

---

# Motivació i emoció en *mindfulness* i l'esport: la inhibició emocional

---

PID\_00265562

Antoni Baena Garcia  
Israel Mañas Mañas  
Jordi Moreno Sánchez  
Mónica Quesada Laborda

---

Temps mínim de dedicació recomanat: 4 hores

---



**Antoni Baena García**

Llicenciat en Psicologia per la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) i doctor en Psicologia per la Universitat Ramon Llull. És professor dels Estudis de Ciències de la Salut de la UOC. Té una àmplia experiència en la formació de professionals de la salut per al tractament especialitzat del tabaquisme i en salut digital. Ha participat en nombrosos congressos nacionals i internacionals.

**Israel Mañas Mañas**

Doctor en Psicologia. És professor col·laborador de la Universitat Oberta de Catalunya i professor interí de la Universitat d'Almeria. És membre del Grup de Recerca Psicologia, Salut i Educació (Hum-760), i expert en anàlisi de la conducta clínica i en teràpies psicològiques basades en l'atenció plena. La seva principal línia de recerca se centra en l'estudi experimental i aplicat de la cognició humana i de l'atenció plena.

**Jordi Moreno Sánchez**

Llicenciat en Psicologia i doctor en Psicologia de la Salut i de l'Esport per la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). És professor col·laborador de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) i professor associat de la Facultat de Psicologia de la UAB. És membre del Grup de Recerca en Psicologia, Persona i Context (PSICOPERSONA) de la Universitat Ramon Llull. Té experiència a dissenyar programes de promoció de la salut en els entorns laboral i hospitalari. És consultor de formació i selecció en empreses dels sectors sanitari i educatiu. Ha publicat articles en revistes de renom i ha participat en congressos nacionals i internacionals.

**Mónica Quesada Laborda**

Doctora en Psicologia. És especialista en psicologia clínica. És professora col·laboradora de la Universitat Oberta de Catalunya. És facultativa especialista d'àrea a l'Hospital del Tajo (Comunitat de Madrid). Té una àmplia experiència clínica i investigadora en el camp de les addiccions. La seva labor assistencial se centra en l'avaluació i el tractament dels trastorns mentals en població adulta.

L'encàrrec i la creació d'aquest recurs d'aprenentatge UOC han estat coordinats pel professor: Antoni Baena García (2019)

Primera edició: setembre de 2019

© Antoni Baena García, Israel Mañas Mañas, Jordi Moreno Sánchez, Mónica Quesada Laborda

Tots els drets reservats

© d'aquesta edició, FUOC, 2019

Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona

Realització editorial: FUOC

*Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars dels drets.*

# Índex

<b>Introducció.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Atenció plena i emoció.....</b>	<b>7</b>
1.1. Introducció .....	7
1.2. Intervencions basades en l'atenció plena i àmbits d'aplicació ....	8
1.3. Definicions i components de l'atenció plena .....	9
1.4. Components de l'atenció plena .....	10
1.4.1. La intenció .....	11
1.4.2. L'atenció .....	11
1.4.3. L'actitud .....	12
1.5. La pràctica de l'atenció plena .....	14
1.5.1. Pràctica formal de la respiració .....	14
1.5.2. Pràctica informal de la respiració .....	15
1.5.3. Pràctica formal del cos ( <i>body-scan</i> ) .....	15
1.5.4. Pràctica informal del cos ( <i>body-scan</i> ) .....	17
1.6. Atenció plena, regulació emocional i estratègies d'afrontament .....	17
1.7. Atenció plena i intel·ligència emocional .....	21
<b>2. Esport, motivació i emoció.....</b>	<b>24</b>
2.1. Introducció .....	24
2.2. Teoria de la perspectiva de metes .....	24
2.3. Teoria de l'autodeterminació (SDT) .....	26
2.3.1. Tipus de motivació segons l'SDT .....	26
2.4. Activació i rendiment esportiu .....	27
2.5. Estrès i esport .....	29
2.6. Emocions i rendiment: teoria de la zona individual de funcionament òptim (ZIFO) .....	31
2.7. Estudi de les emocions en el context esportiu .....	32
<b>3. Inhibició emocional i salut.....</b>	<b>34</b>
3.1. Introducció .....	34
3.2. Característiques cognitivoafectives: l'alexitímia .....	34
3.2.1. Alexitímia: problemes de salut i conductes de risc .....	35
3.2.2. Al Lluís li costa expressar com se sent .....	36
3.3. Estratègies de regulació emocional .....	36
3.4. Habilitats d'expressió emocional .....	38
<b>Bibliografia.....</b>	<b>41</b>



## Introducció

L'estudi en profunditat dels aspectes motivacionals i emocionals ens permet tenir un major coneixement dels processos bàsics que inicien i mantenen el comportament humà. En les unitats didàctiques anteriors vam presentar els aspectes teòrics i els resultats experimentals que en el curs de la història de la psicologia s'han mostrat més rellevants i han rebut major suport empíric en el camp de la motivació i l'emoció. Aquest mòdul és un complement de les unitats didàctiques anteriors. Inclou tres apartats en els quals tractem d'aspectes teòrics i estudis experimentals sobre altres àrees d'interès en les quals els processos motivacionals i emocionals han mostrat clarament la seva rellevància.

En el primer apartat exposem els estudis més actuals sobre els resultats de l'entrenament en atenció plena o *mindfulness* com a mètode d'intervenció per a abordar nombroses patologies emocionals. Presentem les diferents definicions del concepte i els principals components d'aquesta intervenció, a més de les descobertes més significatives respecte a la seva relació amb la regulació emocional i la seva influència en l'àrea de la intel·ligència emocional.

Posteriorment desenvolupem continguts respecte a la influència de les variables motivacionals i emocionals en l'esport. Primer descrivim els aspectes motivacionals des de les dues perspectives teòriques de major rellevància: la perspectiva de metes i l'autodeterminació. Seguidament exposem els principals estudis respecte a la relació entre els aspectes emocionals i l'activitat esportiva posant especial èmfasi en la manera en què l'activació i els diferents tipus d'emocions influeixen en el rendiment.

En l'últim apartat, com a complement de l'apartat previ sobre emocions i salut, tractem del paper que té la inhibició emocional en els processos de salut, principalment en relació amb les competències personals en l'expressió emocional i les estratègies de regulació emocional que han resultat més adaptatives en el pla dels comportaments saludables.



## 1. Atenció plena i emoció

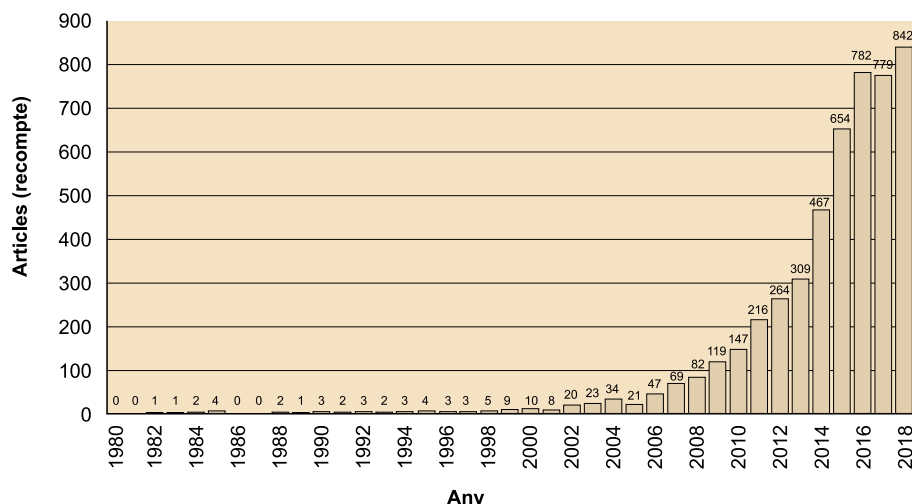
### 1.1. Introducció

El terme *mindfulness* no té una traducció simple al català, com passa amb altres vocables anglosaxons, per exemple, *insight*. Generalment, se sol traduir per 'atenció plena' o 'consciència plena'. No obstant això, especialment en contextos acadèmics, es tendeix a mantenir el terme original sense traduir. Actualment és possible trobar l'atenció plena en contextos i àmbits tan nombrosos i heterogenis com el de la salut física i mental, la neurociència cognitiva, l'esportiu, l'educatiu, l'empresarial, el dels cossos i forces de seguretat de l'Estat, el militar, el penitenciari, el de la seguretat viària, el de la tercera edat o el de la violència de gènere, entre molts altres (Creswell, 2017; Kee, Li, Kong, Tang i Chuan, 2019; Mañas i Franco, 2018; Santed i Segovia, 2018).

Podem considerar Jon Kabat-Zinn com el pare de l'atenció plena a Occident. Kabat-Zinn és professor emèrit de la Facultat de Medicina de la Universitat de Massachusetts i director de la Clínica de Reducció de l'Estrès de la mateixa universitat. A la fi dels setanta va començar a integrar l'ús de l'atenció plena en el context de la medicina per tractar nombroses xacres mèdiques i psicològiques. És el creador del famós programa per a reduir l'estrès basat en atenció plena conegut com *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR). Aquest programa va comportar que en la dècada dels vuitanta s'iniciessin diverses recerques científiques sobre els efectes beneficiosos de la pràctica de l'atenció plena (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipworth i Burney, 1985; Kabat-Zinn i Chapman-Waldrop, 1988).

A partir dels noranta, però especialment des del principi d'aquest segle fins a l'actualitat, s'observa un increment exponencial en el nombre de publicacions científiques que mostren l'eficàcia i utilitat de l'atenció plena en nombrosos contextos (Chiesa, Fazio, Bernardinelli i Morandi, 2017; Kee *et al.*, 2019).

Figura 1. Publicacions periòdiques anuals sobre atenció plena, 1980-2018



Font: American Mindfulness Research Association (2019). Recuperat de <https://goamra.org/resources/>.

Una altra dada més propera, que mostra la gran expansió de l'atenció plena en contextos acadèmics, la constitueix el nombre de tesis, treballs de fi de màster o de grau, etc. que són publicats a Espanya sobre aquest tema. Per exemple, a TESEO, la base de dades de tesis doctorals del Ministeri d'Educació, Cultura i Esport d'Espanya, es poden consultar unes trenta-set tesis doctorals publicades sobre aquest tema. Aquestes tesis versen sobre l'ús de l'atenció plena en àrees com l'obesitat, el dolor crònic, la salut física i mental, les addiccions, la depressió, l'ansietat, el dol, el rendiment esportiu, l'estrès docent, el joc patològic, la psiconeuroinmunoendocrinologia, la malaltia d'Alzheimer, la intel·ligència emocional, etc.

El treball de Chiesa *et al.* (2017) mostra també un increment del nombre de publicacions d'estudis de revisió sobre atenció plena, per exemple, estudis sobre l'entrenament i pràctica de l'atenció plena (Lyzwinski, Caffery, Bambling i Edirippuige, 2017; Shiyko, Hallinan i Naito, 2017), instruments d'avaluació i mesura de l'atenció plena (Calvete i Royuela-Colomer 2016; Goodman, Madni i Semple, 2017), processos psicològics relacionats amb l'atenció plena (Pascoe, Thompson, Jenkins i Ski, 2017; Randal, Pratt i Bucci, 2015) i metaanàlisis sobre la recerca en atenció plena (Van Dam *et al.*, 2018).

## 1.2. Intervencions basades en l'atenció plena i àmbits d'aplicació

Quant a les intervencions basades en atenció plena (IBM), destaca l'MBSR com el programa que actualment ha mostrat més aplicacions i evidència científica a tot el món, i constitueix una de les principals causes de la gran difusió de l'atenció plena.



L'MBSR és un programa d'entrenament general, no específic per a cap trastorn mental, l'aplicació del qual ha demostrat ser eficaç per a nombrosos problemes com depressió, ansietat, estrès, dolor crònic, càncer, fibromiàlgia, trastorns de la personalitat, addiccions, etc., tant per a pacients com per a població no clínica (Creswell, 2017; Kee *et al.*, 2019; Pots *et al.*, 2016; Santed i Segovia, 2018; Shi i MacBeth, 2017; Snippe *et al.*, 2017; Spijkerman, Pots i Bohjlmeyer, 2016).

Les principals tècniques i exercicis d'entrenament que s'utilitzen en el programa MBSR són l'atenció plena a la respiració, la tècnica de contemplació de les sensacions corporals o *body-scan*, el ioga, la meditació mentre es camina i l'atenció plena en les activitats de la vida quotidiana (mentre un menja, es renta, es vesteix, treballa, etc.).

A més del programa MBSR, hi ha altres IBM, entre les quals destaquen un gran nombre de teràpies psicològiques que d'una manera o altra utilitzen l'atenció plena o que n'integren els principis (vegeu una revisió d'aquest tema a Creswell, 2017). Sobresurten quatre teràpies:

- 1) Teràpia cognitiva basada en atenció plena (*mindfulness-based cognitive therapy* o MBCT; Segal, Williams i Teasdale, 2002, 2017).
- 2) Teràpia dialèctica conductual (*dialectical behavioral therapy* o DBT; Linehan, 1993).
- 3) Teràpia d'acceptació i compromís (*acceptance and commitment therapy* o ACT; Hayes, Strosahl i Wilson, 1999, 2014; Wilson i Luciano, 2002).
- 4) Meditació fluir (MF), que integra pràctiques de l'MBSR i l'ACT (Franco, 2009).

### 1.3. Definicions i components de l'atenció plena

En aquest epígraf abordarem algunes de les definicions d'atenció plena i els seus principals components, característiques o qualitats. Però abans és important assenyalar l'aportació de Germer (2005): «La paraula *mindfulness* es pot emprar per a descriure un constructe teòric (la idea d'atenció plena), i també pràctiques per a conrear atenció plena (com per exemple la meditació) i processos psicològics (mecanismes d'acció en la ment i el cervell)». Aquesta distinció, si bé és arbitrària, és útil, ja que aclareix el fet que s'empri el terme *mindfulness* a vegades per a referir-se exclusivament a una d'aquestes tres coses i a vegades, en canvi, per a referir-se solament a dues o fins i tot a totes tres simultàniament.

Taula 1. Definicions i descripcions d'atenció plena

Definició o descripció d'atenció plena	Autoria
Manteniment d'una consciència viva de la realitat del moment present.	Hanh, 1976
Realització de l'atenció en el moment present d'una manera especial, intencionadament i sense jutjar.	Kabat-Zinn, 1994
Consciència del flux de l'experiència que emergeix en prestar atenció al moment present intencionalment, sense jutjar i de moment a moment.	Kabat-Zinn, 2003
Consciència de moment a moment.	Germer, 2005
Capacitat humana, universal i bàsica, de ser conscient dels continguts de la ment de moment a moment.	Simón, 2007
Atenció als esdeveniments i experiències presents, i consciència receptiva d'aquests esdeveniments i experiències.	Brown i Ryan, 2003
Observació sense judici del flux de tota l'estimulació externa i interna tal com apareix.	Baer, 2003
Habilitat mental per a focalitzar-se en la percepció directa i immediata del moment present amb un estat de consciència sense judici i amb una suspensió voluntària de la retroalimentació cognitiva avaluativa.	Hayes i Shenk, 2004
Afrontament de la realitat nua de l'experiència amb l'observació de cada esdeveniment com si passés per primera vegada.	Goleman, 1988

Font: Elaboració pròpia.

És possible observar que moltes d'aquestes definicions comparteixen certs elements en comú i que fins i tot algunes són pràcticament equivalents. Però també hi ha una gran heterogeneïtat de matisos que les diferencien, a vegades notòriament i a vegades subtilment. Generalment, aquestes definicions comporten la descripció de diversos components d'atenció plena i se solen referir a certs processos (com la consciència o control intencionat de l'atenció) i a certes actituds (com l'acceptació o absència de judici).

Davant d'aquesta gran diversitat de definicions i significats, és necessari delimitar amb més precisió què és atenció plena i quins en són els components principals. Una de les definicions més citades, que és un referent en la literatura, és la del mateix Kabat-Zinn (1994, pàg. 4): «Atenció particular al moment present, intencionadament i sense jutjar».

#### 1.4. Components de l'atenció plena

Shapiro, Carlson, Astin i Freedman (2006) van identificar tres components principals: la intenció, l'atenció i l'actitud. Aquests tres components no són processos o estats independents o separats, sinó que estan interconnectats en un únic procés cíclic que s'esdevé simultàniament. L'atenció plena és aquest procés que s'esdevé de moment a moment; és intenció, atenció i actitud, i és prestar intencionadament una atenció especial.

### 1.4.1. La intenció

El primer axioma o component de l'atenció plena és la intenció, que es pot relacionar amb els motius, les raons o els propòsits per a practicar i conrear l'atenció plena. En aquest context la intenció pot abraçar des de la motivació per a iniciar la pràctica, les raons per les quals un medita quan està meditant, fins al propòsit de desenvolupar autoconeixement, millorar la salut, reduir el sofriment i ser més feliç, entre molts altres. A vegades aquest component es passa per alt en molts manuals. No obstant això, sense la intenció correcta i adequada, la pràctica de l'atenció plena està condemnada al fracàs o, almenys, al fet que no tingui un valor personal i significatiu per al practicant, i d'aquesta manera perd una gran part del seu potencial.

### 1.4.2. L'atenció

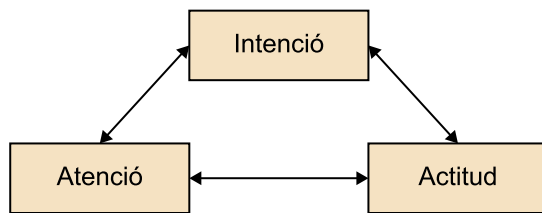
En la pràctica d'atenció plena, prestar atenció, el segon axioma, implica observar la pròpia experiència, de moment a moment, contínuament i ininterrompudament. També implica observar qualsevol estímul, intern o extern. L'atenció involucra nombrosos processos, com per exemple adonar-se d'un estímul determinat (la respiració, un sentiment, sensacions físiques, un pensament, un so, una olor, etc.), mantenir l'atenció en aquest estímul, adonar-se de quan hi ha una distracció i redirigir l'atenció cap a l'estímul.

Els autors diferencien tres tipus de processos implicats en l'autoregulació de l'atenció, que podem considerar tres habilitats atencionals diferents des del punt de vista de la psicologia cognitiva:

- 1) **Atenció sostinguda**, que es refereix a l'habilitat de mantenir un estat de vigilància d'un estímul durant períodes de temps llargs.
- 2) **Commutació de l'atenció**, que és l'habilitat de canviar el focus de l'atenció d'un estímul a un altre.
- 3) **Inhibició del processament elaboratiu secundari**, que és l'habilitat d'inhibir el processament de pensaments, sentiments i sensacions que apareixen en el corrent de la consciència (inhibició cognitiva).

El component de l'atenció porta intrínsec atendre el present i cap altre moment, per la qual cosa l'atenció i el moment present estan units indissolublement.

Figura 2. Axiomes de l'atenció plena: intenció, atenció i actitud



Font: Elaboració pròpia, adaptat de Shapiro *et al.* (2006).

Bishop *et al.* (2004) van presentar una definició operativa consensuada basada en dos components principals:

«El primer component implica autoregular l'atenció de manera que aquesta es mantingui en l'experiència immediata i permeti així un reconeixement major dels esdeveniments mentals en el moment present. El segon component implica adoptar una orientació particular envers la pròpia experiència en el moment present, una orientació caracteritzada per la curiositat, l'obertura i l'acceptació.»

Per a comprendre millor aquests tres processos o habilitats atencionals, posem l'exemple de la pràctica de l'atenció plena a la respiració. Portem l'atenció a la respiració i procurem mantenir-la de manera contínua, de moment a moment (atenció sostinguda). Després d'un cert temps la ment es distreu, és a dir, deixa d'estar atenta o concentrada en la respiració. Posteriorment ens adonem que ens hem distret i redirigim el focus de l'atenció a la respiració (commutació de l'atenció o canvi atencional) amb la intenció de tornar a mantenir una atenció sostinguda a la respiració. Conseqüentment, es produeix una inhibició de l'elaboració de pensaments i del processament elaboratiu en general (inhibició del processament elaboratiu secundari o inhibició cognitiva).

Un altre exemple pot ser posar-se a llegir un llibre (atenció sostinguda). M'adono que la meua ment és en una altra cosa, que penso en alguna cosa que he programat fer més tard: fer esport o comprar. Redirigeixo l'atenció al text (canvi atencional) i continuo llegint (atenció sostinguda), i es produeix conseqüentment una inhibició del processament elaboratiu de pensaments i imatges sobre mi mateix fent esport o comprant (inhibició cognitiva).

En aquest sentit, els autors assenyalen que l'atenció plena pot ser considerada una habilitat metacognitiva (cognició sobre la pròpia cognició) constituïda pels processos de control i monitoratge. El control es refereix a l'habilitat descrita per a regular la pròpia atenció (autoregulació de l'atenció), i el monitoratge té a veure amb l'habilitat per a supervisar el propi corrent de la consciència, és a dir, amb el tercer component que veurem a continuació.

### 1.4.3. L'actitud

El tercer axioma de l'atenció plena és l'actitud. L'atenció (amb intenció) és posada sobre un estímul (per exemple, la respiració, un sentiment) però no de qualsevol manera, sinó d'una manera especial: sense jutjar, amb acceptació,

amb curiositat, amb compassió, amb obertura, etc. Aquestes qualitats o actituds constitueixen i conformen una manera molt particular de prestar atenció a la pròpia experiència i a tot allò que ens envolta.

Quant a aquest component, Bishop *et al.* (2004) indiquen que aquesta orientació especial envers la pròpia experiència és caracteritzada per tres qualitats principals:

- 1) **Curiositat**, considerada com una actitud investigadora que implica observar el flux canviant de l'experiència.
- 2) **Obertura**, entesa com una actitud oberta a la pròpia experiència i receptiva.
- 3) **Acceptació**, definida com l'obertura experiencial a la realitat del moment present, que implica un procés actiu de «permetre» els pensaments, sentiments i sensacions i no lluitar-hi ni intentar canviar-los o controlar-los de cap manera.

Kabat-Zinn (1990, 2003) va identificar set actituds bàsiques en la pràctica de l'atenció plena, que també se'n poden considerar els components, qualitats o característiques:

- 1) **Absència de judici**. Implica adoptar una postura de testimoni imparcial de la pròpia experiència essent conscient del constant flux de judicis i reaccions a experiències internes i externes. L'actitud de no jutjar implica també no re-cremar, no condemnar, no valorar, no elaborar discursos, narratives o relats sobre un mateix o sobre alguna cosa, etc.
- 2) **Paciència**. Implica adoptar una actitud pacient davant les coses que requereixen el seu temps, com el mateix procés de meditar. Involucra ser pacient envers les pròpies experiències, incloent les activitats de la ment i la pràctica de l'atenció plena.
- 3) **Ment de principiant**. Implica adoptar una actitud de veure o percebre com si fos per primera vegada, com amb ulls nous, amb una ment nova. Comporta adoptar una actitud oberta i receptiva, lliure de la memòria o el passat, envers la pròpia experiència, els estímuls externs i la pràctica de la meditació.
- 4) **Confiança**. Es refereix a adoptar una actitud confiant en un mateix i deixar que sigui la pròpia experiència que ens guiï i orienti. Comporta una actitud confiant en nosaltres mateixos, en la pròpia saviesa i bondat bàsiques, i també en la pròpia intuïció i autoritat.
- 5) **Absència d'esforç**. Es refereix a no comprometre's a aconseguir una cosa amb la pràctica de l'atenció plena, a adoptar una actitud sense meta explícita durant la meditació. Implica no intentar canviar una cosa que succeeix.

6) **Acceptació.** Significa veure les coses tal com són en el present. No té a veure amb adoptar una postura passiva o de resignació. Comporta poder estar amb el que és a cada moment, amb l'experiència present, sense necessitat de lluitar-hi en contra, sense intentar canviar-la o modificar-la de cap manera.

7) **Cessió.** Significa adoptar una actitud de deixar anar o deixar passar. No en-altim ni rebutgem determinades experiències. No ens aferrem a res. Adoptem una actitud de permetre que les experiències apareguin i desapareguin naturalment.

### 1.5. La pràctica de l'atenció plena

Aquests components i actituds que hem abordat conformen i guien la pràctica de l'atenció plena. En la literatura sobre la pràctica de l'atenció plena se sol diferenciar, d'una banda, la *pràctica formal* i, d'altra banda, la *pràctica informal*. Amb pràctica formal ens referim a parar, seure i/o jeure, per dedicar un temps determinat a practicar l'atenció plena de manera exclusiva. Amb pràctica informal ens referim a practicar atenció plena mentre fem les activitats de la vida quotidiana, com poden ser caminar, conduir, menjar, vestir-nos, fer esport, estudiar, etc.

Per exemple, practicar de manera formal l'atenció plena a la respiració implica dedicar un temps a seure en una postura adequada, dirigir l'atenció a les sensacions físiques que produeix la respiració al cos i redirigir l'atenció a la respiració cada vegada que la ment es distreu. Practicar informalment l'atenció plena a la respiració es pot fer mentre caminem cap al gimnàs, esperem en una cua al banc o fem un examen. Totes dues pràctiques són indispensables i depenen l'una de l'altra.

A continuació exposem els passos per a practicar els dos exercicis d'atenció plena principals, tant formalment com informalment. El primer és l'atenció plena a la respiració i el segon l'atenció plena al cos o *body-scan*, tots dos extrets i adaptats de Kabat-Zinn (1990, 2003).

#### 1.5.1. Pràctica formal de la respiració

Per a practicar la respiració de manera formal, seguirem els passos següents:

- 1) Adoptem una postura còmoda, estirats de panxa enlaire o asseguts. Si optem per seure, mantenim la columna recta i deixem caure les espatlles.
- 2) Tanquem els ulls si així ens sentim més còmodes.
- 3) Fixem l'atenció a l'estómac i sentim com puja i s'expandeix suaument en inspirar, i baixa i es contreu en espirar.

4) Ens mantenim concentrats en la respiració «estant aquí» amb cada inspiració i espiració completes, com si cavalquéssim sobre les ones de la respiració.

5) Cada vegada que ens adonem que la ment s'ha allunyat de la respiració, prenem nota de què és el que l'ha allunyat i la retornem a l'estómac i a la sensació de l'entrada i sortida de l'aire.

6) Si la ment s'allunya de la respiració, la nostra «tasca» és senzillament retornar-la a la respiració tantes vegades com calgui sense que ens importi allò en què s'hagi involucrat.

7) Practiquem aquest exercici durant quinze minuts cada dia en el moment que més ens convingui, ens agradi o no, i vegem com ens sentim en incorporar la pràctica disciplinada de la meditació a les nostres vides. Ens adonem del que sentim quan cada dia en passem una estona sols amb la respiració i sense haver de fer res.

### **1.5.2. Pràctica informal de la respiració**

Per a practicar la respiració de manera informal, seguirem els passos següents:

1) Ens sintonitzem amb la respiració diverses vegades al dia sentint que l'estómac puja i baixa unes quantes vegades.

2) Durant aquests moments ens adonem dels nostres pensaments i sentiments simplement observant-los, sense jutjar-los i sense jutjar-nos.

3) No pretenem controlar, canviar o manipular res en absolut, simplement prenem consciència de l'acte mateix de respirar.

### **1.5.3. Pràctica formal del cos (*body-scan*)**

Per a practicar l'atenció al cos de manera formal, seguirem els passos següents:

1) Ens estirem còmodament de panxa enlaire al llit, o en una estoreta o catifeta al sòl, en un lloc càlid i on no ens pugui molestar ningú. Permetem que els ulls se'ns tanquin suaument.

2) Ens prenem uns moments per a entrar en contacte amb el moviment de la respiració i amb les sensacions del cos. Quan estem preparats, prenem consciència de les sensacions físiques del cos, especialment de les sensacions de la pressió que el cos exerceix en contacte amb el sòl o el llit. Amb cada espiració, ens deixem anar, ens enfonsem cada vegada més a l'estoreta o al llit.

3) Prenem consciència de qualsevol sensació que detectem mentre enfoquem l'atenció a cada part del cos. Això és la intenció d'aquesta pràctica. L'objectiu no és sentir-nos diferents, relaxats o en calma, ja que això pot passar o no.

4) Prenem consciència de les sensacions físiques de la part inferior de l'abdomen, especialment dels patrons canviants de les sensacions a l'interior de l'abdomen mentre prenem aire i l'expulem. Ens prenem uns minuts per a sentir aquestes sensacions.

5) Després de connectar amb les sensacions de l'abdomen, portem el focus o «projector» de la consciència cap al peu esquerre, a l'interior del peu, a l'exterior del peu, als dits del peu. Enfoquem l'atenció en cadascun dels dits del peu investigant la qualitat de les sensacions que trobem amb curiositat i amabilitat, observant la sensació del contacte entre els dits, una espècie de formigueig, calidesa o cap sensació en particular.

6) Quan estem preparats, durant una inspiració sentim o imaginem la respiració que entra als pulmons i baixa cap a l'abdomen, la cama esquerra, el peu esquerre i els dits del peu esquerre. Després, durant una espiració sentim o imaginem que la respiració torna al peu, la cama, l'abdomen, el pit, i surt pel nas. Durant algunes respiracions continuem així en la mesura de les nostres possibilitats, introduint l'aire als dits i extraient-lo. Això pot ser difícil d'entendre, però practiquem aquesta «introducció de la respiració» tan bé com podem, d'una manera lúdica.

7) Quan estem preparats, durant l'espiració deixem de ser conscients dels dits i prenem consciència, gentilment i curiosament, de les sensacions de la planta del peu esquerre, l'empenya i el taló, per exemple, observant les sensacions al lloc on fa contacte amb l'estoreta o el llit. Experimentem les sensacions de la inspiració: som conscients de la respiració en un segon pla mentre explorem les sensacions de la part inferior del peu en primer pla.

8) Prenem consciència de la resta del peu: el turmell, la part superior, els ossos i les articulacions. Després iniciem una respiració lleugerament més profunda i prenem consciència de la totalitat del peu esquerre. Quan la respiració estigui en la fase d'espiració, abandonem completament el peu esquerre i ens permetem prendre consciència de la part inferior de la cama esquerra: el tou de la cama, la canella, el genoll, etc., de manera successiva.

9) Prenem consciència de les sensacions físiques de cada part de la resta del cos amb gentilesa i de manera successiva: part superior de la cama esquerra, dits del peu dret, peu dret, cama dreta, àrea pèlvica, esquena, abdomen, pit, dits de la mà, mans, braços, espatlles, coll, cap i cara. En cada àrea prenem consciència de les sensacions corporals presents amb el mateix nivell de detall i amb curiositat en la mesura de les nostres possibilitats. «Inspirem i espirem» per abandonar cada àrea principal.



10) Quan som conscients d'una certa tensió, o d'altres sensacions en una part determinada del cos, «inspirem» junt amb aquestes sensacions delicadament i, en la mesura que puguem, experimentant la sensació d'abandonar-les o d'alliberar-les amb l'expiració.

11) És ben normal que de tant en tant la ment es distregui inevitablement de la respiració i del cos. Quan ho detectem, observem el lloc on ha anat a parar la ment i dirigim l'atenció suaument a la part del cos on preteníem centrar-nos.

12) Una vegada que hem «explorat» tot el cos d'aquesta manera, dediquem uns minuts a ser conscients de la sensació del cos com a totalitat i de la respiració que flueix lliurement cap a l'interior i l'exterior.

13) Si descobrim que ens adormim, podem recolzar el cap en un coixí, obrir els ulls o efectuar la pràctica asseguts en comptes d'estirats.

#### **1.5.4. Pràctica informal del cos (*body-scan*)**

Per a practicar l'atenció al cos de manera informal, seguirem els passos següents:

1) Ens sintonitzem amb el cos diverses vegades al dia observant les sensacions corporals.

2) Durant aquests moments ens adonem de les nostres sensacions fisiològiques, pensaments i sentiments simplement observant-los, sense jutjar-los i sense jutjar-nos.

3) No pretenem controlar, canviar o manipular res en absolut, sinó que simplement prenem consciència de les sensacions corporals.

### **1.6. Atenció plena, regulació emocional i estratègies d'afrontament**

L'atenció plena està relacionada estretament amb la regulació emocional, ja que tracta d'ensenyar una manera de cultivar l'equilibri emocional disminuint els patrons emocionals perjudicials (Kabat-Zinn, 1990). Hayes i Feldman (2004) van apuntar que amb la pràctica de l'atenció plena és possible millorar les habilitats de regulació emocional de manera que es produeix una disminució de la sobreimplicació i subimplicació emocionals. Segons aquests autors, habilita les persones per a agafar distància de les pròpies experiències internes i externes, i els permet tenir una relació més descentrada que els ajuda a disminuir la reactivitat emocional.

En termes generals, les IBM inclouen, directament o indirectament, l'entrenament en habilitats de regulació emocional. De fet, el component terapèutic més important de les DBT és precisament l'entrenament d'habilitats de regulació emocional.

Per la seva banda, l'ACT, l'MBCT, l'MBSR i l'MF tenen també com a objectiu general, d'una manera més indirecta, adquirir i manejar habilitats de regulació emocional incloent el desenvolupament d'estratègies d'afrontament més eficaces i saludables.

Diversos estudis posen en relleu els efectes beneficiosos de l'atenció plena sobre diferents processos de regulació emocional i també sobre l'ús d'estratègies d'afrontament positives o adaptatives, concretament les estratègies d'afrontament focalitzades en el problema (no en l'emoció) i les estratègies d'afrontament focalitzades en l'antecedent (no en la resposta), entre les quals destaca la reavaluació cognitiva. Arch i Craske (2006) van mostrar que un grup de participants instruïts a practicar atenció plena durant 15 minuts focalitzant l'atenció en la respiració van respondre positivament davant d'imatges neutres en comparació d'uns altres dos grups —un d'instruït a no focalitzar l'atenció i un altre d'induït a preocupar-se—, que van respondre amb reaccions emocionals negatives. Aquests autors van proposar que la focalització de l'atenció en la respiració actua com un mecanisme clau per a la regulació emocional. La recerca de Feldman, Hayes, Kumar, Greeson i Laurenceau (2007) mostra que hi ha molta relació entre els nivells d'atenció plena i l'ús d'estratègies de regulació emocional adaptatives.

Altres autors van mostrar que la pràctica de l'atenció plena amb un curs de deu setmanes va reduir els estats emocionals de depressió, ansietat i estrès (Schreiner i Malcolm, 2008). D'altra banda, van explorar quins participants es beneficiaven més del programa diferenciant tres nivells de severitat: normal, moderat i sever. També van trobar que els individus amb dificultats emocionals més severes van ser els que van mostrar les millores més importants en totes les variables, i que els individus amb nivells moderats se'n van beneficiar en les variables d'ansietat i estrès però no en la de depressió. De la Fuente, Franco i Mañas (2010) van trobar efectes positius en l'estat emocional en una mostra d'estudiants universitaris després d'aplicar un programa d'intervenció basat en atenció plena. Més específicament, l'estudi va mostrar que la pràctica de l'atenció plena produeix una reducció significativa del cansament emocional i l'esgotament professional i un increment del compromís acadèmic, i comporta un estil de motivació favorable i duradora en els aspectes relacionats amb el treball. Els resultats positius es van mantenir en les mesures de seguiment després de sis mesos.

Quant a les estratègies d'afrontament, les recerques mostren que les habilitats d'autoobservació desenvolupades amb l'entrenament en atenció plena promouen i milloren l'ús d'una àmplia i variada gamma d'estratègies d'afrontament positives. Per exemple, en l'àmbit del dolor crònic, Kabat-Zinn (1982) ja va suggerir que incrementar la consciència de les sensacions de dolor i de les respostes associades a l'estrès amb la pràctica de l'atenció plena pot capacitar les persones per a donar una major varietat de respostes d'afrontament.

D'altra banda, en persones amb trastorn límit de la personalitat l'autoobservació no condemnatòria produïda amb l'atenció plena permet reconèixer les conseqüències de determinades conductes, la qual cosa comporta al seu torn canvis en el comportament més efectius, com la reducció de conductes impulsives i desadaptatives (Linehan, 1993).

En l'àmbit dels trastorns alimentaris, Kristeller i Hallett (1999) han indicat que l'atenció plena pot millorar el reconeixement dels senyals de sacietat i les habilitats de menjadors compulsius per a observar l'impuls incontrolable de menjar, sense necessitat d'arribar a fer-ho.

Witek-Janusek *et al.* (2008) van examinar l'efecte del programa MBSR sobre la funció immune, la qualitat de vida i les estratègies d'afrontament (*coping*) en un grup de dones amb càncer en comparació d'un altre grup de dones amb càncer que va actuar com a control. El grup que es va entrenar en atenció plena va mostrar un restabliment de l'activitat de les cèl·lules NK i dels nivells de citocines. No obstant això, el grup de control va continuar mostrant desregulacions en el sistema immunitari, i els seus nivells de cèl·lules NK continuaven reduint-se. D'altra banda, el grup atenció plena va disminuir els nivells de cortisol i va obtenir millores en el nivell de qualitat de vida en dues de les quatre dimensions avaluades (familiar i psicologicoespiritual), i també en l'ús d'estratègies d'afrontament més efectives.

Walacha, Lyncha i Louiseb (2008) van desenvolupar i aplicar un programa d'estratègies d'afrontament basat en atenció plena per a estudiants universitaris seguint el programa MBSR. Els resultats van mostrar, d'una banda, reduccions en la percepció de l'estrès, ansietat i depressió i, de l'altra, millores en la resolució de problemes i en les reavaluacions positives. Weinstein, Brown i Ryan (2009) van trobar, en una mostra d'estudiants de psicologia, que els individus amb majors nivells d'atenció plena feien atribucions sobre l'estrès més benignes, utilitzaven amb menor freqüència estratègies d'evitació (*avoidant coping*) i amb major freqüència estratègies d'aproximació (*approach coping*). Finalment, aquest autor també va establir una relació entre el nivell d'atenció plena dels estudiants i el benestar emocional.

Kang, Choi i Ryu (2009) van examinar l'eficàcia d'un programa d'estratègies d'afrontament basat en atenció plena sobre l'estrès, l'ansietat i la depressió en un grup d'estudiants d'infermeria emprant un grup experimental i un grup de control. Els resultats van mostrar que els participants del grup experimental van millorar de manera significativa les seves estratègies d'afrontament adaptatives i les variables estrès i ansietat, però no van trobar efectes en la variable depressió.

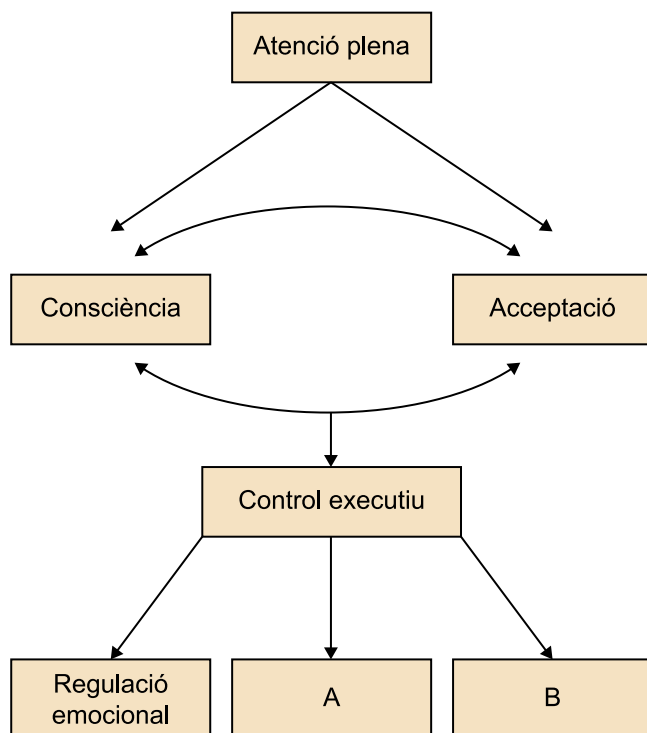
Per la seva banda, Aldao i Nolen-Hoeksema (2012) van mostrar que la pràctica de l'atenció plena com a estratègia reguladora afavoreix l'ús d'estratègies d'afrontament adaptatives (reavaluació positiva, resolució de problemes) i redueix l'ús d'altres estratègies d'afrontament no adaptatives (per exemple, supressió emocional, autocrítica).

Murphy i MacKillop (2014) van examinar els efectes de la pràctica de l'atenció plena en una mostra d'alcohòlics com una estratègia d'afrontament per a gestionar eficaçment els desitjos de beure. Els participants van rebre una estratègia basada en l'atenció plena, una estratègia basada en la distracció (control actiu) o cap estratègia (control passiu) per a fer front a les ganes de consumir alcohol i a la incomoditat associada amb aquest desig. Contràriament al que estava previst, l'estratègia de distracció va ser significativament més efectiva per a reduir de manera aguda el desig de consum i l'angoixa d'urgència que les altres dues condicions, que no van diferir significativament entre elles.

Finalment, De la Fuente, Mañas, Franco, Cangas i Soriano (2018) van mostrar que un entrenament en atenció plena en una mostra d'estudiants universitaris va produir canvis en l'ús d'estratègies d'afrontament. Concretament, l'estudi va mostrar que els participants del grup experimental van reduir l'ús d'estratègies d'afrontament negatives focalitzades en l'emoció (com la resignació, la supressió emocional i l'aïllament) i van incrementar l'ús d'estratègies d'afrontament positives focalitzades en el problema (com la reavaluació positiva, la fermesa, autoafirmacions positives, entre d'altres).

A continuació exposem succintament el model desenvolupat per Teper, Segal i Inzlicht (2013), que explica els mecanismes pels quals s'afavoreix la regulació emocional amb atenció plena. Els autors proposen un model que descriu les relacions entre atenció plena, control executiu i regulació emocional (vegeu la figura 3). Segons el model, amb la consciència i l'acceptació, que són recíproques i interdependents, es fomenta el control executiu, que al seu torn afavoreix la regulació emocional. La consciència de l'estimulació (adonar-se de la presència d'una emoció com la ira o la por), juntament amb l'acceptació de l'emoció (observar-la sense pretendre controlar-la adoptant una postura imparcial, equànime), es tradueix en un control executiu que afavoreix la regulació de les emocions, de manera que es pot respondre de manera més adaptativa.

Figura 3. Foment del control executiu i la regulació emocional per mitjà de la consciència i l'acceptació



Font: Elaboració pròpia, adaptat de Teper *et al.* (2013).

### 1.7. Atenció plena i intel·ligència emocional

Hi ha evidència científica que mostra la relació entre l'atenció plena i la intel·ligència emocional, de manera que la pràctica regular de l'atenció plena incrementa de manera significativa les habilitats següents del practicant: detecció i comprensió de les emocions d'altres persones; regulació i control de les pròpies emocions, i utilització efectiva i funcional del propi estat emocional (Charoensukmongkol, 2014).

Es pot definir la intel·ligència emocional com l'habilitat per a percebre, valorar i expressar emocions amb exactitud; accedir a sentiments que facilitin el pensament i/o generar-los; comprendre les emocions i el coneixement emocional, i regular les emocions promovent un creixement emocional i intel·lectual (Mayer i Salovey, 1997).

Per tant, són necessàries les habilitats següents, que estan interrelacionades (Mayer i Salovey, 1997; Mayer, Salovey i Caruso, 2004):

- percepció de l'emoció en un mateix i en els altres;
- utilització de l'emoció per a facilitar la presa de decisions;
- comprensió emocional;
- regulació emocional en un mateix i en els altres.

En el nostre entorn, Ramos, Hernández i Blanca (2009) van investigar l'eficàcia d'un programa combinat d'atenció plena i intel·ligència emocional i van obtenir uns resultats en els quals es va reduir la tendència a culpar-se un mateix

i els altres davant de les dificultats, a més d'un increment en la planificació per a afrontar els problemes quotidians i una major capacitat d'apreciar la positivitat.

El Programa intel·ligència emocional plena (PINEP), desenvolupat per Ramos, Recondo i Enríquez (2012), integra l'atenció plena i la intel·ligència emocional proposant que els programes d'entrenament en intel·ligència emocional podrien beneficiar-se en incloure l'eina de l'atenció plena, ja que aquesta permet vivenciar i manejar adequadament les emocions experimentades. D'aquesta manera, les emocions s'aborden no solament cognitivament o intel·lectualment, sinó també de manera experiencial. El programa PINEP també ha estat valorat en la seva versió a distància amb resultats similars (Salcido, Ramos i Jiménez, 2015).

Aplicat a docents, va produir un increment dels nivells d'intel·ligència emocional; és a dir, els docents van desenvolupar la capacitat d'identificar, comprendre, assimilar i regular les seves emocions a l'aula, la qual cosa es va traduir en un increment en l'eficàcia del processament d'ensenyament-aprenentatge (Body, Ramos, Recondo i Pelegrina, 2016). Aplicat a estudiants universitaris, el PINEP va produir un increment en els nivells d'intel·ligència emocional (reparació emocional), extroversió, atenció plena, empatia; regulació emocional cognitiva (planificació de solucions, reavaluació positiva i posada en perspectiva), a més d'una disminució en els nivells d'esgotament professional i compromís (Enríquez, Ramos i Esparza, 2017).

Els possibles mecanismes pels quals l'atenció plena afavoreix o genera la intel·ligència emocional també han estat objecte d'estudi (Ramos i Salcido, 2017), i s'ha arribat a la conclusió que l'atenció plena:

- Provoca una major obertura a l'experiència emocional, és a dir, una major acceptació de cert grau de malestar. Davant les emocions difícils, la resposta habitual de no acceptació es canviaria per la d'acceptació. La manera en què els individus eviten enfrontar-se als seus estats emocionals inclouria l'evitació de les emocions o una implicació cognitiva excessiva en elles.
- Permet observar els pensaments carregats emocionalment, adonar-se de quins pensaments acompanyen les emocions pertorbadores i de com es distorsiona la realitat amb aquests pensaments.
- Permet adonar-se de les emocions genuïnes o inconscients i que moltes vegades són ocultades per les expectatives o les necessitats conscients.
- Prepara per a identificar les pròpies emocions i les d'altres individus, i per a prendre consciència que no són una realitat estàtica, sinó que evolucionen al llarg del temps.

Finalment, també hi ha algunes experiències de l'ús de l'atenció plena en neurociències, en les quals s'ha trobat que afavoreix la regulació emocional i genera canvis neurobiològics i en el control executiu. Per exemple, Doll *et al.* (2016), emprant RMf en les quals els subjectes van ser entrenats en la pràctica d'atenció plena de la respiració i atenint-se a imatges aversives, van trobar que:

- La pràctica de l'atenció plena a la respiració va ser eficaç per a desenvolupar la regulació emocional.
- Aquesta pràctica estava associada al còrtex prefrontal dorsolateral.
- La xarxa frontoparietal es va conformar durant l'estimulació emocional.
- L'atenció plena a la respiració va regular a la baixa l'activació de l'amígdala i va incrementar la integració amigdalina-prefrontal, fet que suggereix que la integració amígdala-còrtex prefrontal dorsal és una via potencial per a la regulació emocional.

## 2. Esport, motivació i emoció

### 2.1. Introducció

En el context esportiu, els aspectes motivacionals i emocionals tenen un paper rellevant en la preparació psicològica de l'esportista. La motivació de l'esportista presenta una forta vinculació amb les metes i objectius presents en el seu dia a dia, tant en entrenaments com en competicions, i també amb la seva percepció de competència i autonomia. D'altra banda, el grau d'activació, l'estrès i les emocions també poden tenir una influència sobre el rendiment de l'esportista. En els apartats següents es revisen dues de les teories de la motivació més rellevants en els últims anys, que són la teoria de la perspectiva de metes i la teoria de l'autodeterminació. Es descriu la relació entre activació i rendiment, el procés d'estrès en el context esportiu, i la relació entre emocions i rendiment.

### 2.2. Teoria de la perspectiva de metes

En l'àmbit esportiu, com en altres àrees d'aplicació de la psicologia de la motivació, sempre que es tracta del concepte de metes es fa al·lusió a l'establiment de metes i a la importància que estigui estructurat sobre la base de la seva especificitat, dificultat i proximitat. No obstant això, la **teoria de la perspectiva de metes de Nicholls** (1984, 1989) aplicada a l'esport se centra en quina és la referència que prenem per determinar si davant una execució esportiva s'ha tingut èxit o s'ha fracassat.

Segons aquesta teoria, hi ha dues orientacions de metes:

1) L'**orientació a la tasca** està focalitzada en l'execució, les habilitats i les competències personals d'una manera autoreferenciada. És a dir, l'èxit es defineix en funció de l'evolució personal prenent com a referència, per exemple, una habilitat o una destresa.

2) L'**orientació a l'ego** pren els altres com a referència per a determinar l'èxit. Els punts, les classificacions o el resultat del partit seran suficients per a valorar l'èxit o fracàs des d'aquesta orientació (Graner-Gallecs *et al.*, 2017).

Des de la perspectiva competitiva a la qual se sol associar l'esport, podem pensar *a priori* que si hem guanyat hem tingut èxit. No obstant això, reduir l'èxit o el fracàs únicament en termes resultadistes presenta moltes limitacions, i cal no excloure necessàriament la possibilitat de fer una valoració positiva malgrat



experimentar una derrota. A continuació es presenta el cas de dos esportistes l'orientació motivacional dels quals els fa valorar de manera molt diferent el que ha passat davant una mateixa situació.

### **Un mateix partit, dues valoracions diferents**

L'esportista A i l'esportista B juguen en el mateix equip. Aquest cap de setmana han tingut un partit important i l'han perdut. En finalitzar el partit preguntem per la valoració del que ha succeït que fa cadascun. L'esportista A considera que el partit ha estat un fracàs, ja que la derrota i el fet que el rival hagi estat superior en totes les facetes del joc fan del cap de setmana una jornada per oblidar. D'altra banda, l'esportista B reconeix que la derrota ha estat molt dura, però considera que l'equip ha millorat molt. Afirmar que l'equip ha jugat millor que en altres partits malgrat la derrota, que han millorat la seva coordinació i la comunicació entre companys. Individualment, l'esportista B creu que s'ha col·locat millor en el camp i ha pogut aplicar les tècniques apreses durant les últimes setmanes. En resum, creu que es poden treure moltes notes positives del partit.

Com veiem, l'orientació motivacional que caracteritza cada esportista del cas anterior fa que cadascun se centri en elements diferents per a valorar la situació. Mentre que l'esportista A es basa en la comparació amb el rival per a determinar que el partit ha estat un fracàs, l'esportista B se centra a valorar la millora en les habilitats de l'equip i les pròpies, la qual cosa el porta a fer una valoració del partit molt més positiva.

Dit això, aquestes dues orientacions de meta no són excloents, és a dir, no formen part d'un mateix continu i per tant es consideren independents. Una alta orientació a l'ego no implica necessàriament una baixa orientació a la tasca, i viceversa. Així, doncs, també hi ha esportistes que tenen una orientació alta a tots dos o fins i tot baixa a tots dos. En aquest sentit, s'han desenvolupat diversos instruments per a mesurar les orientacions de meta: el *task and ego orientation in sport questionnaire* (TESOQ) de Duda (1989) i White i Duda (1994); el *perceptions of success questionnaire* (POSQ) de Roberts (1993) i Roberts i Treasure (1995), i l'*sports orientation questionnaire* (SOC) de Gill (1993) i Gill i Decter (1988).

Davant aquestes dues orientacions motivacionals pot sorgir la pregunta de quina és més adequat desenvolupar i adoptar en un context esportiu. Una orientació a la tasca pot ser un factor protector davant les situacions en les quals el rendiment dels altres és clarament superior. Altres vegades, centrar-se en com ha estat la pròpia execució i en quins elements cal incidir per a millorar pot ser més positiu, ja que produeix més sensació de control. Des d'aquesta perspectiva, es considera que si es milloren les habilitats pròpies o se n'adquireixen altres de noves hi haurà més possibilitats de guanyar.

D'altra banda, el fet que el focus d'atenció sigui el resultat pot produir una falsa interpretació de les competències i habilitats personals. I aquesta és una limitació d'una orientació exclusiva a l'ego o el resultat. Una victòria pot respondre més al demèrit del rival que a mèrits propis, la qual cosa pot portar a la confusió que som millors del que ens podem pensar. Aquestes diferències

entre les dues orientacions no han de caure necessàriament en la temptació de creure que l'orientació a la tasca és bona i l'orientació a l'ego o resultat és dolenta.

Altres autors suggereixen que hi ha dues orientacions a metes diferents. La tercera orientació també estaria relacionada amb el jo, però centrada a evitar la derrota o la vergonya, obviant la necessitat de guanyar (Gernigon, D'Arripe-Longueville, Delignieres i Ninot, 2004). Finalment, hi hauria l'orientació a meta d'aprovaçió social, que se centra en la necessitat de l'acceptació social, focalitzada en el seguiment de les normes i l'esforç fet (Stunz i Weiss, 2003).

### 2.3. Teoria de l'autodeterminació (SDT)

La **teoria de l'autodeterminació** (*self-determination theory*, SDT) de Deci i Ryan (1985) s'ha assentat com un dels models teòrics més utilitzats per a explicar la motivació en el context esportiu (Lock, Post, Dollman i Parfitt, 2018; Monteiro *et al.*, 2018).

L'SDT assumeix que les persones són éssers amb una alta orientació al creixement personal i a les relacions socials, i que necessiten tenir cobertes unes necessitats psicològiques bàsiques. L'SDT identifica **tres necessitats innates** a cobrir:

- La **competència**, relacionada amb la sensació i necessitat de control i d'experimentació del domini del que fem.
- L'**autonomia**, que fa referència a sentir que som l'origen de les nostres accions.
- La **necessitat de relacions socials**, que es basa a sentir que estem connectats amb les persones del nostre entorn interactuant-hi.

La satisfacció o frustració d'aquestes necessitats en un context social determinat es relaciona amb la motivació a participar en una activitat, per la qual cosa aquesta teoria resulta d'especial interès per a entendre la inclinació a practicar activitat física.

#### 2.3.1. Tipus de motivació segons l'SDT

Segons l'SDT, hi ha diferents tipus de motivació que se situen en un mateix continu de menor a major autodeterminació:

1) La **motivació intrínseca** es relaciona amb el nivell d'autodeterminació més elevat. En aquest estat, l'esportista se sent compromès i gaudeix de l'activitat, experimentant competència i autorerealització.

2) La **motivació extrínseca** pot ser de diferents tipus, que varien en l'autonomia i en el control, i també en la regulació: regulació externa (conductes controlades per fonts externes, com per exemple una recompensa), re-

gulació introjectada (conductes que es comencen a interioritzar sense ser totalment autodeterminades) i regulació identificada (conductes regulades i autodeterminades, encara que sigui per motius extrínsecs).

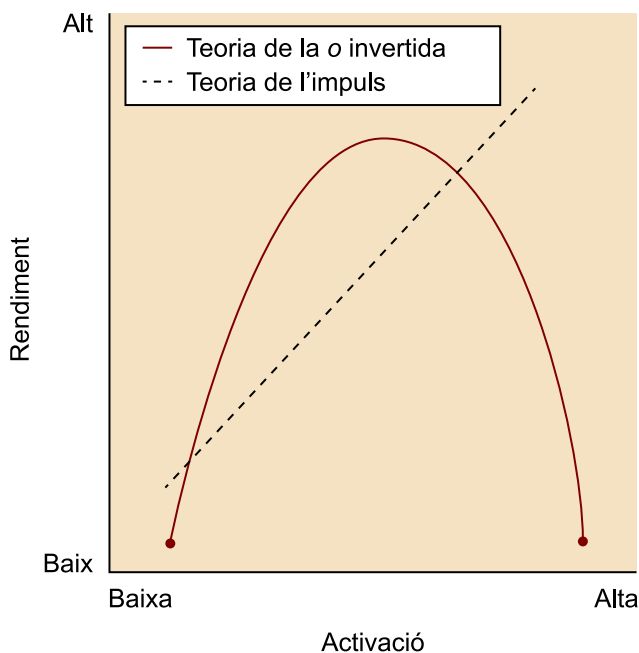
3) La **desmotivació** es correspon amb el nivell més baix d'autodeterminació i presenta una falta de motivació, sia intrínseca o extrínseca.

## 2.4. Activació i rendiment esportiu

Des d'un punt de vista fisiològic i psicològic, l'activació té una relació estreta amb el rendiment esportiu. No obstant això, aquesta relació no és lineal, sinó curvilínia en forma de *o* invertida. A mesura que l'activació augmenta, s'observa una millora en el rendiment. Aquesta relació finalitza en arribar a un punt òptim de rendiment en el qual s'obtenen els millors resultats esportius.

Després d'aconseguir aquest nivell òptim, un increment de l'activació no es relaciona amb una millora en el rendiment, sinó que es tradueix en una disminució. Així, doncs, prenent com a referència aquest nivell òptim de rendiment, podem distingir la **baixa activació**, l'**activació òptima** i la **sobreactivació**.

Figura 4. Relació entre activació i rendiment

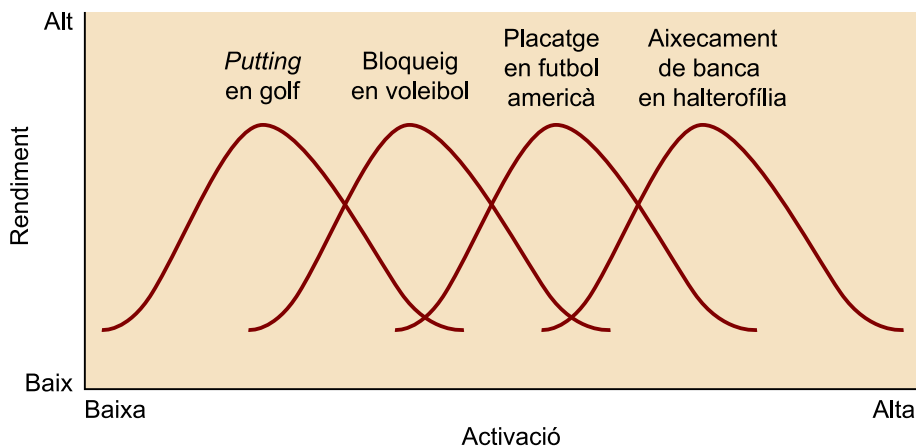


Font: R. Cox (2009).

Les bases d'aquesta teoria són en els treballs clàssics de Yerkes i Dodson, en els quals van estudiar no solament la relació entre l'activació i el rendiment sinó el paper que exercia la dificultat de la tasca. En els seus estudis amb ratolins van poder observar que, a mesura que l'habilitat augmenta en complexitat, l'activació necessària per aconseguir el nivell òptim disminueix. Això, aplicat al context esportiu, es tradueix en el fet que no hi ha un nivell d'activació únic per a totes les modalitats esportives amb el qual poder aconseguir el nivell òptim de rendiment. Serà necessari trobar el nivell òptim d'activació per a cada

esport. En esports com el golf o el tir amb arc, que requereixen molta precisió, el fet d'aconseguir uns nivells molt elevats d'activació pot afectar greument el rendiment. En aquest tipus d'esports seran necessaris uns nivells d'activació baixos. D'altra banda, en esports com el futbol o els de contacte, una baixa activació no permetrà aconseguir aquest nivell òptim de rendiment, i l'activació necessària, comparada amb esports de precisió, haurà de ser molt major.

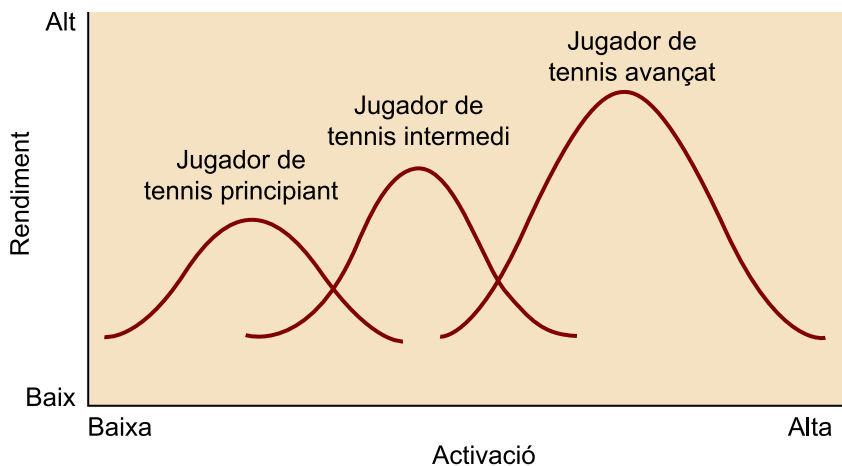
Figura 5. Relació entre activació, rendiment i modalitats esportives



Font: R. Cox (2009).

Però no solament la modalitat esportiva determinarà quin nivell d'activació és necessari per a aconseguir el màxim rendiment. El domini de la tasca o, dit d'una altra manera, el nivell d'habilitat de l'esportista és una altra variable a tenir en compte. Dins d'una mateixa modalitat esportiva, el nivell òptim d'activació serà considerablement menor per a un esportista principiant que per a un esportista expert. El principiant no podrà aconseguir el rendiment de l'expert, ja que encara està aprenent. No obstant això, augmentar l'activació no li assegurarà augmentar el rendiment si ja ha aconseguit el seu nivell òptim. En aquest sentit, l'habilitat de l'esportista i l'etapa de l'aprenentatge del seu esport en què estigui serà més determinant que la modalitat per si mateixa (Cox, 2008).

Figura 6. Relació entre activació i rendiment en funció del nivell de l'esportista



Font: R. Cox (2009).

## 2.5. Estrès i esport

L'estrès en l'àmbit esportiu no difereix de l'experimentat en altres situacions de la vida quant a les fases. Hi ha una demanda ambiental, que es tradueix en una demanda subjectiva fruit de la valoració dels recursos disponibles. Seguidament es produeix la resposta d'estrès, que en el cas de l'esport pot donar-se en forma d'activació, ansietat (cognitiva, somàtica o motora), tensió muscular o canvis en el focus d'atenció. Finalment, la resposta a aquesta demanda ambiental inicial pot tenir conseqüències conductuals, com per exemple afectació en l'execució esportiva i en el rendiment.

Les fonts d'estrès en el context esportiu es poden dividir en les següents:

1) **Fonts situacionals**, les més rellevants de les quals són la importància de l'esdeveniment i la incertesa del resultat (Martens, 1987).

2) **Fonts individuals**, com l'ansietat tret (AT) i l'autoestima. En el cas de l'AT s'observa que els esportistes amb AT elevada valoraran la demanda inicial com a més amenaçadora. L'**autoestima** afectarà la valoració subjectiva dels recursos disponibles per a afrontar la situació. Així, doncs, davant una mateixa demanda ambiental, un esportista amb una elevada ansietat tret i una baixa autoestima percebrà com a molt més estressant aquesta demanda inicial.

A pesar que l'experiència de situacions d'estrès és present en l'esport, en aquest context també podem parlar d'altres conceptes, com el **sobreentrenament**, l'**esgotament** i la **síndrome de sobreentrenament** o **burnout**. L'entrenament forma part del dia a dia de l'esportista. S'espera que l'entrenament, juntament amb uns períodes adequats de recuperació, porti a millorar el rendiment. Amb la intenció d'ordenar aquests conceptes, l'European College of Sport Science va publicar una declaració de consens que estableix tres estats de resposta a l'entrenament (Meeusen *et al.*, 2006):

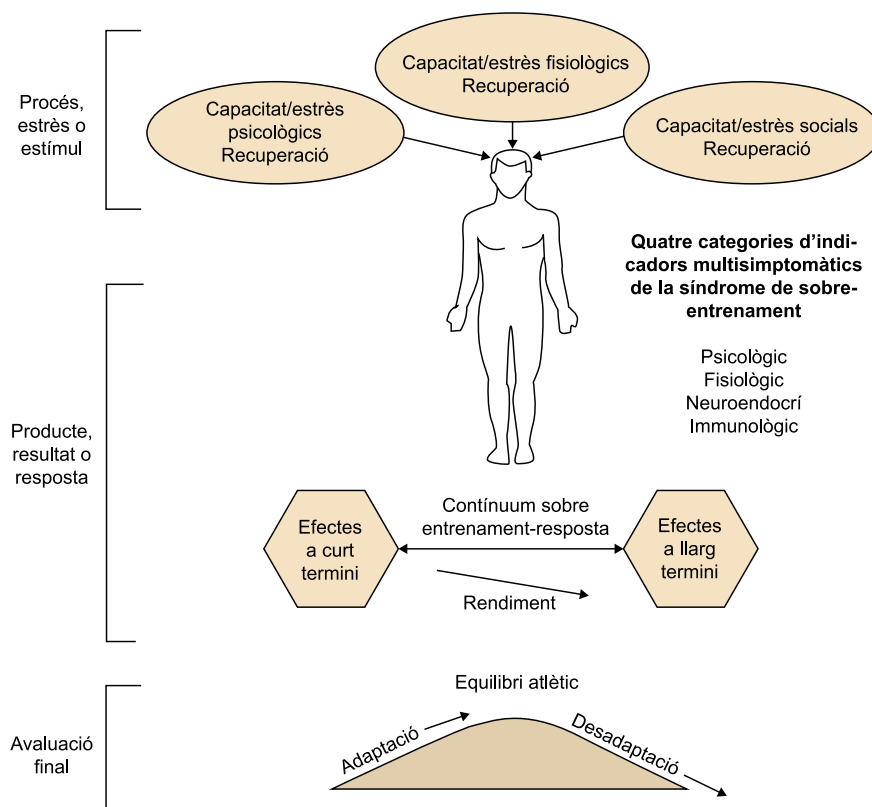
- sobrecàrrega a curt termini o funcional
- sobrecàrrega extrema o no funcional
- síndrome de sobreentrenament

L'estat de sobrecàrrega a curt termini o funcional es considera positiu i implica una millora del rendiment. Generalment, un període de recuperació adaptat a aquesta càrrega d'entrenament, a més d'un entrenament correcte, pot ser suficient per a experimentar una millora en el rendiment i estar preparat per a tornar a entrenar. L'estat de sobreentrenament no funcional es dona quan aquests períodes de recuperació o descans precisament no existeixen o no es fan de manera adequada. Finalment, la síndrome de sobreentrenament es caracteritza per una desadaptació total davant de qualsevol demanda física i psicològica, un estat d'ànim alterat i una baixada del rendiment. No és un estat

del qual es pugui recuperar amb un simple període de descans, de manera que són necessàries diverses setmanes o mesos d'abandonament de la pràctica esportiva (Meeusen *et al.*, 2010).

Kenttä i Hassmén (1998) proposen un model conceptual per a explicar el sobreentrenament i la recuperació. El model inclou tres fonts principals d'estrès o demandes: psicològiques, fisiològiques i socials. Per a cadascuna d'aquestes fonts, cada esportista podrà assumir una certa quantitat de demanda en un període de temps, i perquè aquesta sigui tolerable cal una recuperació adequada i equivalent. Si bé és cert que aquest model és explicatiu del procés d'estrès de l'esportista, també s'assumeix que qualsevol de les tres fonts d'estrès potencials pot estar relacionada amb elements extraesportius.

Figura 7. Model conceptual del sobreentrenament i la recuperació



Font: Kenttä i Hassmén (1998).

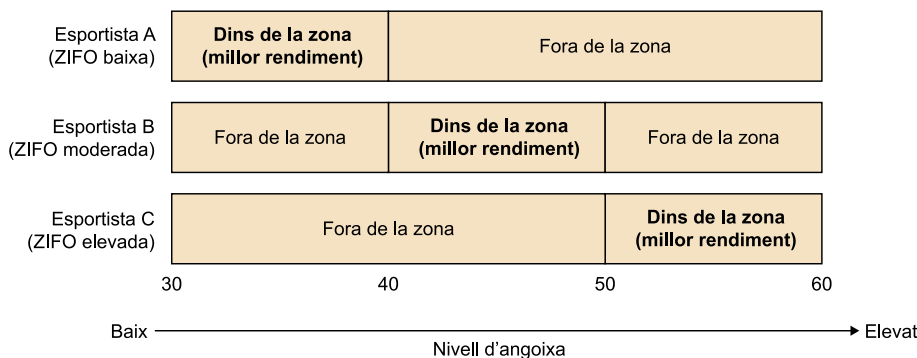
Cadascuna d'aquestes fonts d'estrès tindrà un impacte a curt o llarg termini en funció de la seva intensitat, la capacitat i la recuperació. Com més efecte a llarg termini tingui més afectat es veurà el rendiment. Però allò que determinarà el desenvolupament d'una síndrome de sobreentrenament serà l'adaptació positiva o no al procés d'estrès experimentat.

## 2.6. Emocions i rendiment: teoria de la zona individual de funcionament òptim (ZIFO)

Yuri Hanin (1989) es va centrar en el concepte d'ansietat estat (AE) per determinar el rendiment de l'esportista per desenvolupar la **teoria de la zona individual de funcionament òptim** (*individual zone of optimal functioning*, IZOF), utilitzada àmpliament en el context esportiu (Robazza *et al.*, 2018; Robazza, Bertollo, Ruiz, i Bortoli, 2016).

Aquesta teoria qüestiona els dos conceptes clau de la teoria de la *o* invertida: en primer lloc, que nivells moderats d'activació no donen com a resultat un millor rendiment, i, en segon lloc, que el nivell òptim d'activació no és un punt únic sinó una «zona» més àmplia. Així, doncs, observem que la teoria de ZIFO introdueix el concepte d'ansietat estat per determinar l'activació i rebutja un punt únic en el qual s'aconsegueix el rendiment, proposant una «zona» de funcionament òptim en la qual l'esportista aconseguirà el rendiment màxim.

Figura 8. Zona individual de funcionament òptim (ZIFO)



Font: Weinberg i Gould (2010).

El fet de poder determinar quin és l'estat d'AE abans de la competició permetrà ajudar l'esportista a aconseguir l'estat d'activació adequat (Ford, Ildefons, Jones i Arvinen-Barrow, 2017). No obstant això, i com que des de la teoria ZIFO s'assumeix que la zona òptima de rendiment és individual per a cada esportista, serà necessari que l'esportista recordi quins nivells d'ansietat i activació tenia en els moments que va obtenir un bon rendiment.

La proposta de Hanin emfatitza el paper de les emocions en el rendiment de l'esportista i, per tant, una de les principals implicacions pràctiques del model ZIFO en l'entrenament psicològic de l'esportista és aprendre quines emocions són necessàries experimentar perquè cada esportista aconseguixi la seva zona de rendiment òptima.

## 2.7. Estudi de les emocions en el context esportiu

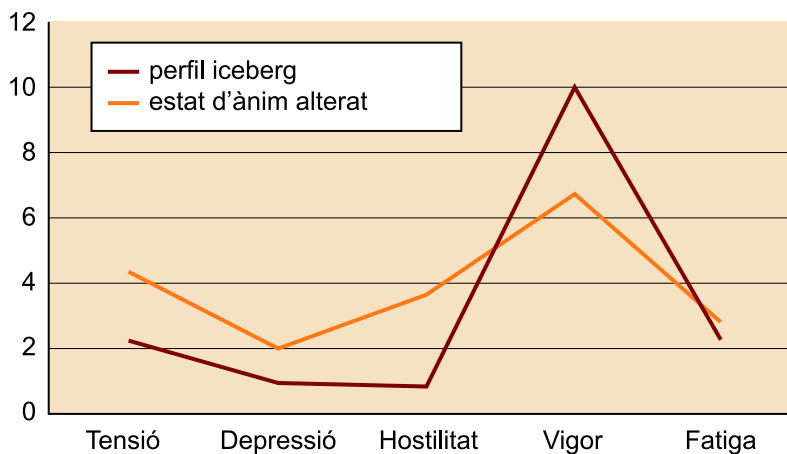
L'estudi de les emocions en el context esportiu ha estat vinculat al qüestionari del **perfil dels estats d'ànim** (*profile of mood states*, POMS) de McNair, Lorr i Droppelman (1971). Encara que inicialment el POMS va ser dissenyat per al context clínic, la seva rellevància en el context esportiu va estar relacionada amb la seva capacitat predictiva del rendiment esportiu.

Aquest qüestionari mesura l'estat d'ànim de l'esportista sobre la base de sis estats:

- tensió
- depressió
- hostilitat
- vigor
- fatiga
- confusió

En els estudis de Morgan *et al.* (Morgan i Johnson, 1978; Morgan i Pollock, 1977) es va observar que els esportistes amb alt rendiment presentaven un patró de respostes específic que els autors van anomenar *perfil iceberg*. Aquest perfil es caracteritza per unes puntuacions molt baixes en els factors negatius del POMS (tensió, depressió, hostilitat, fatiga i confusió) i altes en l'únic factor positiu, el vigor (Quartioli, Parsons-Smith, Fogarty, Kuan i Terry, 2018).

Figura 9. Perfil iceberg i estat d'ànim alterat en futbolistes



Font: Moreno Sánchez, Parrado Romero i Capdevila Ortís (2013).



No obstant això, i si bé és cert que per a algunes modalitats esportives un estat emocional específic com el que descriu el perfil iceberg pot ser positiu per a aconseguir un bon rendiment, alguns autors qüestionen que aquest perfil pugui ser vàlid per a totes les modalitats esportives. Per exemple, Terry (1995) va destacar que, en modalitats esportives de combat o contacte, presentar puntuacions elevades en hostilitat i tensió guarda una relació positiva amb el rendiment.

### 3. Inhibició emocional i salut

#### 3.1. Introducció

Des dels estudis de Freud, que va posar de manifest la importància de la repressió emocional en el desenvolupament d'alteracions psicosomàtiques, la tendència a inhibir o suprimir les emocions ha estat una variable àmpliament estudiada en relació amb els factors psicològics que influeixen en els processos de salut i malaltia.

La inhibició emocional per si mateixa no és una causa determinant de trastorn, i a vegades pot tenir fins i tot una funció adaptativa, per la qual cosa els seus efectes en la salut estarien mesurats per variables individuals, socioculturals i relacionades amb la naturalesa de la mateixa emoció (Consedine, Magai i Bonanno, 2002). Així, doncs, tenint aquests aspectes en consideració, s'ha comprovat que quan la inhibició emocional apareix de manera indiscriminada o crònica va acompanyada normalment d'una excessiva activació fisiològica i sol tenir com a conseqüència que la persona no posi en marxa estratègies d'afrontament adequades. Quan això succeeix, la inhibició emocional pot constituir un agent etiopatogènic de rellevància a tenir en compte.

En aquest apartat explicarem els enfocaments que han tingut un major desenvolupament experimental i teòric en aquest camp, com determinades característiques de tipus cognitiu i afectiu com l'alexítimia, les estratègies de regulació emocional o les habilitats personals respecte a l'expressió emocional.

#### 3.2. Característiques cognitivoafectives: l'alexítimia

El concepte d'alexítimia va ser introduït per Nemiah i Sifneos (1970) en els seus estudis amb pacients que patien trastorns psicosomàtics, això és, persones amb patologies físiques en les quals els factors psicològics contribueixen a la iniciació o exacerbació d'aquestes patologies.

L'alexítimia, per tant, es refereix a un conjunt de característiques afectivocognitives que denoten un **dèficit en el processament i la regulació de les emocions**, que es manifesten principalment per (Fernández-Montalvo i Yarnoz, 1994):

- Dificultat per a identificar emocions, reconèixer-les i utilitzar-les com a senyals interns.

- Dificultat per a localitzar les sensacions del propi cos, problemes a l'hora de distingir les emocions de les sensacions corporals pròpies de l'activació emocional.
- Dificultat per a expressar i descriure les pròpies emocions a altres persones.
- Rigidesa en la comunicació preverbal, amb escassa mímica i pocs moviments corporals.
- Tendència a pensar de manera concreta i unitària, dificultat per al pensament simbòlic.
- Estil cognitiu més vinculat a l'estimulació exterior, tendència a utilitzar l'acció com a estratègia d'acció davant de situacions conflictives.

### 3.2.1. Alexitímia: problemes de salut i conductes de risc

L'alexitímia s'ha associat àmpliament a **problemes de salut** com la major prevalença d'hipertensió arterial, el desenvolupament de malalties coronàries, l'aparició de malalties de l'aparell digestiu o el dolor crònic.

S'han proposat diversos mecanismes subjacents per a explicar aquesta relació. Per exemple, l'alexitímia constituiria un factor de risc per al desenvolupament de **problemes interpersonals i desadaptació social**, la qual cosa, unida a les dificultats per a la regulació emocional, generaria en la persona un malestar emocional amb tendència a cronificar-se. En perllongar-se en el temps les alteracions fisiològiques derivades de l'estrès, com les que es produeixen en el sistema nerviós autònom, endocrí i immunològic, s'augmentaria la probabilitat de desenvolupar algun tipus de problema de salut (Kojima, Senda, Nagaya i Todudome, 2003; Taylor, Bagby i Parker, 1997).

L'alexitímia també està relacionada amb el desenvolupament de **conductes de risc**, és a dir, les persones amb alexitímia presenten majors dificultats per a afrontar de manera adaptativa les situacions estressants, i habitualment ho fan amb comportaments que impliquen un risc per a la salut, com el consum de substàncies, la sobreingesta d'aliments, l'estil de vida sedentari o l'incompliment dels tractaments mèdics (Speranza *et al.*, 2004). De fet, les persones alexitímiques, com que tenen majors **dificultats per a reconèixer els propis símptomes físics i emocionals**, solen fer un ús incorrecte o menys eficaç dels serveis mèdics, la qual cosa donaria com a resultat pitjors diagnòstics (Lumley, Neely i Burger, 2007), i això pot ocasionar complicacions en alguns trastorns o directament una reducció de la qualitat de vida.

Malgrat l'àmplia recerca sobre aquest tema, l'evidència actual respecte a considerar l'alexitímia com un factor de risc únic per a la salut és insuficient. Podem trobar altres factors molt presents i relacionats amb l'alexitímia, com

l'afectivitat negativa, que tenen una relació més directa amb la probabilitat de desenvolupar algunes patologies orgàniques i provoquen confusió a l'hora d'aïllar i analitzar l'impacte de l'alexítimia sobre la salut, principalment perquè l'alexítimia és un trastorn multidimensional que pot significar-se amb diferents signes i símptomes.

Així, doncs, es planteja la necessitat de fer estudis a llarg termini amb un nombre de participants suficients per a aïllar i analitzar la contribució de l'alexítimia en la salut i la qualitat de vida, i per a això és necessari poder controlar les diferents variables distorsionadores del model.

A continuació s'exposarà un exemple il·lustratiu d'una persona amb alexítimia.

### **3.2.2. Al Lluís li costa expressar com se sent**

El Lluís té quaranta-un anys, parla poc, és fins i tot excessivament seriós i diuen que avorrit. Ell diu que és conformista: tot li sol semblar bé. Per què triar o canviar-ho. La seva dona sempre li diu: «Rei, no fas cara de Pasqua». Ell diu que no és capaç de sentir gairebé res, ni bo ni dolent. Posa com a exemple el seu casament o quan va néixer la seva filla, ara de quatre anys. Per a ell, tots dos dies eren com assistir a una obra de teatre, on ell solament hi era per casualitat. Moltes vegades se sent una persona amb sort, diferent i mal adaptada a la mediocritat dels qui l'envolten. El seu aspecte físic és cuidat. El curs i contingut dels seus pensaments són normals, encara que amb tendència a la desconfiança exagerada. Arriba a afirmar que si ha perdut algun treball és per les enveges que desperta en els companys que s'han queixat al cap, però no ho pot demostrar. Pràcticament no té amics més per desconfiança que pels judicis negatius sobre el seu propi comportament.

Li costa molt expressar i manejar les emocions de manera adaptativa. Té un afecte enervat (reducció considerable de la intensitat de l'exteriorització dels sentiments). Li costa trobar interessos, és apàtic, anhedònic, rígid de pensament i acció, i té un ànim depressiu que cal analitzar. Té rumiaments recurrents sobre situacions que li provoquen desplaer, tant simples (oblidar-se les claus) com complexes (no superar un procés de selecció).

### **3.3. Estratègies de regulació emocional**

Un altre dels enfocaments més estudiats sobre la inhibició emocional és el model del procés de regulació emocional (Gross, 1998). Aquest model considera la regulació de les emocions com una sèrie de processos extrínsecs i intrínsecs

responsables de l'avaluació i la modificació de les reaccions emocionals, especialment en allò relacionat amb la intensitat i la temporalitat. Aquests processos estan constituïts per dues estratègies principals segons aquest model:

**a) Estratègies focalitzades en l'antecedent.** Són les que es posen en marxa abans que la resposta emocional s'hagi activat completament amb la finalitat de modular aquesta emoció. Inclouen estratègies del tipus de selecció de la situació (per exemple, no anar a una festa on em trobaré amb una exparella), modificació de la situació (per exemple, baixar el to de veu en una discussió), desplegament atencional (per exemple, utilitzar la distracció) o reavaluació cognitiva (per exemple, valorar aspectes favorables de la situació).

**b) Estratègies focalitzades en la resposta.** Són les que s'utilitzen una vegada que la resposta emocional ha estat generada tractant d'influir en la resposta conductual, experiencial o fisiològica de l'emoció.

Entre aquest tipus d'estratègies, la que ha generat més recerca és la **supressió de l'expressió emocional (SEE)**. La SEE fa referència a com la persona tracta d'inhibir l'expressió comportamental de l'emoció que experimenta generant una disminució de la comunicació dels estats interns de l'individu, la qual cosa no comporta una disminució de l'experiència subjectiva de l'emoció. Pot comportar, per exemple, mantenir una expressió facial seriosa malgrat sentir-se molt enfadat en una situació de confrontació. El fet que sigui més o menys adaptativa dependrà del context, i pot ser adequada en algunes situacions.

La teoria de la regulació de l'emoció i la recerca suggereixen que regular l'emoció prèviament, en el procés de generació de l'emoció, pot ser més efectiu que fer-ho després, quan ja s'ha produït la resposta emocional.

En comparació de les estratègies focalitzades en l'antecedent, principalment el canvi cognitiu, la SEE sol comportar un impacte perjudicial en la persona tant en l'àmbit fisiològic com en el cognitiu i el social. Les persones que tendeixen a utilitzar de manera habitual la SEE mostren **nivells elevats de reactivitat del sistema nerviós autònom** davant l'estrès, la qual cosa es posa de manifest tant en índexs cardíacs com en la conductància de la pell. Igualment, s'ha observat que les persones amb major tendència a la SEE tendeixen a utilitzar **estratègies conductuals d'afrontament poc saludables** davant les situacions estressants. L'alteració constant en el sistema neuroendocrí, i el manteniment de conductes poc saludables solen tenir com a resultat el detriment de la pròpia salut (Chapman, Fiscella, Kawachi, Duberstein i Muenning, 2013).

Un estudi portat a terme amb una mostra de 373 adults ha tractat d'avaluar de quina manera les estratègies de reavaluació cognitiva (focalitzada en l'antecedent) i de SEE (focalitzada en la resposta) es relacionen amb la probabilitat de desenvolupar una malaltia cardiovascular (Appleton, Loucks, Buka i

Kubzansky, 2014). Per a valorar el risc cardiovascular, es va utilitzar l'algorisme de Framingham, puntuació que estima el risc de cardiopatia vascular d'una persona en els deu anys següents analitzant diferents factors de risc (per exemple, el gènere, l'edat, el colesterol, el consum de tabac, etc.). L'avaluació de les dues estratègies de regulació emocional es va dur a terme amb el qüestionari de regulació emocional de Gross. Els resultats d'aquest estudi indiquen que la reavaluació cognitiva es relaciona amb un menor risc de malaltia cardiovascular, mentre que la SEE està relacionada amb una elevada probabilitat de desenvolupar una patologia cardíaca. Es va observar que la reavaluació cognitiva estava associada a un HDL o colesterol «bo» més alt, la qual cosa va ser congruent amb les associacions positives observades entre aquesta estratègia i una alimentació saludable, i un índex de massa corporal més baix. En contrast, la SEE presentava major relació amb la hipertensió i el consum de tabac. Aquestes descobertes suggereixen que, si bé la regulació emocional pot contribuir al risc de malaltia cardiovascular, els mecanismes pels quals cada estratègia pot influir en el risc podrien variar i, de fet, pot haver-hi nombrosos camins i efectes sistèmics (és a dir, el tot és major que la suma de les parts). A més, els resultats suggereixen que el fet que les estratègies reguladores de l'emoció siguin més adaptatives pot ser degut al fet que es milloren processos de restauració (per exemple, menjar una dieta saludable) i es mitiguen processos de deterioració (per exemple, fumar cigarretes), mentre que les estratègies menys adaptatives poden fer que els processos de deterioració siguin més probables.

### 3.4. Habilitats d'expressió emocional

A més de les característiques cognitivoafectives i de les estratègies de regulació emocional, les habilitats pròpies de cada persona per a poder expressar les emocions també estan relacionades amb la salut.

Les habilitats en l'expressió emocional s'han associat amb diversos paràmetres fisiològics. En concret, hi ha diversos estudis que relacionen aquest tipus de competències personals amb la variabilitat de la freqüència cardíaca (HRV). L'HRV és un mesurament de la variació dels intervals de temps entre els batecs cardíacs, i es considera un indicador de l'estat de salut relacionat amb la diabetis, l'infart de miocardi o la síndrome metabòlica. Amb relació a l'expressió emocional, sembla que hi ha una relació directa entre millors habilitats expressives i major HRV, la qual cosa es reflectiria en un millor estat de salut general (Damaree, Robinson, Schmeichel i Everhart, 2006). Tenint en compte altres variables, com l'edat, el sexe, els factors psicopatològics i les característiques de personalitat, les persones que tendeixen a realçar les expressions de tristesa presenten majors nivells d'HRV en comparació de les que realcen les expressions de felicitat amb major freqüència.

L'habilitat d'expressió emocional que ha mostrat ser més adaptativa és la capacitat per a regular de manera flexible les expressions que estan d'acord amb les demandes situacionals (Gupta i Bonanno, 2011). Aquesta capacitat d'adaptar l'expressió de les emocions a les demandes de cada situació està relacionada

amb un millor funcionament social, menors nivells d'estrès i, en conseqüència, una millor salut física. Reflecteix també una capacitat més general de regular el comportament, la qual cosa també s'ha associat a resultats de salut positius. D'altra banda, és conegut que amb la manipulació de l'expressió emocional es pot influir en patrons de resposta del sistema nerviós autònom rellevants per a la salut; per exemple, el somriure ha demostrat que millora la recuperació cardiovascular després de l'exposició a un factor estressant. Aquesta millor expressivitat emocional pot constituir, per tant, un signe extern d'un sistema nerviós autònom més adaptat i flexible que facilita les habilitats de regulació, mentre que redueix al mateix temps el risc de malaltia gràcies a un millor control sobre l'activació fisiològica i la seva recuperació (Tuck, Adams i Consedine, 2017).





## Bibliografia

### 1. *Mindfulness*, emoció i motivació

Aldao, A. i Nolen-Hoeksema, S. (2012). The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 493-501.

Arch, J. J. i Graskie, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following afocused breathing induction. *Behavioural Research Therapy*, 44, 1849-1858.

Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 125-142.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ..., i Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 230-241.

Body, L., Ramos, N., Recondo, O., i Pelegrina, M. (2016). Desarrollo de la inteligencia emocional a través del programa mindfulness para regular emociones (PINED) en el profesorado. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 87, 47-59.

Brown, K. W. i Ryan, R. M. (2003). The bennefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.

Calvete, E. i Royuela-Colomer, E. (2016). Measurement of dispositional mindfulness in children and adolescents: A review of available self-report measures in Spanish. *Mindfulness & Compassion*, 1 (2), 58-67.

Charoensukmongkol, P. (2014). Benefits of mindfulness meditation on emotional intelligence, general self-efficacy, and perceived stress: evidence from Thailand. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 16 (3), 171-192.

Chiesa, A., Fazio, T., Bernardinelli, L., i Morandi, G. (2017). Citation patterns and trends of systematic reviews about mindfulness. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 28, 26-37.

Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual Review of Psychology*, 68, 491-516.

De la Fuente, J. Franco, C., i Mañas, I. (2010). Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en el estado emocional de estudiantes universitarios. *Estudios sobre Educación*, 19, 31-52.

De la Fuente, J., Mañas, I., Franco, C., Cangas, A. J., i Soriano, E. (2018). Differential effect of level of self-regulation and mindfulness training on coping strategies used by university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2230. <<https://www.mdpi.com/1660-4601/15/10/2230>>.

Doll, A., Hölzel, B. K., Bratec, S. M., Boucard, C. C., Xie, X., Wohlschläger, A. M., i Sorg, C. (2016). Mindful attention to breath regulates emotions via increased amygdala-prefrontal cortex connectivity. *Neuroimage*, 134, 305-313.

Enríquez, H., Ramos, N., i Esparza, O. (2017). Impact of the mindful emotional intelligence program on emotional regulation in college students. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17 (1), 37-46.

Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., i Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29 (3), 177-190.

Franco, C. (2009). *Meditación fluir para serenar el cuerpo y la mente*. Madrid: Bubok.

Germer, C. K. (2005). Mindfulness. What is it? What does it matter? En C. K. Germer, R. D. Siegel, i P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 3-27). New York: The Guilford Press.

Goleman, D. (1998). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

Goodman, M. S., Madni, L. A., i Semple, R. J. (2017). Measuring mindfulness in youth: Review of current assessments, challenges, and future directions. *Mindfulness*, 8 (6), 1-12.

Hayes, A. M. i Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255-262. <<http://bit.ly/2KNaQJN>>.

Hayes, S. C. i Shenk, C. (2004). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 249-254.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., i Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., i Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Kabat-Zinn, J. (1982). An out-patient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.

Kabat-Zinn, J. i Chapman-Waldrop, A. (1988). Compliance with an outpatient stress reduction program: Rates and predictors of programs completion. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 333-352.

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., i Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-190.

Kang Y. S., Choi S. Y., i Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, 29, 538-543.

Kee, Y. H., Li, C., Kong, L. C., Tang, C. J. i Chuang, K. L. (2019). Scoping review of mindfulness research: a topic modelling approach. *Mindfulness*, 1-15. <<https://doi.org/10.1007/s12671-019-01136-4>>.

Kristeller, J. i Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4 (3), 357-363.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.

Lyzwinski, L. N., Caffery, L., Bambling, M., i Edirippulige, S. (2017). A systematic review of electronic mindfulness-based therapeutic interventions for weight, weight-related behaviors, and psychological stress. *Telemedicine Journal and e-Health*, 24 (3), 173-184.

Mañas, I. i Franco, C. (2018). Mindfulness en contextos educativos. En M. Á. Santed i S. Santiago (Coords.), *Mindfulness: Fundamentos y aplicaciones* (pp. 207-239). Madrid: Paraninfo.

Mayer, J. D. i Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey i D. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.

Mayer, J. D., Caruso, D., i Salovey, P. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197-215.

Murphy, C. M. i MacKillop, J. (2014). Mindfulness as a strategy for coping with cue-elicited cravings for alcohol: an experimental examination. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38 (4), 1134-1142.

Pascoe, M. C., Thompson, D. R., Jenkins, Z. M., i Ski, C. F. (2017). Mindfulness mediates the physiological markers of stress: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 95, 156-178.

Pots, W. T., Fledderus, M., Meulenbeek, P. A., Peter, M., Schreurs, K. M., i Bohlmeijer, E. T. (2016). Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 208 (1), 69-77.

Ramos, N. i Salcido, L. J. (2017). Programa inteligencia emocional plena (PINED) aplicando mindfulness para regular emociones. *Revista de Psicoterapia*, 28 (107), 259-270.

Ramos, N., Enríquez, H., i Recondo, O. (2012). *Practica la Inteligencia Emocional Plena*. Barcelona: Kairos.

Ramos, N., Hernández, S. M., i Blanca, M. J. (2009). Efecto de un programa integrado de mindfulness e inteligencia emocional sobre las estrategias cognitivas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*, 15 (2-3), 119-289.

Randal, C., Pratt, D., i Bucci, S. (2015). Mindfulness and self-esteem: A systematic review. *Mindfulness*, 6 (6), 1366-1378.

Salcido-Cibrián, L., Ramos, N., i Jiménez, Ó. (Abril, 2015). Formación virtual: mindfulness para regular emociones. Trabajo presentado en el XLII Congreso Nacional de Psicología, Tijuana, B. C. (México).

Santed, M. A. i Segovia, S. (2018). *Mindfulness: Fundamentos y aplicaciones*. Madrid: Paraninfo.

Schreiner, I. i Malcolm, J. P. (2008). The benefits of mindfulness meditation: changes in emotional states of depression, anxiety, and stress. *Behaviour Change*, 25 (3), 156-168.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., i Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., i Teasdale, J. D. (2017). *MBCT: Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión*. Barcelona: Kairós.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., i Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (3), 373-386.

Shi, Z. i MacBeth, A. (2017). The effectiveness of mindfulness-based interventions on maternal perinatal mental health outcomes: a systematic review. *Mindfulness*, 8 (4), 1-25.

Shiyko, M. P., Hallinan, S., i Naito, T. (2017). Effects of mindfulness training on posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 8 (4), 848-858.

Simón, V. (2007). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 5-30.

Snippe, E., Viechtbauer, W., Geschwind, N., Klippel, A., De Jonge, P., i Wichers, M. (2017). The impact of treatments for depression on the dynamic network structure of mental states: two randomized controlled trials. *Scientific Reports*, 7.

Spijkerman, M. P. J., Pots, W. T. M., i Bohlmeijer, E. T. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 45, 102-114.

Teper, R., Segal, Z. V., i Inzlicht, M. (2013). Inside the mindful mind: How mindfulness enhances emotion regulation through improvements in executive control. *Association for Psychological Science*, 22 (6), 449-454.

Van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., *et al.* (2018). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on Psychological Science*, 13 (1), 36-61.

Weinstein, N., Brown K. W., i Ryan R. M. (2009). A multimethod examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality*, 43, 374-385.

Wilson K. G. i Luciano M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Witek-Janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, K. R., Chroniak, C., Durazo-Arvizu, R., i Mathews, H. L. (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer [en línea]. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22 (6), 969-981. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159108000391?via%3Dihub>>.

## 2. Esport, motivació i emoció

Cox, R. (2009). *Psicología del deporte. Conceptos y sus aplicaciones*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Duda, J. L. (1989). Relationship between task and ego orientation and the perceived purpose of sport among high school of athletes. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, 318-335.

Ford, J. L., Ildefonso, K., Jones, M. L., i Arvinen-Barrow, M. (2017). Sport-related anxiety: current insights. *Open Access Journal of Sports Medicine*, 8, 205-212.

Gernigon, C., D'Arripe-Longueville, F., Delignieres, D., i Ninot, G. (2004). A dynamic systems perspective on goal involvement states in sport. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26, 572-596.

Gill, D. L. (1993). Competitiveness and competitive orientation in sport. En R. N. Singer, M. Murphey, i L. K. Tennant (Eds.), *Handbook of research on sport psychology* (pp. 314-327). New York: Macmillan.

Gill, D. L. i Deeter, T. E. (1988). Development of the SOQ. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 59, 191-202.

Granero-Gallegos, A., Gómez-López, M., Rodríguez-Suárez, N., Abrales, J. A., Alesi M., i Bianco, A. (2017). Importance of the Motivational Climate in Goal, Enjoyment, and the Causes of Success in Handball Players. *Frontiers in Psychology*, 8, 2081. <<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02081>>.

Hanin, Y. L. (1989). Interpersonal and intragroup anxiety: Conceptual and methodological issues. En D. Hackfort i C. D. Spielberger (Eds.), *Anxiety in sports: An international perspective* (pp. 19-28). Washington, D.C.: Hemisphere Publishing Corporation.

Kenttä, G. i Hassmén, P. (1998). Overtraining and recovery. A conceptual model. *Sports Medicine*, 26, 1-16.

Martens, R. (1987). *Coaches guide to sport psychology: A publication for the American Coaching Effectiveness Program: Level 2 sport science curriculum*. Champaign, IL.: Human Kinetics Books.

McNair, D. M., Lorr, M., i Droppleman, L. F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.

Meeusen, R., Duclos, M., Gleeson, M., Rietjens, G., Steinacker, J., i Urhausen, A. (2006). Prevention, diagnosis and treatment of the overtraining syndrome: ECSS position statement 'task force'. *European Journal of Sport Science*, 6 (1), 1-14.

Meeusen, R., Nederhof, E., Buyse, L., Roelands, B., De Schutter, G., i Piacentini, M. F. (2010). Diagnosing overtraining in athletes using the two-bout exercise protocol. *British Journal of Sports Medicine*, 44 (9), 642-648.

Monteiro, D., Teixeira, D. S., Travassos, B., Duarte-Mendes, P., Moutao, J., Machado, S., i Cid, L. (2018). Perceived Effort in Football Athletes: The Role of Achievement Goal Theory and Self-Determination Theory. *Frontiers in Psychology*, 9, 1575. <<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01575>>.

Moreno Sánchez, J., Parrado Romero, E., i Capdevila Ortís, L. (2013). Variabilidad de la frecuencia cardíaca y perfiles psicofisiológicos en deportes de equipo de alto rendimiento. *Revista de Psicología del Deporte*, 22 (2), 0345-352.

Morgan, W. P. i Johnson, R. W. (1978). Personality characteristics of successful and unsuccessful oarsmen. *International Journal of Sport Psychology*, 9, 119-133.

Morgan, W. P. i Pollock, M. L. (1977). Psychologic characterization of the elite distance runner. *Annals of the New York Academy of Science*, 301, 382-403.

Nicholls, J. G. (1984). Conceptions of ability and achievement motivation. En R. Ames i C. Ames (Eds.), *Research on motivation in education: Student motivation* (Vol I). New York: Academic Press.

Nicholls, J. G. (1989). *The competitive ethos and democratic education*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.

Quartiroli, A., Parsons-Smith, R. L., Fogarty, G. J., Kuan, G., i Terry, P. C. (2018). Cross-Cultural Validation of Mood Profile Clusters in a Sport and Exercise Context. *Frontiers in Psychology*, 9, 1949. <<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01949>>.

Robazza, C., Izzicupo, P., D'Amico, M. A., Ghinassi, B., Crippa, M. C., Di Cecco, V., ..., i Di Baldassarre, A. (2018). Psychophysiological responses of junior orienteers under competitive pressure. *PloS one*, 13 (4), e0196273. <<http://bit.ly/2FAjuqy>>.

Robazza, C., Bertollo, M., Ruiz, M. C., i Bortoli, L. (2016). Measuring psychobiosocial states in sport: initial validation of a trait measure. *PloS one*, 11 (12), e0167448. <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167448>>.

Weinberg, R. S. i Gould, D. (2010). Activación, estrés y angustia. En R. S. Weinberg i D. Gould (Eds.), *Fundamentos de Psicología del Deporte y del Ejercicio Físico* (pp. 77-100). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

### 3. Inhibició emocional i salut

Appleton, A., Loucks, E. B., Buka, S. L., i Kubzansky, L. D. (2014). Divergent associations of antecedent and regulation strategies with midlife cardiovascular disease risk. *Annals of Behavioral Medicine*, 48 (2), 246-255. <<https://doi.org/10.1007/s12160-014-9600-4>>.

Consedine, N. S., Magai, C., i Bonanno, G. A. (2002). Moderators of the emotion inhibition-health relationship. *Review of General Psychology*, 6 (2), 204-228. <<http://bit.ly/2ZSWTx0>>.

Chapman, B. P., Fiscella, K., Kawachi, I., Duberstein, P., i Muenning, P. (2013). Emotion suppression and mortality risk over a 12-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, 75 (4), 381-385. <<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.07.014>>.

Demaree, H., Pu, J., Robinson, J., Schmeichel, B., i Everhart, E. (2006). Predicting facial valence to negative stimuli from resting RSA: not a function of active emotion regulation. *Cognition & Emotion*, 20 (2), 161-176. <<https://doi.org/10.1080/02699930500260427>>.

Fernández-Montalvo, J. i Yarnoz, S. (1994). Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema*, 6 (3), 357-366.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2 (3), 271-299. <<https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>>.

Gupta, S. i Bonanno, G. A. (2011). Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 635-643. <<http://dx.doi.org/10.1037/a0023541>>.

Kojima, M., Senda, Y., Nagaya, T., Tokudome, S., i Furukawa, T. A. (2003). Alexithymia, depression and social support among Japanese workers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72 (6), 307-314. <<https://doi.org/10.1159/000073027>>.

Lumley, M. A., Neely, L. C., i Burguer, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment*, 89 (3), 230-246. <<https://doi.org/10.1080/00223890701629698>>.

Nemiah, J. C. i Sifneos, P. E. (1970). Affects and fantasy in patients with psychosomatic disorders. En O. W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (pp. 26-34). Londres: Butterworths.

Speranza, M., Corcos, M., Stephan, P., et al. (2004). Alexithymia, depressive experiences, and dependency in addictive disorders. *Substance Use and Misuse*, 39 (4), 551-579.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., i Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge, MA.: Cambridge University Press.

Tuck, N. L., Adams, K. S., i Consedine, N. S. (2017). Does the ability to express different emotions predict different indices of physical health? A skill-based study of physical symptoms and heart rate variability. *British Journal of Health Psychology*, 22 (3), 502-523. <<https://doi.org/10.1111/bjhp.12242>>.

