personas.

A partir de estas limitaciones, se proponen varias líneas de investigación futura. Sería pertinente replicar este estudio con muestras más amplias y diversas, incluyendo muestras con diagnósticos clínicos de salud mental como trastorno de depresión, trastorno de ansiedad, trastorno por consumo de sustancias, etc. Asimismo, el uso de diseños longitudinales permitiría examinar la dirección causal de las relaciones encontradas, particularmente entre el uso no saludable de la música y el desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva.

Por otro lado, se recomienda implementar metodologías de investigación como el *Experience Sampling Method* en el que los datos sean capturados en entornos de la vida cotidiana, en tiempo real y con todas las fluctuaciones o posibles cambios de los participantes a lo largo del día, esto con el fin de conocer cómo suelen usar los participantes la música en su vida, y superando las limitaciones del autorreporte retrospectivo.

Se sugiere también ampliar la submuestra de la tarea de Schandry e incorporar otras medidas fisiológicas objetivas de interocepción que complementen los autoinformes. Además, futuras investigaciones podrían examinar si las intervenciones están orientadas a fortalecer la conciencia interoceptiva o la granularidad emocional y si estas poseen efectos sobre los patrones de uso musical y el bienestar psicológico de la población.

Finalmente, los hallazgos del presente estudio tienen implicaciones prácticas relevantes en el contexto de la salud mental en la población de adultos. Dado que el uso no saludable de la música fue el predictor más potente de ansiedad y que la conciencia

interoceptiva y la granularidad emocional predijeron formas más adaptativas de regulación emocional musical, los resultados sugieren que intervenciones orientadas a fortalecer estas capacidades podrían contribuir a promover el bienestar psicológico y a reducir el riesgo de desarrollar sintomatología ansiosa y depresiva en esta población. Lo anterior adquiere especial relevancia en el contexto colombiano debido a que los adultos desde los 18 años representan el 41.2% de los casos notificados por uso problemático de sustancias psicoactivas (Observatorio de Salud de Bogotá, 2024). Por ende, programas de intervención como el propuesto por Dingle et al. (2016), donde se utiliza la música de manera deliberada para fortalecer la conciencia emocional y las estrategias de regulación, podrían adaptarse al contexto universitario colombiano como herramientas de promoción de la salud mental accesibles y culturalmente pertinentes.

Conclusiones

El presente estudio aporta evidencia empírica sobre las relaciones entre la conciencia interoceptiva, la granularidad emocional y el uso de la música como estrategia de regulación emocional, y sus implicaciones para la salud mental de jóvenes adultos. Los hallazgos obtenidos permiten concluir que la conciencia interoceptiva y la granularidad emocional constituyen procesos psicológicos interrelacionados que desempeñan un papel relevante tanto en la forma en que las personas utilizan la música para regular sus emociones, como en su bienestar psicológico y emocional general.

Se concluye que una mayor capacidad para percibir y atender las señales internas del cuerpo se asocia con un uso más adaptativo de la música y con una mayor diferenciación emocional, lo cual predice mejores indicadores de bienestar. No obstante, los resultados sugieren que la conciencia interoceptiva y la granularidad emocional contribuyen de manera diferencial a la regulación emocional musical: mientras que la primera predice principalmente el uso adaptativo de la música, la segunda opera con mayor fuerza en la inhibición del uso desadaptativo, pero no en la promoción del uso saludable. Por su parte, el uso no saludable de la música emergió como el predictor más potente de ansiedad, depresión y consumo problemático de sustancias, lo que subraya que la música no es inherentemente protectora para la salud mental, sino que sus efectos dependen fundamentalmente de la forma en que se integra en los procesos de regulación emocional de cada persona.

Los resultados de la tarea de Schandry añaden una dimensión crítica a la interpretación de los hallazgos: la precisión interoceptiva objetiva y la conciencia interoceptiva autoreportada no son equivalentes, sino dimensiones distintas de un mismo constructo complejo. Este hallazgo advierte que confiar exclusivamente en autoinformes para medir la interocepción puede conducir a conclusiones incompletas sobre la relación entre el cuerpo y la experiencia emocional, y subraya la necesidad de que futuras investigaciones integren medidas objetivas y subjetivas de manera complementaria para capturar la totalidad del fenómeno interoceptivo.

Finalmente, los hallazgos de este estudio no sólo amplían la comprensión teórica sobre los mecanismos que subyacen a la regulación emocional con música, sino que abren

una vía concreta hacia la intervención. En un contexto donde la ansiedad, la depresión y el consumo problemático de sustancias afectan de manera creciente a los jóvenes adultos, fortalecer la conciencia interoceptiva y la granularidad emocional emerge como una estrategia prometedora para promover el bienestar psicológico y prevenir el uso desadaptativo de la música como mecanismo de evasión emocional. La música está presente en la vida cotidiana de casi todos los jóvenes; la pregunta no es si se usa, sino cómo. Por lo que, este estudio sugiere que enseñar a escuchar el cuerpo y a nombrar con precisión lo que se siente puede marcar una diferencia significativa en esa respuesta.

Referencias

Abuín, J. R. (2007). Regresión lineal múltiple. En *Editor* (Ed.), *IdEyGdM-Ld Estadística* (p. 32).

Baltazar, M., y Saarikallio, S. (2016). Toward a better understanding and conceptualization of affect self-regulation through music: A critical, integrative literature review. *Psychology of Music*, *44*(6), 1500–1521. https://doi.org/10.1177/0305735616663313

Barrett, L. F. (2017). The theory of constructed emotion: An active inference account of interoception and categorization. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *12*(1), 1–23. https://doi.org/10.1093/scan/nsw156

Barrett, N. F., y Schulkin, J. (2017). A neurodynamic perspective on musical enjoyment: The role of emotional granularity. *Frontiers in Psychology*, *8*, Artículo 2187. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02187

Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., y Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*(2), 69–77. https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00296-3

Chen, L., Zhou, S., y Bryant, J. (2007). Temporal changes in mood repair through music consumption: Effects of mood, mood salience, and individual differences. *Media Psychology*, *9*(3), 695–713. https://doi.org/10.1080/15213260701283293

Chin, T., y Rickard, N. S. (2012). The Music Use Questionnaire: An examination of psychometric properties and preliminary application to young people's emotional well-being. *Journal of Music Therapy*, *49*(1), 47–67. https://doi.org/10.1093/jmt/49.1.47

Chong, H. J., Kim, H. J., y Kim, B. (2024). Scoping review on the use of music for emotion regulation. *Behavioral Sciences*, *14*(9), 793. https://doi.org/10.3390/bs14090793

Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., y Aiken, L. S. (2013). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. Routledge.

Critchley, H. D., y Garfinkel, S. N. (2017). Interoception and emotion. *Current Opinion in Psychology*, *17*, 7–14. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.024

Dhalla, S., Zumbo, B. D., y Poole, G. (2011). A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999–2010. *Current Drug Abuse Reviews*, *4*(1), 57–64. https://doi.org/10.2174/1874473711104010057

Dingle, G. A., Hodges, J., y Kunde, A. (2016). Tuned In emotion regulation program using music listening: Effectiveness for adolescents in educational settings. *Frontiers in Psychology*, *7*, Artículo 859. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00859

Erbas, Y., Ceulemans, E., Lee Pe, M., Koval, P., y Kuppens, P. (2014). Negative emotion differentiation: Its personality and well-being correlates and a comparison of different assessment methods. *Cognition & Emotion*, *28*(7), 1196–1213. https://doi.org/10.1080/02699931.2013.875890

Extremera, N., Mérida-López, S., Sánchez-Álvarez, N., y Quintana-Orts, C. (2021). Validation of the Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) in three Spanish-speaking countries: Argentina, Ecuador, and Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(18), 9753. https://doi.org/10.3390/ijerph18189753

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5.ª ed.). Sage Publications.

Füstös, J., Gramann, K., Herbert, B. M., y Pollatos, O. (2013). On the embodiment of emotion regulation: Interoceptive awareness facilitates reappraisal. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *8*(8), 911–917. https://doi.org/10.1093/scan/nss089

Garfinkel, S. N., Seth, A. K., Barrett, A. B., Suzuki, K., y Critchley, H. D. (2015). Knowing your own heart: Distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biological Psychology*, *104*, 65–74. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.11.004

Gebhardt, S., Kunkel, M., y Georgi, R. V. (2012). Emotion modulation in psychiatric patients through music. *Music Perception: An Interdisciplinary Journal*, *31*(5), 485–493. https://doi.org/10.1525/mp.2014.31.5.485

Goss-Sampson, M. A., y Meneses, J. (2019). *Análisis estadístico con JASP: Una guía para estudiantes*. JASP.

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, *26*(1), 1–26. https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781

Ip, K. I., Yu, K., y Gendron, M. (2023). Emotion granularity, regulation, and their implications in health: Broadening the scope from a cultural and developmental perspective. *Emotion Review*, *16*(4), 224–237. https://doi.org/10.1177/17540739231214564

Kashdan, T. B., Barrett, L. F., y McKnight, P. E. (2015). Unpacking emotion differentiation: Transforming unpleasant experience by perceiving distinctions in negativity. *Current Directions in Psychological Science*, *24*(1), 10–16. https://doi.org/10.1177/0963721414550708

Knight, J. R., Sherritt, L., Shrier, L. A., Harris, S. K., y Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *156*(6), 607–614. https://doi.org/10.1001/archpedi.156.6.607

Larson, R., y Csikszentmihalyi, M. (2014). The experience sampling method. En M. Csikszentmihalyi (Ed.), *Flow and the foundations of positive psychology: The*

collected works of Mihaly Csikszentmihalyi (pp. 21–34). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8_2

Li, W., Zhao, Z., Chen, D., Peng, Y., y Lu, Z. (2022). Prevalence and associated factors of depression and anxiety symptoms among college students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *63*(11), 1222–1230. https://doi.org/10.1111/jcpp.13606

Maekawa, T., Sasaoka, T., Inui, T., Fermin, A. S., y Yamawaki, S. (2024). Heart rate and insula activity increase in response to music in individuals with high interoceptive sensitivity. *PLOS ONE*, *19*(8), Artículo e0299091. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299091

Marín, J. S. (2023). Influencia de la música en el comportamiento de los adolescentes. *Ciencia y Academia*, (*4*), Artículo 5. https://doi.org/10.21501/2744838X.46522

Martín, J. C., Ortega-Sánchez, D., Miguel, I. N., y Martín, G. M. G. (2021). Music as a factor associated with emotional self-regulation: A study on its relationship to age during COVID-19 lockdown in Spain. *Heliyon*, *7*(2), Artículo e06222. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06222

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA)*. Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/paginas/convivencia-desarrollo-humano-sustancias-psicoactivas.aspx

Miranda, D., y Claes, M. (2009). Music listening, coping, peer affiliation and depression in adolescence. *Psychology of Music*, *37*(2), 215–233. https://doi.org/10.1177/0305735608097245

Myin-Germeys, I., Kasanova, Z., Vaessen, T., Vachon, H., Kirtley, O., Viechtbauer, W., y Reininghaus, U. (2018). Experience sampling methodology in mental health research: New insights and technical developments. *World Psychiatry*, *17*(2), 123–132. https://doi.org/10.1002/wps.20513

Observatorio de Salud de Bogotá. (2024). *Reporte de casos por consumo problemático de sustancias psicoactivas*. Alcaldía Mayor de Bogotá. https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/consumo-abusivo-spa/

Oliva Delgado, A., Antolín Suárez, L., Pertegal Vega, M. Á., Ríos Bermúdez, M., Parra Jiménez, Á., Hernando Gómez, Á., y Reina Flores, M. (2011). Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven. En A. Oliva Delgado (Ed.), *Desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven: Un estudio en centros docentes andaluces* (pp. 37–58). Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *La carga de los trastornos por consumo de drogas en la Región de las Américas, 2000-2019*. Portal de Datos de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. https://www.paho.org/en/enlace/burden-drug-use-disorders

O'Toole, M. S., Elkjær, E., y Mikkelsen, M. B. (2021). Is negative emotion differentiation associated with emotion regulation choice? Investigations at the person and day level. *Frontiers in Psychology*, *12*, Artículo 684377. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.684377

Randall, W. M., y Rickard, N. S. (2017). Reasons for personal music listening: A mobile experience sampling study of emotional outcomes. *Psychology of Music*, *45*(4), 479–495. https://doi.org/10.1177/0305735616666939

Rico, J. L., Restrepo, M., y Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medición*, *3*(1), 73–86.

Saarikallio, S., Gold, C., y McFerran, K. (2015). Development and validation of the Healthy-Unhealthy Music Scale. *Child and Adolescent Mental Health*, *20*(4), 210–217. https://doi.org/10.1111/camh.12109

Schäfer, T., Sedlmeier, P., Städtler, C., y Huron, D. (2013). The psychological functions of music listening. *Frontiers in Psychology*, *4*, Artículo 511. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00511

Seah, T. H. S., y Coifman, K. G. (2022). Emotion differentiation and behavioral dysregulation in clinical and nonclinical samples: A meta-analysis. *Emotion*, *22*(7), 1686–1697. https://doi.org/10.1037/emo0000968

Serrani Azcurra, D. (2015). Traducción, adaptación al español y validación de la escala de bienestar mental de Warwick-Edinburgh en una muestra de adultos mayores argentinos. *Acta Colombiana de Psicología*, *18*(1), 79–93. https://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.8

Silverman, M. J. (2020). Music-based discharge, healthy music use, and unhealthy music use explain adaptive and maladaptive coping strategies in adults hospitalized with cancer: A cross-sectional investigation. *Musicae Scientiae*, *26*(1), 84–100. https://doi.org/10.1177/1029864920922290

Smidt, K. E., y Suvak, M. K. (2015). A brief, but nuanced, review of emotional granularity and emotion differentiation research. *Current Opinion in Psychology*, *3*, 48–51. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.001

Stone, B. M. (2021). El uso ético de los índices de ajuste en el modelado de ecuaciones estructurales: Recomendaciones para psicólogos. *Frontiers in Psychology*, *12*, Artículo 783226. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.783226

Tan, Y., Wang, X., Blain, S. D., Jia, L., y Qiu, J. (2023). Interoceptive attention facilitates emotion regulation strategy use. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *23*(1), Artículo 100336. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100336

Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., y Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, *5*, Artículo 63. https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63

Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martí-Aragón, M., Pastor, M. A., y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés*, *13*(2-3), 163–176.

Thoma, M. V., Scholz, U., Ehlert, U., y Nater, U. M. (2011). Listening to music and physiological and psychological functioning: The mediating role of emotion regulation and stress reactivity. *Psychology & Health*, *27*(2), 227–241. https://doi.org/10.1080/08870446.2011.575225

Tugade, M. M., y Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, *86*(2), 320–333. https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320

Ullman, J. B., y Bentler, P. M. (2012). Structural equation modeling. En I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (2.ª ed., Vol. 2, pp. 661–690). Wiley.

Uribe Isaza, M. M. (2012). *Validación para Colombia de la escala Crafft para tamizaje de consumo de sustancias psicoactivas versión Universidad Nacional de Colombia Fase I* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Institucional UNAL. https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/9410

Valenzuela-Moguillansky, C., y Reyes-Reyes, A. (2015). Psychometric properties of the multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA) in a Chilean population. *Frontiers in Psychology*, *6*, Artículo 120. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00120

Wang, Y. X., y Yin, B. (2023). A new understanding of the cognitive reappraisal technique: An extension based on the schema theory. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *17*, Artículo 1174585. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2023.1174585

Williams, A. J., Arcelus, J., Townsend, E., y Michail, M. (2022). Feasibility and acceptability of experience sampling among LGBTQ+ young people with self-harmful thoughts and behaviours. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, Artículo 916164. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.916164

World Health Organization. (2023). *Mental health, social inclusion and young people aged 18–29 in the WHO European Region: Rapid evidence synthesis* [Borrador para consulta]. World Health Organization. https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/rapidevidencesynthesisdraft-for-consultation_final.pdf

Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361–370. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Zúñiga, J., García Lara, G., y Pérez, O. (2019). Propiedades psicométricas del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) en adolescentes de Chiapas, México. *European Scientific Journal*, *15*(16), 280–294. https://doi.org/10.19044/esj.2019.v15n16p280

Anexos

1. Bienestar emocional positivo

Tabla 11

Resumen del modelo — Bienestar emocional positivo

Modelo	*R*	R^2	R^2 *aj.*	*RECM*	ΔR^2	F cambio	df1	df2	p	Durbin-Watson
M_0	.623	.388	.384	5.008	.388	102.1	1	161	< .001	2.045
M_1	.660	.435	.428	4.826	.047	13.34	1	160	< .001	2.085
M_2	.661	.436	.426	4.836	.001	0.349	1	159	.555	2.087
M_3	.710	.504	.491	4.552	.067	21.44	1	158	< .001	2.117

Tabla 12

ANOVA — Bienestar emocional positivo

Modelo		SC	gl	CM	*F*	p
M_0	Regresión	2559	1	2559	102.1	< .001
	Residual	4037	161	25.08		
	Total	6597	162			
M_1	Regresión	2870	2	1435	61.62	< .001
	Residual	3726	160	23.29		
	Total	6597	162			
M_2	Regresión	2878	3	959.4	41.03	< .001
	Residual	3718	159	23.39		

	Total	6597	162			
M₃	Regresión	3323	4	830.6	40.09	< .001
	Residual	3274	158	20.72		
	Total	6597	162			

2. Bienestar psicológico (funcionamiento positivo)

Tabla 13

Resumen del modelo — Bienestar psicológico

Modelo	*R*	*R²*	*R² aj.*	*RECM*	ΔR²	F cambio	df1	df2	p	Durbin-Watson
M₀	.608	.370	.366	3.400	.370	94.42	1	161	< .001	1.868
M₁	.689	.474	.468	3.115	.104	31.79	1	160	< .001	1.889
M₂	.689	.474	.464	3.125	.000	0.032	1	159	.858	1.889
M₃	.709	.502	.490	3.050	.028	8.948	1	158	.003	1.886

Nota. M₀ incluye Total MAIA. M₁ incluye Total MAIA y Total TMMS. M₂ incluye Total MAIA, Total TMMS y Uso saludable HUMS. M₃ incluye Total MAIA, Total TMMS, Uso saludable HUMS y Uso no saludable HUMS.

Tabla 14

ANOVA — Bienestar psicológico

Modelo		SC	gl	CM	*F*	p
M₀	Regresión	1092	1	1092	94.42	< .001
	Residual	1862	161	11.56		
	Total	2953	162			
M₁	Regresión	1400	2	700.1	72.13	< .001
	Residual	1553	160	9.706		
	Total	2953	162			
M₂	Regresión	1401	3	466.9	47.81	< .001
	Residual	1553	159	9.765		
	Total	2953	162			
M₃	Regresión	1484	4	371.0	39.89	< .001
	Residual	1469	158	9.300		
	Total	2953	162			

Nota. SC = suma de cuadrados; gl = grados de libertad; CM = cuadrado medio.

3. Depresión (HADS)

Tabla 15

Resumen del modelo — Depresión HADS

Modelo	*R*	R^2	R^2 *aj.*	*RECM*	ΔR^2	F cambio	df1	df2	p	Durbin-Watson
M₀	.456	.208	.203	2.949	.208	42.34	1	161	< .001	1.906

M₁	.500	.250	.240	2.880	.041	8.807	1	160	.003	1.963
M₂	.558	.311	.298	2.768	.062	14.23	1	159	< .001	2.006
M₃	.621	.385	.370	2.623	.074	19.05	1	158	< .001	2.049

Nota. M₀ incluye Total MAIA. M₁ incluye Total MAIA y Total TMMS. M₂ incluye Total MAIA, Total TMMS y Uso saludable HUMS. M₃ incluye Total MAIA, Total TMMS, Uso saludable HUMS y Uso no saludable HUMS.

Tabla 16

ANOVA — Depresión HADS

Modelo		SC	gl	CM	*F*	p
M₀	Regresión	368.3	1	368.3	42.34	< .001
	Residual	1400	161	8.698		
	Total	1769	162			
M₁	Regresión	441.3	2	220.7	26.60	< .001
	Residual	1327	160	8.296		
	Total	1769	162			
M₂	Regresión	550.4	3	183.5	23.94	< .001
	Residual	1218	159	7.662		
	Total	1769	162			
M₃	Regresión	681.4	4	170.4	24.76	< .001
	Residual	1087	158	6.881		
	Total	1769	162			

Nota. SC = suma de cuadrados; gl = grados de libertad; CM = cuadrado medio.

4. Ansiedad (HADS)

Tabla 17

Resumen del modelo — Ansiedad HADS

Modelo	*R*	R^2	R^2 *aj.*	*RECM*	ΔR^2	F cambio	df1	df2	p	Durbin-Watson
M_0	.322	.104	.098	3.288	.104	18.64	1	161	< .001	1.978
M_1	.345	.119	.108	3.271	.015	2.714	1	160	.101	1.970
M_2	.403	.162	.147	3.199	.044	8.282	1	159	.005	2.025
M_3	.600	.360	.344	2.804	.198	48.96	1	158	< .001	2.069

Nota. M_0 incluye Total MAIA. M_1 incluye Total MAIA y Total TMMS. M_2 incluye Total MAIA, Total TMMS y Uso saludable HUMS. M_3 incluye Total MAIA, Total TMMS, Uso saludable HUMS y Uso no saludable HUMS.

Tabla 18

ANOVA — Ansiedad HADS

Modelo		SC	gl	CM	*F*	p
M_0	Regresión	201.6	1	201.6	18.64	< .001
	Residual	1741	161	10.81		
	Total	1943	162			
M_1	Regresión	230.6	2	115.3	10.78	< .001
	Residual	1712	160	10.70		
	Total	1943	162			
M_2	Regresión	315.4	3	105.1	10.27	< .001
	Residual	1627	159	10.23		
	Total	1943	162			
M_3	Regresión	700.3	4	175.1	22.27	< .001
	Residual	1242	158	7.863		
	Total	1943	162			

Nota. SC = suma de cuadrados; gl = grados de libertad; CM = cuadrado medio.

5. Consumo problemático de sustancias (CRAFFT)

Tabla 19

Resumen del modelo — CRAFFT

Modelo	*R*	R^2	R^2 *aj.*	*RECM*	ΔR^2	F cambio	df1	df2	p	Durbin-Watson
M_0	.179	.032	.026	2.375	.032	5.328	1	161	.022	1.842

M_1	.181	.033	.021	2.382	.001	0.094	1	160	.760	1.846
M_2	.188	.035	.017	2.386	.003	0.442	1	159	.507	1.842
M_3	.318	.101	.078	2.311	.066	11.53	1	158	< .001	1.771

Nota. M_0 incluye Total MAIA. M_1 incluye Total MAIA y Total TMMS. M_2 incluye Total MAIA, Total TMMS y Uso saludable HUMS. M_3 incluye Total MAIA, Total TMMS, Uso saludable HUMS y Uso no saludable HUMS.

Tabla 20

ANOVA — CRAFFT

Modelo		SC	gl	CM	*F*	p
M_0	Regresión	30.06	1	30.06	5.328	.022
	Residual	908.3	161	5.642		
	Total	938.4	162			
M_1	Regresión	30.59	2	15.30	2.696	.071
	Residual	907.8	160	5.674		
	Total	938.4	162			
M_2	Regresión	33.11	3	11.04	1.938	.126
	Residual	905.3	159	5.694		
	Total	938.4	162			
M_3	Regresión	94.67	4	23.67	4.432	.002
	Residual	843.7	158	5.340		
	Total	938.4	162			

Nota. SC = suma de cuadrados; gl = grados de libertad; CM = cuadrado medio.