
Motivación y emoción en el *mindfulness* y el deporte. La inhibición emocional

PID_00265563

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

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 4 horas




Antoni Baena García

Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Doctor en Psicología por la Universidad Ramon Llull. Profesor de los Estudios de Ciencias de la Salud de la UOC. Amplia experiencia en formar a profesionales de la salud en el tratamiento especializado del tabaquismo y en *e-Health*. Múltiples participaciones en congresos nacionales e internacionales.


Israel Mañas Mañas

Doctor en Psicología, profesor colaborador de la Universitat Oberta de Catalunya y profesor interino de la Universidad de Almería. Miembro del Grupo de Investigación Psicología, Salud y Educación (Hum-760). Experto en análisis de la conducta clínica y terapias psicológicas basadas en *mindfulness*. Su principal línea de investigación se centra en el estudio experimental y aplicado de la cognición humana y del *mindfulness*.


Jordi Moreno Sánchez

Licenciado en Psicología y doctor en Psicología de la Salud y del Deporte por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Profesor colaborador de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) y profesor asociado de la Facultad de Psicología de la UAB. Miembro del grupo de investigación «Psicología, persona y contexto» de la Universidad Ramon Llull. Experiencia en el diseño de programas de promoción de la salud en entorno laboral y hospitalario. Consultor de formación y selección en empresas del sector sanitario y educativo. Publicaciones en revistas de impacto y participación en congresos nacionales e internacionales.


Mónica Quesada Laborda

Doctora en Psicología. Especialista en psicología clínica y profesora colaboradora de la Universitat Oberta de Catalunya. Facultativo especialista de área en el Hospital del Tajo (Comunidad de Madrid). Con amplia experiencia clínica e investigadora en el campo de las adicciones. Su labor asistencial se centra en la evaluación y el tratamiento de los trastornos mentales en población adulta.

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por el profesor: Antoni Baena García (2019)

Primera edición: septiembre 2019

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

Todos los derechos reservados

© de esta edición, FUOC, 2019

Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona

Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

Introducción	5
1. Mindfulness y emoción	7
1.1. Introducción	7
1.2. Intervenciones basadas en el <i>mindfulness</i> y ámbitos de aplicación	8
1.3. Definiciones y componentes del <i>mindfulness</i>	9
1.4. Componentes del <i>mindfulness</i>	10
1.4.1. La intención	11
1.4.2. La atención	11
1.4.3. La actitud	13
1.5. La práctica de <i>mindfulness</i>	14
1.5.1. Práctica formal de la respiración	15
1.5.2. Práctica informal de la respiración	15
1.5.3. Práctica formal del cuerpo (<i>body-scan</i>)	16
1.5.4. Práctica informal del cuerpo (<i>body-scan</i>)	18
1.6. <i>Mindfulness</i> , regulación emocional y estrategias de afrontamiento	18
1.7. <i>Mindfulness</i> e inteligencia emocional	22
2. Deporte, motivación y emoción	25
2.1. Introducción	25
2.2. Teoría de la perspectiva de metas	25
2.3. Teoría de la autodeterminación (SDT)	27
2.3.1. Tipos de motivación según la SDT	27
2.4. Activación y rendimiento deportivo	28
2.5. Estrés y deporte	30
2.6. Emociones y rendimiento: teoría de la zona individual de funcionamiento óptimo (ZIFO)	32
2.7. Estudio de las emociones en el contexto deportivo	33
3. Inhibición emocional y salud	35
3.1. Introducción	35
3.2. Características cognitivo-afectivas: la alexitimia	35
3.2.1. Alexitimia: problemas de salud y conductas de riesgo ..	36
3.2.2. A Luis le cuesta expresar cómo se siente	37
3.3. Estrategias de regulación emocional	38
3.4. Habilidades de expresión emocional	39
Bibliografía	41

Introducción

El estudio en profundidad de los aspectos motivacionales y emocionales nos permite tener un mayor conocimiento de los procesos básicos que inician y mantienen el comportamiento humano. En las unidades didácticas previas se presentaron los aspectos teóricos, así como los resultados experimentales que, en el curso de la historia de la psicología, se han mostrado más relevantes y han recibido mayor apoyo empírico en el campo de la motivación y la emoción. Este módulo supone un complemento a las unidades didácticas anteriores. Incluye tres apartados de contenidos en los que se tratan aspectos teóricos y estudios experimentales en otras áreas de interés en las que los procesos motivacionales y emocionales han mostrado claramente su relevancia.

En un primer apartado, exponemos los estudios más actuales sobre los resultados en el entrenamiento en *mindfulness* o conciencia plena como método de intervención para el abordaje de múltiples patologías emocionales. Presentamos las distintas definiciones del concepto y los principales componentes de dicha intervención, así como los hallazgos más significativos respecto a su relación con la regulación emocional y su influencia en el área de la inteligencia emocional.

Posteriormente, se desarrollan contenidos respecto a la influencia de las variables motivacionales y emocionales en el deporte. Inicialmente, se describen los aspectos motivacionales desde las dos perspectivas teóricas de mayor relevancia: la perspectiva de metas y la autodeterminación. Seguidamente, se exponen los principales estudios respecto a la relación entre los aspectos emocionales y la actividad deportiva, poniendo especial énfasis a la forma en que la activación y los distintos tipos de emociones influyen en el rendimiento.

Finalmente, en el último apartado y como complemento al apartado previo de emociones y salud, se trata el tema del papel que tiene la inhibición emocional en los procesos de salud, principalmente en lo referido a las competencias personales en la expresión emocional y a las estrategias de regulación emocional que han resultado ser más adaptativas en el plano de los comportamientos saludables.

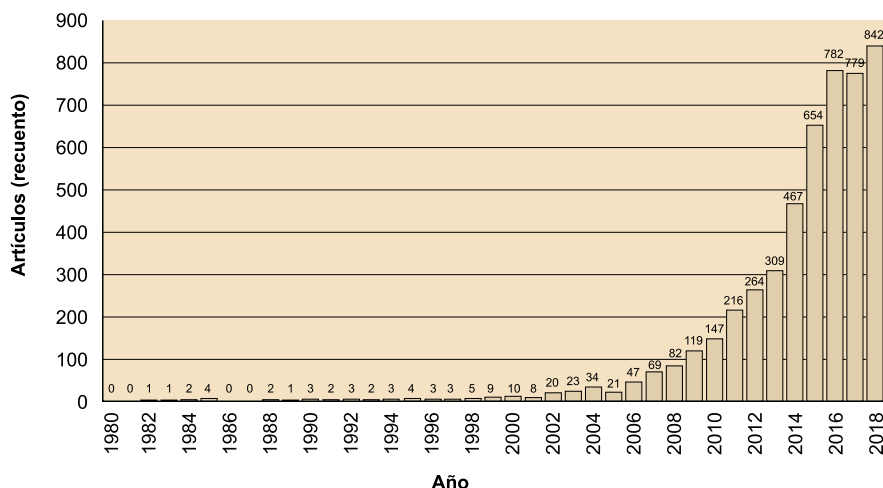
1. *Mindfulness* y emoción

1.1. Introducción

El término *mindfulness* no tiene una traducción simple al castellano, como ocurre con otros vocablos anglosajones como, por ejemplo, *insight*. Generalmente se suele traducir como 'atención plena' o 'conciencia plena', no obstante, y especialmente en contextos académicos, se tiende a mantener el término original sin traducirse. Actualmente es posible encontrar el *mindfulness* en contextos y ámbitos tan numerosos y heterogéneos como el de la salud física y mental, la neurociencia cognitiva, el deportivo, el educativo, el empresarial, el de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, el militar, el penitenciario, el de la seguridad vial, el de la tercera edad o el de la violencia de género, entre otros muchos (Creswell, 2017; Kee, Li, Kong, Tang y Chuan, 2019; Mañas y Franco, 2018; Santed y Segovia, 2018).

Podemos considerar a Jon Kabat-Zinn como el padre del *mindfulness* en Occidente. Kabat-Zinn es profesor emérito de la Facultad de Medicina y director de la Clínica de Reducción del Estrés de la Universidad de Massachusetts. Comenzó a finales de los setenta a integrar el empleo del *mindfulness* en el contexto de la medicina para tratar múltiples dolencias médicas y psicológicas. Es el creador del famoso programa para la reducción del estrés basado en *mindfulness* conocido como *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR). Este programa supuso el inicio de diversas investigaciones científicas en la década de los ochenta sobre los efectos beneficiosos de la práctica de *mindfulness* (Kabat-Zinn, 1982, Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1985; Kabat-Zinn y Chapman-Waldrop, 1988).

A partir de los noventa, pero especialmente desde principios de este siglo hasta la actualidad, se observa un incremento exponencial en el número de publicaciones científicas que muestran la eficacia y utilidad del *mindfulness* en múltiples contextos (Chiesa, Fazio, Bernardinelli y Morandi, 2017; Kee *et al.*, 2019).

Figura 1. Publicaciones sobre *mindfulness* por año (1980-2018)

Fuente: American Mindfulness Research Association (2019), recuperado de <https://goamra.org/resources/>.

Otro dato más cercano, que muestra la gran expansión del *mindfulness* en contextos académicos, lo constituye el número de tesis, trabajos fin de máster o de grado, etc. que son publicados en España sobre el tema. Por ejemplo, en TESEO, la base de datos de tesis doctorales del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de España, se pueden consultar unas 37 tesis doctorales publicadas sobre el tema. Estas tesis versan sobre el uso del *mindfulness* en temas como: obesidad, dolor crónico, salud física y mental, adicciones, depresión, ansiedad, duelo, rendimiento deportivo, estrés docente, juego patológico, psico-neuro-inmunoendocrinología, alzhéimer, inteligencia emocional, etc.

El trabajo de Chiesa *et al.* (2017) muestra también un incremento del número de publicaciones de estudios de revisión sobre *mindfulness*. Por ejemplo, estudios sobre el entrenamiento y práctica de *mindfulness* (Lyzwinski, Caffery, Bambling y Edirippuige, 2017; Shiyko, Hallinan y Naito, 2017), instrumentos de evaluación y medida de *mindfulness* (Calvete y Royuela-Colomer 2016; Goodman, Madni y Semple, 2017), procesos psicológicos relacionados con el *mindfulness* (Pascoe, Thompson, Jenkins y Ski, 2017; Randal, Pratt y Bucci, 2015) y metaanálisis sobre la investigación en *mindfulness* (Van Dam *et al.*, 2018).

1.2. Intervenciones basadas en el *mindfulness* y ámbitos de aplicación

En cuanto a las intervenciones basadas en *mindfulness* (IBM) destaca el MBSR como el programa que mayores aplicaciones y evidencia científica ha mostrado en la actualidad en todo el mundo, constituyendo una de las principales causas de la gran difusión del *mindfulness*.

El MBSR es un programa de entrenamiento general, no específico para ningún trastorno mental, cuya aplicación ha demostrado ser eficaz para múltiples problemas como: depresión, ansiedad, estrés, dolor crónico, cáncer, fibromialgia, trastornos de la personalidad, adicciones, etc., tanto para pacientes como para poblaciones no clínicas (Creswell, 2017; Kee *et al.*, 2019; Pots *et al.*, 2016; Santed y Segovia, 2018; Shi y MacBeth, 2017; Snippe *et al.*, 2017; Spijkerman, Pots y Bohjmeijer, 2016).

Las principales técnicas y ejercicios de entrenamiento que se utilizan en el programa MBSR son: la atención plena a la respiración, la técnica de contemplación de las sensaciones corporales o *body-scan*, el yoga, meditar caminando, y la atención plena en las actividades de la vida cotidiana (mientras estamos comiendo, aseándonos, vistiéndonos, trabajando, etc.).

Además del programa MBSR, existen otras IBM, entre las que destacan un gran número de terapias psicológicas que de un modo u otro utilizan el *mindfulness* o que integran los principios de este (para una revisión véase Creswell, 2017). En la literatura sobresalen cuatro terapias:

- 1) Terapia cognitiva basada en *mindfulness* (*mindfulness-Based Cognitive Therapy* o MBCT; Segal, Williams y Teasdale, 2002, 2017).
- 2) Terapia dialéctica conductual (*Dialectical Behavioral Therapy* o DBT; Linehan, 1993).
- 3) Terapia de aceptación y compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy* o ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999, 2014; Wilson y Luciano, 2002).
- 4) Meditación Fluir (MF), que integra prácticas del MBSR y la ACT (Franco, 2009).

1.3. Definiciones y componentes del *mindfulness*

En este epígrafe abordaremos algunas de las definiciones de *mindfulness* y sus principales componentes, características o cualidades. Pero antes, es importante señalar la aportación de Germer (2005): «la palabra *mindfulness* puede emplearse para describir un constructo teórico (la idea de *mindfulness*), así como prácticas para cultivar *mindfulness* (como por ejemplo, la meditación) y procesos psicológicos (mecanismos de acción en la mente y el cerebro)». Esta distinción, aunque arbitraria, es útil, ya que clarifica el hecho de que en ocasiones se emplee el término *mindfulness* para referirnos exclusivamente a una de estas tres cosas, y en otras, en cambio, para referirse solo a dos o incluso a las tres simultáneamente.

Tabla 1. Definiciones y descripciones de *Mindfulness*

Definición/descripción <i>mindfulness</i>	Autoría
Es el mantenimiento de una consciencia viva a la realidad del momento presente.	Hanh, 1976
Prestar atención de una forma especial: intencionadamente, en el momento presente y sin juzgar.	Kabat-Zinn, 1994
Es la consciencia que emerge a través de poner atención intencional, en el momento presente, de manera no enjuiciadora, del flujo de la experiencia, momento a momento.	Kabat-Zinn, 2003
Consciencia momento a momento.	Germer, 2005
La capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento.	Simón, 2007
Es una atención y consciencia receptiva a los eventos y experiencias presentes.	Brown y Ryan, 2003
Es la observación no enjuiciadora del fluir de toda la estimulación externa e interna tal como aparece.	Baer, 2003
La habilidad mental para focalizarse en la percepción directa e inmediata del momento presente con un estado de conciencia no enjuiciadora, suspendiendo voluntariamente la retroalimentación cognitiva evaluativa.	Hayes y Shenk, 2004
Estar frente a la desnuda realidad de la experiencia, observando cada evento como si estuviera ocurriendo por primera vez.	Goleman, 1988

Fuente: Elaboración propia.

Es posible observar que muchas de estas definiciones comparten ciertos elementos en común, incluso algunas son prácticamente equivalentes, pero también hay una gran heterogeneidad de matices que las diferencian, en ocasiones de forma notoria y en otras sutilmente. Generalmente, estas definiciones llevan consigo la descripción de varios componentes de *mindfulness* y se suelen referir a ciertos procesos (como la consciencia o el control intencionado de la atención) así como a ciertas actitudes (como la aceptación o el no juzgar).

Ante esta gran diversidad de definiciones y significados, es necesario delimitar con más precisión qué es *mindfulness* y cuáles son sus componentes capitales. Una de las definiciones más citadas y referente en la literatura es la del propio Kabat-Zinn (1994, p. 4): «Prestar atención de un modo particular: intencionadamente, en el momento presente y sin juzgar».

1.4. Componentes del *mindfulness*

Shapiro, Carlson, Astin y Freedman (2006) identificaron tres componentes capitales: la intención, la atención y la actitud. Estos tres componentes no son procesos o estados independientes o separados, sino que se encuentran interconectados en un único proceso cíclico que acontece simultáneamente: *mindfulness* es este proceso llevado momento a momento, es intención, atención y actitud, es prestar intencionadamente una atención especial.

1.4.1. La intención

El primer axioma o componente del *mindfulness* es la intención, que se puede relacionar con los motivos, las razones o los propósitos para practicar y cultivar el *mindfulness*. La intención en este contexto podría abarcar desde la motivación para iniciar la práctica, las razones por las cuales uno medita cuando está meditando, hasta el propósito de desarrollar autoconocimiento, mejorar la salud, reducir el sufrimiento y ser más feliz, entre otros muchos. Este componente en ocasiones se pasa por alto en muchos manuales, sin embargo, sin la intención correcta y adecuada, la práctica del *mindfulness* está condenada al fracaso o, al menos, a que carezca de un valor personal y significativo para el practicante, perdiendo de este modo una gran parte de su potencial.

1.4.2. La atención

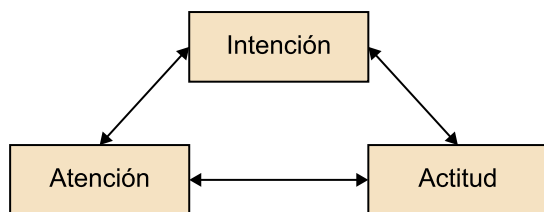
En la práctica de *mindfulness* prestar atención, el segundo axioma, implica observar nuestra propia experiencia, momento a momento, continua e ininterrumpidamente. También abarcaría prestar atención a cualquier estímulo, interno o externo. La atención involucra numerosos procesos, como por ejemplo: llevar la atención a un estímulo determinado (la respiración, un sentimiento, sensaciones físicas, un pensamiento, un sonido, un olor, etc.), procurar mantener la atención de forma sostenida sobre el estímulo en cuestión, percatarse de cuándo hay una distracción y redirigir la atención hacia el estímulo.

Los autores diferencian tres tipos de procesos implicados en el componente de la autorregulación de la atención, que podemos considerar como tres habilidades atencionales diferentes desde el ámbito de la psicología cognitiva:

- 1) **Atención sostenida**, se refiere a la habilidad de mantener durante prolongados periodos de tiempo un estado de vigilancia sobre un estímulo.
- 2) **Conmutación de la atención**, la habilidad de cambiar el foco de la atención de un estímulo hacia otro.
- 3) **Inhibición de procesamiento elaborativo secundario**, la habilidad de inhibir el procesamiento de pensamientos, sentimientos y sensaciones que aparecen en la corriente de la consciencia (inhibición cognitiva).

El componente de la atención lleva intrínseco el hecho de atender el presente, ningún otro momento, por lo que la atención y el momento presente se encuentran indisolublemente unidos.

Figura 2. Axiomas del *mindfulness*: intención, atención y actitud



Fuente: Elaboración propia, adaptado de Shapiro *et al.* (2006).

Bishop *et al.* (2004) presentaron una definición operativa consensuada basada en dos componentes capitales:

«El primer componente implica la autorregulación de la atención, de manera que esta se mantenga en la experiencia inmediata, permitiendo así un reconocimiento mayor de los eventos mentales en el momento presente. El segundo componente implica adoptar una orientación particular hacia la propia experiencia en el momento presente, una orientación caracterizada por la curiosidad, la apertura y la aceptación».

Para comprender mejor estos tres procesos o habilidades atencionales, pongamos un ejemplo con la práctica de *mindfulness* de la respiración. Llevamos la atención a la respiración y procuramos mantenerla de forma continua sobre ella, momento a momento (atención sostenida). Pasado cierto tiempo, la mente se distrae, es decir, deja de estar atenta o concentrada en la respiración. Posteriormente, nos percatamos de que nos hemos distraído y redirigimos el foco de la atención de nuevo a la respiración (conmutación de la atención o cambio atencional), con la intención de volver a mantener una atención sostenida sobre la respiración. Consecuentemente, se produce una inhibición de la elaboración de pensamientos y del procesamiento elaborativo en general (inhibición de procesamiento elaborativo secundario o inhibición cognitiva).

Otro ejemplo podría ser: me pongo a leer un libro (atención sostenida). Me percató de que mi mente está en otra cosa, que estoy pensando en algo que tengo programado hacer más tarde: hacer deporte o la compra. Redirijo mi atención de nuevo al texto (cambio atencional) y continúo leyendo (atención sostenida), produciéndose consecuentemente una inhibición del procesamiento elaborativo de pensamientos e imágenes de mí mismo haciendo deporte o la compra (inhibición cognitiva).

En este sentido, los autores señalan que *mindfulness* puede ser considerado como una habilidad metacognitiva (cognición sobre la propia cognición) constituida por los procesos de control y monitorización. El control se refiere a la habilidad descrita para regular la propia atención (autorregulación de la atención) y la monitorización tiene que ver con la habilidad para supervisar la propia corriente de la consciencia, es decir, con el tercer componente que veremos a continuación.

1.4.3. La actitud

El tercer axioma del *mindfulness* es la actitud. La atención (con intención) es puesta sobre un estímulo (por ejemplo: la respiración, un sentimiento) pero no de cualquier forma, sino de una manera especial: sin juzgar, con aceptación, con curiosidad, con compasión, con apertura, etc. Estas cualidades o actitudes constituyen y conforman un modo muy particular de prestar atención a nuestra propia experiencia y a todo cuanto nos rodea.

En cuanto a este componente, Bishop *et al.* (2004) indica que esta orientación especial hacia la propia experiencia está caracterizada por tres cualidades capitales:

- 1) **Curiosidad**, considerada como una actitud investigadora que implica la observación del flujo cambiante de la experiencia.
- 2) **Apertura**, entendida como una actitud abierta y receptiva a la propia experiencia.
- 3) **Aceptación**, definida como estar experiencialmente abierto a la realidad del momento presente, implica un proceso activo de «permitir» los pensamientos, sentimientos y sensaciones y no luchar o intentar cambiarlos o controlarlos de ninguna manera.

Actitudes básicas del *mindfulness*. Kabat-Zinn (1990, 2003) identificó siete actitudes básicas en la práctica de *mindfulness*, que pueden también considerarse como sus componentes, cualidades o características:

- 1) **No juzgar.** Implica adoptar una postura de testigos imparciales de nuestra propia experiencia siendo conscientes del constante flujo de juicios y reacciones a experiencias internas y externas. La actitud de no juzgar implica también no recriminar, no condenar, no valorar, no elaborar discursos, narrativas o relatos sobre mí o sobre algo, etc.
- 2) **Paciencia.** Implica adoptar una actitud de paciencia ante las cosas que requieren su tiempo, como el propio proceso de meditar. Involucra ser pacientes hacia nuestras propias experiencias, incluyendo las actividades de nuestra mente y práctica de *mindfulness*.
- 3) **Mente de principiante.** Implica adoptar una actitud de ver o percibir como si fuese por primera vez, como con ojos nuevos, con una mente nueva. Supone adoptar una actitud abierta y receptiva, libre de la memoria o el pasado, hacia nuestra propia experiencia, los estímulos externos y nuestra práctica de meditación.

4) **Confianza.** Adoptar una actitud de confianza en uno mismo y que sea la propia experiencia quien nos guíe y oriente. Supone confiar en nosotros mismos, en nuestra sabiduría y bondad básicas. También significa confiar en nuestra propia intuición y autoridad.

5) **No esforzarse.** Se refiere a no pretender conseguir algo a través de la práctica de *mindfulness*, a adoptar una actitud que carezca de meta explícita durante la meditación. Implicaría no intentar cambiar algo que esté sucediendo.

6) **Aceptación.** Significa ver las cosas como son en el presente. No tiene que ver con adoptar una postura pasiva o de resignación. Supone poder estar con lo que es en cada momento, con la experiencia presente, sin necesidad de luchar contra ella, intentar cambiarla o modificarla de ninguna forma.

7) **Ceder.** Adoptamos una actitud de soltar o dejar pasar. No ensalzamos ni rechazamos determinadas experiencias. No nos aferramos a nada, adoptamos una actitud de permitir que las experiencias aparezcan y desaparezcan naturalmente.

1.5. La práctica de *mindfulness*

Estos componentes y actitudes que hemos abordado conforman y guían la práctica de *mindfulness*. Cuando hablamos de práctica de *mindfulness* en la literatura, suele diferenciarse, por un lado, la «práctica formal» y, por otro lado, la «práctica informal». Con práctica formal nos referimos a la práctica de parar, sentarnos y/o tumbarnos, para dedicar un tiempo determinado a la práctica de *mindfulness* de forma exclusiva. Con práctica informal nos referimos a practicar *mindfulness* mientras realizamos las actividades de la vida cotidiana, como podría ser mientras caminamos, conducimos, comemos, nos vestimos, hacemos deporte, estudiamos, etc.

Por ejemplo, practicar de manera formal *mindfulness* de la respiración implica dedicar un tiempo a sentarnos en una postura adecuada y dirigir nuestra atención a las sensaciones físicas que produce la respiración en nuestro cuerpo, redirigiendo nuestra atención de nuevo a la respiración cada vez que la mente se distraiga. Practicar informalmente *mindfulness* de la respiración podríamos hacerlo mientras caminamos hacia el gimnasio, esperamos en una cola en el banco o durante la realización de un examen. Sendas prácticas resultan indispensables y se relacionan interdependientemente.

A continuación, se exponen los pasos para practicar dos ejercicios capitales de *mindfulness*, tanto formal como informalmente. El primero de ellos es *mindfulness* de la respiración y el segundo *mindfulness* del cuerpo o *body-scan*, ambos extraídos y adaptados de Kabat-Zinn (1990, 2003).

1.5.1. Práctica formal de la respiración

Para la práctica formal de la respiración, seguiremos los siguientes pasos:

- 1) Adoptemos una postura cómoda, tumbados de espaldas o sentados. Si optamos por sentarnos, mantengamos la columna recta y dejemos caer los hombros.
- 2) Cerremos los ojos si así nos sentimos más cómodos.
- 3) Fijemos la atención en el estómago y sintamos cómo sube y se expande suavemente al inspirar, y desciende y se contrae al espirar.
- 4) Mantengámonos concentrados en la respiración «estando ahí» con cada inspiración y espiración completas, como si cabalgásemos sobre las olas de nuestra respiración.
- 5) Cada vez que nos demos cuenta de que nuestra mente se ha alejado de la respiración, tomemos nota de qué es lo que la apartó y devolvámosla al estómago y a la sensación de cómo entra y sale de él.
- 6) Si nuestra mente se aleja mil veces de la respiración, nuestra «tarea» será sencillamente la de devolverla cada una de ellas a la respiración sin que nos importe en lo que se haya involucrado.
- 7) Practiquemos este ejercicio durante quince minutos, todos los días y en el momento que más nos convenga, nos agrade o no, y veamos cómo nos sentimos al incorporar la práctica disciplinada de la meditación en nuestras vidas. Percatémonos de lo que se siente al pasar un rato todos los días nada más que estando con nuestra respiración y sin tener que hacer nada.

1.5.2. Práctica informal de la respiración

Para la práctica informal de la respiración, seguiremos los siguientes pasos:

- 1) Sintonicémonos con nuestra respiración varias veces al día sintiendo cómo nuestro estómago sube y baja unas cuantas veces.
- 2) Démonos cuenta, durante esos momentos, de nuestros pensamientos y sentimientos simplemente observándolos, sin juzgarlos ni juzgarnos.
- 3) No pretendamos controlar, cambiar o manipular nada en absoluto, simplemente tomemos consciencia del acto mismo de estar respirando.

1.5.3. Práctica formal del cuerpo (*body-scan*)

Para la práctica formal del cuerpo, seguiremos los siguientes pasos:

- 1) Túmbese, colóquese de un modo cómodo, acostado sobre la espalda en una esterilla o alfombra sobre el suelo, o en su cama, en un lugar cálido y en el que no le puedan molestar. Permita que sus ojos se cierren suavemente.
- 2) Tómese algunos momentos para entrar en contacto con el movimiento de su respiración y las sensaciones del cuerpo. Cuando esté preparado, lleve su consciencia a las sensaciones físicas de su cuerpo, especialmente a las sensaciones de presión, donde su cuerpo establece contacto con el suelo o la cama. Con cada espiración, permítase dejarse ir, hundirse cada vez más en la esterilla o cama.
- 3) No olvide la intención de esta práctica. La meta no consiste en sentirse diferente, relajado o en calma; esto puede suceder o no. En vez de ello, el propósito es, y en la medida de sus posibilidades, llevar su consciencia a cualquier sensación que detecte mientras, a su vez, enfoca su atención a cada parte del cuerpo.
- 4) Ahora lleve su consciencia a las sensaciones físicas de la parte inferior del abdomen, llegue a ser consciente de los patrones cambiantes de las sensaciones en el interior del abdomen mientras toma aire y cuando lo expulsa. Tómese unos minutos para sentir las sensaciones mientras toma aire y lo expulsa.
- 5) Tras conectar con las sensaciones del abdomen, lleve el enfoque o «el proyector» de su consciencia hacia el pie izquierdo, en el interior del pie izquierdo y fuera, hasta los dedos del pie izquierdo. A su vez, enfoque la atención en cada uno de los dedos del pie izquierdo, llevando una amable curiosidad para investigar la cualidad de las sensaciones que encuentra, observando quizás la sensación del contacto entre los dedos, una especie de hormiguero, calidez o ninguna sensación en particular.
- 6) Cuando se encuentre preparado, durante una inspiración, sienta o imagine la respiración entrando en los pulmones y descendiendo, después hacia el abdomen, la pierna izquierda, el pie izquierdo y, fuera, hacia los dedos del pie izquierdo. Después, con la espiración, sienta o imagine la respiración ascendiendo por todo el camino de vuelta, fuera del pie, en la pierna, hacia arriba a través del abdomen, el pecho, y fuera a través de la nariz. Continúe así, en la medida de sus posibilidades, durante algunas respiraciones, introduciendo el aire hasta los dedos y extrayéndolo desde estos. Puede ser difícil entender esto –tan solo practique esta «introducción de la respiración» lo mejor que pueda, abordándolo en un modo lúdico.

7) Ahora, cuando se encuentre preparado, y con la espiración, deje marchar la consciencia de los dedos, y desplácela hacia las sensaciones de la planta del pie izquierdo –llevando una consciencia gentil y curiosa a la planta del pie, el empeine, el talón (por ejemplo, observando las sensaciones en el lugar donde el talón hace contacto con la esterilla o cama). Experimente con las sensaciones de la inspiración –siendo consciente de la respiración en un segundo plano, mientras, en un primer término, explora las sensaciones de la parte inferior del pie.

8) Ahora, permita que se expanda la consciencia al resto del pie –al tobillo, la parte superior del pie, y dentro de los huesos y las articulaciones. Después, iniciando una respiración ligeramente más profunda, dirija la consciencia hacia abajo, a la totalidad del pie izquierdo y, cuando la respiración se encuentre en la fase de espiración, abandone completamente el pie izquierdo, permitiendo desplazar el foco de la consciencia a la parte inferior de la pierna izquierda –la pantorrilla, la espinilla, la rodilla, etc., de un modo sucesivo.

9) Continúe desplazando la consciencia, y una gentil curiosidad, hacia las sensaciones físicas de cada parte del resto del cuerpo de un modo sucesivo –parte superior de la pierna izquierda, los dedos del pie derecho, el pie derecho, la pierna derecha, el área pélvica, la espalda, el abdomen, el pecho, los dedos de la mano, las manos, los brazos, los hombros, el cuello, la cabeza y la cara. En cada área, y en la medida de sus posibilidades, desplace el mismo nivel detallado de consciencia y curiosidad gentil hacia las sensaciones corporales presentes. Cuando abandone cada área principal, «inspire» y abandone esa parte con la espiración.

10) Cuando llegue a ser consciente de cierta tensión, o de otras sensaciones en una parte determinada del cuerpo, usted puede «inspirar» hasta tales sensaciones –empleando la inspiración suavemente para llevar la consciencia justo hasta las sensaciones y, en la medida de sus posibilidades, experimentar la sensación de dejarlas seguir, o de liberarlas con la exhalación.

11) La mente se distraerá inevitablemente de la respiración y del cuerpo de vez en cuando. Eso es completamente normal. Eso es lo que hace la mente. Cuando observe eso, reconózcalo suavemente, percatándose de adónde se fue, después, dirija suavemente su atención hacia aquella parte del cuerpo en la que pretendía centrarse.

12) Una vez que usted haya «explorado» de este modo todo el cuerpo, dedique unos minutos a ser consciente de la sensación del cuerpo como totalidad así como de la respiración fluyendo libremente hacia el interior y el exterior del cuerpo.

13) Si usted descubre que se está durmiendo, puede encontrar útil apoyar la cabeza en una almohada, abrir los ojos o efectuar la práctica sentado en vez de tumbado.

1.5.4. Práctica informal del cuerpo (*body-scan*)

Para la práctica informal del cuerpo, seguiremos los siguientes pasos:

- 1) Sintonicémonos con nuestro cuerpo varias veces al día observando las sensaciones corporales.
- 2) Démonos cuenta, durante esos momentos, de nuestras sensaciones fisiológicas, pensamientos y sentimientos simplemente observándolos, sin juzgarlos ni juzgarnos.
- 3) No pretendamos controlar, cambiar o manipular nada en absoluto, simplemente tomemos consciencia de las sensaciones corporales.

1.6. Mindfulness, regulación emocional y estrategias de afrontamiento

El *mindfulness* está estrechamente relacionado con la regulación emocional ya que trata de enseñar un modo de cultivar el equilibrio emocional, disminuyendo los patrones emocionales perjudiciales (Kabat-Zinn, 1990). Hayes y Feldman (2004) apuntaron que a través de la práctica de *mindfulness* es posible mejorar las habilidades de regulación emocional produciéndose una disminución tanto de la sobreimplicación como de la subimplicación emocional. Según estos autores, habilita a las personas para tomar distancia de las propias experiencias internas y externas, permitiéndoles una relación más descentrada que les ayuda a disminuir la reactividad emocional.

En términos generales, las IBM incluyen, directa o indirectamente, el entrenamiento en habilidades de regulación emocional. De hecho, el componente terapéutico más importante de las DBT es precisamente el entrenamiento de habilidades de regulación emocional.

Por su parte, de una forma más indirecta, ACT, MBCT, MBSR y FM tienen también como objetivo general la adquisición y manejo de habilidades de regulación emocional, incluyendo el desarrollo de estrategias de afrontamiento más eficaces y saludables.

Diversos estudios ponen de relieve los efectos beneficiosos del *mindfulness* sobre diferentes procesos de regulación emocional y también el empleo de estrategias de afrontamiento positivas o adaptativas, concretamente las estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema (no en la emoción) o estrategias

de afrontamiento focalizadas en el antecedente (no en la respuesta), entre las que destaca la reevaluación cognitiva. Arch y Craske (2006) mostraron que un grupo de participantes instruidos en practicar *mindfulness* durante 15 minutos, focalizando su atención en la respiración, respondieron positivamente ante imágenes neutras en comparación con otros dos grupos –uno instruido en no focalizar la atención y otro inducido a la preocupación– que respondieron con reacciones emocionales negativas. Estos autores propusieron que la focalización de la atención en la respiración actúa como un mecanismo clave para la regulación emocional. La investigación de Feldman, Hayes, Kumar, Greeson y Laurenceau (2007) muestra que existen fuertes correlaciones entre niveles de *mindfulness* y el uso de estrategias de regulación emocional adaptativas.

Otros autores mostraron que la práctica de *mindfulness*, a través de un curso de diez semanas, redujo los estados emocionales de depresión, ansiedad y estrés (Schreiner y Malcolm, 2008). Por otro lado, exploraron qué participantes se beneficiarían más del programa diferenciando entre tres niveles de severidad: normal, moderado y severo. También hallaron que los individuos con dificultades emocionales más severas fueron los que mostraron las mejorías más importantes en todas las variables, y que los individuos con niveles moderados se beneficiaron en las variables de ansiedad y estrés, pero no en depresión. De la Fuente, Franco y Mañas (2010) hallaron efectos positivos en el estado emocional en una muestra de estudiantes universitarios tras la aplicación de un programa de intervención basado en *mindfulness*. Más específicamente, el estudio mostró que la práctica de *mindfulness* produce una reducción significativa en el cansancio emocional y el *burnout* y un incremento del compromiso académico, que es un estilo de motivación favorable y duradero hacia los aspectos relacionados con el trabajo. Los resultados positivos se mantuvieron en las medidas de seguimiento trascurridos seis meses.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, las investigaciones muestran que las habilidades de autoobservación desarrolladas mediante el entrenamiento en *mindfulness* promueven y mejoran el uso de una amplia y variada gama de estrategias de afrontamiento positivas. Por ejemplo, en el ámbito del dolor crónico, Kabat-Zinn (1982) ya sugirió que incrementar la conciencia de las sensaciones de dolor y de las respuestas asociadas al estrés a través de la práctica de *mindfulness* puede capacitar a las personas para ejercer una mayor variedad de respuestas de afrontamiento.

Por otro lado, en personas con trastorno límite de la personalidad la autoobservación no condenatoria producida a través de *mindfulness* permite reconocer las consecuencias de determinadas conductas, lo que conlleva a su vez a cambios en el comportamiento más efectivos, tales como la reducción de conductas impulsivas y desadaptativas (Linehan, 1993).

En el ámbito de los trastornos alimentarios, con comedores compulsivos, Kristeller y Hallett (1999) han indicado que el *mindfulness* puede mejorar el reconocimiento de las señales de saciedad y las habilidades para observar el impulso incontrolable de comer sin necesidad de llegar a hacerlo.

Witek-Janusek *et al.* (2008) examinaron el efecto del programa de MBSR sobre la función inmune, la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento (*coping*) en un grupo de mujeres con cáncer en comparación con otro grupo de mujeres con cáncer que actuó como control. El grupo que se entrenó en *mindfulness* mostró un restablecimiento de la actividad de las células NK y de los niveles de citoquinas. Sin embargo, el grupo control continuó mostrando desregulaciones en el sistema inmunitario y sus niveles de células NK continuaban reduciéndose. Por otro lado, el grupo *mindfulness* disminuyó los niveles de cortisol y obtuvo mejoras en el nivel de calidad de vida en dos de las cuatro dimensiones evaluadas (familia y psicológico-espiritual), así como en el uso de estrategias de afrontamiento más efectivas.

Walacha, Lynch y Louiseb (2008) desarrollaron y aplicaron un programa de estrategias de afrontamiento basado en *mindfulness* para estudiantes universitarios siguiendo el programa MBSR. Los resultados mostraron, por un lado, reducciones en la percepción del estrés, ansiedad y depresión, y por otro, las mejoras en la resolución de problemas y en las reevaluaciones positivas. Weinstein, Brown y Ryan (2009) encontraron, en una muestra de estudiantes de psicología, que los individuos con mayores niveles de *mindfulness* realizaban atribuciones sobre el estrés más benignas, utilizaban con menor frecuencia estrategias de evitación (*avoidant coping*) y con mayor frecuencia estrategias de aproximación (*approach coping*). Por último, este autor también estableció una relación entre el nivel de *mindfulness* de los estudiantes con el bienestar emocional.

Kang, Choi y Ryu (2009) examinaron la eficacia de un programa de estrategias de afrontamiento basado en *mindfulness* sobre el estrés, la ansiedad y la depresión en un grupo de estudiantes de enfermería empleando un grupo experimental y un grupo control. Los resultados mostraron que los participantes del grupo experimental mejoraron de forma significativa sus estrategias de afrontamientos adaptativas y las variables estrés y ansiedad, pero no hallaron efectos en la variable depresión.

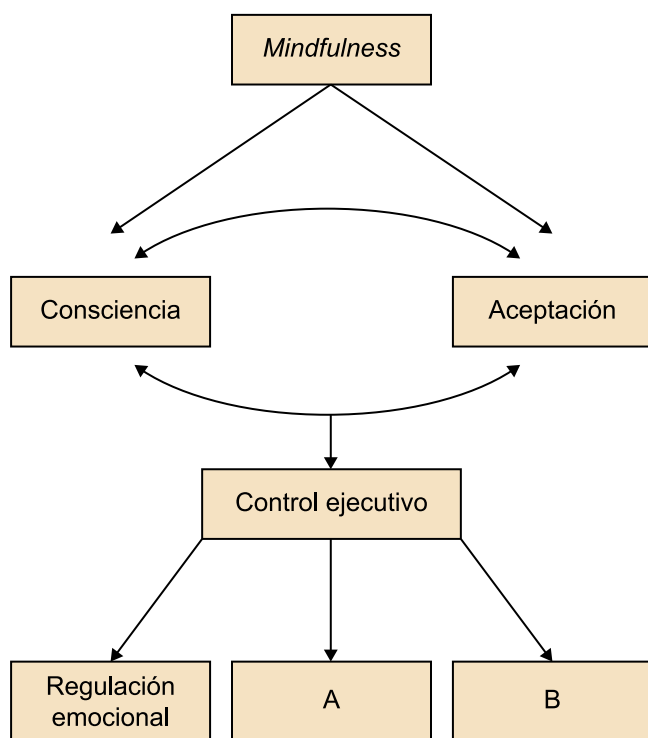
Por su parte, Aldao y Nolen-Hoeksema (2012) mostraron que la práctica de *mindfulness* como estrategia reguladora favorece el empleo de estrategias de afrontamiento adaptativas (reevaluación positiva, resolución de problemas) y reduce el empleo de otras estrategias de afrontamiento no adaptativas (por ejemplo, supresión emocional, autocrítica).

Murphy y MacKillop (2014) examinaron los efectos de la práctica de *mindfulness* en una muestra de alcohólicos como una estrategia de afrontamiento para gestionar eficazmente los deseos de beber. Los participantes recibieron una estrategia basada en la atención plena, una estrategia basada en la distracción (control activo) o ninguna estrategia (control pasivo) para hacer frente a las ganas de consumir alcohol y a la incomodidad asociada con este deseo. Contrariamente a lo previsto, la estrategia de distracción fue significativamente más efectiva para reducir de manera aguda el deseo de consumo y la angustia de urgencia que las otras dos condiciones, que no difirieron significativamente entre sí.

Finalmente, De la Fuente, Mañas, Franco, Cangas y Soriano (2018) han mostrado que un entrenamiento en *mindfulness*, en una muestra de estudiantes universitarios, produjo cambios en el empleo de estrategias de afrontamiento. Concretamente, el estudio mostró que los participantes del grupo experimental redujo el empleo de estrategias de afrontamiento negativas focalizadas en la emoción (como la resignación, la supresión emocional y el aislamiento) e incrementaron el uso de estrategias de afrontamiento positivas focalizadas en el problema (como la reevaluación positiva, la firmeza, autoafirmaciones positivas, entre otras).

A continuación se expone sucintamente el modelo desarrollado por Teper, Segal e Inzlicht (2013), que explica los mecanismos a través de los cuáles se favorece la regulación emocional mediante *mindfulness*. Los autores proponen un modelo que describe las relaciones entre *mindfulness*, control ejecutivo y regulación emocional (ver figura 3). Según el modelo, a través de la consciencia y la aceptación, que se relacionan recíproca e interdependientemente, se fomenta el control ejecutivo, que a su vez favorece la regulación emocional. La consciencia de la estimulación (percatarse de la presencia de una emoción como la ira o el miedo) junto con la aceptación de la emoción (observarla sin pretender controlarla adoptando una postura imparcial, ecuánime) se traduce en un control ejecutivo que favorece la regulación de las emociones, pudiendo responder de forma más adaptativa.

Figura 3. Fomento del control ejecutivo y la regulación emocional a través de la consciencia y aceptación



Fuente: Elaboración propia, adaptado de Teper *et al.* (2013).

1.7. *Mindfulness* e inteligencia emocional

Existe evidencia científica que muestra la relación entre *mindfulness* e inteligencia emocional de forma que la práctica regular de *mindfulness* incrementa de forma significativa en el practicante las habilidades siguientes: detectar y comprender las emociones de otras personas; regular y controlar las propias emociones y utilizar efectiva y funcionalmente el propio estado emocional (Charoensukmongkol, 2014).

La inteligencia emocional puede definirse como la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud; acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; comprender emociones y el conocimiento emocional y regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual (Mayer y Salovey, 1997).

Por lo tanto, son necesarias las siguientes habilidades interrelacionadas (Mayer y Salovey, 1997; Mayer, Salovey y Caruso, 2004):

- La percepción de la emoción en uno mismo y en los demás.
- La utilización de la emoción para facilitar la toma de decisiones.
- La comprensión emocional.
- La regulación emocional en uno mismo y en los demás.

En nuestro entorno, Ramos, Hernández y Blanca (2009) investigaron la eficacia de un programa combinado de *mindfulness* e inteligencia emocional y obtuvieron unos resultados en los que se redujo la tendencia a culparse a sí mismos y a otros, frente a las dificultades, además de un incremento en la planificación para afrontar los problemas cotidianos y una mayor capacidad de apreciar lo positivo.

El Programa Inteligencia Emocional Plena (PINEP), desarrollado por Ramos, Recondo y Enríquez (2012), integra el *mindfulness* y la inteligencia emocional proponiendo que los programas de entrenamiento en inteligencia emocional podrían beneficiarse al incluir la herramienta *mindfulness*, ya que esta permite vivenciar y manejar adecuadamente las emociones experimentadas. De esta forma, las emociones se abordan no solo a nivel cognitivo o intelectual sino también de manera experiencial. Dicho programa, PINEP, ha sido también valorado en su versión a distancia con resultados similares (Salcido, Ramos y Jiménez, 2015).

Aplicado a docentes produjo un incremento de los niveles de inteligencia emocional, es decir, los docentes desarrollaron la capacidad de identificar, comprender, asimilar y regular sus emociones en el aula, lo que se tradujo en un incremento en la eficacia del proceso enseñanza-aprendizaje (Body, Ramos, Recondo y Pelegrina, 2016). Aplicado a estudiantes universitarios, PINEP produjo un incremento en los niveles de inteligencia emocional (reparación emocional), extroversión, *mindfulness*, empatía; regulación emocional cognitiva (planificar solución, reevaluación positiva y poner en perspectiva), además de una disminución en los niveles de *burnout* y *engagement* (Enríquez, Ramos y Esparza, 2017).

Los posibles mecanismos por los que el *mindfulness* favorece o genera la inteligencia emocional también han sido objeto de estudio (Ramos y Salcido, 2017) llegando a la conclusión de que el *mindfulness*:

- Provocaría una mayor apertura a la experiencia emocional, es decir, una mayor aceptación de cierto grado de malestar. Ante las emociones difíciles, la habitual respuesta de no aceptación se cambiaría por la de aceptación. La forma en que los individuos evitan enfrentarse a sus estados emocionales incluiría la evitación de las emociones o una implicación cognitiva excesiva en ellas.
- Permitiría observar los pensamientos cargados emocionalmente, darse cuenta de qué pensamientos acompañan a las emociones perturbadoras y cómo a través de estos pensamientos se distorsiona la realidad.
- Permitiría darse cuenta de las emociones genuinas o inconscientes y como, muchas veces, estas son ocultadas por las expectativas o las necesidades conscientes.

- Prepararía para identificar las emociones, así como las de otros individuos, y tomar conciencia de que estas no son una realidad estática, sino que evolucionan a lo largo del tiempo.

Finalmente, también hay algunas experiencias del uso de *mindfulness* en neurociencias encontrando que este favorece la regulación emocional generando cambios a nivel neurobiológico y de control ejecutivo. Por ejemplo, Doll *et al.* (2016) empleando fMRI, donde los sujetos fueron entrenados en la práctica de *mindfulness* de la respiración y atendiendo a imágenes aversivas hallaron que:

- La práctica de la atención plena a la respiración fue eficaz para desarrollar la regulación emocional.
- Esta práctica estaba asociada al córtex prefrontal dorsolateral.
- La red frontoparietal se conformó durante la estimulación emocional.
- La atención plena a la respiración reguló a la baja la activación de la amígdala e incrementó la integración amigdalina-prefrontal, sugiriendo que la integración amígdala-córtex prefrontal dorsal es una vía potencial para la regulación emocional.

2. Deporte, motivación y emoción

2.1. Introducción

En el contexto deportivo, los aspectos motivacionales y emocionales tienen un papel relevante en la preparación psicológica del deportista. La motivación del deportista presenta una fuerte vinculación con las metas y objetivos presentes en su día a día, tanto en entrenamientos como en competiciones, así como su percepción de competencia y autonomía. Por otra parte, el grado de activación, el estrés y las emociones también pueden tener una influencia sobre el rendimiento del deportista. En los siguientes apartados se revisan dos de las teorías de la motivación más relevantes en los últimos años como son la teoría de la perspectiva de metas y la teoría de la autodeterminación. Se describe la relación entre activación y rendimiento, el proceso de estrés en el contexto deportivo, y la relación entre emociones y rendimiento.

2.2. Teoría de la perspectiva de metas

En el ámbito deportivo, como en otras áreas de aplicación de la psicología de la motivación, siempre que se trata el concepto de metas se hace alusión al establecimiento de metas y a la importancia de que esté estructurado en base a su especificidad, dificultad y proximidad. Sin embargo, la **teoría de la perspectiva de metas de Nicholls** (1984, 1989) aplicada al deporte se centra en cuál es la referencia que tomamos para determinar si ante una ejecución deportiva se ha tenido éxito o se ha fracasado.

Según esta teoría existen dos orientaciones de metas:

1) La **orientación a la tarea** está focalizada en la ejecución, las habilidades y las competencias personales de una forma autorreferenciada. Es decir, el éxito se define en función de la evolución personal tomando como referencia una habilidad o una destreza, por ejemplo.

2) La **orientación al ego** toma a los demás como referencia para determinar el éxito. Los puntos, las clasificaciones o el resultado del partido serán suficientes para valorar el éxito o fracaso desde esta orientación (Granero-Gallegos *et al.*, 2017).

A priori, y desde una perspectiva competitiva a la que se suele asociar el deporte, podemos pensar que si hemos ganado hemos tenido éxito. Sin embargo, reducir el éxito o el fracaso únicamente en términos resultadistas presenta muchas limitaciones, y no tiene por qué excluir la posibilidad de hacer una

valoración positiva a pesar de experimentar una derrota. A continuación, se presenta el caso de dos deportistas que ante una misma situación, su orientación motivacional les hace valorar de forma muy distinta lo que ha pasado.

Un mismo partido, dos valoraciones diferentes

El deportista A y el deportista B juegan en el mismo equipo. Este fin de semana han tenido un partido importante y lo han perdido. Al finalizar el partido preguntamos por la valoración que hace cada uno de lo sucedido. El deportista A considera que el partido ha sido un fracaso, pues la derrota y el hecho de que el rival haya sido superior en todas las facetas del juego hacen del fin de semana una jornada para olvidar. Por otra parte, el deportista B reconoce que la derrota ha sido muy dura, pero considera que el equipo ha mejorado mucho. Afirma que el equipo ha jugado mejor que en otros partidos a pesar de la derrota, que han mejorado su coordinación y la comunicación entre compañeros. A nivel individual, el deportista B cree que se ha colocado mejor en el campo y ha podido aplicar las técnicas aprendidas durante las últimas semanas. En resumen, cree que se pueden sacar muchas notas positivas del partido.

Como vemos, la orientación motivacional que caracteriza a cada deportista del caso anterior hace que cada uno se centre en elementos diferentes para valorar la situación. Mientras que el deportista A se basa en la comparación con el rival para determinar que el partido ha sido un fracaso, el deportista B se ha centrado en valorar la mejora en las habilidades del equipo y las suyas, lo que le lleva a hacer una valoración mucho más positiva del partido.

Dicho esto, estas dos orientaciones de meta no son excluyentes, es decir, no forman parte de un mismo continuo por lo que se consideran independientes. Una alta orientación al ego no implica necesariamente una baja orientación a la tarea, o viceversa. Así pues, también existen deportistas que tienen una alta orientación a las dos o incluso baja en las dos. En este sentido, se han desarrollado varios instrumentos para la medición de las orientaciones de meta: el *Task and Ego Orientation in Sport Questionnaire* (TESOQ) de Duda (1989) y White y Duda (1994); el *Perceptions of Success Questionnaire* (POSQ) de Roberts (1993) y Roberts y Treasure (1995), y el *Sports Orientation Questionnaire* (SOC) de Gill (1993) y Gill y Decter (1988).

Ante estas dos orientaciones motivacionales puede surgir la pregunta de cuál es más adecuada desarrollar y adoptar en un contexto deportivo. Una orientación hacia la tarea puede ser un factor protector ante aquellas situaciones en las que el rendimiento de los demás es claramente superior. En esas ocasiones, centrarse en cómo ha sido la ejecución propia y en qué elementos hay que incidir para mejorar puede ser más positivo, pues produce más sensación de control. Desde esta perspectiva, se considera que si se mejoran las habilidades propias o se adquieren otras nuevas, habrá más posibilidades de ganar.

Por otra parte, el hecho de que el foco de atención sea el resultado puede producir una falsa interpretación de las competencias y habilidades personales. Y esta es una limitación de una orientación exclusivamente hacia el ego o el resultado. Una victoria puede responder más al demérito del rival que a méritos

propios, lo que puede llevar a la confusión de que somos mejores de lo que nos podemos pensar. Estas diferencias entre las dos orientaciones no tienen por qué caer en la tentación de creer que la orientación hacia la tarea es buena y la orientación al ego o resultado es mala.

Otros autores sugieren que existen dos orientaciones más de metas. La tercera orientación también estaría relacionada con el yo, pero centrada en evitar la derrota o la vergüenza, obviando la necesidad de ganar (Gernigon, D'Arripe-Longueville, Delignieres y Ninot, 2004). Finalmente, la orientación de meta de aprobación social que se centra en la necesidad de la aceptación social, focalizada en el seguimiento de las normas y el esfuerzo realizado (Stunz y Weiss, 2003).

2.3. Teoría de la autodeterminación (SDT)

La **teoría de la autodeterminación** (*Self Determination Theory, SDT*) de Deci y Ryan (1985) se ha asentado como uno de los modelos teóricos más utilizados para explicar la motivación en el contexto deportivo (Lock, Post, Dollman y Parfitt, 2018; Monteiro *et al.*, 2018).

La SDT asume que las personas son seres con una alta orientación al crecimiento personal y a las relaciones sociales, y que necesitan tener cubiertas unas necesidades psicológicas básicas. La SDT identifica **tres necesidades innatas** a cubrir:

- La **competencia**: relacionada con la sensación y necesidad de control, así como de experimentar el dominio de lo que hacemos.
- La **autonomía** hace referencia a sentir que somos el origen de nuestras acciones.
- La **necesidad de relaciones sociales** se basa en sentir que estamos conectados con las personas de nuestro entorno, interactuando con ellas.

La satisfacción o frustración de estas necesidades en un contexto social determinado se relaciona con la motivación a participar en una actividad, por lo que esta teoría resulta de especial interés para entender la adherencia a la actividad física.

2.3.1. Tipos de motivación según la SDT

Según la SDT existen diferentes tipos de motivación que se sitúan en un mismo continuo de menor a mayor autodeterminación:

1) La **motivación intrínseca** se relaciona con el nivel más elevado de autodeterminación. En este estado, el deportista se siente comprometido y disfruta de la actividad, experimentando competencia y autorrealización.

2) **La motivación extrínseca.** La SDT establece diferentes tipos que varían tanto en la autonomía como en el control, así como en la regulación: regulación externa (conductas controladas por fuentes externas, como por ejemplo, una recompensa), regulación introyectada (conductas que empiezan a interiorizarse sin ser totalmente autodeterminadas) y regulación identificada (conductas reguladas y autodeterminadas, aunque sea por motivos extrínsecos).

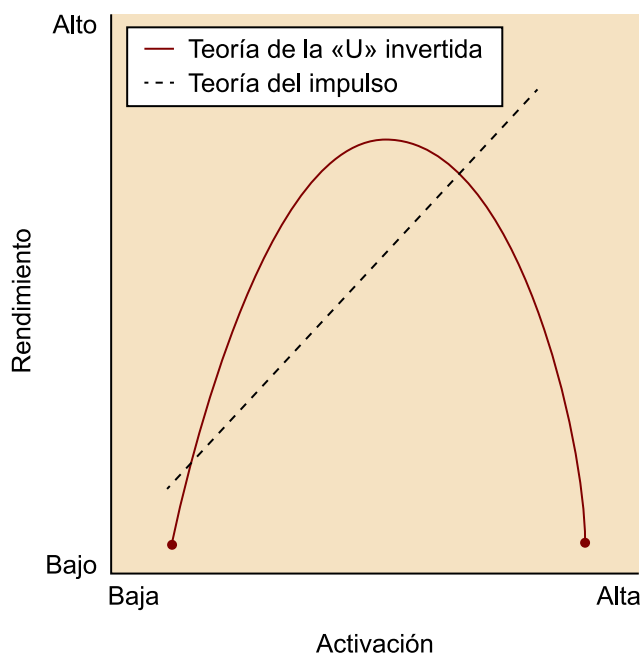
3) **La desmotivación** se corresponde con el nivel más bajo de autodeterminación, habiendo una falta de motivación, ya sea intrínseca como extrínseca.

2.4. Activación y rendimiento deportivo

La activación, desde un punto fisiológico y psicológico, tiene una estrecha relación con el rendimiento deportivo. Sin embargo, esta relación no es lineal, sino que presenta una relación curvilínea en forma de «U» invertida. A medida que la activación aumenta, se observa una mejora en el rendimiento. Esta relación finaliza al llegar a un punto óptimo de rendimiento en el que se obtienen los mejores resultados deportivos.

Tras alcanzar este nivel óptimo, un incremento de la activación no se relaciona con una mejora en el rendimiento, sino que se traduce en una disminución. Así pues, tomando como referencia ese nivel óptimo de rendimiento, podemos distinguir entre **baja activación, activación óptima y sobreactivación.**

Figura 4. Relación entre activación y rendimiento

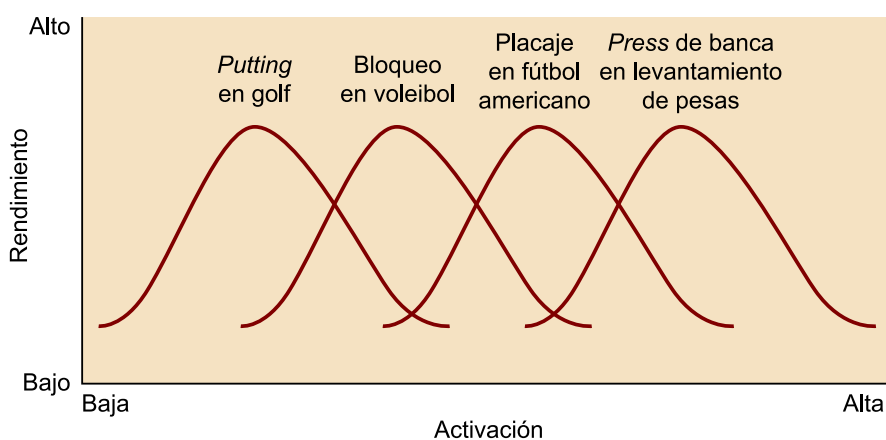


Fuente: R. Cox (2009).

Las bases de esta teoría se encuentran en los clásicos trabajos de Yerkes y Dodson, en los que estudiaron no solo la relación entre la activación y el rendimiento sino qué papel jugaba la dificultad de la tarea. En sus estudios con ratones pudieron observar que a medida que la habilidad aumenta en comple-

tividad, la activación necesaria para alcanzar el nivel óptimo disminuye. Esto, aplicado al contexto deportivo, se traduce en que no existe un nivel de activación único para todas las modalidades deportivas con el que poder alcanzar el nivel óptimo de rendimiento. Será necesario encontrar para cada deporte el nivel óptimo de activación. Deportes como el golf o el tiro con arco que requieren mucha precisión, alcanzar unos niveles muy elevados de activación pueden afectar gravemente al rendimiento. En este tipo de deportes serán necesarios unos bajos niveles de activación. Por otra parte, en deportes como el fútbol o deportes de contacto, una baja activación no permitirá alcanzar ese nivel óptimo de rendimiento, y la activación necesaria, comparada con deportes de precisión, deberá ser mucho mayor.

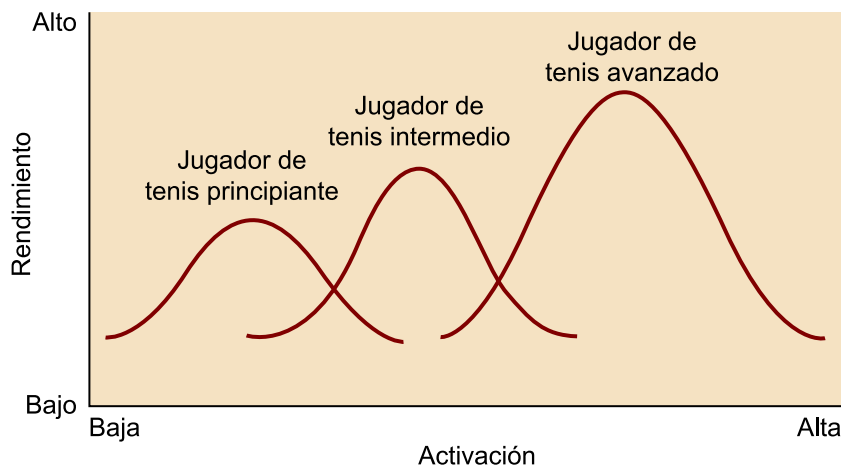
Figura 5. Relación entre activación, rendimiento y modalidades deportivas



Fuente: R. Cox (2009).

Pero no solo la modalidad deportiva determinará qué nivel de activación es necesario para alcanzar el máximo rendimiento. El dominio de la tarea o, dicho de otra forma, el nivel de habilidad del deportista es otra variable a tener en cuenta. Dentro de una misma modalidad deportiva, el nivel óptimo de activación será considerablemente menor para un deportista principiante que para un deportista experto. El principiante no podrá alcanzar el rendimiento del experto, pues aún está aprendiendo. Sin embargo, aumentar la activación no le asegurará aumentar el rendimiento si ya ha alcanzado su nivel óptimo. En este sentido, la habilidad del deportista y la etapa que se encuentre en el aprendizaje de su deporte será más determinante que la modalidad en sí (Cox, 2008).

Figura 6. Relación entre activación y rendimiento en función del nivel del deportista



Fuente: R. Cox (2009).

2.5. Estrés y deporte

El estrés en el ámbito deportivo no difiere del experimentado en otras situaciones de la vida en cuanto a sus fases. Existe una demanda ambiental, que se traduce en una demanda subjetiva fruto de la valoración de los recursos disponibles. Seguidamente, se produce la respuesta de estrés, que en el caso del deporte puede darse en forma de activación, ansiedad (ya sea cognitiva, somática o motora), tensión muscular o cambios en el foco de atención. Finalmente, la respuesta a esa demanda ambiental inicial puede tener consecuencias a nivel conductual, como por ejemplo, afectación en la ejecución deportiva y en el rendimiento.

Las fuentes de estrés en el contexto deportivo se pueden dividir en:

1) **Fuentes situacionales:** donde la importancia del evento y la incertidumbre del resultado son las más relevantes (Martens, 1987).

2) **Fuentes individuales:** encontramos la ansiedad rasgo (AR) y la autoestima. En el caso de la **AR**, se observa que los deportistas con AR elevada valorarán la demanda inicial como más amenazante. En el caso de la **autoestima**, esta afectará a la valoración subjetiva de los recursos disponibles para afrontar la situación. Así pues, ante una misma demanda ambiental, un deportista con una elevada ansiedad rasgo y una baja autoestima percibirá como mucho más estresante esa demanda inicial.

A pesar de que la experiencia de situaciones de estrés es algo presente en el deporte, en este contexto podemos también hablar de otros conceptos como el **sobreentrenamiento**, el **agotamiento** y el **síndrome de sobreentrenamiento** o **burnout**. El entrenamiento forma parte del día a día del deportista. Se espera que el entrenamiento, junto con unos períodos adecuados de recuperación, lleve a la mejora del rendimiento. Con la intención de ordenar estos

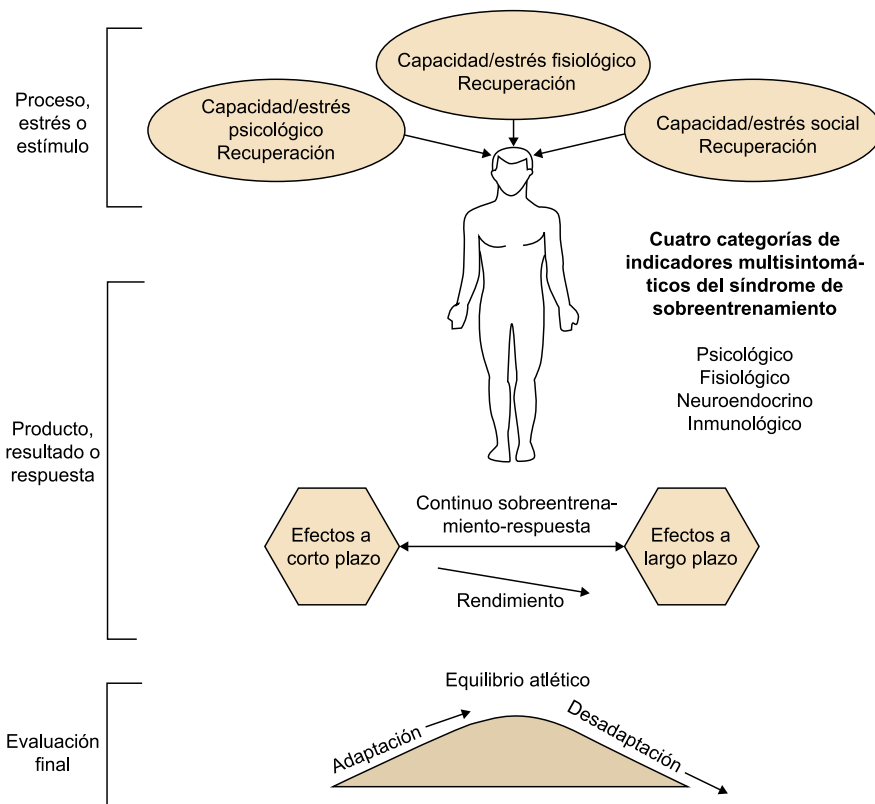
conceptos, la European College of Sport Science publicó una declaración de consenso que establece tres estados de respuesta al entrenamiento (Meeusen *et al.*, 2006):

- Sobrecarga a corto plazo o funcional
- Sobrecarga extrema o no funcional
- Síndrome de sobreentrenamiento

El primer estado, el de sobrecarga a corto plazo o funcional, se considera positivo e implica una mejora del rendimiento. Generalmente, además de un correcto entrenamiento, un período de recuperación adaptado a esa carga de entrenamiento puede ser suficiente para experimentar una mejora en el rendimiento y estar preparado para volver a entrenar. El segundo estado, el sobreentrenamiento no funcional, se da cuando precisamente estos períodos de recuperación o descanso no existen o no se realizan de forma adecuada. Finalmente, el síndrome de sobreentrenamiento se caracteriza por una desadaptación total ante cualquier demanda física y psicológica, un estado de ánimo alterado, y una bajada del rendimiento. No es un estado del que se pueda recuperar con un simple período de descanso, siendo necesarias varias semanas o meses de abandono de la práctica deportiva (Meeusen *et al.*, 2010).

Kenttä y Hassmén (1998) proponen un modelo conceptual para explicar el sobreentrenamiento y la recuperación. El modelo contempla tres fuentes principales de estrés o demandas: psicológicas, fisiológicas y sociales. Para cada una de estas fuentes, cada deportista podrá asumir una cierta cantidad de demanda en un período de tiempo, y para que esta sea tolerable requiere una recuperación adecuada y equivalente. Si bien es cierto que este modelo es explicativo del proceso de estrés del deportista, también se asume que cualquiera de las tres potenciales fuentes de estrés puede estar relacionada con elementos extradeportivos.

Figura 7. Modelo conceptual del sobreentrenamiento y la recuperación



Fuente: Kenttä y Hassmén (1998).

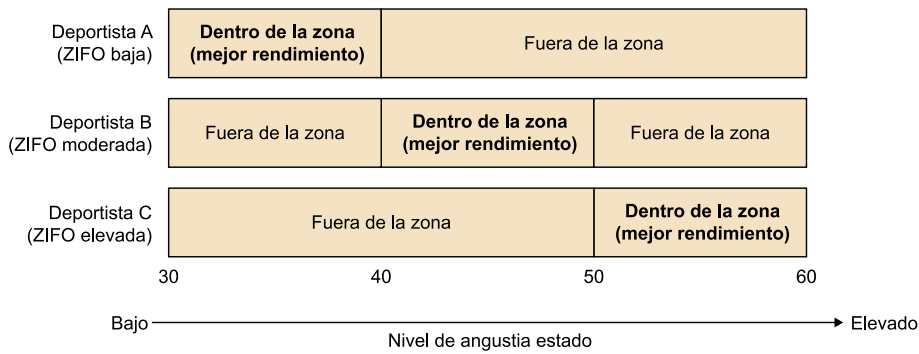
Cada una de estas fuentes de estrés tendrá un impacto a corto o largo plazo en función de su intensidad, de la capacidad y de la recuperación. Cuanto más efecto a largo plazo tenga más afectado se verá el rendimiento. Sin embargo, lo que determinará el desarrollo de un síndrome de sobreentrenamiento será la adaptación positiva o no al proceso de estrés experimentado.

2.6. Emociones y rendimiento: teoría de la zona individual de funcionamiento óptimo (ZIFO)

Yuri Hanin (1989) se centró en el concepto de ansiedad estado (AE) para determinar el rendimiento del deportista para desarrollar la **teoría de la zona individual de funcionamiento óptimo** (*Individual Zones of Optimal Functioning*, IZOF), ampliamente utilizada en el contexto deportivo (Robazza *et al.*, 2018; Robazza, Bertollo, Ruiz, y Bortoli, 2016).

Esta teoría cuestiona los dos conceptos clave de la teoría de la «U» invertida. En primer lugar, que niveles moderados de activación no dan como resultado un mejor rendimiento. Y en segundo lugar, que el nivel óptimo de activación no es un punto único sino una «zona» más amplia. Así pues, observamos que la teoría de ZIFO introduce el concepto de ansiedad estado para determinar la activación, y rechaza un punto único en el que se alcanza el rendimiento, proponiendo una «zona» de funcionamiento óptimo en la que el deportista alcanzará su rendimiento máximo.

Figura 8. Zona individual de funcionamiento óptimo (ZIFO)



Fuente: Weinberg y Gould (2010).

El hecho de poder determinar cuál es el estado de AE antes de la competición permitirá ayudar al deportista a lograr su estado de activación adecuado (Ford, Ildefonso, Jones y Arvinen-Barrow, 2017). Sin embargo, y dado que desde la teoría ZIFO se asume que la zona óptima de rendimiento es individual para cada deportista, será necesario que el deportista recuerde qué niveles de ansiedad y activación tenía en momentos que obtuvo un buen rendimiento.

La propuesta de Hanin enfatiza el papel de las emociones en el rendimiento del deportista, por tanto, una de las principales implicaciones prácticas del modelo ZIFO en el entrenamiento psicológico del deportista es aprender qué emociones son necesarias experimentar para que cada deportista alcance su zona óptima de rendimiento.

2.7. Estudio de las emociones en el contexto deportivo

El estudio de las emociones en el contexto deportivo ha estado vinculado al cuestionario del **perfil de los estados de ánimo** (*Profile of Mood States*, POMS) de McNair, Lorr y Droppelman (1971). Aunque inicialmente el POMS fue diseñado para el contexto clínico, su relevancia en el contexto deportivo estuvo relacionada con su capacidad predictiva del rendimiento deportivo.

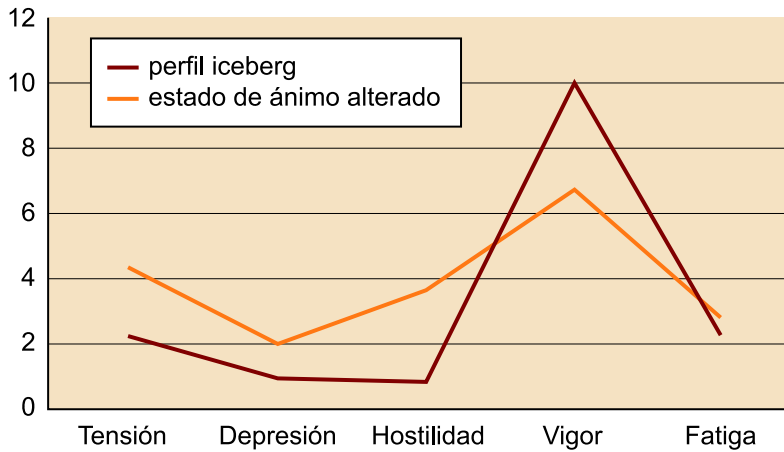
Dicho cuestionario mide el estado de ánimo del deportista en base a seis estados:

- Tensión
- Depresión
- Hostilidad
- Vigor
- Fatiga
- Confusión

En los estudios de Morgan *et al.* (Morgan y Johnson, 1978; Morgan y Pollock, 1977) se observó que los deportistas con alto rendimiento presentaban un patrón de respuestas específico al que los autores llamaron *perfil iceberg*. Este per-

fil se caracteriza por unas puntuaciones muy bajas en los factores negativos del POMS (tensión, depresión, hostilidad, fatiga y confusión) y altas en el único factor positivo, en el vigor (Quartioli, Parsons-Smith, Fogarty, Kuan y Terry, 2018).

Figura 9. Perfil iceberg y estado de ánimo alterado en futbolistas



Fuente: Moreno Sánchez, Parrado Romero y Capdevila Ortís (2013).

Sin embargo, y si bien es cierto que para algunas modalidades deportivas un estado emocional específico como el que describe el perfil iceberg puede ser positivo para alcanzar un buen rendimiento, algunos autores cuestionan que este perfil pueda ser válido para todas las modalidades deportivas. Por ejemplo, Terry (1995) destacó que, en modalidades deportivas de combate o contacto, presentar puntuaciones elevadas en hostilidad y tensión guarda una relación positiva con el rendimiento.

3. Inhibición emocional y salud

3.1. Introducción

Desde los estudios de Freud, quien puso de manifiesto la importancia de la represión emocional en el desarrollo de alteraciones psicosomáticas, la tendencia a inhibir o suprimir las emociones ha sido una variable ampliamente estudiada en relación con los factores psicológicos que influyen en los procesos de salud y enfermedad.

En sí misma, la inhibición emocional no es una causa determinante de trastorno, pudiendo tener incluso en ocasiones una función adaptativa. Por lo que sus efectos en la salud estarían medidos por variables individuales, socioculturales y relacionadas con la naturaleza de la propia emoción (Consedine, Magai y Bonanno, 2002). Así pues, teniendo estos aspectos en consideración, se ha comprobado que cuando la inhibición emocional aparece de forma indiscriminada o crónica, normalmente va acompañada de una excesiva activación fisiológica y suele tener como consecuencia que la persona no ponga en marcha estrategias de afrontamiento adecuadas. Cuando esto sucede, la inhibición emocional puede constituir un agente etiopatogénico de relevancia a tener en cuenta.

En este apartado explicaremos los enfoques que mayor desarrollo experimental y teórico han tenido en este campo, como son determinadas características de tipo cognitivo y afectivo como la alexitimia, las estrategias de regulación emocional o las habilidades personales respecto a la expresión emocional.

3.2. Características cognitivo-afectivas: la alexitimia

El concepto de alexitimia fue introducido por Nemiah y Sifneos (1970) en sus estudios con pacientes que sufrían trastornos psicosomáticos, esto es, personas con patologías físicas en las que los factores psicológicos contribuyen a la iniciación o exacerbación de estas.

La alexitimia, por tanto, se refiere a un conjunto de características afectivo-cognitivas que denotan un **déficit en el procesamiento y la regulación de las emociones**, que se manifiestan principalmente por (Fernández-Montalvo y Yarnoz, 1994):

- La dificultad para identificar emociones, reconocerlas y utilizarlas como señales internas.

- Dificultad para localizar las sensaciones del propio cuerpo. Problemas a la hora de distinguir entre las emociones y las sensaciones corporales propias de la activación emocional.
- La dificultad para expresar y describir las propias emociones a otras personas.
- Rigidez en la comunicación preverbal, con escasa mímica y pocos movimientos corporales.
- Tendencia a pensar de forma concreta y unitaria, dificultad para el pensamiento simbólico.
- Un estilo cognitivo más vinculado a la estimulación exterior. Tendencia a utilizar la acción como estrategia de acción ante situaciones conflictivas.

3.2.1. Alexitimia: problemas de salud y conductas de riesgo

La alexitimia se ha **asociado ampliamente a problemas de salud** como la mayor prevalencia de hipertensión arterial, el desarrollo de enfermedades coronarias, la aparición de enfermedades del aparato digestivo o el dolor crónico.

Se han propuesto varios mecanismos subyacentes para explicar dicha relación. Por ejemplo, la alexitimia constituiría un factor de riesgo para el desarrollo de **problemas interpersonales y desadaptación social** lo que, unido a las dificultades para la regulación emocional, generaría en la persona un malestar emocional con tendencia a cronificarse. Al prolongarse en el tiempo las alteraciones fisiológicas derivadas del estrés, como las que se producen a nivel del sistema nervioso autónomo, a nivel endocrino y en el sistema inmunológico, se aumentaría la probabilidad de desarrollar algún tipo de problema de salud (Kojima, Senda, Nagaya y Todudome, 2003; Taylor, Bagby y Parker, 1997).

También se encuentra relacionada con el desarrollo de **conductas de riesgo**, es decir, las personas con alexitimia presentan mayores dificultades para afrontar de forma adaptativa las situaciones estresantes y, habitualmente, cuando lo hacen a través de comportamientos que suponen un riesgo para la salud como: el consumo de sustancias, la sobre ingesta de alimentos, el estilo de vida sedentario o el incumplimiento de los tratamientos médicos (Speranza *et al.*, 2004). De hecho, las personas alexitímicas, al tener mayores **dificultades en reconocer sus propios síntomas físicos y emocionales**, suelen realizar un uso incorrecto o menos eficaz de los servicios médicos lo que daría como resultado peores diagnósticos (Lumley, Neely y Burger, 2007) con las complicaciones que esto puede ocasionar en algunos trastornos o directamente en una reducción en la calidad de vida.

A pesar de la amplia investigación sobre este tema, la evidencia actual respecto a considerar la alexitimia como un factor de riesgo único para la salud es insuficiente. Podemos encontrar otros factores muy relacionados y presentes en la alexitimia, como la afectividad negativa, que tienen una relación más directa con la probabilidad de desarrollar algunas patologías orgánicas, provocando confusión a la hora de aislar y analizar el impacto de la alexitimia sobre la salud. Principalmente porque la alexitimia es un trastorno multidimensional que puede significarse con diferentes signos y síntomas.

Así pues, se plantea la necesidad de realizar estudios a largo plazo con un número de participantes suficientes como para aislar y analizar la contribución de la alexitimia a la salud y la calidad de vida, y para ello es necesario poder controlar las diferentes variables distorsionadoras del modelo.

A continuación se expondrá un ejemplo ilustrativo de una persona con alexitimia.

3.2.2. A Luis le cuesta expresar cómo se siente

Luis tiene 41 años, habla poco, es incluso excesivamente serio y dicen que aburrido, él dice que conformista: todo le suele parecer bien, para qué elegir o cambiarlo. Su mujer siempre le dice: «Cariño, no eres la alegría de la huerta», él dice que no es capaz de sentir casi nada, ni bueno ni malo. Pone por ejemplo su boda o cuando nació su hija, ahora de 4 años. Para él ambos días era como estar asistiendo a una obra de teatro, él solo estaba allí por casualidad. Muchas veces se siente una persona con suerte, diferente y mal adaptada por la mediocridad de los que lo rodean. El aspecto físico es cuidado. El curso y contenido del pensamiento son normales, aunque con tendencia a la desconfianza exagerada. Llega a afirmar que si ha perdido algún que otro trabajo es por las envidias que despierta en los compañeros que se han quejado al jefe, pero no lo puede demostrar. Prácticamente sin amigos más por desconfianza que por los juicios negativos sobre su propio comportamiento.

Le cuesta mucho expresar y manejar las emociones de forma adaptativa. Tiene un afecto embotado (reducción considerable de la intensidad de la exteriorización de los sentimientos). Le cuesta encontrar intereses, apático, anhedónico, rígido de pensamiento y acción y con un ánimo depresivo que hay que analizar. Rumiaciones recurrentes sobre situaciones que le provocan displacer, tanto simples (olvidarse las llaves) como complejas (no superar un proceso de selección).

3.3. Estrategias de regulación emocional

Otro de los enfoques más estudiados sobre la inhibición emocional es el modelo del proceso de regulación emocional (Gross, 1998). Este modelo considera la regulación de las emociones como una serie de procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de la evaluación y la modificación de las reacciones emocionales, especialmente en lo relacionado con la intensidad y la temporalidad. Estos procesos, según este modelo, están constituidos por dos estrategias principales:

a) Estrategias focalizadas en el antecedente: serían aquellas que se ponen en marcha antes de que la respuesta emocional se haya activado completamente con el fin de modular esta emoción. Incluyen estrategias del tipo de selección de la situación (por ejemplo, no ir a una fiesta donde me encontraré a una ex-pareja), modificación de la situación (por ejemplo, bajar el tono de voz en una discusión), despliegue atencional (por ejemplo, utilizar la distracción) o la re-evaluación cognitiva (por ejemplo, valorar aspectos favorables de la situación).

b) Estrategias focalizadas en la respuesta: serían aquellas que se utilizan una vez que la respuesta emocional ha sido generada tratando de influir en la respuesta conductual, experiencial o fisiológica de la emoción.

Dentro de este tipo de estrategias la que mayor investigación ha generado es la **supresión de la expresión emocional (SEE)**. La SEE hace referencia a cómo la persona trata de inhibir la expresión comportamental de la emoción que está experimentando generando una disminución de la comunicación de los estados internos del individuo lo que no conlleva en sí mismo una disminución de la experiencia subjetiva de la emoción. Puede implicar, por ejemplo, mantener una expresión facial seria a pesar de sentirse muy enfadado en una situación de confrontación. El que sea más o menos adaptativa dependerá del contexto pudiendo ser adecuada en algunas situaciones.

La teoría de la regulación de la emoción y la investigación sugieren que regular la emoción antes, en el proceso de generación de la emoción, puede ser más efectivo que hacerlo después cuando ya se ha producido la respuesta emocional.

En comparación con las estrategias focalizadas en el antecedente, principalmente el cambio cognitivo, la SEE suele conllevar un impacto perjudicial en la persona tanto a nivel fisiológico como cognitivo y social. Las personas que tienden a utilizar de forma habitual la SEE muestran **niveles elevados de reactividad del sistema nervioso autónomo** ante el estrés, lo que se pone de manifiesto tanto en índices cardiacos como en conductancia de la piel. Igualmente, se ha observado que las personas con mayor tendencia a la SEE, ante las situaciones estresantes, tienden a utilizar **estrategias conductuales de afron-**

tamiento poco saludables. La alteración constante en el sistema neuroendocrino, así como el mantenimiento de conductas poco saludables suelen tener como resultado el detrimento de la propia salud (Chapman, Fiscella, Kawachi, Duberstein y Muenning, 2013).

Un estudio realizado con una muestra de 373 adultos ha tratado de evaluar de qué forma las estrategias de reevaluación cognitiva (focalizada en el antecedente) y de SEE (focalizada en la respuesta) se relacionan con la probabilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular (Appleton, Loucks, Buka y Kubzansky, 2014). Para valorar el riesgo cardiovascular, se utilizó el algoritmo de Framingham, puntuación que estima el riesgo de cardiopatía vascular de una persona en los próximos diez años analizando distintos factores de riesgo (por ejemplo, género, la edad, el colesterol, el consumo de tabaco, etc.). La evaluación de las dos estrategias de regulación emocional se llevó a cabo con el Cuestionario de Regulación Emocional de Gross. Los resultados de este estudio indican que la reevaluación cognitiva se relaciona con un menor riesgo de enfermedad cardiovascular mientras que la SEE está relacionada con una elevada probabilidad de desarrollar una patología cardíaca. Se observó que la reevaluación cognitiva estaba asociada a un HDL o colesterol «bueno» más alto, lo que fue congruente con las asociaciones positivas observadas entre esta estrategia y una alimentación saludable, así como un índice de masa corporal más bajo. En contraste, la SEE presentaba mayor relación con la hipertensión y el consumo de tabaco. Estos hallazgos sugieren que, si bien la regulación emocional puede contribuir al riesgo de enfermedad cardiovascular, los mecanismos a través de los cuales cada estrategia puede influir en el riesgo podrían variar y, de hecho, puede haber múltiples caminos y efectos sistémicos (es decir, el todo es mayor que la suma de sus partes). Además, los resultados sugieren que cuando las estrategias reguladoras de la emoción son más adaptativas puede deberse a que se mejoran procesos de restauración (por ejemplo, comer una dieta saludable) y se mitigan procesos de deterioro (por ejemplo, fumar cigarrillos), mientras que las estrategias menos adaptativas pueden hacer que los procesos de deterioro sean más probables.

3.4. Habilidades de expresión emocional

Además de las características cognitivo-afectivas y de las estrategias de regulación emocional, las habilidades propias de cada persona para poder expresar las emociones también están relacionadas con la salud.

Las habilidades en la expresión emocional se han asociado con diversos parámetros fisiológicos, en concreto existen varios estudios que relacionan este tipo de competencias personales con la variabilidad de la frecuencia cardíaca (HRV). La HRV es una medición de la variación de los intervalos de tiempo entre los latidos cardíacos y se considera un indicador del estado de salud relacionado con la diabetes, el infarto de miocardio o el síndrome metabólico. En relación con la expresión emocional, parece existir una relación directa entre mejores habilidades expresivas y mayor HRV, lo que se reflejaría en un

mejor estado de salud general (Damaree, Robinson, Schmeichel y Everhart, 2006). Teniendo en cuenta otras variables, como la edad, el sexo, los factores psicopatológicos y las características de personalidad, las personas que tienden a realzar las expresiones de tristeza presentan mayores niveles de HRV en comparación con aquellas que con mayor frecuencia realzan las expresiones de felicidad.

La habilidad de expresión emocional que ha mostrado ser más adaptativa es la capacidad para regular de forma flexible las expresiones acordes a las demandas situacionales (Gupta y Bonanno, 2011). Esta capacidad de adaptar la expresión de las emociones a las demandas de cada situación se encuentra relacionada con un mejor funcionamiento social, con menores niveles de estrés y, en consecuencia, con una mejor salud física. Refleja a su vez una capacidad más general de regular el comportamiento, lo que también se ha asociado a resultados de salud positivos. Por otro lado, es conocido que a través de la manipulación de la expresión emocional se puede influir en patrones de respuesta del sistema nervioso autónomo relevantes para la salud, por ejemplo, la sonrisa ha demostrado mejorar la recuperación cardiovascular tras la exposición a un factor estresante. Esta mejor expresividad emocional puede constituir, por tanto, un signo externo de un sistema nervioso autónomo más adaptado y flexible que facilita las habilidades de regulación, mientras que, al mismo tiempo, reduce el riesgo de enfermedad a través de un mejor control sobre la activación fisiológica y su recuperación (Tuck, Adams y Consedine, 2017).

Bibliografía

1. Mindfulness, emoción y motivación

Aldao, A. y 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. y Graskie, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following afocused breathing induction. *Behavioral 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., ..., y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 230-241.

Body, L., Ramos, N., Recondo, O., y 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. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.

Calvete, E. y 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., y 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., y 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., y 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., y Sorg, C. (2016). Mindful attention to breath regulates emotions via increased amygdala-prefrontal cortex connectivity. *Neuroimage*, 134, 305-313.

Enríquez, H., Ramos, N., y 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., y 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 fluida 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, y P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 3-27). Nueva York: The Guilford Press.

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

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

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

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

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y 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*. Nueva York: Delacorte.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Nueva 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. y 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., y 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., y 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. y 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. y 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*. Nueva York: The Guilford Press.

Lyzwinski, L. N., Caffery, L., Bambling, M., y 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. y Franco, C. (2018). Mindfulness en contextos educativos. En M. Á. Santed y S. Santiago (Coords.), *Mindfulness: Fundamentos y aplicaciones* (pp. 207-239). Madrid: Paraninfo.

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

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

Murphy, C. M. y 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., y 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., y 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. y 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., y Recondo, O. (2012). *Practica la Inteligencia Emocional Plena*. Barcelona: Kairos.
- Ramos, N., Hernández, S. M., y 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., y Bucci, S. (2015). Mindfulness and self-esteem: A systematic review. *Mindfulness*, 6 (6), 1366-1378.
- Salcido-Cibrián, L., Ramos, N., y 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. y Segovia, S. (2018). *Mindfulness: Fundamentos y aplicaciones*. Madrid: Paraninfo.
- Schreiner, I. y 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., y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: The Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., y 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., y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (3), 373-386.
- Shi, Z. y 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., y 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., y 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., y 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., y 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., y 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. y 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., y 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. Deporte, motivación y emoción

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., y 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., y 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, y L. K. Tennant (Eds.), *Handbook of research on sport psychology* (pp. 314-327). Nueva York: Macmillan.

Gill, D. L. y 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., Abraldes, J. A., Alesi M., y 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 y C. D. Spielberger (Eds.), *Anxiety in sports: An international perspective* (pp. 19-28). Washington, D.C.: Hemisphere Publishing Corporation.

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

Morgan, W. P. y 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 y C. Ames (Eds.), *Research on motivation in education: Student motivation* (Vol I). Nueva York: Academic Press.

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

Quartioli, A., Parsons-Smith, R. L., Fogarty, G. J., Kuan, G., y 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., ..., y 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., y 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. y Gould, D. (2010). Activación, estrés y angustia. En R. S. Weinberg y D. Gould (Eds.), *Fundamentos de Psicología del Deporte y del Ejercicio Físico* (pp. 77-100). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

3. Inhibición emocional y salud

Appleton, A., Loucks, E. B., Buka, S. L., y 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., y 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., y 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., y 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. y 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. y 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., y 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., y 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. y 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., y 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., y 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>>.

