

Análisis cualitativo y cuantitativo de la efectividad a los 2 años de un programa de mejora del bienestar emocional basado en mindfulness en una población rural

Qualitative and quantitative analysis of the effectiveness after two years of a program to improve the well-being based on mindfulness in a rural population

Manuel Ignacio Ruiz De Ocenda Armentia^a, Félix rivera Sanz^b y José Antonio Carballo Velasco^c

^aConsultorio Local de Ribafrecha. Centro de Salud Alberite. Servicio Riojano de Salud. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1243-9964>

^bUnidad de Ciencia del Dato. Innovación Sanitaria de La Rioja. Fundación Rioja Salud. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2351-3007>

^cPrograma Saludablemente+. Centro de Salud La Guindalera. Fundación Rioja Salud. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1024-2765>

Correo electrónico:

Manuel Ignacio Ruiz De Ocenda Armentia. mrocenda@riojasalud.es

Recibido el 19 de junio de 2025. Aceptado para su publicación el 3 de noviembre de 2025.

RESUMEN

Objetivo. Evaluar cuantitativa y cualitativamente la efectividad a los 2 años de un programa de mejora del bienestar emocional basado en la atención plena (mindfulness) en una población rural.

Participantes. Completaron el curso basado en terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT por sus siglas en inglés) 100 residentes en Ribafrecha (La Rioja, España), de los que 89 fueron incorporados al estudio.

Material y métodos. Para su evaluación se utilizó un método mixto de evaluación del tipo secuencial explicativo, comenzando cuantitativamente mediante un estudio cuasi-experimental, sin aleatorización ni grupo control, longitudinal con mediciones pre-post antes y después del curso de 8 semanas, a los 6 meses, al año y a los 2 años.

Las personas participantes cumplieron dos cuestionarios: WEMWBS (The Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale, que mide el bienestar emocional) y FFMQ-SF (Five Facet Mindfulness Questionnaire: Short Form, que mide la atención plena). Se estudiaron las diferencias entre el momento preintervención y a los 2 años mediante la prueba de rangos con signos de Wilcoxon (W), y se midió el tamaño del efecto del cambio mediante la regla de Cohen (d).

Posteriormente se hizo una investigación cualitativa a los 2 años mediante grupo focal con 11 participantes.

Resultados. La diferencia de medias fue estadísticamente significativa a los 2 años con respecto a las medidas preintervención ($p < 0,01$), con un tamaño del efecto moderado (d de Cohen de 0,56). El tamaño del efecto fue mayor en las personas con menor puntuación en el WEMWBS inicial, indicativo de peor bienestar emocional ($d = 2,05$). Las conclusiones del grupo focal avalaron la efectividad del programa, valorando diversos aspectos de la actividad.

Conclusiones. La intervención basada en el programa MBCT es efectiva para mejorar el bienestar emocional de la población, especialmente en las personas que parten de un peor estado emocional.

Palabras clave: Atención Primaria, atención plena, efectividad, investigación cualitativa.

ABSTRACT

Aim. Quantitatively and qualitatively evaluate the effectiveness at two years of a programme to improve emotional well-being based on full attention (Mindfulness) in a rural population.

Participants. A total of 100 residents completed the course based on MBCT (Mindfulness-based Cognitive Therapy) in Ribafrecha (La Rioja, Spain); 89 of them were incorporated into the study.

Material and methods. For its evaluation, a mixed method of explanatory sequential evaluation was used. First, evaluation took place quantitatively by a quasi-experimental study, without randomization or control group; longi-



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

tudinal with pre-post measurements before and after the course of 8 weeks at 6 months, per year and two years.

Participants completed two questionnaires: WEMWBS (measures emotional well-being), and FFMQ-SF (measures mindfulness). The differences between pre-intervention time and at two years were studied by the (W) test of ranges with Wilcoxon signs, and the size of the change effect was measured by the Cohen rule (d).

Qualitative research was performed after two years by a focus group of 11 participants.

Results. The difference in averages was statistically significant at two years compared to pre-intervention measures ($P < 0.01$), with a moderate effect size (Cohen's d of 0.56). The effect size was greater in people with lower scores in the initial Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS), which is indicative of worse emotional well-being ($d = 2.05$). The conclusions drawn by the focus group endorsed the programme's effectiveness, which evaluate various aspects of the activity.

Conclusions. The intervention based on the MBCT programme is effective in improving the emotional well-being of the population, especially in people starting from a worse emotional state.

Keywords: Effectiveness; Mindfulness; Primary Care; Qualitative Research

INTRODUCCIÓN

Desde hace algunos años, la idea de bienestar emocional y otros conceptos relacionados como la salud mental positiva están siendo objeto de un creciente interés¹. La Organización Mundial de la Salud² define la salud mental como «un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad».

Ya hay estudios que han medido qué estrategias pueden mejorar el bienestar emocional. Blodgett et al³ han estudiado la efectividad sobre bienestar mental de intervenciones de contenido psicológico, social, artístico, de promoción de la salud física y otras. Concluyen que las intervenciones con un efecto más intenso y demostrable son aquellas basadas en el aumento de la resiliencia y el pensamiento positivo, y de forma destacada las intervenciones basadas en atención plena.

La atención plena (también conocida como mindfulness) se define como una forma particular de atención o conciencia centrada en el presente⁴. Ha sido utilizada tanto en el ámbito sanitario para el tratamiento de diversas patologías^{5,6} como en población general^{7,8}. Entre las intervenciones basadas en mindfulness destacan dos programas de 8 semanas de duración: MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction [reducción del estrés basado en mindfulness]) y MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy [terapia cognitiva basada en mindfulness]), este más enfocado a la prevención de la recurrencia de la depresión^{9,10}.

Muchos autores plantean que la Atención Primaria de Salud es un ámbito especialmente adecuado para llevar a cabo intervenciones basadas en mindfulness¹¹, dirigidas no solo a población clínica, sino

también a la población general, para poder aumentar su bienestar emocional¹². Pero son todavía escasas las iniciativas que han utilizado estas intervenciones en nuestro nivel asistencial, y menos aún las que han evaluado su efectividad a largo plazo.

Desde mayo de 2022 hasta marzo de 2023, se desarrolló en Ribafrecha (La Rioja) el Programa de Mejora del Bienestar Emocional Basado en Mindfulness (PMBEBM)¹³, fundamentado en MBCT, dirigido a la población mayor de 18 años e impartido por el único médico de familia de la localidad, capacitado como *practising teacher* con especialidad en MBCT por la Universidad de Bangor (Reino Unido). En el consultorio local presta asistencia, además, una enfermera.

Ya se ha evaluado cuantitativamente la efectividad del programa a los 12 meses con resultados muy satisfactorios¹⁴. El presente estudio se centra en una población rural específica y combina evaluaciones cuantitativas a los 2 años de la finalización del curso con un análisis cualitativo mediante grupo focal, en un enfoque de estudio mixto del tipo secuencial explicativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se decidió hacer un estudio mixto cuantitativo y cualitativo de tipo secuencial explicativo, en el que a un análisis de datos desde el punto de vista cuantitativo le sigue una recopilación de datos cualitativos. Este enfoque es el más adecuado para nuestro objetivo, ya que, tras los resultados iniciales procedentes del enfoque cuantitativo, el cualitativo ayudó a profundizar en los hallazgos.

ESTUDIO CUANTITATIVO

Tipo de estudio

Estudio cuasi-experimental, sin aleatorización ni grupo control, longitudinal, con pruebas pre-post en diferentes tiempos. Se tomaron medidas en el momento basal, tras la finalización del curso MBCT de 8 semanas, a los 6 meses, al año y a los 2 años.

Participantes

Mediante cartelería en el consultorio y en las consultas de Medicina de Familia y enfermería, se invitó a las personas mayores de 20 años residentes en Ribafrecha (localidad riojana de 1.025 habitantes, de los cuales 830 son mayores de edad) a participar en un programa de bienestar emocional basado en atención plena, basado en un curso de MBCT de 8 semanas. El curso fue impartido por el médico de familia de la localidad. Lo iniciaron 117 personas, y fueron 100 las que finalizaron el programa (tabla 1).

Descripción de la intervención

La actividad consistió en un curso MBCT, complementado durante el año siguiente a su finalización con sesiones bimestrales y envíos de audio quincenales, para mantener lo aprendido y reforzar la práctica en común.

El programa MBCT consta de 8 sesiones de periodicidad semanal, de 2,5 horas de duración cada una, en grupo⁹.

Tabla 1. Asistencia y calendario de los grupos

	ASISTENTES			FECHA COMIENZO	FECHA FINALIZACIÓN
	INSCRITOS	COMENZARON	FINALIZARON		
Grupo 1	14	14	11	04/05/2022	22/06/2022
Grupo 2	14	14	12	24/05/2022	12/07/2022
Grupo 3	16	16	14	13/09/2022	31/10/2022
Grupo 4	14	14	14	14/09/2022	02/11/2022
Grupo 5	18	18	17	27/10/2022	19/12/2022
Grupo 6	14	14	11	28/10/2022	20/12/2022
Grupo 7	13	12	10	07/02/2023	28/03/2023
Grupo 8	14	13	11	08/02/2023	29/03/2023
TOTAL	117	115	100		

Instrumentos de evaluación

La recogida de los datos se obtuvo mediante respuesta a los siguientes cuestionarios, cumplimentados por las personas participantes en el estudio, previa firma del consentimiento informado:

- Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS, escala de bienestar mental de Warwick-Edimburgo), versión española validada por Castellví et al¹⁵. Su coeficiente de Cronbach es de 0,89. Consta de 14 ítems, redactados de forma positiva, puntuables mediante una escala Likert (1 a 5). Los valores más altos reflejan mayor bienestar emocional. Permite estratificar el bienestar emocional de los participantes¹⁶ en nivel menor que el promedio (de 14 a 42 puntos, asociado a mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos), similar al promedio (de 43 a 60 puntos) y mayor que el promedio (más de 61 puntos). Una diferencia de 3 o más puntos de la puntuación tras una intervención se considera un cambio relevante¹⁷.
- Five Facets of Mindfulness Questionnaire-Short Form (FFMQ-SF, cuestionario de las cinco facetas de la atención plena, versión breve)¹⁸. Mide la tendencia a actuar con atención plena, estudiando cinco habilidades: observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad. El coeficiente alfa de la escala total y de las facetas va de 0,75 a 0,87. Consta de 24 ítems puntuables mediante una escala Likert (1 a 5). Valores más altos indican más conciencia plena.

Análisis estadístico

Se hizo la evaluación de las puntuaciones en los dos cuestionarios en el momento preintervención, tras el curso de 8 semanas, a los 6 meses, al año y a los 2 años.

Para asegurar la adecuación del análisis, se llevaron a cabo pruebas de normalidad (test de Shapiro-Wilk o Kolmogorov-Smirnov) y homogeneidad de varianzas (prueba de Levene). Los resultados mostraron que los datos del grupo no siguen una distribución normal

($W = 0,913$, $p < 0,05$). La prueba de Levene confirmó la homogeneidad de las varianzas ($F = 0,253$, $p > 0,05$).

Para el análisis final, se compararon las medias entre el momento preintervención y a los 2 años mediante la prueba de Wilcoxon (W) de rangos con signo, prueba no paramétrica que permite comparar muestras relacionadas sin asumir una distribución normal.

Además, se compararon las medias entre el año y los 2 años, debido a la ausencia de actividades de refuerzo en ese período.

Se valoró la magnitud del cambio de las puntuaciones desde el momento preintervención hasta los 2 años, y entre el año y los 2 años utilizando la regla de Cohen (d) para interpretar el tamaño del efecto: $>0,8$: cambio muy importante; $0,6-0,8$: cambio importante; alrededor de $0,5$: efecto moderado, $e < 0,2$: efecto bajo. Se consideró significativo el valor de $p < 0,05$.

El análisis estadístico se hizo con el software R v4.4.2 (<https://r-project.org>).

ESTUDIO CUALITATIVO

Para profundizar en las experiencias de las personas que habían participado en el programa, se llevó a cabo una investigación cualitativa mediante grupo focal a los 2 años de la finalización del curso.

A la sesión acudieron 11 participantes de los 8 grupos del PMBEBM que tuvo lugar en la localidad.

Las 11 personas que asistieron a la sesión del grupo focal (2 hombres y 9 mujeres) se seleccionaron para mantener representatividad del grupo general en proporción de género (mujeres/hombres), distribución etaria y asistencia a sesiones de recuerdo. Esta similitud se confirmó mediante pruebas estadísticas: ji al cuadrado para comparar la proporción de sexos, y Mann-Whitney y t de Student para edad y asistencia, respectivamente. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en estas variables ($p > 0,05$).

La sesión fue moderada por un psicólogo sin experiencia previa en mindfulness, y ejerció como observador un experto en procesos asistenciales con experiencia en investigación social cualitativa. Ninguno de los dos había intervenido en las sesiones del curso de 8 semanas.

La sesión fue grabada con la intención de transcribir la conversación utilizando el software TurboScribe.ai, manteniendo el anonimato de las intervenciones. Todas las personas firmaron un consentimiento informado autorizando la grabación de las intervenciones.

Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis temático para identificar patrones recurrentes y categorías clave de las intervenciones de los participantes en el grupo. Para garantizar la fiabilidad del análisis, se complementó el uso de herramientas de inteligencia artificial (IA) Perplexity y ChatGPT, con la revisión manual por parte del observador del grupo focal. Además, se verificó la saturación teórica, confirmando que no surgieron nuevas categorías tras analizar las transcripciones completas. El proceso incluyó la evaluación de la densidad y la autenticidad de la información para asegurar que los datos fueran suficientemente ricos y representativos para respaldar las conclusiones del estudio.

RESULTADOS

Análisis cuantitativo

De las 100 personas que completaron el curso, 89 cumplimentaron los dos cuestionarios en las cinco ocasiones (antes del curso de 8 semanas, tras el curso, a los 6 meses, al año y a los 2 años), por lo que fueron introducidos en el estudio. El 87% de las personas que participaron eran mujeres, la edad media era de 57,59 años, y el rango de edad oscilaba de los 23 a los 82 años.

Los resultados muestran que las diferencias fueron estadísticamente significativas entre las medidas obtenidas en ambos cuestionarios (WEMWBS y FFMQ-SF) a los 2 años de finalizar el curso MBCT de 8 semanas, en comparación con los obtenidos en el momento preintervención (tabla 2).

En el cuestionario WEMWBS, la diferencia entre las puntuaciones desde los 2 años y el momento basal fue estadísticamente significativa. Además, la diferencia supera los 3 puntos, lo que, según la Guía de WEMWBS, se puede interpretar como un aumento relevante¹⁶ (figura 1).

El tamaño del efecto medido por la *d* de Cohen alcanzó un resultado de 0,56 (efecto moderado).

Entre las 20 personas que presentaron una puntuación WEMWBS en el momento basal por debajo de 43 (considerado como límite «por debajo del promedio», donde se observan más síntomas depresivos)¹⁶, el aumento de las puntuaciones a los 2 años del curso fue aún mayor que en la población general estudiada, significativa para una $p < 0,01$ y con una diferencia muy relevante. La *d* de Cohen al

cabo de los 2 años fue de 2,05, lo que se puede considerar como muy elevada.

En el grupo de puntuación promedio (60 participantes), también se observó una mejoría desde los resultados en el momento basal hasta los 2 años, con un aumento mayor de 3 puntos absolutos (aumento relevante), con una $p < 0,01$ y una *d* de Cohen de 0,57 (efecto moderado). En el grupo de puntuación superior al promedio, aunque es un grupo pequeño (9 participantes), se observó una disminución de la puntuación de 64,1 puntos de media a 62,44 (no significativo para una $p < 0,05$).

Con respecto a FFMQ-SF (figura 2), la puntuación media a los 2 años ha sido mayor que en el momento basal, con una significación estadística para una $p < 0,01$. Esta mejoría se mantuvo en todas las facetas, excepto en la faceta «actuar con consciencia».

El tamaño del efecto medido por la *d* de Cohen, en el FFMQ total, entre el momento inicial y los 2 años fue de 0,66 (tamaño del efecto moderado-importante). En las facetas, el tamaño del efecto fue moderado en la mayoría de ellas, con especial relevancia en «ausencia de juicio», que se asocia con la ganancia de bienestar emocional¹⁹.

Otro aspecto estudiado fue la diferencia entre los resultados del momento T4 (al año del curso MBCT) con respecto a los del momento T5 (a los 2 años), para estudiar la influencia del tiempo transcurrido desde el programa, y porque en estos meses no se había llevado a cabo ninguna actividad de recuerdo, como sí se había hecho en el período anterior. Los resultados (tabla 3) indican que, aunque se puede apreciar un descenso entre las puntuaciones, este no alcanza significación estadística, y los valores de la *d* de Cohen son irrelevantes.

Análisis cualitativo

El análisis cualitativo permitió explorar las percepciones subjetivas sobre el curso MBCT, identificando beneficios percibidos y aspectos clave para su implementación futura. Las respuestas de IA a la solicitud de análisis directo de la transcripción reflejaron tanto las vivencias sobre los beneficios del programa, las técnicas específicas y su aplicación, como también sobre las actividades de continuidad tras el programa.

Los resultados obtenidos están refrendados también por los datos recogidos por el observador.

Tras los procesos citados, se obtuvo un listado de las categorías principales identificadas, divididas en cuatro apartados: beneficios percibidos del programa de mindfulness, técnicas específicas de mindfulness y su aplicación, continuidad de la práctica tras el programa, y las implicaciones para la implementación de programas de mindfulness (tabla 4).

Categorías principales detectadas

1. Beneficios percibidos del programa de mindfulness
 - a. Herramientas para la gestión emocional:

Tabla 2. Datos obtenidos antes del curso de 8 semanas (T1), después el curso (T2), a los 6 meses (T3), al año (T4) y a los 2 años (T5)

			T1 ^a	T2 ^b	T3 ^c	T4 ^d	T5 ^e	DIFERENCIAS T5-T1 ^f			
	Número de participantes	Puntuación ^g	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	En n.º abs (porcentaje)	p-value	Diferencia significativa	d Cohen
WEMWBS											
Total participantes	89		49,99 (9,14)	54,90 (7,39)	54,52 (7,35)	55,74 (6,91)	54,67 (7,36)	4,69	<0,00001	Sí para p <0,01	0,56
Participantes con puntuación de rango bajo en la preintervención	20	0-42	37,35 (3,61)	49,85 (6,37)	49,85 (7,66)	51,75 (7,54)	49,3 (7,39)	11,95	<0,00001	Sí para p <0,01	2,05
Participantes con puntuación de rango medio en la preintervención	60	43-60	51,88 (5,36)	55,71 (7,14)	55,15 (6,27)	56,29 (6,21)	55,20 (6,20)	3,32	0,00062	Sí para p <0,01	0,57
Participantes con puntuación de rango alto en la preintervención	9	61-70	64,75 (3,07)	62,13 (2,2)	62,88 (3,66)	62,5 (3,71)	62,44 (5,54)	-2,31	(N = 9, número escaso)	No para p <0,05	0,52
FFMQ											
Total	89		74,19 (11,71)	81,36 (10,86)	82,87 (11,21)	81,88 (11,74)	81,87 (11,66)	7,67 (10,43%)	<0,00001	Sí para p <0,01	0,66
Observación			14,61 (3,76)	16,97 (2,9)	16,02 (2,82)	15,30 (3,39)	15,56 (2,98)	0,95 (6,54%)	0,00236	Sí para p <0,05	0,28
Descripción			16,18 (4,28)	17,8 (3,48)	17,97 (3,48)	18,16 (3,62)	17,8 (3,17)	1,62 (10%)	0,00008	Sí para p <0,01	0,43
Actuar con conciencia			15,37 (4,69)	16,52 (4,06)	17,27 (3,99)	17,30 (3,81)	16,24 (4,28)	0,87 (5,63%)	0,0722	No para p <0,05	0,19
Ausencia de reactividad			15,19 (3,19)	16,09 (2,82)	16,78 (3,25)	16,31 (2,66)	17,06 (2,85)	1,86 (12,28)	0,00008	Sí para p <0,01	0,62
Ausencia de juicio			12,84 (3,86)	14,89 (3,94)	14,83 (4,10)	14,80 (3,88)	15,36 (4,10)	2,52 (19,6%)	<0,00001	Sí para p <0,01	0,63

DE: desviación estándar; FFMQ: Five Facets of Mindfulness Questionnaire; WEMWBS: Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale.

^aT1: antes de comenzar el curso MBCT de 8 semanas.

^bT2: tras el curso MBCT.

^cT3: a los 6 meses.

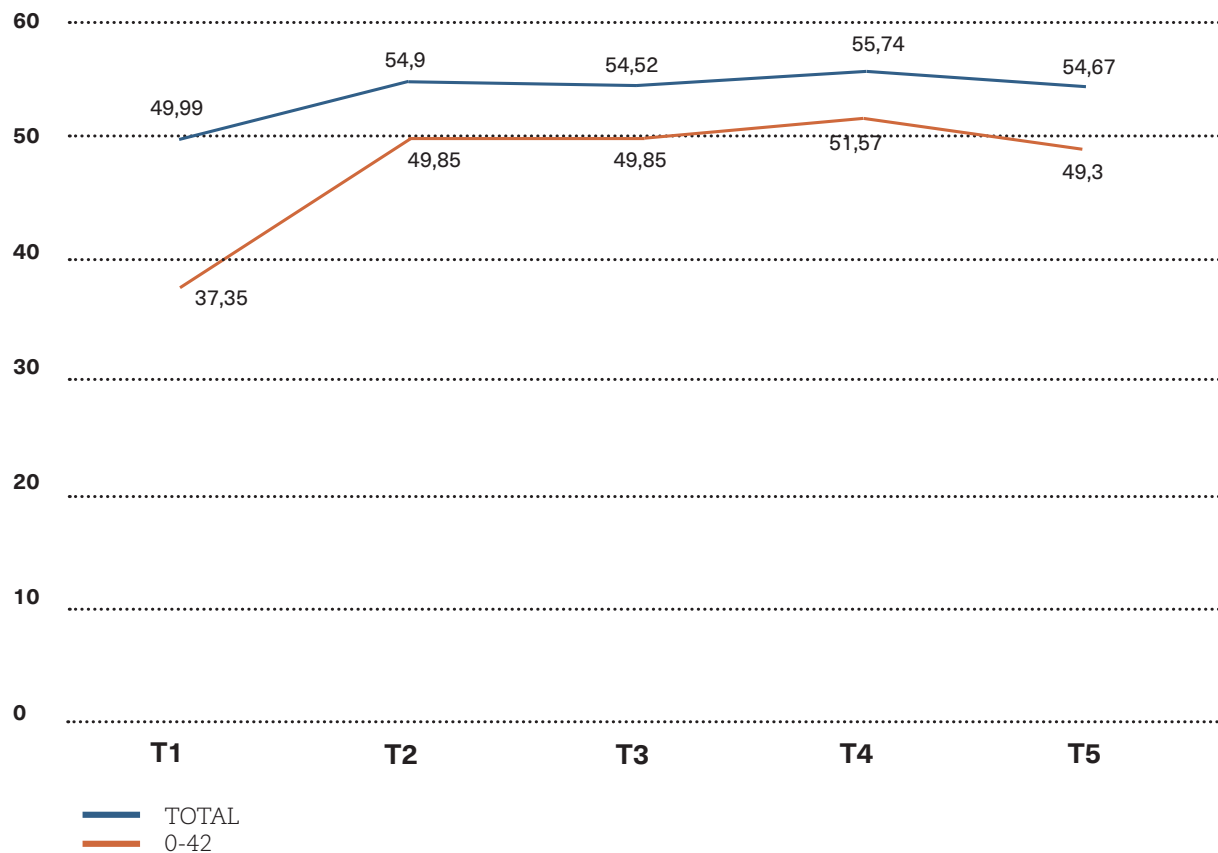
^dT4: al año.

^eT5: a los 2 años.

^fDiferencias T5-T1: comparación entre los resultados a los 2 años y previos al curso.

^gPuntuación: puntuación que permite la estratificación de los participantes según el resultado de WEMWBS en el momento basal (T1).

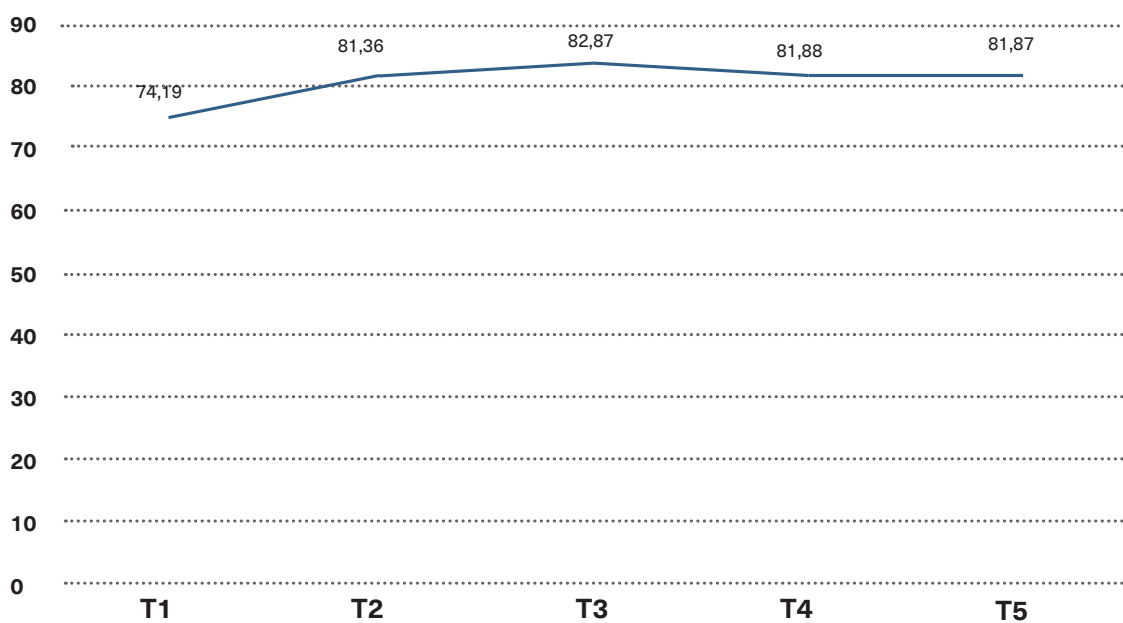
Figura 1. Evolución de las medias obtenidas en el cuestionario WEMWBS



WEMWBS: Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale.

Nota: evolución de las medias obtenidas en el cuestionario WEMWBS, tanto por el total de las 89 personas participantes estudiadas (en azul) como por las 20 personas que consiguieron un resultado de 0-42 puntos (rango bajo de bienestar emocional) en el momento preintervención (en naranja).

Figura 2. Evolución de las medias obtenidas en el cuestionario FFMQ-SF



FFMQ-SF: Five Facets of Mindfulness Questionnaire-Short Form.

Nota: evolución de las medias obtenidas en el cuestionario FFMQ-SF por el total de las 89 personas participantes estudiadas.

Tabla 3. Datos obtenidos al año (T4) y a los 2 años (T5) del curso Mindfulness Based Cognitive Therapy de 8 semanas

			T4 ^d	T5 ^e	DIFERENCIAS T5-T4 ^c			
	Número de participantes	Puntuación ^g	Media (DE)	Media (DE)	En n.º abs (porcentaje)	p-value	Diferencia significativa	d Cohen
WEMWBS								
Total participantes	89		55,74 (6,91)	54,67 (7,36)	-1,06 (1,9%)	0,07349	No para p <0,05	0,15
Participantes con puntuación de rango bajo en la preintervención	20	0-42	51,75 (7,54)	49,3 (7,39)	-2,45 (4,73%)	0,117	No para p <0,05	0,32
Participantes con puntuación de rango medio en la preintervención	60	43-60	56,29 (6,21)	55,20 (6,20)	-1,08 (1,91%)	0,11748	No para p <0,05	0,28
Participantes con puntuación de rango alto en la preintervención	9	61-70	62,5 (3,71)	62,44 (5,54)	-0,06 (0,1%)	(0,208 número escaso)	No para p <0,05	0,01
FFMQ								
Total	89		81,88 (11,74)	81,87 (11,66)	-0,011 (0,1%)	0,99	No para p <0,05	0,001
Observación			15,30 (3,39)	15,56 (2,98)	0,26 (1,69%)	0,35	No para p <0,05	0,081
Descripción			18,16 (3,62)	17,8 (3,17)	-0,36 (1,98%)	0,25	No para p <0,05	0,105
Actuar con conciencia			17,30 (3,81)	16,24 (4,28)	-1,07 (6,17%)	0,0119	Sí para p <0,05	0,26
Ausencia de reactividad			16,31 (2,66)	17,06 (2,85)	0,74 (4,55%)	0,01346	Sí para p <0,05	0,27
Ausencia de juicio			14,80 (3,88)	15,36 (4,10)	0,56 (3,8%)	0,92	No para p <0,05	0,14

DE: desviación estándar; FFMQ: Five Facets of Mindfulness Questionnaire; MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy (terapia cognitiva basada en mindfulness); WEMWBS:

Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale.

^aT4: al año del curso MBCT de 8 semanas.

^bT5: a los 2 años

^cDiferencias T5-T4: comparación entre los resultados a los 2 años y al año del curso MBCT.

^dPuntuación: puntuación que permite la estratificación de los participantes según el resultado de WEMWBS en el momento basal.

Tabla 4. Categorías principales detectadas en el análisis cualitativo

1. Beneficios percibidos del programa de mindfulness
a) Herramientas para la gestión emocional
b) Conciencia del momento presente
c) Conexión social y comunitaria
2. Técnicas específicas de <i>mindfulness</i> y su aplicación
a) Meditaciones breves
b) Atención plena en actividades cotidianas
c) Desidentificación con los pensamientos
3. Continuidad de la práctica tras el programa
a) Patrones de práctica continua
b) Recordatorios y anclajes para la práctica
4. Implicaciones para la implementación de programas de <i>mindfulness</i>
a) Adaptación a situaciones individuales
b) Importancia del facilitador
c) Integración en el contexto comunitario

«A la mayoría, por lo menos a mí personalmente, sobre todo a los que somos ansiosos, pues yo creo que nos da unas pautas para vivir mejor, para gestionar mejor nuestras emociones».

b. Conciencia del momento presente:

«A veces... sufrimos por algo que pensamos que va a pasar y luego no pasa».

c. Conexión social y comunitaria:

«[...] además que nos ha venido muy bien a todo el pueblo».

2. Técnicas específicas de *mindfulness* y su aplicación

a. Meditaciones breves:

«Estas meditaciones largas me mataban, porque también las personas con ansiedad decimos: "Guau, esto no se acaba nunca". Pero hay otros recursos, como el más corto, los pasos 1, 2, 3, eso yo sí que sigo utilizando»

b. Atención plena en actividades cotidianas:

«Entonces, cuando me acelero digo, me voy a lavar los dientes y me pongo sola a lavarme los dientes sin hacer ninguna otra cosa».

c. Desidentificación con los pensamientos:

«Los pensamientos son pensamientos. Como el cielo, donde hay

nubes, las nubes van y vienen, pues los pensamientos, igual».

3. Continuidad de la práctica tras el programa:

a. Patrones de práctica continua:

«Yo sigo practicando. Sí, todos los días. A la mañana, yo sigo. A la mañana, todos los días, yo practico».

«Todavía me sirve y suelo practicar... No mucho, pero cuando me veo en situaciones más estresantes o más nervioso, me paro».

«No lo practico a diario, lo estuve practicando más cuando creo que lo necesitaba más».

b. Recordatorios y anclajes para la práctica:

«Nos dio un abalorio, que yo lo llevo en las llaves de casa, y siempre, cuando abro la puerta, me recuerda lo que hicimos y sé que tengo ahí una herramienta».

4. Implicaciones para la implementación de programas de *mindfulness*

a. Adaptación a situaciones individuales:

«Cada uno tiene su proceso».

b. Importancia del facilitador:

«Es importante que el que dé el curso sepa de qué está hablando, y que a la vez empatice con las situaciones de cada uno».

c. Integración en el contexto comunitario:

«[...] esto, con unas generaciones distintas, más mayores como yo y más jóvenes, te interrelacionas y también sirve para socializar, hacer pueblo, conocer mejor a la gente».

DISCUSIÓN

La efectividad de las intervenciones basadas en *mindfulness* en personas con problemas de salud y en la población general está bien documentada^{5,19,20}. En nuestro estudio se ha podido mostrar que el PM-BEBM, basado en MBCT, ha mejorado tanto la capacidad de atención plena como el bienestar emocional de la población participante, con un tamaño del efecto moderado, en la línea de otros estudios con un diseño similar⁶: Galante *et al*, en 2021, refieren que los tamaños de efecto de pequeño a moderado son los habituales en este tipo de intervenciones que buscan impactar en la comunidad produciendo pequeños cambios en amplios sectores de la población. Además, esta mejoría se mantiene en el tiempo, al menos en los 2 años del estudio.

En cuanto a los resultados del test FFMQ, el aumento de la puntuación tras una intervención se asocia a una mejora de la capacidad de atención plena. Esta mejora en la puntuación en *mindfulness* se asocia con una mejor salud psicológica²⁰: en concreto, se correlaciona positivamente con apertura, inteligencia emocional y autocom-

pasión, y negativamente con alexitimia, síntomas psicológicos, neuroticismo y dificultad en la regulación emocional.

Las puntuaciones en el cuestionario WEMWBS reflejan una evidente mejora en las puntuaciones de la población en torno al promedio, siendo más significativa en quienes previamente puntuaron por debajo de ese promedio, que se relaciona con la población con más problemas de bienestar emocional y presencia de síntomas depresivos.

Solo 9 participantes puntuaron como «alto», así que los datos no son suficientes para evaluar su significación estadística. Y aunque se observa una disminución en la puntuación a los 2 años respecto al momento inicial preintervención, esa diferencia no es estadísticamente significativa.

Como limitaciones del estudio cuantitativo, podemos citar la ausencia de análisis de las causas de la no cumplimentación por parte del 11% de las personas que finalizaron el curso, y la posible existencia de un sesgo de deseabilidad social en las respuestas por el entorno en el que se hizo el curso y la evaluación. Precisamente, el análisis cualitativo que se llevó a cabo, en el que el facilitador del curso y médico de familia de la localidad no estuvo presente, permitió un acercamiento a las experiencias directas de las personas participantes sin esa posible influencia externa. Además, a pesar del tamaño de la muestra sobre la población de la localidad y el largo período de tiempo analizado (2 años), no se pueden excluir otros factores que hayan podido influir en los resultados.

Dentro del modelo mixto empleado, la metodología cualitativa es utilizada para explorar fenómenos sociales complejos donde las experiencias subjetivas son fundamentales²¹. Con esta metodología, se decidió hacer un grupo focal, ya que estos son especialmente útiles para explorar percepciones, experiencias y opiniones de las personas que participan en estas iniciativas, permitiendo una comprensión profunda de los procesos relacionados con programas de bienestar emocional como el nuestro²². Además, los datos cualitativos destacan áreas clave para mejorar la aceptación y sostenibilidad del programa basado en *mindfulness*, abriendo nuevas perspectivas para su implementación en otras comunidades rurales.

En el análisis de las intervenciones se aprecia cómo se han percibido los beneficios del programa, explicitando qué aspectos han sido más interiorizados, así como qué prácticas se han seguido por los participantes. Ambas apreciaciones proporcionan a los facilitadores tener una retroalimentación sobre qué aspectos, de los muchos que se trabajan en un curso de 8 semanas, son asumidos por los asistentes, y la forma en que son incorporados a su vida.

A pesar de que este tipo de intervenciones van encaminadas de forma preferente al bienestar individual, ha sido un hallazgo la importancia que el contexto de una comunidad pequeña, con lazos estrechos, ha tenido para las personas que participaron en el programa. Incluso algunas intervenciones hicieron hincapié en su potencial para fortalecer el tejido social, abriendo perspectivas para aprovechar sus dimensiones comunitarias, habida cuenta de la importancia de esta cohesión social para el bienestar emocional de las personas.

Todo lo anterior, además de los beneficios que en la consulta diaria se pueden obtener de este tipo de actividades de mejora del bienestar emocional, junto con la satisfacción de las personas participantes (como se muestra en las intervenciones de la sesión de grupo focal), nos permite valorar la viabilidad y reproducibilidad de esta iniciativa o similares en otras poblaciones.

A modo de conclusión, los resultados cuantitativos permiten afirmar que el PMBEBM ha conseguido mejorar el bienestar emocional y la atención plena de la población participante de forma mantenida en el tiempo, especialmente el de las personas que partían de una peor situación basal. El análisis cualitativo mediante grupo focal, apoyado por el uso de herramientas de IA, proporciona una visión más personal de sus vivencias, enriqueciendo la evaluación de este programa y abriendo perspectivas futuras sobre las dimensiones comunitarias de este tipo de iniciativas.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren expresar su agradecimiento a las personas que participaron en los cursos del programa, y en especial a quienes acudieron a la sesión del grupo focal.

CONSIDERACIONES

Aspectos éticos

El presente estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja (Ref. CEImLAR P.I. 590) el 26 de abril de 2022.

Cada participante en el PMBEBM firmó el consentimiento informado. Las personas que participaron en el grupo focal firmaron el correspondiente consentimiento informado.

FINANCIACIÓN

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores refieren no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, et al. The Warwick-Edinburgh Mental WellbeingScale (WEMWBS): development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes*. [Internet]. 2007;5(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
2. World Health Organization: Promoting Mental Health, Concepts, Emerging Evidence and Practice. En: Summary Report. Geneva: World Health Organization; 2004.
3. Blodgett JM, Birch JM, Musella M, Harkness F, Kaushal A. What works to improve well-being? A rapid systematic review of 223 interventions evaluated with the Warwick-Edinburgh mental well-being scales. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2022;19(23):15845. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph192315845>
4. Baer R, Gu J, Cavanagh K, Strauss C. Differential sensitivity of mindfulness questionnaires to change with treatment: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Assess* [Internet]. 2019;31(10):1247-63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000744>
5. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. London: NICE; 2022.
6. American Psychological Association. Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. [Internet]. 2019 [consultado: el 13 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.apa.org/depression-guideline>
7. Barceló-Soler A, Monreal-Bartolomé A, Navarro-Gil M, Beltrán Ruiz M, García-Campayo J. Mindfulness aplicado a la atención primaria. *FMC*. [Internet]. 2018;25(10):564-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2018.03.004>
8. Fazio T, Bubbico F, Salvato G, Berzuini G, Bruno S, Bottini G, et al. Boosting Psychological Well-Being through a Social Mindfulness-Based Intervention in the General Population. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2020;17(22). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17228404>
9. Segal Z, Teasdale JD, Williams JM. *Terapia cognitiva para la depresión basada en mindfulness*. Barcelona: Kairós; 2015.
10. Fernández E. MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy): Origen, Alcance y Eficacia. *Revista de Psicoterapia*. [Internet]. 2016;27(103):71-88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33898/rdp.v27i103.105>
11. Hervás G, Cebolla A, Soler J. Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clin Salud*. [Internet]. 2016;27(3):115-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>
12. Galante J, Friedrich C, Dalgleish T, White IR, Jones PB. Mindfulness-based programmes for mental health promotion in adults in non-clinical settings: protocol of an individual participant data meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*. [Internet]. 2022;12(4):e058976. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058976>
13. Ruiz de Ocenda MI, Pardo I. Implantación de un programa de mejora del bienestar emocional basado en atención plena (mindfulness) en una población rural. *Comunidad*. [Internet]. 2023; 25(3):67-72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.55783/comunidad.250303>
14. Ruiz de Ocenda Armentia MI. Efectividad a los 12 meses de un programa de bienestar emocional basado en atención plena (mindfulness) en una localidad rural. *Aten Primaria*. [Internet]. 2024;56(5):102905. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102905>
15. Castellví P, Forero CG, Codony M, Vilagut G, Brugulat P, Medina A, et al. The Spanish version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. *Qual Life Res*. [Internet]. 2014;23(3):857-68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-013-0513-7>
16. Collect, score, analyse and interpret WEMWBS. [Internet]. Coventry: University of Warwick University. [consultado el 27 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/using/howto/>
17. Maheswaran H, Weich S, Powell J, Stewart-Brown S. Evaluating the responsiveness of the Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): Group and individual level analysis. *Health Qual Life Outcomes*. [Internet]. 2012;10(1):156. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-10-156>
18. Oñate L, Calvete E. Adaptation of the five-Facet Mindfulness Questionnaire-Short Form to Spanish family caregivers of people with intellectual and developmental disabilities. *An Psicol*. [Internet]. 2018;34(2):305. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.2.294551>
19. Jiang SS, Liu XH, Han N, Zhang HJ, Xie WX, Xie ZJ, et al. Effects of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive behavioural therapy on symptomatic generalized anxiety disorder: a randomized controlled noninferiority trial. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2022;22(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-022-04127-3>
20. Sverre KT, Nissen ER, Farver-Vestergaard I, Johannsen M, Zachariae R. Comparing the efficacy of mindfulness-based therapy and cognitive-behavioral therapy for depression in head-to-head randomized controlled trials: A systematic review and meta-analysis of equivalence. *Clin Psychol Rev*. [Internet]. 2023;100. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102234>
21. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage Publications; 2018.
22. Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: A practical guide for applied research*. Sage Publications; 2015.