

Voluntariado y Salud Mental en Contexto de pandemia por Covid-19*

Volunteering and Mental Health in the context of the Covid-19 pandemic

Viviana Blanco Castro **
María Beltrán López***
Matías González Grandón****
Francisca Morales Campos*****
Luis Cuevas Soto*****

Resumen: El presente estudio examina la situación de salud mental y su relación con variables sociodemográficas en voluntarios/as de iniciativas territoriales desarrolladas durante la pandemia de Covid-19. La metodología empleada es de naturaleza cuantitativa, con un enfoque no experimental, de diseño transversal y correlacional descriptivo, utilizando una muestra de 43 voluntarios/as de iniciativas territoriales. En general, se observan indicadores positivos de bienestar y salud mental, y se identifica una relación estadísticamente significativa entre la escolaridad y la sintomatología depresiva, así como entre la principal ocupación y el bienestar y sintomatología depresiva. Además, se encontró que la satisfacción con la principal ocupación se relaciona con todos los indicadores de bienestar y sintomatología de salud mental, y la satisfacción con el ingreso se asocia con el bienestar y el estrés. En conclusión, se destaca la importancia de apoyar a quienes ejercen labores de voluntariado al servicio de la comunidad.

Palabras Clave: Salud mental, bienestar, voluntariado

Abstract: The present study examines the mental health situation and its relationship with sociodemographic variables in volunteers of territorial initiatives developed during the Covid-19 pandemic. The methodology used is of a quantitative nature, with a non-experimental, cross-sectional, and correlational descriptive design, utilizing a sample of 43 volunteers from territorial initiatives. Generally, positive indicators of well-being and mental health are observed, and a statistically significant relationship is identified between education level and depressive symptomatology, as well as between the main occupation and well-being and depressive symptomatology. Additionally, it was found that satisfaction with the main occupation is related to all indicators of well-being and mental health symptomatology, and satisfaction with income is

* Este artículo se origina de investigación asociada a Proyecto de Vinculación con el Medio ID-2127, “Construyendo Tejido Social desde los Propios Territorios” de la Universidad San Sebastián en alianza con la Vicaría de la Pastoral Social del Arzobispado de la Santísima Concepción.

** Chilena, Dra. en Salud Mental, Trabajadora Social, Facultad de Derecho y Cs. Sociales, Universidad San Sebastián, sede Concepción, viviana.blanco@uss.cl <https://orcid.org/0000-0003-3642-7519>

*** Chilena, Universidad San Sebastián, estudiante Trabajo social, mbeltranL1@correo.uss.cl <https://orcid.org/0009-0005-5615-736X>

**** Chileno, Universidad San Sebastián, estudiante Trabajo Social mgonzalezg20@correo.uss.cl <https://orcid.org/0009-0008-6046-0590>

***** Chilena, Universidad San Sebastián, estudiante Trabajo Social, fmoralesc2@correo.uss.cl <https://orcid.org/0009-0001-9967-5133>

***** Chileno, Mg. En Familia y Sociedad, Trabajador Social, Facultad de Derecho y Cs. Sociales, Universidad San Sebastián, sede Concepción, luis.cuevas@uss.cl <https://orcid.org/0009-0007-8652-5033>

associated with well-being and stress. In conclusion, the importance of supporting those who perform volunteer work in the service of the community is highlighted.

Keywords: Mental health, Well-being, Volunteering

Recibido: 17 mayo 2023 Aceptado: 6 julio 2023

Introducción

La pandemia por Covid-19 trajo consigo una serie de efectos económicos y sociales que han impactado en la vida de las personas en diferentes ámbitos, y con especial fuerza, en la salud mental de la población, lo que es comprensible considerando que autores como Rodríguez (2021) señala que la misma puede ser considerada en la categoría de desastre, teniendo el potencial de generar cerca de 140 reacciones entre las que se encuentran nerviosismo, inseguridad, ansiedad, tristeza, duelo, desorganización psíquica, insomnio, entre otras.

Un estudio que utilizó bases de datos de 204 países, evidenció un aumento de 27,6% en sintomatología asociada a trastornos depresivos y de un 25,6% en trastornos ansiosos en la población al comparar la prevalencia pre y post pandemia (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Asimismo, la Encuesta Nacional Bicentenario UC realizada el año 2020 en Chile, obtuvo entre sus resultados que el 15% de los/as participantes manifestó haber presentado afecciones de salud mental durante el periodo de pandemia, alcanzando a un 21% en el caso de quienes se identificaron con el sexo femenino. Cabe destacar que el 51% de las personas que declararon presentar sintomatología asociada a problemas de salud mental indican que éstos se agudizaron a partir de la pandemia, principalmente a causa de la duración del confinamiento y a la pérdida de los ingresos en el hogar (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2020).

En este contexto problemático y como respuesta ante la emergencia, se levantan iniciativas territoriales desde la comunidad que se avocaron, principalmente, a satisfacer las necesidades básicas de alimentación de la población mediante la instalación de las llamadas “ollas comunes” o comedores comunitarios, apoyadas por el Programa de Acción Solidaria del Hogar de Cristo y la Vicaría de la Pastoral Social del Arzobispado de la Santísima Concepción. Esta labor fue desempeñada principalmente por el trabajo de voluntarios y voluntarias comprometidos/as con esta tarea, conformándose en agentes de influencia y protagonismo en sus comunidades, desempeñando funciones de liderazgo y organización que se enmarca dentro de un trabajo no remunerado (Jara & Vidal, 2010).

Considerando la relevancia de la acción realizada por los agentes anteriormente mencionados, no puede obviarse, más aún en el contexto de pandemia, que las personas que ejercen este tipo de rol están expuestas a una carga extra que podría generar en las mismas mayor estrés, fatiga y desgaste, provocando un mayor impacto en su salud mental, lo que a su vez tiene efectos en el desarrollo de la labor realizada y en la organización comunitaria (Rebolledo et al., 2022). No obstante, lo indicado, también se ha descubierto que la conducta prosocial altruista lleva a una persona a realizar tareas de ayuda que benefician a otros de manera desinteresada, lo cual moviliza un sentimiento de satisfacción vinculado fuertemente con la felicidad, el sentido positivo de la vida y la realización personal, lo que podría actuar como factor protector frente a la aparición de sintomatología asociada a problemas de salud mental (Campos, 2021; Rebolledo et al., 2022).

A pesar de la importancia de lo señalado, escasea la información sobre la situación específica de salud mental de este grupo de personas en el contexto pandémico, considerando que su actividad ha sido permanente y altamente significativa en el bienestar de la comunidad beneficiada por la misma.

Por lo mencionado, esta investigación explora en la situación de salud mental en tiempos de pandemia, desde una perspectiva integral de salud mental, de voluntarios y voluntarias de iniciativas

territoriales apoyadas por la Vicaría de la Pastoral Social de la Santísima Concepción participantes en el proyecto “Construyendo Tejido Social desde los Propios Territorios” de la Universidad San Sebastián, relacionando la misma con una serie de variables sociodemográficas, bajo las siguientes preguntas y objetivos:

¿Cuál es la situación de salud mental de líderes, lideresas y voluntarios/as de iniciativas territoriales en periodo de pandemia por covid-19?

¿Existe relación entre variables sociodemográficas y de satisfacción con la ocupación realizada y la situación de salud mental de líderes, lideresas y voluntarios/as de iniciativas territoriales en periodo de pandemia por covid-19?. Esta investigación se propuso analizar la situación de salud mental de líderes, lideresas y voluntarios/as de iniciativas territoriales de la provincia de Concepción, participantes del proyecto de Vinculación con el Medio “Construyendo Tejido Social desde los Propios Territorios” de la Universidad San Sebastián en alianza con la Vicaría de la Pastoral Social del Arzobispado de la Santísima Concepción, y su vinculación con características sociodemográficas.

A continuación, se expone una breve explicación de conceptos y enfoques teóricos relevantes que orientaron la investigación.

Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, ha conceptualizado la salud como un estado de completo bienestar que no se limita solo a lo físico, sino que abarca también el aspecto mental y social, así como la existencia o ausencia de enfermedades. En relación a la salud mental, la OMS señala que esta alcanza su máximo potencial cuando permite el desarrollo pleno de las capacidades individuales, la habilidad para afrontar el estrés cotidiano y la contribución activa a la comunidad en la que se vive. Con base en estos principios, se puede inferir que la salud mental no se reduce únicamente a la inexistencia de trastornos mentales, sino que forma una parte integral de la salud general, estando influenciada por diversos factores socioeconómicos, biológicos y ambientales.

Para esta investigación, se ha adoptado un enfoque amplio en el estudio de la salud mental, considerando tanto la perspectiva positiva de bienestar, como la presencia o ausencia de síntomas relacionados con la salud mental.

En cuanto al bienestar, se ha tomado en cuenta tanto la dimensión hedónica, que se refiere a la satisfacción, el placer y las emociones positivas que una persona experimenta (Diener, 2000), como la dimensión eudaimónica, que se centra en el funcionamiento positivo de la vida, incluyendo seis aspectos: autoaceptación, crecimiento personal, propósito en la vida, dominio del ambiente, autonomía y relaciones positivas con otros (Ryff & Keyes, 1995).

Por otro lado, en relación a la sintomatología de salud mental, esta puede entenderse como un conjunto de signos que podrían indicar la presencia de una enfermedad si son persistentes e intensos (Fox & Gary, 1995). En el contexto de esta investigación, se ha examinado específicamente la sintomatología relacionada con ansiedad, estrés y depresión.

Enfoque de los Determinantes Sociales en Salud

Desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud, la noción de salud se concibe como un proceso que permite al individuo alcanzar un equilibrio, un estado de completo bienestar que está influenciado por diversos factores sociales esenciales.

Resulta crucial considerar las influencias sociales y económicas que enmarcan y definen las condiciones de vida de las personas. Esto implica que los estilos de vida están moldeados no solo por las decisiones y comportamientos individuales, sino también por las posibilidades y oportunidades que ofrece el entorno circundante (Ministerio de Salud, 2017).

En consecuencia, existen múltiples determinantes que se entrelazan, tanto a nivel individual como social y estructural, y que pueden ejercer una influencia tanto positiva como negativa en la salud mental de las personas. Tanto los factores biológicos y psicológicos como la exposición a circunstancias sociales, económicas y ambientales, pueden aumentar el riesgo de experimentar trastornos de salud mental (Palomino et al., 2014).

Para fines de la presente investigación se consideraron algunos factores sociodemográficos para hacer comparaciones entre los resultados.

Método

Enfoque y muestra

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional, transversal, abordado desde el diseño no experimental.

Para la determinación de la muestra, se utilizó un muestreo no probabilístico con participantes voluntarios. Fueron encuestados/as 43 personas que eran líderes, lideresas y/o voluntarios de iniciativas territoriales de ollas comunes o comedores comunitarios, beneficiadas directamente por el proyecto antes señalado. Los/as participantes tenían entre 21 y 81 años ($M = 56,68$; $DE = 11,65$). El 83,7% (36) se identificó con el género femenino y un 16,3% (7) con el género masculino.

Variables e Instrumentos

Para obtener los datos necesarios, se empleó un cuestionario autoadministrado o suministrado según las necesidades de los/as participantes, que se diseñó utilizando preguntas cerradas. El cuestionario incluía diversas escalas de medición, todas las cuales previamente se habían validado en muestras de la población de Chile. A continuación, se expone sobre los instrumentos que se utilizaron para la medición de cada variable.

Bienestar

Para la medición del bienestar, se utilizó la escala Pemberton Happiness Index (PHI) de Hervás y Vázquez (2013). Esta escala está compuesta por dos subescalas, para este estudio se utilizó la Subescala de Bienestar Recordado, la que integra los diversos aspectos del bienestar, incluyendo lo hedónico (subjetivo), lo eudaimónico (psicológico) y lo social (Da Costa et al., 2014).

El instrumento consta de 11 ítems relacionados con los sentimientos de bienestar, para los cuales se utiliza una escala de 0 a 10, donde 0 significa "totalmente en desacuerdo" y 10 representa "totalmente de acuerdo".

Para calcular el puntaje final en la Subescala de Bienestar Recordado, se suman los ítems del 1 al 11, considerando el ítem 10, cuyo puntaje se invierte. En América Latina, los puntajes permiten categorizar el bienestar en tres niveles:

Nivel bajo de bienestar: 0 a 79 puntos.

Nivel medio de bienestar: 80 a 90 puntos.

Nivel alto de bienestar: 91 a 110 puntos.

En cuanto a las propiedades psicométricas de la escala, la misma ha demostrado buenos índices de ajuste mediante un análisis de correlación con variables de salud mental, competencias emocionales y regulación emocional. Además, obtuvo un Alfa de Cronbach de $\alpha=0,87$, lo que indica que es un instrumento adecuado y confiable para utilizarlo en la muestra de este estudio (Martínez et al., 2018).

En función de los resultados de este estudio, el Alfa de Cronbach fue de $\alpha=0,87$.

Sintomatología Depresiva

Para identificar la presencia de síntomas depresivos, se utilizó la Escala Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), un instrumento compuesto por 10 ítems (9 de los cuales se suman). Esta escala evalúa la gravedad de los síntomas depresivos experimentados durante las últimas dos semanas, en una escala del 0 al 3, donde 0 representa "nunca" y 3 equivale a "casi todos los días".

En base a la suma de los puntajes obtenidos, la sintomatología depresiva puede clasificarse en cinco niveles:

- 0 a 4 puntos: Sintomatología depresiva mínima.
- 5 a 9 puntos: Sintomatología depresiva leve.
- 10 a 14 puntos: Sintomatología depresiva moderada.
- 15 a 19 puntos: Sintomatología depresiva moderadamente grave.
- 20 a 27 puntos: Sintomatología depresiva grave.

En estudios realizados en Chile, la escala PHQ-9 ha sido específicamente evaluada en contextos de Atención Primaria de Salud (APS), donde ha demostrado un alto grado de confiabilidad, con un alfa de Cronbach de $\alpha=0,84$, y adecuados valores de sensibilidad y especificidad (Saldivia et al., 2019).

En función de los resultados de este estudio, el Alfa de Cronbach fue de $\alpha=0,84$.

Sintomatología Ansiosa

Para evaluar este constructo, se empleó la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) en su versión en español (García et al., 2010). Dicha herramienta tiene la capacidad de detectar síntomas de ansiedad generalizada.

La escala consta de 7 ítems que describen sentimientos y/o problemas que la persona pudo haber experimentado en las últimas dos semanas. Cada ítem se valora en una escala de 0 al 3, donde 0 significa "nunca" y 3 representa "casi todos los días".

La suma de las respuestas proporciona un puntaje total que clasifica a la persona en uno de los siguientes cuatro niveles:

- 0 a 4 puntos: Ausencia de síntomas ansiosos.
- 5 a 9 puntos: Síntomas ansiosos leves.
- 10 a 14 puntos: Síntomas ansiosos moderados.
- 15 a 21 puntos: Síntomas ansiosos severos.

En Chile, la escala GAD-7 ha demostrado una alta confiabilidad en la población chilena, con un alfa de Cronbach de $\alpha=0,92$, lo cual respalda su validez para su utilización en el contexto de este estudio (Urzua et al., 2020).

En función de los resultados de este estudio, el Alfa de Cronbach fue de $\alpha=0,87$.

Estrés Percibido

Se empleó la Escala de Estrés Percibido (PSS) de Cohen et al. (1983) para evaluar el nivel de estrés y los factores que influyeron durante el último mes.

La escala contiene 14 ítems con cinco opciones de respuesta en forma de escala Likert: 0 = "nunca", 1 = "casi nunca", 2 = "de vez en cuando", 3 = "a menudo", 4 = "muy a menudo". A medida que el puntaje aumenta, indica un mayor nivel de estrés percibido.

Esta escala ha sido validada en población adulta chilena, demostrando propiedades psicométricas adecuadas con un alfa de Cronbach de $\alpha=0,79$ (Calderón et al., 2017).

En función de los resultados de este estudio, el Alfa de Cronbach fue de $\alpha=0,83$.

Características Sociodemográficas

Para fines de la presente investigación se utilizaron las siguientes características sociodemográficas: edad, género, nivel de escolaridad, ocupación principal e ingresos en términos de satisfacción.

Proceso de Recolección de la Información

Antes de iniciar la recolección de datos, el cuestionario fue aprobado mediante una revisión por expertos y se aplicó como prueba a personas con características similares a la muestra, pero que no participaron en la investigación. Una vez realizados ambos procesos, se efectuaron las adaptaciones necesarias. Posteriormente, se procedió a la aplicación en terreno del instrumento definitivo en 7 comedores que formaban parte del proyecto "Construyendo Tejido Social desde los Propios Territorios".

El levantamiento de información se llevó a cabo durante aproximadamente cuatro semanas, entre los meses de septiembre y octubre del año 2022, en coordinación con estudiantes en práctica profesional de la carrera de Trabajo Social, vinculados a iniciativas territoriales de la Vicaría de la Pastoral Social de la Santísima Concepción, quienes brindaron seguimiento y acompañamiento. Todo el proceso se realizó siguiendo consideraciones éticas para la investigación científica. Se aseguró el anonimato de las respuestas de cada participante y se les solicitó firmar un consentimiento informado previo a la aplicación del cuestionario.

Análisis de Datos

La información fue ingresada mediante un proceso de doble digitación en el programa SPSS versión 26. Se inició el análisis univariado haciendo uso de la estadística descriptiva, estableciendo tablas de frecuencias porcentuales y absolutas, así como calculando promedios y medias aritméticas. Posteriormente, se procedió a realizar los análisis bivariados, para lo cual se crearon tablas de contingencia en el caso de variables categóricas, y se llevó a cabo el análisis de correlación estadística para las variables numéricas

Resultados

Resultados Descriptivos Características Sociodemográficas

Escolaridad

Del total de la muestra, el 37,2% (16) posee un nivel de escolaridad de educación media completa. Por otro lado, un 27,9% (12) ha completado la educación superior, mientras que un 4,7% (2) declara que su nivel de educación es básica completa. Un 11,6% (5) tiene una escolaridad de educación media incompleta, mientras que un 7% (3) se encuentra en niveles de escolaridad básica y superior incompleta, respectivamente. Finalmente, se identificó que un 4,7% (2) de la muestra no cuenta con estudios formales (Ver tabla 1).

Tabla 1

Nivel de Escolaridad

Nivel de Escolaridad	Porcentaje (%)	Cantidad
Educación Media Completa	37.2	16
Educación Superior	27.9	12
Educación Básica Completa	4.7	2
Educación Media Incompleta	11.6	5
Educación Básica Incompleta	7	3
Sin Estudios Formales	4.7	2
Total	100	43

Número de Personas que Viven en el Hogar

El número promedio de personas por hogar de los/as participantes es de $M = 2,81$ ($DE = 1,53$). Los resultados obtenidos indican que un 25,6% (11) vive solo/a y otro 25,6% (11) informa que habitan tres personas en el hogar. Además, el 18,6% (8) declara que son dos personas en el hogar, el 16,3% (7) cuatro personas, y el 9,3% (4) cinco personas.

En cuanto a hogares con un número mayor de personas, sólo el 2,3% (1) señala que son seis personas en el hogar, y el mismo porcentaje corresponde a hogares con un total de siete personas.

Principal Ocupación

El 51,2% (22) de los/as participantes señala que su principal ocupación, a la cual dedican más tiempo, es ser dueño/a de casa. Por otro lado, el 20,9% (9) se dedica principalmente al voluntariado en la iniciativa territorial a la cual pertenecen. Finalmente, el 27,9% (12) se desempeña en un trabajo remunerado además de su labor como voluntario/a (Ver tabla 2).

Tabla 2

Principal ocupación

Principal ocupación	Porcentaje (%)	Cantidad
Dueño/a de casa	51.2	22
Trabajo remunerado y voluntariado	27.9	12
Voluntariado en iniciativa territorial	20.9	9
Total	100	43

Nivel de Satisfacción con la Principal Ocupación

Los/as participantes obtuvieron un promedio de $M = 4,40$ ($DE = 1,072$) en satisfacción con su ocupación, evaluando en una escala de 1 a 5 puntos. Destaca que 30 de los 43 encuestados indicaron el máximo nivel de satisfacción.

Satisfacción con el Ingreso

Un 58,1% (25) de los/as participantes indica que el dinero alcanza justo para cubrir las necesidades de los integrantes del hogar, mientras que un 30,2% (13) considera que el dinero cubre todas las necesidades del hogar sin problema alguno (Ver tabla 3).

Tabla 3

Percepción sobre el dinero para cubrir necesidades del hogar

Percepción sobre el dinero para cubrir necesidades del hogar	Porcentaje (%)	Cantidad
Alcanza justo para cubrir necesidades	58.1	25
Cubre todas las necesidades sin problema alguno	30.2	13
No cubre todas las necesidades	11.7	5
Total	100	43

Resultados Descriptivos Sintomatología de Salud Mental

Bienestar

En promedio, los/as participantes en el estudio obtuvieron un puntaje de 90,07 ($DE=16,07$) en la subescala total de Bienestar Recordado. El puntaje mínimo fue de 39 puntos, mientras que el máximo fue de 110. Para la subescala utilizada, el puntaje mínimo es de 0 y el máximo es de 110; cada ítem de respuesta oscila en una escala que va de 0 a 10 puntos. En relación a los niveles de bienestar, los resultados indican

que un 62,8% (27) se encuentra en un nivel de alto bienestar, mientras que un 20,9% (9) está en un nivel medio y un 16,3% (7) se encuentra en un nivel de bajo bienestar (Ver tabla 4).

Tabla 4

Nivel de bienestar de los encuestados

Nivel de Bienestar	Porcentaje (%)	Cantidad
Alto	62.8	27
Medio	20.9	9
Bajo	16.3	7
Total	100	43

Sintomatología Depresiva

En cuanto a sintomatología depresiva, los/as participantes obtuvieron una media aritmética de $M=7,23$ ($DE=5,37$) con un puntaje mínimo de 0 puntos y un máximo de 22. Para la escala utilizada, el puntaje mínimo es de 0 y el máximo es de 29; cada ítem de respuesta oscila en una escala que va de 0 a 3 puntos. En cuanto a los niveles de sintomatología depresiva, el 39,5% (17) de la muestra presenta un nivel de sintomatología depresiva mínima. Sin embargo, el 25,6% (11) se encuentra en niveles de sintomatología leve y otro 25,6% (11) en niveles moderados. Por último, un 7% (3) manifestó dicha sintomatología en un nivel moderadamente grave y un 2,3% (1) en un nivel grave (Ver tabla 5).

Tabla 5

Nivel de sintomatología depresiva de los encuestados

Nivel de Sintomatología Depresiva	Porcentaje (%)	Cantidad
Mínima	39.5	17
Leve	25.6	11
Moderada	25.6	11
Moderadamente grave	7	3
Grave	2.3	1
Total	100	43

Sintomatología Ansiosa

En lo que respecta a sintomatología ansiosa, los/as participantes obtuvieron una media aritmética de $M=6,49$ ($DE=5,18$), con un puntaje mínimo de 0 puntos y un máximo de 21. Para la escala utilizada, el puntaje mínimo es de 0 y el máximo es de 21; cada ítem de respuesta oscila en una escala que va de 0 a 3 puntos. Al organizar en niveles de sintomatología ansiosa, los resultados obtenidos reflejan que el 46,5% (20) se encuentra sin sintomatología ansiosa, el 25,6% (11) manifiesta sintomatología ansiosa leve, el 20,9% (9) presenta sintomatología ansiosa moderada y, finalmente, un 7% (3) muestra un nivel de sintomatología severa (Ver tabla 6).

Tabla 6

Nivel de sintomatología ansiosa de los encuestados

Nivel de Sintomatología Ansiosa	Porcentaje (%)	Cantidad
Sin sintomatología ansiosa	46.5	20
Leve	25.6	11
Moderada	20.9	9
Severa	7	3
Total	100	43

Estrés

Los/as participantes obtuvieron una media aritmética de $M=17,84$ ($DE=8,55$) en estrés, con un puntaje mínimo de 2 puntos y un máximo de 38. Para la escala utilizada, el puntaje mínimo es de 0 y el máximo es de 56; cada ítem de respuesta oscila en una escala que va de 0 a 3 puntos.

En relación a los niveles de estrés, el 51,2% (22) presenta un bajo nivel de estrés; no obstante, el 46,5% (20) tiene un nivel medio de estrés, y un 2,3% (1) manifiesta un alto nivel de estrés (Ver tabla 7).

Tabla 7

Nivel de estrés de los encuestados

Nivel de Estrés	Porcentaje (%)	Cantidad
Bajo	51.2	22
Medio	46.5	20
Alto	2.3	1
Total	100	43

Resumen Resultados Bienestar y Sintomatología de Salud Mental

El resumen de las medias aritméticas de cada escala en la muestra se aprecia en la tabla 8. Se puede observar que, en promedio, los participantes se encuentran en un nivel medio de bienestar ($M=90,07$), un nivel leve de sintomatología depresiva ($M=7,23$) y ansiosa ($M=6,49$), y un nivel bajo de estrés ($M=17,84$) (Ver tabla 8).

Tabla 8

Resumen resultados bienestar y sintomatología de salud mental

		Puntaje total bienestar	Puntaje total sintomatología a depresiva	Puntaje total sintomatología a ansiosa	Puntaje total estrés
N	Válido	43	43	43	43
	Perdidos	0	0	0	0
Media		90,07	7,23	6,49	17,84
Desv. Desviación		16,070	5,376	5,184	8,552
Mínimo		39	0	0	2
Máximo		110	22	21	38

Resultados de la Relación entre Variables Sociodemográficas, Bienestar y Sintomatología de Salud Mental

Se realizaron análisis para investigar las relaciones entre género, edad, escolaridad, ocupación e ingreso con el Bienestar y la Sintomatología de Salud Mental. Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el nivel de escolaridad con sintomatología depresiva, así como entre la principal ocupación con el bienestar y la sintomatología depresiva. También se identificaron correlaciones entre satisfacción con la principal ocupación con el bienestar, la depresión, la ansiedad y el estrés, así como entre satisfacción con el ingreso con el bienestar y el estrés. A continuación, se detallan las especificidades de estas correlaciones halladas.

Relación entre Nivel de Escolaridad y Sintomatología Depresiva

En relación a la sintomatología depresiva y el nivel de escolaridad de los/as participantes, se observa lo siguiente: el 30,3% (13) de la muestra no tienen estudios formales o poseen escolaridad incompleta. De este grupo, el 15,3% (2) presenta sintomatología depresiva leve, un 61,5% (8) un nivel

moderado y otro 15,3% (2) un nivel moderadamente grave, con la excepción de un 7,6% (1) que muestra sintomatología depresiva mínima.

Por otro lado, el 69,8% (30) de la muestra ha completado la enseñanza media o más estudios, de este grupo, el 53,3% (16) presenta un nivel mínimo de sintomatología depresiva, un 30% (9) un nivel leve, y un 16,6% (5) se encuentra entre los rangos de sintomatología depresiva moderada a grave.

El análisis estadístico de diferencia de proporciones revela una relación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y el nivel de escolaridad de la muestra ($\chi^2(3, N=43) = 0,182$; $p=0,01$; $p < 0,05$).

Relación entre la Principal Ocupación con el Bienestar y la Sintomatología Depresiva

En relación a la principal ocupación y su vinculación con el bienestar, el 51,2% (22) de la muestra se dedica principalmente a ser dueñas/os de casa. De este grupo, un 59% (13) presenta un alto nivel de bienestar, un 27,2% (6) un nivel medio de bienestar, y un 13,6% (3) un nivel bajo de bienestar.

Por otro lado, el 20,9% (9) de las personas indicó que su principal ocupación es ser voluntario/a de comedor comunitario, y dentro de este grupo, el 66,6% (6) manifestó un alto nivel de bienestar, el 22,2% (2) un bajo nivel de bienestar, y el 11,1% (1) un nivel medio de bienestar.

Finalmente, el 27,9% (12) de los/as participantes se desempeña en un trabajo remunerado, y de ellos/as, el 66,6% (8) presenta un alto nivel de bienestar, mientras que el 16,6% (2) tiene un nivel medio y otro 16,6% (2) un nivel bajo de bienestar.

El análisis estadístico de diferencia de proporciones muestra que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de bienestar y la principal ocupación de los/as participantes ($\chi^2(3, N=43) = 0,637$; $p < 0,001$).

En relación a la principal ocupación y su vinculación con la sintomatología depresiva, se observa una dispersión en cuanto a los niveles de dicha sintomatología en quienes se dedican principalmente a ser dueñas/os de casa. Un 31,81% (7) se encuentra en un nivel de sintomatología depresiva mínima, un 27,2% (6) en un nivel leve, otro 31,81% (7) en un nivel moderado y un 9% (2) en un nivel moderado grave.

En cuanto al grupo de personas que identifica como principal ocupación ser voluntario/a de comedor comunitario, un 44,4% (4) se encuentra en un nivel de sintomatología depresiva mínima, un 22,2% (2) en un nivel moderado, y un 11,1% (1) en cada uno de los niveles de sintomatología depresiva leve, moderada grave y grave, respectivamente.

Por último, entre quienes se desempeñan en un trabajo remunerado, el 50% (6) se encuentra en un nivel de sintomatología depresiva mínima, un 33,3% (4) en un nivel leve y un 16,6% (2) en un nivel moderado.

El análisis estadístico de diferencia de proporciones muestra que existe una relación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y la principal ocupación de los/as participantes ($\chi^2(3, N=43) = 0,340$; $p=0,03$; $p < 0,05$).

Relación entre la Principal Ocupación y la Sintomatología Depresiva

Además, se indica que el análisis estadístico de diferencia de proporciones muestra que existe una relación estadísticamente significativa tanto entre el nivel de bienestar y la principal ocupación ($\chi^2(3, N=43) = 0,637$; $p < 0,001$; $p < 0,05$) como entre la sintomatología depresiva y la principal ocupación ($\chi^2(3, N=43) = 0,340$; $p = 0,03$; $p < 0,05$).

Relación entre Satisfacción con la Principal Ocupación con el Bienestar, la Depresión, la Ansiedad y el Estrés

Para analizar la relación entre la satisfacción con la principal ocupación y las variables dependientes de este estudio, se calcularon correlaciones estadísticas. Los resultados revelaron una relación moderada y estadísticamente significativa entre todas las variables, como se puede observar en la tabla 9.

Tabla 9

Correlaciones entre Satisfacción con la Principal Ocupación y Bienestar, Depresión, Ansiedad y Estrés

Escala	Satisfacción de la Principal Ocupación
Bienestar	Rho= 0,483**; p=0,001
Depresión	Rho= -0,325*; p=0,033
Ansiedad	Rho= -0,422**; p=0,005
Estrés	Rho= -0,518**; p=0,001

Nota. **Estadísticamente significativo $p < 0.001$. *Estadísticamente significativo $p < 0.05$

De estos resultados se desprende que en la medida que aumenta la satisfacción con la principal ocupación aumenta el bienestar y disminuye la sintomatología de salud mental.

Relación entre Satisfacción con el Ingreso con el Bienestar y el Estrés

Un 30,2% (13) de la muestra considera que el dinero cubre sin problemas todas las necesidades del hogar, y, dentro de este grupo, el 100% (13) presenta un alto nivel de bienestar. Por otro lado, el 58,1% (25) de los/as participantes señala que el dinero alcanza justo para cubrir las necesidades del hogar, dentro de este grupo, el 20% (5) tiene un nivel bajo de bienestar, el 28% (7) un nivel medio y el 52% (13) un nivel alto. Por último, el 11,6% (5) de la muestra considera que el dinero es insuficiente para cubrir las necesidades del hogar, dentro de este grupo, el 40% (2) tiene un nivel bajo de bienestar, el 40% (2) un nivel medio y el 20% (1) un nivel alto. El análisis estadístico reveló una relación significativa entre el bienestar y la satisfacción con el ingreso ($\chi^2(3, N=43) = 0,011$; $p < 0,001$).

En cuanto a la relación entre la satisfacción con el ingreso y el estrés, se encontró que de los/as participantes que consideran que el dinero cubre todas las necesidades del hogar sin problemas, un 76,9% (10) presenta un nivel bajo de estrés. Entre quienes consideran que el dinero alcanza justo para cubrir las necesidades del hogar, el 48% (12) tiene un nivel bajo de estrés, otro 48% (12) un nivel medio, y el 4% (1) un nivel alto de estrés. Por último, en el grupo de personas que considera que el dinero es insuficiente, el 100% presenta un nivel medio de estrés. El análisis estadístico también mostró una relación significativa entre el nivel de estrés y la satisfacción con el ingreso ($\chi^2(3, N=43) = 0,047$; $p = 0,004$; $p < 0,01$).

En términos generales, los resultados obtenidos revelan una muestra bastante heterogénea, lo que coincide con lo indicado por Thompson y Toro (2000), quienes señalan que el voluntariado es de carácter heterogéneo y se caracteriza más bien por la responsabilidad y el compromiso social con las comunidades. También es importante destacar que, al igual que en este estudio, la labor de voluntariado, especialmente durante la pandemia de COVID-19, fue desempeñada principalmente por mujeres (Sengupta y Al-Khalifa, 2022).

Además, estos resultados indican una correlación positiva significativa entre la satisfacción con la principal ocupación y la salud mental de los/as participantes, lo cual está en línea con la noción de cómo la conducta prosocial altruista lleva a realizar acciones de ayuda sin esperar nada a cambio, generando así un sentimiento de satisfacción estrechamente relacionado con la felicidad, el sentido positivo de la vida y el crecimiento personal. Estos aspectos son importantes de fomentar, ya que podrían actuar como factores protectores ante la aparición de síntomas asociados a problemas de salud mental (Campos, 2021; Rebollo et al., 2022).

Uno de los principales hallazgos de esta investigación es que se observa una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa entre la satisfacción con la ocupación y el nivel de bienestar de la persona. Además, se destaca una correlación estadísticamente significativa e inversamente proporcional entre la satisfacción con la ocupación y la sintomatología de salud mental, ante lo cual destaca que cerca de la mitad de la muestra señala que su principal ocupación es el voluntariado, por lo tanto, es relevante que líderes, líderes y voluntarios/as se sientan satisfechos/as con su ocupación, considerando que es una labor a la cual dedican gran parte de su tiempo y que les brinda una sensación de realización al contribuir positivamente en su comunidad. Esto es coherente con el concepto de que el objetivo último del individuo está en la adquisición de placer y felicidad, la ausencia de problemas y la vivencia de sensaciones positivas (Mayordomo et al., 2016).

En cuanto a las diferencias en variables sociodemográficas dentro del grupo de voluntarios/as, se expresan algunas disparidades, aunque estas no son estadísticamente significativas, salvo en el caso de la escolaridad y la principal ocupación con respecto a la sintomatología depresiva, y el tipo de ocupación con el bienestar. Es comprensible que el voluntariado contribuya al bienestar de las personas, incluso en contextos adversos, ya que el comportamiento prosocial altruista lleva a las personas a realizar acciones de ayuda desinteresadamente, incluso si implica algún grado de riesgo, por la preocupación por el bienestar de los demás. A cambio, reciben múltiples beneficios, como optimismo, satisfacción con la vida y experimentación de emociones positivas con mayor frecuencia. Se ha demostrado que la gratitud que genera dicha ocupación mejora tanto la salud física como mental (Poma, 2016; Campos, 2021).

Conclusión

Se concluye que los resultados obtenidos en esta investigación proporcionan una visión valiosa sobre la relación entre la principal ocupación, el ingreso y diversas variables relacionadas con la salud mental en general, considerando una perspectiva integral. Estos hallazgos demuestran una clara asociación estadísticamente significativa entre la principal ocupación y los niveles de bienestar, sintomatología depresiva, ansiedad y estrés en las personas estudiadas.

En primer lugar, se observa que las personas que se sienten más satisfechas con su principal ocupación tienden a experimentar mayores niveles de bienestar y menores niveles de sintomatología asociada a problemas de salud mental. Esta relación sugiere que la satisfacción con la actividad principal que realizan en su vida cotidiana puede tener un impacto significativo en su salud mental y emocional, sobre todo considerando la realización de actividades de voluntariado.

En segundo lugar, estos resultados también indican una asociación significativa entre el ingreso y las variables de bienestar psicológico. Específicamente, aquellos voluntarios/as que consideran que sus ingresos son suficientes para la satisfacción de las necesidades de sus familias tienden a presentar niveles más altos de bienestar y menores niveles de estrés en comparación con aquellos que consideran sus recursos como limitados. Esto sugiere que las condiciones económicas pueden influir en la salud mental de este grupo de personas y que contar con recursos financieros adecuados puede contribuir positivamente al bienestar general.

Estos hallazgos tienen importantes implicaciones para el diseño de intervenciones y políticas dirigidas a mejorar el bienestar y reducir los síntomas de depresión, ansiedad y estrés en las personas que ejercen labores de voluntariado. Es fundamental que los responsables de la toma de decisiones consideren la importancia de apoyar las iniciativas que surgen del trabajo prosocial voluntario, fomentando, entre otras cosas, la promoción del bienestar psicológico y social, junto con la satisfacción y el compromiso de las personas que realizan estas acciones y las comunidades, ya que esto podría tener efectos positivos en su salud mental.

Finalmente, cabe señalar que este estudio tiene ciertas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. Por ejemplo, la muestra utilizada en esta investigación fue no probabilística y de tamaño limitado, lo que imposibilita la generalización de los resultados a otras poblaciones. Se sugiere que

futuras investigaciones aborden estas limitaciones y amplíen la muestra para obtener resultados más representativos y robustos.

Referencias Bibliográficas

- Calderón Carvajal, C., Gómez, N., López, F., Otárola, N., & Briceño, M. (2018). Estructura factorial de la escala de estrés percibido (PSS) en una muestra de trabajadores chilenos. *Salud & Sociedad*, 8(3), 218-226. <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/2649>
- Campos, P. (2021). *Gratitud y felicidad en jóvenes voluntarios de una institución de ayuda social en la Zona Norte del país*. [Tesis para optar al título profesional de Licenciada en Psicología]. Universidad Privada del Norte. <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/27604/Campos%20Vasquez%20Perla%20Elizabeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Da Costa, S., Páez, D., Oriol, X., & Unzueta, C. (2014). Regulación de la afectividad en el ámbito laboral: validez de las escalas de hetero- regulación EROS y EIM. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 30(1), 13–22. <https://doi.org/10.5093/tr2014a2>
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, 55(1), 34. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Fox, Steven V., & Gary N. Fox. "Mayo Clinic Family Health Book for Windows 1.2.1." *Journal of Family Practice*, 40(1)94+
link.gale.com/apps/doc/A16392613/AONE?u=anon~b7229539&sid=googleScholar&xid=df34e323
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., ... & Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and quality of life outcomes*, 8(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Hervás, G., & Vázquez, C. (2013). Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: The Pemberton Happiness Index. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 66. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-66>
- Jara, K. & Vidal, D. (2010). Voluntariado y responsabilidad social en jóvenes estudiantes de educación superior de la provincia de Concepción, Chile. *Trayectorias*, 12(31), 137-152.
<https://www.redalyc.org/pdf/607/60717342008.pdf>
- Martínez, G., Bilbao, M., Costa, D. & Da costa, S. (2018). Bienestar y su medida: Validación el Pemberton Happiness Index en 3 países latinoamericanos. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*, 4, 126-140.
http://psycap.cl/wp-content/uploads/2018/05/Monogra%CC%81fico-RLPP-Mayo-2018_Versio%CC%81n-Final.pdf
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E. y Meléndez, J. (2016). Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 101-112. <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v14n2/v14n2a08.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Palomino Moral, P. A., Grande Gascón, M. L., & Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(Extra_1), 45–70. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
- Poma, G. (2016). *Motivaciones para realizar voluntariado en jóvenes universitarios*. [Tesis para optar al título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica]. Pontificia Universidad Católica del Perú.

- https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/7459/POMA_LINARES_GIANMA_RCO_MOTIVACIONES.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Pontificia Universidad Católica de Chile. (2020). *Encuesta Nacional Bicentenario UC: En pandemia*.
<https://www.ciperchile.cl/wp-content/uploads/Encuesta-Bicentenario-2020-FINAL.pdf>
- Rebollo, G., Asencio, V. y Velásquez, O. (2022). Fatiga compasiva: ¿Cómo preservar la integridad emocional y física de los actores participantes en el trabajo comunitario? *Revista Psicología(s)*, 5, 151-179.
<https://revistas.upr.edu/index.php/psicologias/article/view/18974>
- Rodríguez, Y., Mezquía, B. & Aguiar, I. (2021). Desarrollo de líderes comunitarias en tiempos de pandemia. *Revista Científica Multidisciplinaria*, 5(5), 57-66. <https://doi.org/10.47230/unesum-ciencias.v5.n5.2021.589>
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>.
- Saldivia, Sandra et al. (2019). Psychometric characteristics of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Rev. méd. Chile [online]* 147 (1)53-60. ISSN 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000100053>.
- Sengupta, D. y Al-Khalifa, D. (2022). Motivaciones de las jóvenes voluntarias durante la COVID-19: una investigación cualitativa en Bahrein. *Ciencias Administrativas*, 12 (2), 65.
<https://doi.org/10.3390/admsci12020065>
- Urzúa, A., Samaniego, A., Caqueo, A., Zapata, A., y Irrarrázaval, M. (2020). Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Revista Médica de Chile*, (148), 1121- 1127
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v148n8/0717-6163-rmc-148-08-1121.pdf>