

**PERFIL DE SALUD MENTAL DE LOS VOLUNTARIOS CLOWN PERTENECIENTES
A LAS FUNDACIONES DOCTORA CLOWN Y CORAZÓN EN PARCHES**

Presentado por:

Andrés Felipe Carvajal Castellanos

María Alejandra Galvis Hernández

Daniela María Ruiz Jaimes

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BUCARAMANGA
NOVIEMBRE 2020**

**PERFIL DE SALUD MENTAL DE LOS VOLUNTARIOS CLOWN PERTENECIENTES
A LAS FUNDACIONES DOCTORA CLOWN Y CORAZÓN EN PARCHES**

Presentado por:

Andrés Felipe Carvajal Castellanos

María Alejandra Galvis Hernández

Daniela María Ruiz Jaimes

PhD. Mónica Mojica Perilla

Tutora de proyecto de grado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

NOVIEMBRE 2020

*Gracias a nuestras familias, por su apoyo incondicional
durante todo el proceso.*

A nuestra tutora, por su compromiso y entrega.

*Y a todos aquellos que hicieron posible
culminar este proceso.*

Tabla de contenido

Resumen	8
Abstract.....	9
Planteamiento del problema.....	10
Justificación	15
Objetivo general	20
Objetivos específicos.....	20
Antecedentes	21
Marco teórico	33
Salud mental.....	34
Voluntariado.....	52
Metodología.....	57
Diseño	57
Participantes	57
Instrumentos.....	58
Cuestionario de datos sociodemográficos y psicosociales.....	58
Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28).....	58
Escala de Autoestima de Rosenberg.....	59
Escala de satisfacción con la vida (SWLS).....	60
Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.....	62
Procedimiento	63
Resultados.....	64
Resultados de datos sociodemográficos.....	64
Resultados por escalas aplicadas	77
Escala de Salud Autopercebida de Goldberg.....	77
Escala de autoestima de Rosenberg.....	82
Escala de satisfacción con la vida de Diener.....	85
Escala de bienestar psicológico de Ryff.....	89
Resultados del análisis de motivaciones para pertenecer al voluntariado clown	92
Resultados del análisis de influencias en la vida de los voluntarios.....	99
Discusión	107
Conclusiones.....	120

Referencias.....	122
Anexos.....	140
Cuestionario de datos sociodemográficos.....	140

Tabla de contenido de figuras

Figura 1. Distribución de la muestra según los rangos etarios.	65
Figura 2. Distribución de la muestra según la fundación de procedencia.	65
Figura 3. Distribución de la muestra según el tiempo de pertenencia al voluntariado.	66
Figura 4. Distribución de la muestra según el número de asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero del 2020.	67
Figura 5. Distribución de la muestra según el municipio de residencia.	67
Figura 6. Distribución de la muestra según el sexo.	68
Figura 7. Distribución de la muestra según el estado civil.	68
Figura 8. Distribución de la muestra de acuerdo con la cantidad de hijos.	69
Figura 9. Distribución de la muestra según el nivel socioeconómico.	69
Figura 10. Distribución de la muestra de acuerdo con el nivel escolar.	70
Figura 11. Distribución de la muestra de acuerdo con la situación laboral actual.	70
Figura 12. Distribución de la muestra según el sexo y el tiempo de pertenencia al voluntariado	71
Figura 13. Distribución de la muestra según el sexo y el número de asistencias a actividades hospitalaria entre enero de 2019 y febrero de 2020.	72
Figura 14. Distribución de la muestra según el rango etario y el tiempo de pertenencia al voluntariado.	73
Figura 15. Distribución de la muestra según el rango etario y el número de asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020.	73
Figura 16. Distribución de la muestra de acuerdo con el nivel escolar y el tiempo de pertenencia al voluntariado.	74
Figura 17. Distribución de la muestra según el nivel escolar y el número de asistencias a actividades hospitalarias durante enero de 2019 y febrero de 2020.	75
Figura 18. Distribución de la muestra de acuerdo con el estado civil y el tiempo de pertenencia al voluntariado.	75
Figura 19. Distribución muestra de acuerdo con el estado civil y el número de asistencias a actividades hospitalaria entre enero de 2019 y febrero de 2020.	76

Figura 20. Distribución de la muestra de acuerdo con la presencia o ausencia de riesgo según la escala "Salud Autopercebida" de Goldberg.	77
Figura 21. Distribución de la muestra de acuerdo con la presencia o ausencia de riesgo según la escala de salud autopercebida de Goldberg y el sexo.	78
Figura 22. Distribución de la muestra de acuerdo con la presencia o ausencia de riesgo según la escala "Salud autopercebida" de Golberg y el tiempo de pertenencia al voluntariado.	79
Figura 23. Distribución de la muestra por la presencia o ausencia de riesgo según la escala "Salud autopercebida" de Goldberg y el número de asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020	81
Figura 24. Distribución de la muestra según los niveles de autoestima de acuerdo con la escala de Rosenberg.	82
Figura 25. Distribución de la muestra de acuerdo con el sexo y los niveles de autoestima según la escala de Rosenberg.	83
Figura 26. Distribución de la muestra de acuerdo con el tiempo de pertenencia al voluntariado y el nivel de autoestima según la escala de Rosenberg.	83
Figura 27. Distribución de la muestra de acuerdo con el número de asistencias a actividades hospitalaria y los niveles de autoestima según la escala de Rosenberg.	84
Figura 28. Distribución de la muestra en base a los niveles de satisfacción con la vida en concordancia a la escala de Diener.	85
Figura 29. Distribución de la muestra de acuerdo con de satisfacción con la vida según la escala de Diener y el sexo.	86
Figura 30. Distribución de la muestra de acuerdo con el nivel de satisfacción con la vida según la escala de Diener y el tiempo de pertenencia al voluntariado.	87
Figura 31. Distribución muestral en concordancia al nivel de satisfacción con la vida de acuerdo con la escala de Diener y el número de asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020.	¡Error! Marcador no definido.8
Figura 32. Distribución muestral en concordancia al nivel de bienestar psicológico de acuerdo a la escala de Ryff.	89
Figura 33. Distribución de la muestra de acuerdo al nivel de bienestar psicológico según Ryff y sexo.	90
Figura 34. Distribución de la muestra de acuerdo con el nivel de bienestar psicológico según la escala de Ryff y el tiempo de pertenencia al voluntariado.	90
Figura 35. Distribución de la muestra de acuerdo con el nivel de bienestar psicológico según la escala de Ryff y el número de asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020.	91

Figura 36. Relaciones derivadas del análisis de contenido de los códigos y categorías de las motivaciones para pertenecer al voluntariado clown.	98
Figura 37. Relaciones derivadas del análisis de contenido de los códigos referentes a las influencias en la vida de los voluntarios.	105
Figura 38. Nube de palabras de las motivaciones para pertenecer al voluntariado clown e influencias en la vida de los voluntarios en relación al voluntariado clown.	106

Tabla de contenido de tablas

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de aparición de los códigos referentes a las motivaciones para pertenecer al voluntariado clown.	93
Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de aparición de los códigos referentes a las influencias en la vida de los voluntarios.	99

Resumen

El voluntariado es concebido como la acción de pertenecer a una entidad sin ánimo de lucro que lleva a cabo actividades que contribuyen a la comunidad. En este sentido, los voluntarios se encargan de generar ambientes de confianza, calidez e intimidad, facilitando procesos de salud mental y bienestar a los individuos de su entorno. De ahí que, se ha evidenciado que pertenecer a un voluntariado proporciona mecanismos que fomentan la salud mental, provocando el incremento de la calidad de vida, la felicidad, el favorecimiento del bienestar psicológico, la autoestima, la interacción y el apoyo social. Ahora bien, la literatura existente no aporta información referente a los beneficios subyacentes del voluntariado clown en específico, a pesar de que estos voluntarios se desempeñan mayormente en centros hospitalarios, escenarios que suponen exposición a situaciones de vulnerabilidad emocional que, generalmente, resultan en apremiantes movilizaciones de recursos psicológicos de gestión y afrontamiento. Por este motivo, la presente investigación se centra en analizar el perfil de salud mental de 23 voluntarios clown que forman parte de las fundaciones Doctora Clown de las sedes de Bucaramanga y Bogotá, y Corazón en Parches de la sede de Bucaramanga, utilizando, para este fin, un cuestionario de datos sociodemográficos, el GHQ-28 de Goldberg, la escala de Autoestima de Rosenberg, la escala SWLS de Diener y la escala de Bienestar Psicológico de Ryff. El estudio empleó un diseño no experimental cuantitativo de tipo transversal y alcance descriptivo, y la muestra fue seleccionada por conveniencia. Como resultados generales, se sostiene que los voluntarios clown participantes presentan los criterios necesarios para ser considerados personas saludables y ajustadas y, en paralelo con la revisión bibliográfica, se concluye que el voluntariado clown es una actividad que propicia beneficios considerables y, junto con otras intervenciones, puede promover un mejor estado de salud mental en los individuos.

Abstract

Volunteering is conceived as the action of belonging to a non-profit organization that carries out activities that contribute to the community. In this sense, the volunteers are in charge of generating environments of trust, warmth and intimacy, facilitating processes of mental health and well-being to the individuals in their environment. Hence, it has been shown that belonging to a volunteer service provides mechanisms that promote mental health, causing an increase in quality of life, happiness, promoting psychological well-being, self-esteem, interaction and social support. However, the existing literature does not provide information regarding the underlying benefits of clown volunteering specifically, despite the fact that these volunteers work mostly in hospital centers, scenarios that involve exposure to situations of emotional vulnerability that generally result in urgent mobilizations management and coping psychological resources. For this reason, this research focuses on analyzing the mental health profile of 23 clown volunteers who are part of the Doctora Clown foundation of the Bucaramanga and Bogotá headquarters, and Corazón en Parches of the Bucaramanga headquarters, using a questionnaire of sociodemographic data, the GHQ-28 of Goldberg, the scale of Self-esteem of Rosenberg, the SWLS scale of Diener and the scale of Psychological Well-being of Ryff. The study used a quantitative non-experimental design of a cross sectional type and descriptive scope, and the sample was selected for convenience. As general results, it is argued that the participating clown volunteers present the necessary criteria to be considered healthy and adjusted people and, in parallel with the bibliographic review, it is concluded that clown volunteering is an activity that provides considerable benefits and, together with other interventions, can promote a better state of mental health in individuals.

Planteamiento del problema

La salud mental es un tema de gran amplitud, importancia y necesidad en la salud pública, tanto para las personas en sí, como para los entornos en donde interactúan. Por lo cual, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004) consideró la salud mental como un estado de bienestar completo y de equilibrio en varias dimensiones, tales como la física y la social, teniendo en cuenta, además, que se puede hablar de bienestar cuando las personas están en la capacidad de reconocer sus propias habilidades y pueden afrontar situaciones que les producen estrés, así como el hecho de ser productivos y aportar a la sociedad para alcanzar las metas que se proponen, por lo que, la salud mental viene siendo un derecho para todas las personas y no solo para aquellas que están afectadas por alguna enfermedad o trastorno mental.

En este orden de ideas, Maitta, Cedeño y Escobar (2018) señalan que la salud mental debe ser considerada desde varias perspectivas, aludiendo entonces a una serie de elementos que pueden influir en la salud mental de una población, entre los cuales se puede hacer mención a factores básicos como: los sociales, psicológicos y biológicos; y a las áreas de ajuste como: la familiar, laboral, social y económica. Sin embargo, al comprender holísticamente la relación, que llega a ser recíproca, entre dichos elementos y la salud mental, se crea una descripción más cercana de la realidad de los individuos, las capacidades de sus respuestas y las cualidades particulares de los estilos de vida.

A modo de ilustración, cuando las áreas laboral y familiar se ven afectadas por la salud mental, hay una tendencia a presentarse dificultades en las capacidades personales relacionadas con la continuidad en el alcance de objetivos y metas preestablecidas. Del mismo modo, los problemas más frecuentes de salud mental reportados por la literatura están asociados a la presencia de depresión y ansiedad, conflictos de pareja y alteraciones en la conducta de los

niños. Las consecuencias de la alteración en la salud mental se reflejan en variaciones del apetito y en los estados de ánimo, así como en la presencia de angustia y preocupaciones; más aún, las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Un ejemplo claro son aquellas personas que presentan trastornos de depresión mayor o esquizofrenia, quienes tienen un 40% a 60% de probabilidad de muerte en comparación con la población en general. Además, a nivel mundial, el suicidio se encuentra como la segunda causa más prevalente de muerte en los adolescentes (OMS, 2013).

La salud mental en Colombia, según la Ley 1616 (2013), se caracteriza por ser un estado dinámico perteneciente a la vida cotidiana de las personas a través del comportamiento y la interacción con sus pares, de forma que permite hacer uso de sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para establecer relaciones y poder actuar en la sociedad. Por ello, con el objetivo de garantizar el bienestar común de los colombianos, la salud mental es vista como un derecho fundamental desde el marco de la salud pública. En efecto, la salud mental es primordial para el funcionamiento de una nación, con el fin de cumplir los objetivos y metas planteadas para el desarrollo tanto individual como colectivo. En relación con la salud pública, la salud mental es un tema que abarca gran importancia y atención prioritaria por los sistemas de salud, tanto para la promoción de la salud mental como para la prevención de los trastornos mentales. En Colombia, los trastornos mentales son frecuentes; Posada (2013), expone que afectan a dos de cada cinco personas adultas en el país; ningún nivel socioeconómico o área geográfica es inmune, son costosos tanto económica como emocionalmente para la persona que lo padece, la familia y la sociedad, y la coexistencia de enfermedades físicas y trastornos mentales es altamente habitual.

De ahí que, organismos internacionales y nacionales establezcan estrategias y planes orientados a restaurar, mantener y preservar la salud física y mental. En el caso de la OMS (1986), la Carta de Ottawa menciona que la promoción de la salud consiste en proveer a las personas de elementos necesarios para aumentar la calidad de su salud y llevar un mayor control de ella. Las personas y grupos deben tener la capacidad de identificar y actuar para satisfacer sus necesidades, lograr sus objetivos y llegar a adaptarse al entorno en el que interactúan con otros. De igual forma, es necesario favorecer los entornos y fomentar el apoyo recíproco entre estos, brindando protección a los miembros de las comunidades, así como al medio ambiente; considerando que el cambio en los estilos de vida, en el área laboral y en el tiempo de ocio afecta de forma significativa a la salud; por lo tanto, la sociedad debe aportar y contribuir a la creación de un entorno saludable, evidenciando vidas seguras, agradables, estimuladoras y reconfortantes (OMS, 1986).

Sin embargo, no siempre los sistemas de salud emplean prácticas para fomentar el apoyo recíproco en comunidades. Conjuntamente, la necesidad de espacios saludables posibilita el surgimiento de acciones para la promoción de la salud que no están estructuradas políticamente. Por ejemplo, en el marco del cuidado y promoción de la salud, surgen actividades como el voluntariado, el cual se asocia a diversos factores de bienestar presentes en los voluntarios, entre los que se destaca el apoyo social, la interacción, la autoestima, el sentido de control, los mecanismos de adaptación y la salud física (Thoits y Hewitt, 2001; Casiday, Kinsman, Fisher y Bramba, 2008; Pérez-Miralles, 2015). Igualmente, Thoits y Hewitt (2001) hallaron que las horas de voluntariado incrementan significativamente la felicidad, la satisfacción con la vida, el dominio y la salud física; así mismo, el hecho de compartir tiempo con otros, el gusto por ayudar y aportar a la comunidad o a grupos necesitados, funcionan como predictores para el aumento de

los beneficios psicológicos, siendo estos, el incremento en la autoestima, la salud autopercebida, la interacción social, la felicidad subjetiva y calidad de vida, y por otro lado, se relacionan con la disminución del estrés y la depresión.

El pertenecer a un voluntariado proporciona mecanismos que favorecen el bienestar de quien ejerce dicho rol. En la literatura se destacan ejemplos, y uno de ellos hace referencia a que los adultos mayores con mayor ausencia de identidad de roles en los principales dominios de la vida pueden mantener metas y objetivos, y llegar a emprenderlas (Greenfield y Marks, 2004). En esta misma línea, Ferrada y Zavala (2014) indican que los adultos mayores que participan como voluntarios expresan niveles más altos de bienestar en relación con los no voluntarios, por el hecho de ser un medio para la promoción de la salud, así como para el incremento del bienestar psicológico, aunque también, se relaciona con el retraso de la mortalidad de la población de adultos mayores. Sin embargo, Omoto, Snyder y Martino (2000), citados por Cabrera y Marrero (2015, p.792), aclaran que, a pesar de estos hallazgos, relativamente poca investigación se ha centrado en los beneficios psicológicos que las personas obtienen por implicarse en actividades voluntarias.

Una de estas actividades de voluntariado poco estudiada, es la denominada “terapia clown”, la cual ha pasado por todo un desarrollo histórico, hasta consolidarse en la actualidad. En Italia, durante los siglos XVI y XVII, inicia un nuevo estilo teatral más conocido como el *arte del clown* o “*En la commedia dell’Arte*”, siendo una fusión entre mimos, clowns, acróbatas, bailarines y demás especies del teatro popular, la cual se basa en la convención, improvisación y complicidad con el público. Respecto al *clown*, más que un payaso de fiestas y de actuación artística, es un personaje que intenta ser honesto y sincero, que incluso trabaja en la comprensión

y expresión de emociones, ejerciendo su función principalmente en los hospitales (Espinosa y Gutiérrez, 2010).

Con relación al trabajo en los contextos hospitalarios, el voluntariado clown se orienta a atender los requerimientos que no necesariamente le competen al personal de salud, y que están relacionados con el acompañamiento al enfermo, actividades lúdicas o acompañamiento a la familia (Trujillo, 2017). Cabe destacar, que las atenciones brindadas por el voluntariado clown, según lo plantea Moix (2002), constituyen elementos imprescindibles en el cuidado del paciente. Y más aún, tal como lo plantea Casas (2012), citado por Trujillo (2017, p. 6), dichas funciones están dotadas de características como disposición, comprensión y entrega de forma personalizada, lo que añade un rol humanizador, requerido para brindar soporte de calidad en los procesos de salud o enfermedad de los pacientes.

De este modo, Espinosa y Gutiérrez (2010), hacen referencia a los *doctores clowns* como profesionales y artistas no médicos, pero sí capacitados para trabajar con niños y adultos en los hospitales, caracterizando su labor no por la búsqueda de diagnósticos ni tratamientos, sino por actuar y vivenciar el aquí y el ahora, teniendo como característica principal de su trabajo el sentido del humor para la promoción de la salud en el ser humano.

En relación a la creación de voluntariado clown hospitalario, Nogueira (2006) citado por Espinosa y Gutiérrez (2010, p.11), señala que en la investigación realizada por la ONG Payasos promotores de salud “Doutores da Alegria” entre 2003 y 2004, encontraron 124 organizaciones de payasos hospitalarios a nivel mundial, dentro de estas, *The Big Apple Circus Clown Care Unit*, que fue el primer programa de payasos de hospital creado por Michael Christensen en 1986, organización pionera en el desarrollo de este tipo de intervención en promoción de la salud. En Latinoamérica, se destacan organizaciones en países como Chile, Argentina, Perú,

Venezuela y Colombia. Concretamente, en Colombia sobresalen fundaciones como *Tropa de sonrisas*, *Caliclownd*, *Doctor Chocolate*, *Titiriclaun*, *Corazón en Parches*, *Fundación entre risas y locuras*, *Fundación Doctora Clown* y *Clown por una sonrisa*, distribuidas en ciudades como Cali, Bogotá, Medellín y Bucaramanga principalmente (Galindo y Garzón, 2015).

Ahora bien, hubo notable evidencia al encontrar literatura sobre los beneficios que la actividad de voluntariado puede aportar a la salud mental. Sin embargo, al realizar la revisión de la literatura, no se encuentran estudios que contemplen los beneficios que el voluntariado clown hospitalario aporta a variables predictoras de salud mental como la autoestima, la salud autopercebida, el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida. Por lo tanto, este estudio se centrará en describir dichas variables en los voluntarios de las fundaciones: *Fundación Doctora Clown* y *Corazón en Parches*, y compararlas con los resultados de estudios hallados en muestras que practican acciones de voluntariado diferentes a clown.

Considerando lo planteado anteriormente, se pretende indagar:

¿Cuál es el perfil de salud mental en términos de autoestima, salud autopercebida, bienestar psicológico y satisfacción con la vida de los voluntarios clown en ambientes hospitalarios que desarrollan su actividad en la fundación Doctora Clown y Corazón en Parches?

¿Existe diferencia entre el perfil de salud mental en términos de autoestima, salud autopercebida, bienestar psicológico y satisfacción con la vida de los voluntarios clown y el de voluntarios de otro tipo encontrados en la revisión de la literatura?

Justificación

Alrededor del mundo, muchos gobiernos consideran en sus programas sanitarios la filosofía positiva inmersa en la conceptualización de la salud mental, de forma que se reconoce la importancia de trabajar desde la óptica de la promoción (OMS, 2007). En Colombia, por

ejemplo, entre los programas propuestos en la Política Nacional de Salud Mental, se establecen estrategias para generar y fortalecer ambientes que promuevan estilos de vida saludable. Dentro de estas estrategias se encuentran fortalecer y consolidar las redes de apoyo para generar y potenciar los recursos de los individuos y alcanzar sus objetivos propuestos, además de educar en habilidades psicosociales; de igual forma, el citado documento plantea la necesidad de implementar estrategias para prevenir conductas no adaptativas empleando procesos de detección temprana de riesgos de violencia y de conductas suicidas (Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), 2018).

No obstante, la cara positiva de la salud es evidente solo a nivel conceptual, puesto que se ha demostrado que la realidad asistencial es distinta. Precisamente, los resultados de la Encuesta Nacional en Salud Mental [ENSM] (2015) ponen en consideración distintos fenómenos en los que se requieren esfuerzos tanto por parte de las instituciones de salud, como de las mismas comunidades en pro del cuidado de la salud mental de los colombianos. Al revisar la ENSM se identifica que, respecto al número de síntomas depresivos, los adolescentes que participaron en el estudio presentaron por lo menos un síntoma, específicamente alrededor del 80% de los hombres y mujeres tienen de 1 a 3 síntomas. El 16,6% de las mujeres y el 15% de los hombres manifiestan de 4 a 6 síntomas. Por otra parte, los síntomas que refieren a identificarse como ansiosos están presentes en por lo menos un 52,9% de las personas con uno o más síntomas de ansiedad, siendo 59,3% de las mujeres y 46,4% de los hombres. Finalmente, es necesario destacar que estos mismos estadísticos aplicados a adultos, muestran que, en lo concerniente a síntomas depresivos, el 80,2% de los adultos del grupo manifiestan de 1 a 3 síntomas, el 4,9% de las mujeres y el 3,2% de los hombres manifiestan más de 7 síntomas, es decir, tienen alta probabilidad de presentar un trastorno de tipo depresivo.

Conjuntamente, este mismo estudio da cuenta que mucho más de la mitad de los colombianos no participa en grupos con perspectiva comunitaria, no lo realiza el 53,7% de las personas de 12 a 17 años; el 65,3% de las de 18 a 44 años; el 60,5% de las de 45 a 59 años y el 60% de las de 60 y más años. Dichos datos corroboran lo que investigaciones previas han afirmado, al concluir que, en términos generales, el sentido comunitario por parte de la población colombiana parece estar avanzando más en dirección a la individualización que a la cohesión social. Hurtado, García y Copete, citados por la ENSM (2015, p. 115) muestran que las diversas evaluaciones globales del capital social colombiano realizadas en los años 1997, 2005 y 2011, establecen en primera instancia, una disminución de dicho capital social entre 2005 y 2011, lo cual se debe primordialmente, al descenso en la cooperación, en la solidaridad y en la confianza interpersonal. Esto supone un desmedro de los aportes entre vecinos y en la participación en organizaciones voluntarias. Así mismo, concluyen con que dichos resultados dan cuenta de una sociedad civil debilitada, que va perdiendo el sentido comunitario a merced de la necesidad individual de logro. Sumado a lo anterior, en los casos en que existe participación social o comunitaria, esta tiende a ser esporádica por parte de las personas, y según la ENSM, la participación frecuente del encuestado o de alguien de su hogar en alguna actividad en beneficio de la comunidad, es admitida por el 39,5% entre 12 y 17 años; el 39,6% entre 18 y 44; el 43,6% entre 45 y 59, y el 43,7% de 60 y más.

En este orden de ideas, la falta de participación comunitaria por parte de un amplio sector del país, sumado a las distintas problemáticas en salud mental, dan cuenta de una sociedad que requiere de procesos que le den un giro a dicha situación, y brinden un espacio conceptual y operativo a las acciones encaminadas a proteger de forma efectiva la salud mental, de manera tal que se conciban como una apuesta permanente que involucre a todos los agentes en su

promoción, en la de los recursos psicosociales, el crecimiento emocional y ético de sujetos y colectivos, insistiendo en los vínculos recíprocos entre la salud mental, los derechos humanos y el sentido colectivo (ENSM, 2015).

Frente a esto, la literatura da cuenta que las actividades sociales, no necesariamente estructuradas, pueden contribuir en el bienestar de las personas, específicamente el tipo de bienestar denominado hedónico, es decir, el referido a sentirse bien con una actividad en particular (Piliavin y Siegl, 2007). Más aún, aquellas tareas orientadas al voluntariado permiten al individuo no sólo disfrutar la actividad en sí, sino que aumentan su sensación de satisfacción, partiendo de que este siente que contribuye a la sociedad en general, a esto se le conoce como bienestar eudaimónico. Este último, según afirma Piliavin y Siegl (2007), citado en Casiday, Kinsman, Fisher y Bramba, (2008, p. 3), puede contribuir en mayor medida a la salud y bienestar mental.

En este orden de ideas, en la Política Nacional de Salud Mental, el ejercicio del voluntariado no se encuentra sujeto como una estrategia para generar y consolidar la salud mental, sino que la literatura alude a este como una estrategia de promoción no estructurada, siendo así una acción que posibilita la obtención de una gran cantidad de beneficios, tales como el incremento en la calidad de vida, en la felicidad, en la interacción y apoyo social, en el bienestar psicológico y en la autoestima, así como un factor protector para el mantenimiento de metas (Casiday et al., 2008; Strollo, Romano y Rea, 2015).

Es así, como gran cantidad de estudios dan cuenta que las actividades de voluntariado, y los múltiples roles que asumen los voluntarios, proveen un significado y propósito de vida, promueven el apoyo social, la interacción, y además contribuyen en la sensación de bienestar, ofreciendo recursos psicológicos que pueden manifestarse de cara al afrontamiento de

situaciones de enfermedad (Musick y Wilson, 2003; Li y Ferraro, 2005; Choi y Bohman, 2007).

La revisión sistemática realizada por Casiday et al., (2008), en la cual se tuvieron en cuenta aproximadamente 24.966 artículos provenientes de distintas bases de datos, da cuenta que las actividades de voluntariado tienen un impacto considerable en variables tales como la salud autopercebida, depresión, mortalidad, actividades y diario vivir, satisfacción con la vida, estrés, funcionamiento familiar, interacción y apoyo social, dolor, síndrome burnout, autoeficacia, autoestima, capacidad de afrontamiento, adopción de estilos de vida saludable, entre muchas otras.

Por otra parte, es necesario destacar que los voluntarios, y específicamente aquellos que se desempeñan en centros hospitalarios, son personas que se encuentran expuestas a situaciones de vulnerabilidad emocional (que van desde los procedimientos terapéuticos complejos hasta la muerte de un paciente al que atendían), y que, tal como lo expone Trujillo (2017), para brindar servicios de calidad a los pacientes, hacen uso de distintos mecanismos para regular los estados psicológicos inherentes a la labor que realizan. Por este motivo, el voluntariado clown, que se desenvuelve principalmente en ambientes hospitalarios, se convierte en una población atractiva al momento de evaluar variables predictoras de salud mental.

Sin embargo, aunque existe gran cantidad de estudios en lo referido a los beneficios de ejercer diversas formas de voluntariado, se destaca, que después del rastreo de documentos como la revisión sistemática de Casiday et al. (2008) y el meta-análisis realizado por Sridharan, y Sivaramakrishnan (2016), no se encuentran documentos que estudien los beneficios en términos de salud mental, específicamente para el voluntariado clown. Así mismo, se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos para constatar estos resultados, en motores de búsqueda tales como Scopus, Science Direct, Dialnet, Redalyc, SciELO, PubMed, Ovid, Oxford Journals,

Springer Link, EBSCOhost y Google Académico, tras la cual no se encontraron estudios específicamente referidos a esta temática.

Por esta razón y ante este vacío en el conocimiento, se torna pertinente el realizar la presente investigación para reconocer y describir los beneficios que tiene dicha actividad en los voluntarios clown en términos de salud mental y específicamente en las variables de autoestima, salud autopercebida, bienestar psicológico y satisfacción con la vida, teniendo en cuenta las fundaciones tales como la *Fundación Doctora Clown y Corazón en Parches*. Se pretende, por lo tanto, aportar nuevo conocimiento en relación con los beneficios que trae consigo el hacer parte de una actividad social no estructurada, como lo es el ser voluntario clown.

Objetivo general

Analizar el perfil de salud mental de los voluntarios clown que forman parte de la *Fundación Doctora Clown y Corazón en Parches*.

Objetivos específicos

Caracterizar sociodemográficamente a los voluntarios clown de la Fundación Doctora Clown y Corazón en Parches.

Describir el nivel de autoestima, salud autopercebida, bienestar psicológico y satisfacción con la vida de los voluntarios clown de la Fundación Doctora Clown y Corazón en Parches.

Comparar el perfil de salud mental en términos de autoestima, salud autopercebida, bienestar psicológico y satisfacción con la vida de voluntarios clown con voluntarios de otro tipo encontrados en la revisión de la literatura.

Antecedentes

A partir de la revisión de la literatura sobre los beneficios que conlleva ser parte de un voluntariado, existen pocos estudios que den cuenta de tales beneficios para aquellos individuos que están inmersos en la práctica clown; la mayoría de las investigaciones actuales presentan los beneficios que le reporta a muestras de adultos mayores el ser partícipes de grupos de voluntarios, encontrando principalmente aquellos que están relacionados con la satisfacción con la vida, la salud autopercebida, el bienestar psicológico y la autoestima. A continuación, se presenta una descripción de los resultados de investigación hallados para algunos grupos de voluntarios, especialmente en población adulta mayor.

Wheeler, Gorey y Greenblatt (1998) realizaron un metaanálisis en base a 37 estudios independientes, en los cuales se incluyeron todas las formas de actividades de voluntariado (afiliación voluntaria a una asociación y roles de ayuda directa e indirecta). El objetivo principal del metaanálisis fue inferir el bienestar de los adultos mayores a través de su labor en las organizaciones de voluntariado, así como conocer si esta labor representaba un recurso importante para comprender las necesidades de los adultos mayores y de otros grupos vulnerables, como los niños con discapacidades. Para la comparación entre los estudios, emplearon el coeficiente de correlación de Pearson. Entre los resultados obtenidos, encontraron que casi las tres cuartas partes (70%) de los participantes voluntarios, obtuvieron puntuaciones más altas en las medidas de calidad de vida que quienes no eran voluntarios, y el 85% de quienes recibían la atención (personas mayores o jóvenes vulnerables) se relacionaron en mayor medida con sus pares y disminuyeron los estados de depresión que presentaban. También, ante la práctica del voluntariado por parte de los adultos mayores hacia la labor social gerontológica,

hallaron que fue más eficaz entre un 10 y 20 por ciento, ya que se trataba de una labor asociada a la misma población.

En 1999, Musick, Herzog y House emplearon en su estudio el conjunto de datos de la primera ola de Americans' Changing Lives de adultos mayores de 65 años en adelante, siendo la muestra de 1211 participantes. El propósito de este estudio fue determinar si existía evidencia que respaldara la noción de que el voluntariado tiene efectos protectores en la mortalidad de los adultos mayores. De forma que, mediante procesos de seguimiento, entrevistas y a través del Índice Nacional de Defunciones desde mediados de 1986 hasta marzo de 1994, recolectaron las estadísticas sobre defunciones. Entre las variables medidas, se encuentran la interacción social informal, para la cual construyeron un índice tomando la media estandarizada de dos elementos: (a) la frecuencia con la que los encuestados hablan por teléfono con amigos, vecinos o parientes durante la semana, y (b) la frecuencia con la que se reúnen con amigos o familiares; la medida de actividad física se derivó de tres variables que miden la frecuencia (de 1, nunca, a 4, a menudo) en (a) deportes activos o ejercicio, (b) jardinería, y (c) dar paseos; el estado de salud física se midió utilizando dos variables, la primera, deterioro funcional, es un índice de salud funcional con una escala tipo Gutman de cuatro niveles que refleja la gravedad del deterioro físico, y la segunda medida, condiciones potencialmente fatales, se trata de un recuento del número de problemas de salud posiblemente fatales experimentados por los participantes durante el último año; así mismo, se incluyó información acerca de enfermedades pulmonares, ataques cardíacos, diabetes, algún tipo de cáncer o accidentes cerebrovasculares y también, se les preguntó a los encuestados si se habían ofrecido como voluntarios en el último año. Por otro lado, para evaluar los efectos del voluntariado y otros factores sobre la mortalidad, se emplearon modelos jerárquicos de riesgos proporcionales (Cox). Los resultados hallados reflejan que el voluntariado

tiene un efecto protector sobre la mortalidad entre quienes se ofrecieron como voluntarios para una organización o realizaron voluntariado durante al menos cuarenta horas el año anterior, de igual forma, el efecto del voluntariado sobre la mortalidad fue diferente según el nivel de integración social, ya que quienes convivían con otras personas, tuvieron mayores efectos protectores que quienes vivían solos. Por otra parte, no hay diferencias significativas en los efectos protectores derivados en los diferentes tipos de organización de voluntariado, a pesar de que aproximadamente el 69% de participantes informaron que eran voluntarios de una organización religiosa.

Thoits y Hewitt (2001) realizaron un estudio con datos de Americans' Changing Lives con una muestra de 2.867 personas mayores de 25 años, quienes hacían parte de voluntariados relacionados a la religión, educación, política, grupos de la tercera edad o servicios de salud. El objetivo principal fue verificar las relaciones existentes entre el pertenecer a un voluntariado en la comunidad y seis aspectos del bienestar personal: felicidad, satisfacción con la vida, autoestima, sentido de control sobre la vida, salud física y depresión. Para ello, se realizó una entrevista para conocer aspectos relacionados con el tiempo que llevaban en la labor del voluntariado, las respuestas a estas preguntas se codificaron en cero o uno. Las variables de autoestima, el sentido de control sobre la vida y la depresión se midieron mediante la utilización de tres o más ítems de instrumentos como la escala de Rosenberg, la escala de sentido de dominio de Pearlin, la escala CES-D Radloff de 1977; las demás variables, felicidad, satisfacción con la vida y salud física, fueron valorados a partir de preguntas de cada temática que se codificaron de uno a cinco. Los resultados obtenidos indican que las horas de voluntariado realizadas aumentan significativamente la felicidad, la satisfacción con la vida, el dominio y la salud física; así mismo, sugieren que brindar servicio a la comunidad o a grupos que lo

requieran, aumenta los beneficios personales. Por otro lado, se encontró que las mujeres casadas tuvieron mayor probabilidad que los hombres casados de ser voluntarias en organizaciones religiosas, educativas y de la tercera edad; los hombres solteros tuvieron mayor probabilidad de participar como voluntarios en organizaciones políticas y los hombres casados, en grupos religiosos. De igual modo, hubo mayor probabilidad de que los adultos mayores fueran voluntario de grupos religiosos y de la tercera edad, que, de grupos educativos, dado por la etapa del ciclo vital. En este orden de ideas, los autores señalan que el trabajo voluntario realmente mejora los seis aspectos del bienestar, resaltando que las personas que poseen un mayor bienestar, invierten mayor cantidad de horas en la labor del voluntariado. Finalmente, respecto a las personas que tenían educación superior, era más probable que estos fuesen voluntarios en cualquier tipo de organización.

Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario y Tang (2003) emplearon en su investigación tres oleadas de datos del estudio Americans' Changing Lives (ACL) que fueron recopilados por un equipo de investigadores asociados con el Centro de Investigación de Encuestas de la Universidad de Michigan. La muestra estuvo conformada por adultos mayores de 60 años en adelante. La primera oleada de datos fue de 1699 adultos (1986), en la segunda se entrevistaron 1279 (1989) y en la tercera se localizaron más de 900 participantes (1994), quienes pertenecían a organizaciones del adulto mayor, religiosas, políticas, educativas, hospitalarias, entre otras. El objetivo fue conocer los efectos del voluntariado en el bienestar de los adultos mayores, incluyendo el efecto a nivel de compromiso, los efectos moderadores de los factores demográficos y sociales, y los efectos de la experiencia del voluntariado. Por consiguiente, emplearon el método de ecuaciones de estimación generalizadas (GEE) para analizar los datos longitudinales. Como resultados obtuvieron que, los adultos mayores que se ofrecían como

voluntarios y que participaron en más horas de voluntariado reportaron niveles más altos de bienestar, así mismo, la participación en actividades de voluntariado entre 2 a 3 horas al mes, se relacionó con efectos positivos en el bienestar. Además, se sugiere que la valoración que perciben los adultos mayores acerca de los beneficios que pueden recibir las comunidades a las que asisten, no tendría impacto en los beneficios que conlleva la actividad misma de voluntariado. Al mismo tiempo, se evidencia que los efectos positivos en el bienestar de los participantes del estudio estaban asociados al acto de ser parte de algún voluntariado y no a la cantidad de organizaciones a las que pertenecen. Igualmente, reconocieron que el voluntariado es una actividad importante para un envejecimiento exitoso.

En 2004, Greenfield y Marks realizaron una investigación acerca del voluntariado formal como factor de protección para el bienestar psicológico de los adultos mayores, empleando datos de una submuestra de participantes de la encuesta nacional de desarrollo de la mediana edad en los Estados Unidos. La muestra fue de 373 adultos, entre 65 y 74 años, quienes eran partícipes de organizaciones de voluntariado enfocadas en la atención médica, la juventud, organizaciones políticas, caridad u otras. El objetivo principal del estudio fue la comprensión del voluntariado y el bienestar, enfocándose en las posibles ventajas contextuales y específicas de las actividades voluntarias formales de los adultos mayores. Para ello, se realizó una sumatoria como puntaje para conocer el número de roles ausentes en los dominios principales de la vida, pareja, empleo y relación parental; y se emplearon instrumentos como el cuestionario de bienestar psicológico, el Inventario de Desarrollo de la mediana edad (MIDI) de Brim y Featherman, 1998; adicionalmente se realizó una encuesta acerca del tiempo invertido y el tipo de voluntariado al que pertenecían. Ahora bien, en los resultados no se reflejó una relación causal entre ser partícipe de un voluntariado y el bienestar psicológico, ya que los adultos mayores pueden experimentar

sentimientos positivos que los motiva a que participen como voluntarios, pero no se evidenció que la presencia de estos sentimientos sea provocada por la labor en el voluntariado; por lo tanto, no hay certeza de una causalidad. Sin embargo, se encontró que el voluntariado es un factor protector, así como un mecanismo a través del cual los adultos mayores con altas ausencias de identidad de roles en los principales dominios de la vida puedan llegar a construir un propósito de vida y así, lograr mantener metas y objetivos preestablecidos, reflejando un sentido de compromiso frente a la vida.

Wu, Tang y Yang (2005), realizaron una investigación en Hong Kong, cuyo objetivo principal radica en examinar las diferencias demográficas y psicosociales entre jubilados voluntarios y no voluntarios. Para ello, se valoró una muestra de 591 personas con edades entre los 60 y los 91 años, utilizando una entrevista, una encuesta demográfica e instrumentos como la versión china del Cuestionario de Salud General de Goldberg de 12 elementos, la escala de satisfacción con la vida de Diener y colaboradores, la Escala de Autoeficacia Generalizada de 10 elementos de Schwarzer y el índice de cumplimiento de expectativas de 12 ítems. Entre los resultados se encontró que, del total de participantes, el 65,4% (n 328) informó de experiencias de voluntariado desde la jubilación, siendo la duración media de tiempo en voluntariado de 6,5 años. De hecho, con relación al tiempo, se halló que quienes tenían un nivel de educación más alto tendían a prestar más horas de servicio voluntario por semana. También, se determinó que, en comparación con los demás participantes, los voluntarios informaron de una mejor salud física, una mayor autoeficacia, una mayor satisfacción con la vida y menos angustia psicológica.

Otra investigación por destacar es la realizada por Piliavin y Siegl (2007), que indagó acerca de los beneficios para la salud del voluntario en el estudio longitudinal de Wisconsin, Estados Unidos, para lo cual se empleó una muestra de 4.000 mujeres y hombres graduados de las

escuelas secundarias de la ciudad. El tipo de voluntariado estaba relacionado a las asociaciones tanto de maestros como de padres, grupos juveniles, organizaciones de vecindarios, centros comunitarios y organizaciones benéficas. El objetivo de esta investigación fue comprobar la relación entre el voluntariado y el bienestar psicológico, analizando datos longitudinales; los instrumentos empleados incluyen las seis escalas de bienestar psicológico desarrolladas por Ryff y sus colegas, además, realizaron una pregunta sobre cómo calificarían su salud en el tiempo presente empleando una escala Likert. De este modo, los resultados obtenidos muestran una relación significativa entre ser voluntario y el bienestar psicológico, aumentando esta última variable a través de los años, desde 1992 hasta el 2004. Además, señalan que es más probable que las personas se sientan satisfechas y bien consigo mismas al participar en actividades orientadas a otros como el pertenecer a un voluntariado, refiriéndose al bienestar hedónico.

Por otro lado, Casiday, et al. (2008), realizaron una revisión sistemática en donde se identificaron 24,966 artículos, de los cuales emplearon 87 que cumplieron con los criterios preestablecidos en el estudio, los cuales fueron publicados en revistas asiáticas y europeas. Los artículos presentan investigaciones originales acerca del impacto de los voluntarios en entornos de salud, analizando dos variantes, una sobre los efectos del voluntariado en la salud de los usuarios de servicios de salud, y la otra, los efectos del voluntariado en la salud mental de los voluntarios. Los resultados hallados hacen referencia al voluntariado como actividad social que disminuye la mortalidad e incrementa la salud autopercebida, la salud mental, la satisfacción con la vida y la capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana sin algún deterioro funcional o apoyo externo. Del mismo modo, el ser voluntario fortalece el uso de habilidades sociales, comportamientos saludables, capacidades para afrontar y aceptar enfermedades, así como el incremento de la autoestima y el bienestar, el aumento de la lactancia materna y mejores

habilidades de crianza. También, se evidencia el afianzamiento de vínculos entre los voluntarios al proporcionarse apoyo entre ellos ante el control de miedos propios, lo que conlleva, además, a la disminución del estrés y el aumento del bienestar psicológico.

En 2014, Stukas, Hoye, Nicholson, Brown y Aisbett emplearon en su investigación una muestra de 4.085 voluntarios australianos, entre los 18 y los 89 años de edad. El propósito del estudio fue conocer las motivaciones para ser parte del voluntariado y si existían asociaciones entre estas y el bienestar de los voluntarios. Entre los instrumentos empleados, se utilizó el inventario de funciones voluntarias (VFI), la versión corta de la encuesta de apoyo organizacional percibido (SPOS), la adaptación de una medida similar de Clary et al. de 1998 para evaluar las percepciones de los voluntarios que continuarían en la organización en el futuro, la escala de conectividad social de Lee, Draper y Lee, la escala de Autoestima de Rosenberg, la escala Generalizada de Autoeficacia de 10 elementos, y el índice de bienestar personal, el cual se trata de una subescala de siete ítems del índice de bienestar de la unidad australiana. Los resultados indicaron que quienes se dedicaban al voluntariado por razones que incluyen la expresión de valores prosociales, el fortalecimiento de relaciones con las personas más cercanas, la exploración, el conocimiento sobre otras personas, el mundo, culturas y sus propias fortalezas, eran más propensos a reportar niveles más altos de bienestar (autoestima, autoeficacia, bienestar, conexión social y confianza), satisfacción y el interés de continuar en el voluntariado. Mientras que, si las razones estaban orientadas hacia la distracción de los problemas personales o para avanzar en sus carreras (pero no específicamente para sentirse bien con sí mismos), eran más propensas a reportar menores niveles de bienestar y resultados más bajos ante las diferentes escalas. Así mismo, se evidenciaron niveles bajos de bienestar, autoestima, satisfacción, confianza y conexión social cuando las motivaciones principales para ser parte del voluntariado

se relacionaban al ámbito profesional y razones externas como la presión de alguien cercano. Adicionalmente, tanto los voluntarios como las personas a quienes ayudaban se beneficiaban más de la experiencia cuando la relación se trataba de un contacto directo, cercano y presencial, que cuando no había proximidad ni encuentros reales.

En la investigación realizada por Dürks (2016), se empleó una muestra de 12 personas por cada organización no gubernamental de Córdoba Capital, Argentina, como lo son El portal de Belén, Greenpeace, Payamédicos Asociación Civil y Un Techo para mi País en Córdoba Capital. Las edades de los voluntarios variaron entre los 18 a 32 años, de igual forma, el tipo de voluntariado varió en cada organización; la primera, El portal de Belén, apoya a las madres solas en situación de riesgo, en embarazo o con niños menores; Greenpeace se enfoca en la defensa y protección del medio ambiente; Payamédicos Asociación civil promueve la salud emocional de los pacientes hospitalizados por medio de la terapia de la risa, empleando la intervención del clown en el hospital; y la última, Un Techo para mi País en Córdoba Capital, se centra en el incremento de la calidad de vida de familias en situación de pobreza. El objetivo de esta investigación fue determinar el perfil motivacional de los voluntarios de las organizaciones no gubernamentales de Córdoba, haciendo uso de la entrevista semiestructurada a profundidad, así como una encuesta sobre el perfil motivacional construida a partir de la literatura. Los resultados indican que en la organización El Portal de Belén se evidenció que las características motivacionales se relacionan con el altruismo, la vocación de servicio, el interés profesional y por las convicciones éticas y religiosas de los voluntarios. En Greenpeace, la motivación está arraigada a la autoestima, la vocación del servicio y el altruismo, de estas, la autoestima es el factor predominante en esta organización, relacionado al reconocimiento social y la autonomía, así mismo, se halló que la autoestima fortalece la unión entre los voluntarios y la cohesión al

voluntariado no remunerado. Ahora, en la organización de Payamédicos se resalta el altruismo, la vocación de servicio, el interés profesional y la sociabilidad. Y en Techo para mi país, se enfatiza el motivo de sociabilidad y solidaridad. En este orden de ideas, la pertenencia, el altruismo y vocación de servicio, el interés profesional y la sociabilidad son los tipos motivacionales más frecuentes en estas organizaciones, por otra parte se encontró que la autonomía no es un factor en común ni es significativo entre estas Organizaciones No Gubernamentales, ya que estos grupos de voluntarios se enfocan en el trabajo en equipo y no en la individualización, por lo que la autoestima y la retroalimentación de su labor favorecen el trabajo en equipo y el afianzamiento de vínculos entre los voluntarios.

En el estudio experimental aleatorio de Jiang et al. (2020) se investigó los efectos del voluntariado a corto plazo sobre el bienestar psicológico de los adultos mayores en Hong Kong. Para ello, se reclutaron 384 voluntarios de 50 años en adelante, quienes se caracterizaban por no haber asistido más de cuatro veces al año a la labor de voluntariado; esta labor se realiza a través de un programa de compromiso cívico de voluntarios en el que se atienden las necesidades no satisfechas de las escuelas primarias. Luego, los sujetos eran asignados al azar a dos grupos, uno experimental, en el que se realizaron cuatro sesiones de capacitación, cada una ellas de una hora de duración, para promover las conductas de voluntariado; y otro grupo control activo, en el que las cuatro capacitaciones realizadas, de una hora duración cada una, promovieron el ejercicio físico. Ahora bien, a todos los participantes se les valoró el bienestar psicológico y los minutos mensuales de asistencia al voluntariado. Estas mediciones se llevaron a cabo en cuatro momentos, al inicio de las capacitaciones, y después, a las seis semanas, tres meses y seis meses posteriores a las capacitaciones. El bienestar psicológico se determinó a partir de mediciones en las variables de depresión, del significado de la vida, de autoeficacia general y de la autonomía

percibida, evaluados a través de instrumentos como la escala de depresión geriátrica de Lesher y Berryhill; la versión china de la escala de Steger del significado de la vida; la versión china validada de la Escala de Autoeficacia General de Schwarzer, Bäßler, Kwiatek, Schroder, y Zhang; y la Escala de Autonomía Percibida de Schwarzer y Warner. Entre los resultados se encontró que no hubo efectos significativos respecto a las variables del bienestar psicológico en los seguimientos de seis semanas, tres meses y seis meses, aunque, después de las capacitaciones, los minutos mensuales de voluntariado aumentaron significativamente más en el grupo experimental que en el grupo control. No obstante, se observó un efecto indirecto importante: los participantes del grupo experimental que aumentaron el número de minutos de voluntariado en el seguimiento de tres meses obtuvieron puntuaciones más bajas en las escalas de síntomas depresivos en el seguimiento a los seis meses, por lo que se indica que, para ver reflejados beneficios en la salud mental que resulten significativos, el ser voluntario debe persistir por un mayor lapso de tiempo.

En el estudio realizado por Philippus, Ketchum, Payne, Hawley y Harrison-Felix (2020), se tenían dos objetivos primarios: 1) caracterizar a las personas que se ofrecen como voluntarios después de una lesión cerebral traumática; e 2) investigar la asociación del voluntariado con la participación social y la satisfacción de la vida después de una lesión cerebral traumática. Para medir la satisfacción con la vida, se utilizó la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de 5 elementos, y para evaluar diversos aspectos de la participación social, se utilizó el instrumento recombinado PART-O de 17 elementos. Para la muestra, se realizó un análisis retrospectivo con cifras de una base de datos nacional del sistema de modelos de lesiones cerebrales en Estados Unidos, y se seleccionaron quienes fueron inscritos en el centro Rocky Mountain Regional Brain Injury System. En la muestra final se incluyeron, por un lado, 725 personas utilizadas para

evaluar la participación social; y, por otro lado, 667 personas en quienes se evaluó la satisfacción con la vida. Los resultados encontrados mostraron que la muestra estaba compuesta principalmente por hombres con una edad media de 39 años, también el 31% de la muestra informó que se había ofrecido como voluntario. Los individuos que se ofrecieron como voluntarios tenían más probabilidades de tener un empleo competitivo o ser estudiantes, no requerir supervisión de un cuidador, tener una mayor independencia física y cognitiva, y tener un mayor nivel de educación en comparación con los individuos que informaron no haberse ofrecido como voluntarios. Adicionalmente, se concluye que aquellas personas que ejercen voluntariado tienden a poseer un mayor nivel de satisfacción con la vida que aquellos que no lo realizan. Así mismo, afirman que el voluntariado se muestra como una forma alternativa de comprometerse socialmente y sentirse productivo, lo cual está directamente relacionado con un mayor nivel de satisfacción con la vida. Cabe aclarar que dicha relación se da en ambas direcciones, es decir, tanto quienes ejercen voluntariado tienen mayor probabilidad de sentir satisfacción con la vida, como que aquellos que presentan en mayor medida de satisfacción con la vida, tienen más probabilidades de ejercer algún tipo de voluntariado; lo anterior, sin ser necesariamente una relación de causalidad.

Ahora bien, como se ha mencionado con anterioridad, en la revisión de la literatura en las bases de datos de Dialnet, Redalyc, SciELO, PubMed, EBSCOhost, ScienceDirect, Oxford Journals, Scopus, Ovid, Springer Link y el buscador de Google Académico, solo se encontró un antecedente de investigación específicamente de cómo el hacer voluntariado clown favorece en el bienestar de los propios voluntarios, el cual se presenta a continuación.

Lalantika y Yuvaraj (2020) utilizando un diseño de estudio exploratorio de tipo cualitativo y partiendo del paradigma fenomenológico, investigaron cómo la terapia clown impacta en la vida

y la psique de los clowns en el contexto indio. Para ello, se realizaron nueve entrevistas a clowns terapéuticos entre los 20 y 60 años con experiencia de 6 meses a 4 años de la ONG Compassionate Clowns, ubicada en Bangalore, India. La recopilación de los datos se llevó a cabo mediante una entrevista semiestructurada validada por tres expertos, además de preguntas improvisadas para comprender la perspectiva individual y verificar la saturación de datos. Entre los resultados se afirma que el voluntariado clown actúa como un medio para mantener el bienestar y, por ende, para continuar en la labor de voluntario. Así mismo se encuentra que este espacio terapéutico permite un encuentro socio-emocional, en el cual tanto el clown, como el paciente, tienen la oportunidad de expresarse a nivel emocional, lo que favorece el desarrollo de conciencia de sí mismo (*self*), valores como el optimismo y la compasión, y la construcción de relaciones significativas.

Por último, se hace necesario resaltar que, en la revisión de la literatura realizada, no se hallan alusiones sobre efectos negativos asociados o derivado de actividades de voluntariado de cualquier tipo de organización.

Marco teórico

En este apartado se presentan diversos autores y sus definiciones sobre conceptos referidos a la salud mental y a las variables asociadas a los efectos del voluntariado en términos de bienestar de la persona. Así, se hallan consideraciones acerca del bienestar psicológico, la satisfacción con la vida, la autoestima y la salud autopercebida o autorreferida; adicionalmente, se plantea cómo los factores protectores pueden promover y favorecer la salud mental, por lo cual, se plantea una relación entre factores protectores de tipo sociales y el voluntariado bajo el supuesto de que algunas acciones sociales, por sus características particulares, pueden funcionar como

promotores de salud mental. Finalmente, se profundiza en los conceptos de voluntariado y voluntariado clown.

Salud mental

A través del tiempo la concepción de salud mental ha ido cambiando y transformándose bajo la influencia de ideologías y corrientes del pensamiento pertenecientes a un momento histórico determinado (Macaya-Sandoval, Vyhmeister y Parada, 2018). Un ejemplo destacado del avance en la conceptualización se relaciona con la aparición de términos como el de profilaxis mental en Europa e higiene mental en Estados Unidos, resultando ambos como precursores del actual concepto de salud mental (Lopera-Echavarría, 2012).

Sin embargo, aunque sea un concepto frecuentemente utilizado, su conceptualización resulta compleja y polivalente. Restrepo-Ochoa y Jaramillo-Estrada (2012) afirman que el concepto de salud mental es genérico, albergando discursos y prácticas sobre trastornos mentales, problemas psicosociales y bienestar, los cuales obedecen a la lógica propia de diversas áreas, entre las que se encuentra la salud pública, la psicología, la filosofía, la antropología, etc.

En la actualidad, uno de los discursos más conocidos es el expuesto por la OMS (2004), en el que se asume la salud mental como un estado en el cual las personas reconocen sus aptitudes para afrontar diversas situaciones que viven día a día y así lograr los objetivos propuestos a corto, mediano y largo plazo. Así mismo, se identifican y reconocen recursos personales implicados en este proceso como lo son: el desarrollo de la autonomía, el bienestar subjetivo, el crecimiento intelectual y emocional, los cuales están presentes en el diario vivir, además, de experimentar la cooperación y la contribución no solo individual sino colectiva (OMS, 2004).

Ahora bien, aún existe cierta ambigüedad en la definición del concepto, siendo escasos los intentos que se han realizado para desarrollar un modelo que abarque la *salud mental positiva*

(*SMP*), las diferentes conceptualizaciones se siguen centrando entonces en la perspectiva negativa de ausencia de enfermedad, correspondiente a una tradición clínica que omite así aspectos positivos inherentes del concepto (Martínez, et al., 2015).

Más aún, la literatura destaca que el Modelo de Jahoda (1958) es el único que constituye una aproximación teórica basada en múltiples criterios (Lluch, 2002; Muñoz, Restrepo y Cardona, 2016). En el análisis realizado por Tengland (2001), se muestran tres razones por las cuales el Modelo de Jahoda no define la salud mental positiva solamente como la ausencia de enfermedad mental, la primera razón refiere a la imposibilidad de establecer causas psicológicas específicas a la mayoría de enfermedades mentales, en segundo lugar, existen diferencias culturales las cuales deben ser consideradas al momento de catalogar a una determinada condición, como enfermedad mental. Y finalmente, la tercera razón que encuentra Jahoda es el hecho de que, comúnmente, se ha argumentado que no hay continuidad entre la salud y la enfermedad, sin embargo, el autor refiere que estos términos no son contradictorios, ni siquiera contrarios, sino que se encuentran en dos continuos cualitativamente diferentes (Jahoda, 1958; Tengland, 2001).

En este sentido, Jahoda (1958) propone seis criterios generales, los cuales se dividen en 16 subfactores, para definir la salud mental positiva. A continuación, se exponen brevemente los criterios generales de este modelo:

a). *Actitudes hacia sí mismo*: refiere a la importancia de la autopercepción y el autoconcepto que se produce con el actuar diario. Esta dimensión está compuesta por los siguientes subfactores: accesibilidad del yo a la conciencia, concordancia yo real-yo ideal, autoestima y sentido de identidad.

b). *Crecimiento y autoactualización*: este criterio hace referencia al sentido que el individuo le da a su vida, y si él actúa en coherencia al mismo. Está compuesto por los subfactores: motivación por la vida e implicación en la vida.

c). *Integración*: expresa la capacidad que posee el individuo de poder incluir en su vida todas aquellas experiencias que suceden, tanto positivas como negativas; así como la capacidad para poder aceptar en integridad. El subfactor que conforma esta dimensión es el de resistencia al estrés.

d). *Autonomía*: refiere a cómo el individuo establece relaciones con el mundo que le rodea, y cómo sus decisiones incluyen a otras personas, es sinónimo de independencia y autodeterminación. Está compuesto por el subfactor de conducta independiente.

e). *Percepción de la realidad*: implica la capacidad para percibir adecuadamente la realidad, poder dar cuenta de las circunstancias de manera objetiva evitando en lo posible hacer juicios y la capacidad para desarrollar empatía frente a las vivencias de los demás. Los subfactores que componen a esta dimensión son: percepción objetiva y la empatía o sensibilidad social.

f). *Dominio del entorno*: refiere fundamentalmente a dos elementos como son el éxito (que hace énfasis en el logro y alcanzar los resultados) y la adaptación (que hace referencia al proceso para llegar a la meta). Está compuesto por los siguientes subfactores: satisfacción sexual, adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre, adecuación en las relaciones interpersonales, habilidad para satisfacer las demandas del entorno, adaptación y ajuste, y finalmente resolución de problemas.

Ahora bien, a pesar de que Jahoda realizó una descripción a nivel teórico de su modelo, no se hizo un trabajo para comprobar su validez empírica (Luch, 1999). De hecho, Muñoz, Restrepo y Cardona (2016) analizaron 51 artículos empíricos publicados entre 1958 y 2014 sobre

el tema de salud mental positiva, encontrando que solamente seis de ellos fueron publicados entre el 58 y finales de los 90, es decir, aunque pasaron alrededor de cuarenta años desde la publicación de Jahoda, no hubo un interés especial por el tema de la SMP, informando que, estos seis artículos no se reportan como estudios que estuvieran especialmente enfocados en la explicación del concepto propio del fenómeno de la salud mental positiva, sino que se centran en explicar por qué las personas poseen una buena salud mental o no enferman.

En contraste, la primera década del siglo XXI se caracteriza por un estado incipiente en materia de estudios sobre la salud mental positiva tanto a nivel técnico como teórico (Muñoz et al., 2016). Particularmente, autores como Lluch realizan, desde el 99 y hasta la fecha, distintas aproximaciones a la evaluación empírica del modelo de la SMP propuesto por Jahoda, resaltando la necesidad de adaptarlo a una estructura más simple e integral de seis factores generales (Lluch, 2002; Lluch, Puig, Sánchez, Roldán y Ferré, 2013). Por consiguiente, se operacionaliza y desarrolla el modelo multifactorial de salud positiva de Lluch (1999; 2002; 2013) basado en la propuesta de Jahoda. A continuación, se describe brevemente cada uno de los factores del modelo propuesto:

a). *Satisfacción personal*: definido por variables como el autoconcepto y autoestima, la satisfacción con la vida y el grado de optimismo respecto al futuro.

b). *Actitud prosocial*: caracterizada por la disposición activa hacia la sociedad, una actitud altruista, de ayuda y soporte para los demás y la aceptación de los demás junto con sus distintas características sociales.

c). *Autocontrol*: es la habilidad de enfrentarse ante situaciones estresantes o de conflicto. Caracterizada por el control emocional, la tolerancia a la frustración y la regulación en respuestas de ansiedad o estrés.

d). *Autonomía*: refiere a la capacidad de tener y guiarse por estándares propios.

Independencia, autorregulación del comportamiento junto con la sensación de seguridad personal y autoconfianza.

e). *Solución de problemas y autoactualización*: definido por poseer capacidad analítica, tomar decisiones, ser flexible para adaptarse al cambio y mantener una actitud de crecimiento y desarrollo personal.

f). *Habilidades de relacionamiento interpersonal*: expresado en ser capaz de establecer relaciones interpersonales, mostrar empatía o habilidad para entender los sentimientos de los demás, brindar apoyo emocional, y la habilidad de establecer y mantener relaciones interpersonales cercanas.

Sobre esta base, las investigaciones en salud mental positiva han incrementado. Miret et al. (2015) indican un aumento exponencial en el número de publicaciones europeas en el idioma inglés desde 2007 a 2014. En efecto, recientemente, a nivel teórico, se ha destacado la articulación entre los modelos de bienestar hedónico y eudaimónico en un mismo marco de funcionamiento saludable, posicionando para muchos investigadores el bienestar como principal indicador de la salud mental positiva (Muñoz et al., 2016). Por un lado, la tradición hedónica, entendida desde lo emocional, y por el otro la tradición eudaimónica, entendida como el potencial humano y el funcionamiento óptimo (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002; Keyes, 2007).

En este orden de ideas, uno de los aspectos más relevantes del elemento emocional es el *bienestar psicológico*, que como lo mencionan García y González (2000), se expresa en el sentir positivo y pensamiento construido de sí mismo, relacionándose con el funcionamiento psíquico, social y físico, así mismo, se integran aspectos emocionales y cognitivos. En términos generales, el estudio del bienestar psicológico ha centrado su atención en el desarrollo de las capacidades y

el crecimiento a nivel individual. Estos dos elementos son concebidos como los principales indicadores del funcionamiento positivo según la literatura. Así mismo, se interesa por el desarrollo personal, por el estilo y manera de afrontar los retos vitales, en el esfuerzo y en el afán por conseguir las metas (Páez, 2008).

Precisamente, a nivel teórico, Ryff (1989a, 1989b) desarrolló una propuesta basada en un modelo multidimensional que busca abarcar de manera integral el bienestar psicológico. Las dimensiones a tener en cuenta en esta propuesta son: auto-aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal, descritas a continuación.

La primera de ellas, autoaceptación, Ryff (1989a; 1989b) la define como una característica central de la salud mental, así como de la autorrealización, el funcionamiento óptimo del individuo y la madurez. Keyes, Shmotkin y Ryff (2002), plantean que las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones, con lo cual, el tener actitudes positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo.

Luego, la dimensión de las relaciones positivas con otras personas se refiere a la habilidad de amar y es vista como un componente central en la salud mental (Ryff, 1989a). Al buscar la autorrealización, las personas desarrollan sentimientos más fuertes de empatía y afecto hacia los otros seres humanos, siendo capaces de brindar más amor, tener relaciones más cercanas y una mayor identificación con el otro (Ryff, 1989b).

En cuanto a la autonomía, Ryff (1989a; 1989b) propone que las personas autónomas poseen un locus de control interno, no suelen buscar la aprobación de otros individuos y se evalúan a sí mismos con base en estándares personales. Así mismo, las personas con autonomía son capaces

de resistir en mayor medida la presión social y autorregulan mejor su comportamiento (Ryff y Singer, 2002).

En cuarto lugar, en lo referente a control o dominio del entorno, los individuos tienen la habilidad de elegir o crear ambientes/entornos, los cuales sean cómodos para sus condiciones psicológicas y además favorezcan su bienestar y salud mental (Ryff, 1989a). Esta dimensión refiere a la capacidad de manipular y controlar entornos complejos y se asocia a la coherencia social o creencia que el mundo es predecible, inteligible y lógico, y por ende controlable (Ryff, 1989a; Ryff 1989b).

El crecimiento personal, Ryff (1989a;1989b) lo explica argumentando que el funcionamiento psicológico óptimo requiere no sólo que se logren las características anteriores, sino también que el individuo continúe desarrollando su potencial para crecer y expandirse como una persona. Además, Keyes et al. (2002) afirman que la necesidad de actualizarse y realizar sus potencialidades es fundamental desde la perspectiva clínica del crecimiento personal. La apertura a la experiencia, por ejemplo, es una característica clave de la persona que funciona plenamente (Ryff, 1989b).

Por último, en cuanto al propósito en la vida, Ryff (1989a;1989b) menciona que los individuos necesitan la sensación de una dirección en su vida, lo cual está asociado a la motivación para actuar y desarrollarse, específicamente las personas necesitan marcarse metas, definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido. En palabras de Ryff (1989a) “aquellos individuos que tienen metas, intenciones y una sensación de dirección en sus vidas, por lo general tienen la sensación de que su vida posee un sentido.” (p.43).

En adición a lo anterior, Ballesteros, Medina y Caycedo (2006) frente al tema de bienestar psicológico mencionan que este concepto está caracterizado por particularidades subjetivas,

evolutivas y multidimensionales, e igualmente, está en relación con aspectos individuales, sociales y culturales que favorecen u obstaculizan su desarrollo. Justamente, en 1995, Ryff realizó una reiteración del modelo de bienestar en colaboración con Keyes. En esta reformulación, se estableció el desarrollo humano, la autonomía, la autoaceptación, las relaciones positivas con otros, el crecimiento personal y la autoaceptación como aspectos relacionados al desarrollo del bienestar psicológico, mientras que la satisfacción con la vida es tomada como un indicador fundamental para este tipo de bienestar (Ryff y Keyes, 1995).

En este sentido, y como se ha mencionado con anterioridad, se sugiere que el modelo de salud mental de dos continuos, hedónico y eudaimónico, refleja la combinación de bienestar emocional, psicológico y social (Keyes et al., 2002; Keyes, 2007). De hecho, paralelo al componente emocional, expuesto en el apartado anterior, el componente psicológico representa la evaluación subjetiva del funcionamiento óptimo individual (Keyes, 2005). Es así como, comúnmente, cierto matiz de la salud mental positiva está relacionada con mayores medidas de satisfacción con la vida y funcionamiento general (Seow et al., 2016).

Ahora bien, investigaciones como las realizadas por Arthaud-Day, Rode, Mooney, y Near (2005) y revisiones de la literatura entre las que destaca la de Andrews y Withey (1976), refieren al constructo de satisfacción con la vida como uno de los componentes del denominado “Bienestar subjetivo” junto con el afecto positivo y el afecto negativo. Específicamente, la satisfacción con la vida ha sido abordada y conceptualizada como “...una evaluación cognitiva de la vida propia” (Diener, 1984, p. 543). En este sentido, tal y como refiere Pavot y Diener (2008), la *satisfacción con la vida* puede ser entendida como un juicio o evaluación, el cual, a diferencia de los otros dos componentes del Bienestar Subjetivo, puede ser estudiado de manera independiente (Lucas, Diener y Suh, 1996). Por otra parte, Schwarz y Strack (1999) afirman que

la evaluación realizada de la satisfacción con la vida está dada por el acceso a información temporal, es decir, dicho análisis está basado en información inmediata o reciente de interacción con variables contextuales, más que referir a una evaluación cuidadosa de la vida propia a nivel global.

De igual forma, abordajes recientes del constructo, como el propuesto por Urzúa y Caqueo-Urizar (2012), mencionan que la vida es una conglomeración de la satisfacción en diferentes aspectos de esta, además de ser una evaluación propia de cada ser humano cuyas experiencias vividas tienen un papel fundamental en cada situación evaluada. De ahí que Michalos (2004) enfatiza que “la felicidad sería la base de la satisfacción personal en las situaciones experimentadas por el individuo”. (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012, p.64)

Por otro lado, en el estudio de la satisfacción con la vida, han surgido distintos análisis que permiten apreciar otros fenómenos a tener en cuenta. Por ejemplo, Stubbe, Posthuma, Boomsma y De Geus (2005) afirman que existen subcategorías a tener en cuenta, denominadas dominios específicos (ej. satisfacción con el trabajo, satisfacción con el matrimonio, satisfacción con el hogar, etc). Tal y como afirman Pavot y Diener (2008), la relación entre la satisfacción con la vida y la satisfacción con dominios específicos, está fuertemente influenciada por factores de la personalidad o temperamento, los cuales determinan en gran medida los juicios que se realizan respecto a la vida y dichos juicios, a su vez, influyen en los que se hacen sobre dominios específicos. Justamente, la satisfacción con la vida da cuenta de información importante en distintos dominios de la vida de las personas, y provee un juicio integrado de cómo la vida se está dando en un momento específico.

De ahí que autores como Zhang y Leung (2002) indican que, además de características demográficas, relaciones sociales, mecanismos de afrontamiento y personalidad, la autoestima

resulta ser un predictor importante de la satisfacción con la vida. Diener y Diener (1995) también señalan que la autoestima tiene un gran valor predictivo de la satisfacción con la vida, sobre todo en culturas individualistas, adicionalmente se afirma que enseñar a las personas a sentirse bien consigo mismas es una señal de adaptación mental.

En este sentido, la *autoestima*, entendida como la actitud hacia uno mismo, refleja la evaluación subjetiva del valor como persona; así, cuando los individuos pueden percibirse como persistentes y sentirse orgullosos de sí mismos, en consecuencia, hay mayor probabilidad de que la actitud hacia ellos mismos sea positiva, mejorando también su satisfacción con la vida (Li, Fang, Wang, Sun y Cheng, 2018).

Ahora bien, profundizando en el tema, el concepto de autoestima hace parte del lenguaje cotidiano y todas las personas parecen saber “qué es” de forma intuitiva. En efecto, como menciona Brown (2016), este término puede ser usado al menos en tres formas distintas:

a) *Autoestima global*: para referirse a una variable de la personalidad, la cual define rasgos generales, cómo las personas se sienten respecto a sí mismas. Rosenberg (1986), catalogó a este tipo de autoestima como “autoestima global”, o “rasgo de autoestima”, partiendo de que este es relativamente duradero a través del tiempo. Sin embargo, se aclara que dicha definición no excluye la existencia de “autoestimas parciales” referidas a distintas facetas o dominios específicos (Rosenberg, Schooler, Schoenbach y Rosenberg, 1995; Harter, 1998).

b) *Sentimientos de autovalía*: el término autoestima también puede ser usado para referirse a reacciones momentáneas de autoevaluación, de acuerdo con el contexto. Este tipo de definición, enmarcada principalmente en un plano cognitivo, es retomada por autores como Crocker y Knight (2005) al plantear la autoestima como aquellos juicios globales de autovalía que realiza cada persona.

c) *Autoevaluaciones*: el término autoestima es usado para referirse a la manera en que las personas evalúan sus distintas habilidades y atributos (Brown, 2016). Dicho uso del término según muestra la literatura, es el que supone mayor falta de claridad, ya que fácilmente puede equivaler a otros tales como autoconfianza o autoeficacia (Bandura, Freeman y Lightsey, 1999).

Considerando la gran cantidad de definiciones de este concepto, es necesario destacar la propuesta por Rosenberg (1979) en su libro *Conceiving the self*, en el cual afirma que:

La autoestima, como se señaló, es una actitud positiva o negativa hacia un objeto en particular, a saber, el yo... Alta autoestima, como se refleja en los ítems de nuestra escala, expresa la sensación de que uno es "suficientemente bueno". El individuo simplemente siente que es una persona valiosa; se respeta a sí mismo por lo que es, pero no se asombra de sí mismo ni espera que otros lo admiren. No necesariamente se considera a sí mismo superior a los demás. (pp. 30-31).

De ahí que, según Mruk (2006), esta definición de autoestima se torna comprensiva y brinda posibilidades en términos de integrar distintas concepciones que la literatura propone en este campo. Por consiguiente, a nivel teórico, modelos como el propuesto por Shavelson, Hubner y Stanton (1976), ubican la autoestima como un elemento perteneciente a la categoría del autoconcepto; en este sentido, los autores mencionan que el autoconcepto puede ser entendido como las percepciones que tiene una persona sobre sí misma a través de la interpretación de la experiencia y el ambiente.

Ahora bien, considerando el modelo de componentes y dimensiones del autoconcepto, se encuentra en sus elementos constitutivos, por un lado, la autoimagen, que se relaciona con la descripción referida a cómo percibo que soy, que se construye a partir de feedbacks de sí mismos como individuos, y a través de información derivada de los roles desempeñados en la interacción

social; el segundo elemento del autoconcepto, la autoestima, en cambio, se relaciona con lo valorativo y refiere a cómo valoro mi autoimagen, se asocia con un ideal de lo que me gustaría ser y de lo que los demás quieren que sea; la interacción entre ambos componentes resulta en el autoconcepto final, por lo que una discrepancia entre los dos elementos supone una alta probabilidad de generar ansiedad, que resulta en un autoconcepto negativo y un estado depresivo (González, Núñez, Pumariaga, Soledad y García, 1997)

En contraste, Rosenberg, Schooler, Schoenbach, y Rosenberg (1995) informan que, en referencia al concepto de autoestima, es necesario establecer una distinción entre la denominada autoestima global y la autoestima específica. En primer lugar, se explica la *autoestima específica* como una faceta particular del *self*, la cual refiere al área de la competencia y tiene gran similitud al concepto de autoeficacia (Rosenberg et al., 1995; Bandura, Freeman y Lightsey, 1999). Por otra parte, *la autoestima global* es típicamente definida como el sentido general de dignidad como persona (Rosenberg, 1979). También, puede ser concebida como una forma de apreciación sobre sí mismo, consecuente con la retroalimentación social que reciben las personas en sus diversos roles (González et al., 1997).

Es así como, en lo referido a la autoestima global, parece que presenta un menor efecto sobre el comportamiento, en particular porque se considera que la característica central de la autoestima global parece ser la auto-aceptación o el auto-respeto (Rosenberg et al., 1995). De modo que, los autores aclaran que ciertas dimensiones del *self* pueden ser complementarias a la sensación de autovalía (autoestima), con lo cual, a menos que dicha dimensión sea importante para el individuo, una medida como la autoestima global no puede decir mucho respecto al comportamiento o rendimiento de una persona en situaciones específicas.

En este sentido, una de las afirmaciones centrales del modelo de Rosenberg (1979), es el planteamiento de que la autoestima específica es “más relevante” para dar lugar a conductas, mientras que la autoestima global tiene mayor importancia en el bienestar psicológico. La anterior presunción se deriva del modelo planteado por Fishbein e Icek (1975), en el que se propone que el poder de una actitud para predecir un comportamiento, se da en función de qué tan cerca esa actitud se relaciona con el acto en cuestión, en otras palabras, una actitud más específica, tendrá un poder predictivo mayor, de manera que se considera que la autoestima específica es mejor predictora para un comportamiento específico, en comparación a la autoestima global.

No obstante, Rosenberg (1979) destaca que la autoestima global puede ser un gran predictor del bienestar psicológico de los individuos. Afirmación que es corroborada por las hipótesis respecto al concepto de automejora (Swann, 1987) y los planteamientos de Baumeister (1982), que describe a la autoestima como una característica humana fundamental, relacionada con la motivación.

Ambas propuestas, Baumeister (1982) y Swann (1987), están asociadas al plantear que las personas poseen un deseo por mejorar y proteger sus sentimientos de autovalía (autoestima) por lo que, al frustrarse en la realización de este deseo, es muy probable que se presente angustia psicológica. Por consiguiente, se concluye que el mantenimiento de la autoestima da lugar a una motivación por la autoprotección, procesos de automejora y en términos generales una gran variedad de procesos de afrontamiento, los cuales favorecen el bienestar psicológico del individuo (Rosenberg et al., 1995).

Con todo lo anterior, se ha planteado cómo la salud mental se ha alejado de la simple conceptualización de ausencia de enfermedad, explicando la asociación entre este concepto y la

noción de bienestar, tomándose en consideración la satisfacción con la vida y la autoestima. Con ello, se ha respaldado una idea positiva de salud mental, por lo cual, también supone que la salud mental, independiente de un diagnóstico de enfermedad, puede mejorarse.

De este modo, Shye (1996) citado por Ferro (2010, p.55) señala que la salud mental también incluye el *autocuidado*, el cual está conformado por actividades que las personas realizan para fortalecer la salud o prevenir la enfermedad, siendo estas actividades una conglomeración de saberes, habilidades y experiencias, tanto de los profesionales como de la sociedad, realizadas para el beneficio propio y el comunitario.

De forma particular, Kern de Castro y Moro (2012), destacan tres modelos teóricos explicativos de las conductas de autocuidado; el primero, el modelo de creencias de la salud se fundamenta a partir de considerar la importancia del nivel de vulnerabilidad, gravedad, beneficios y barreras que cada persona percibe alrededor de una posible enfermedad; luego, la teoría de la acción razonada, en la cual se sitúa la intención, social o personal, como principal determinante de la conducta; y el tercero, el modelo de autorregulación en salud, basado en la importancia de la percepción que tiene un individuo sobre la enfermedad.

Por consiguiente, tener el conocimiento de que las personas son vulnerables a cierta enfermedad puede ser un factor clave para impulsar reacciones y conductas relacionadas, como lo es el caso del autocuidado; de modo que, las reacciones desencadenadas de percepción pueden interactuar, en el sentido en que, si una persona advierte que está en riesgo, esto lo lleva a percatarse de posibles causas de enfermedad individuales y preexistentes (Marteau y Weinman, 2006).

De hecho, en los últimos años se ha dado una mayor importancia a la valoración que se tiene sobre el propio estado de salud, entendiéndose como un predictor del estado de salud real

(Castro, Espinosa, Rodríguez y Santos, 2007). De manera que, la ciencia ha mostrado un interés especial en el estudio de variables que reflejan el estado de salud física y mental de una persona, variables que en conjunto pueden reflejar lo que algunos autores denominan salud autopercebida (Lundberg y Manderbacka, 1996). Así, estudios empíricos dan cuenta de la importancia de analizar la *salud autopercebida* ya que, por ejemplo, se ha demostrado la capacidad predictiva que tiene la autoevaluación de la salud, respecto a la mortalidad en las personas (Idler y Kasl, 1991) y sobre la aparición de condiciones crónicas y otros fenómenos (Goldstein, Siegel y Boyer, 1984; Pope, 1988; Fylkesnes y Førde 1991).

En consecuencia, la salud autopercebida ha sido una de las variables de estudio utilizadas con mayor frecuencia en gerontología e investigación en salud, y se torna particularmente interesante dado su papel mediador entre la biología humana y la psicología, de modo que puede reflejar la cantidad de estrés, angustia o sensación de limitación, asociada generalmente a la presencia o ausencia de síntomas físicos (Jylhä, Guralnik, Ferrucci, Jokela y Heikkinen, 1998). En efecto, Bailis, Segall y Chipperfield (2003) destacan que la salud autopercebida desde una perspectiva positiva, responde claramente a indicadores observables de enfermedad, justo como se podría esperar de una medida que refleje el estado de salud del individuo; mientras que, una salud autopercebida desde una perspectiva negativa reporta futuras enfermedades y limitaciones a nivel funcional, tal y como se espera de una medida que refleja no solo el estado, sino también el autoconcepto de salud del individuo.

En las primeras aproximaciones respecto a esta variable, autores como Mossey y Shapiro (1982), afirman que la salud autopercebida se define a partir de las respuestas a una sola pregunta del tipo “en comparación a otros de su misma edad, ¿cómo califica su salud?” Igualmente, se aclara que la validez de esta medida ha sido analizada ya que, como afirman Lundberg y

Manderbacka (1996), la forma en que es construida esta pregunta puede causar problemas de confiabilidad a nivel estadístico, debido a que la pregunta puede tornarse ambigua y dificulta la interpretación para quien la contesta, brindando así información imprecisa en la respuesta.

Asimismo, la salud autorreferida, o salud autopercibida, presenta variantes de acuerdo al sexo, edad, raza, etnia, niveles de educación, ingresos per cápita, situación laboral, entre otros factores a nivel individual (Dachs, 2002; Lethbridge-Çejku y Vickerie, 2005; Barradas-Barata, Furquim de Almeida, Valencia-Montero y Pereira da Silva, 2007). Por lo cual, un significativo interés recae en el análisis del estado de salud autopercibida como variable clave para analizar otros fenómenos y procesos, o bien para compararlo con otros indicadores de salud (Castro, et al., 2007). En efecto, Alazraqui, Diez-Roux, Fleischer y Spinell (2009), mencionan que esta variable funciona como un indicador de calidad de vida al exhibir la percepción de la propia salud de los individuos consultados.

Por lo tanto, las formas de vivir y las condiciones que influyen la vida de los seres humanos se convierten en *determinantes de la salud* (Restrepo-Espinosa, 2006). De hecho, la OMS (2004; 2007) menciona que con el fin de afrontar las situaciones que se presentan en la vida diaria de las personas, se promocionan acciones para abordar un cúmulo de determinantes que se consideren potencialmente modificables, los cuales, típicamente comprenden una gama de factores psicológicos, culturales, sociales y conductuales, que influyen en la protección de una salud mental positiva.

Así pues, es importante señalar que la *promoción de la salud* es un medio para proporcionar recursos sociales, individuales y lograr acceder a los servicios sanitarios de forma equitativa (OMS, 1986). Es en este marco de referencia de promoción y bienestar en el que se destacan dos alternativas que dan lugar a mejorar la salud de las personas; por una parte, al cultivar el

bienestar en términos psicológicos se puede reducir la frecuencia de emociones, comportamientos y pensamientos negativos, los cuales son característicos de distintos factores de riesgo que pueden llevar al desarrollo de psicopatologías; y en segundo lugar, la promoción de la salud mental y el bienestar lleva a que los individuos tengan resultados positivos en aspectos como el trabajo o las relaciones afectivas, lo cual puede ayudar a las personas a manejar y soportar aquellas condiciones contextuales que pueden amplificar los factores de riesgo, aumentando de esta manera los factores protectores (Layous, Chancellor y Lyubomirsky, 2014).

Con lo anterior, se toma en consideración, que los *factores protectores* son base tanto para determinar y promover la salud, como para proteger contra la mala salud. En este orden de ideas, en lo referido a estos factores protectores, tal y como menciona Durrant (2017), no hay un acuerdo general respecto a la mejor manera de abordarlos conceptualmente. Sin embargo, la literatura destaca dos formas de entender dichos factores. Por un lado, Glowacz y Born (2014) afirman que un factor protector es una característica individual o del ambiente que está asociada a disminuir la probabilidad de que se presente un problema específico de comportamiento (agresión, violencia y otras formas de comportamiento antisocial). Mientras que Lösel y Farrington (2012), refieren que un factor protector es aquel que modera el impacto o influencia de factores de riesgo. En otras palabras, la presencia de factores de riesgo disminuye en función de la aparición de factores protectores.

Ahora bien, en un nivel más específico se hallan los *factores protectores sociales*, los cuales, según Lahtinen, Lehtinen, Riikonen y Ahonen (1999) pueden agruparse conceptualmente en torno a la capacidad de las personas para lidiar con el mundo social, desarrollada a través de las experiencias positivas de vinculación temprana, apego, relaciones, comunicación y sentimientos de aceptación, lo que se traduce en habilidades como participar, tolerancia hacia la

diversidad y la responsabilidad mutua. Por consiguiente, abordar los factores determinantes y proporcionar a las personas un entorno saludable, no solo contribuye a la prevención de enfermedades, sino que mejora la salud física y mental (Jané-Llopis, 2006).

No obstante, habiendo investigaciones, enfoques, modelos, abordajes políticos y hasta consensos globales, la realidad sobre el abordaje en salud discrepa de lo aquí planteado. Un reflejo de ello es el resultado de la ENSM (2015) en donde se concibe como pobre el nivel de empatía en la sociedad colombiana, aun cuando este componente es descrito por García, González y Maestú (2011) como una característica que posee el ser humano para relacionarse con sus pares de forma satisfactoria.

Por lo tanto, es importante destacar que hay acciones sociales, que no están enmarcadas en políticas públicas u organizaciones formales sobre salud, como es el caso del voluntariado, en el que se incentiva la interacción social, y al realizarlas aportan beneficios considerables a sus miembros. Basados en los estudios existentes, tal y como se destaca en los antecedentes investigativos, se afirma que el voluntariado puede servir como una estrategia valiosa, la cual, en conjunto a otras formas de intervención, puede promover un mejor estado de salud mental en los individuos (Thoits y Hewitt, 2001; Greenfield y Marks, 2004; Piliavin y Siegl, 2007; Dürks, 2016; Jiang et al., 2020; Philippus, Ketchum, Payne, Hawley y Harrison-Felix, 2020; Lalantika y Yuvaraj, 2020). Según reporta la literatura, esta actividad influye de forma considerable en variables como las mencionadas en el presente proyecto: la satisfacción con la vida, autoestima, bienestar psicológico y la salud autopercibida. Considerando esto, se procede a exponer el reporte que da la literatura respecto a esta temática.

Voluntariado

El voluntariado es aquella acción de pertenecer a una organización o entidad sin ánimo de lucro, con el fin de participar en actividades que beneficien y contribuyan a la comunidad; así mismo, el ser voluntario permite no limitarse a la función de los profesionales, sino que los voluntarios generan un ambiente de confianza, calidez e intimidad con su entorno, facilitando y propiciando favorablemente la salud mental y el bienestar de los individuos que reciben directamente este acompañamiento, a los usuarios, al equipo profesional, así como a quienes realizan la labor de voluntariado (Casiday, Klinsman, Fisher y Bambra, 2008; Ocampo et al., 2019). Del mismo modo, Wilson (2012) señala que la función de rol del voluntario está determinada por cómo él o ella analizan el modo de relacionarse con otros por medio del servicio, y no solo por lo que han escuchado o aprendido acerca del voluntariado, igualmente, dicha labor se caracteriza por la inspiración, autonomía, el esfuerzo, compromiso y la pasión del voluntario, no obstante, este debe adaptarse y conocer las limitaciones en la participación y en su entorno, con el propósito de lograr un desempeño favorable.

Por otro lado, para Roca (1994) el voluntariado es un entorno heterogéneo y de grandes experiencias múltiples, que a través de los años ha incrementado su desarrollo y cantidad de organizaciones sin ánimo de lucro relacionadas a ámbitos sociales, culturales y políticos, con el fin de lograr satisfacer las necesidades de las diversas comunidades. Así mismo, Roca (1994) menciona que La Carta Europea de los Voluntarios avala la diversidad de modalidades en que se ejecuta y desempeña la labor de los voluntarios, siendo estos quienes dedican su tiempo a las necesidades e intereses de otras personas, sin ser remunerados económicamente, además de contar con objetivos estipulados para llevar a cabo el voluntariado, y a su vez, realizar esa labor de forma pacífica, tranquila, responsable y principalmente, con amor y dedicación. Dicho lo

anterior, García (2001) describe el voluntariado como una institución social que a medida del tiempo y de las experiencias forjadas, ha estado sujeto a constantes cambios tanto culturales como sociales, e igualmente, esta labor consiste en la participación y libertad de los voluntarios a actuar en beneficio de los otros.

De este modo, conviene señalar que el ser voluntario no se centra únicamente en una labor no remunerada, sino también en la responsabilidad y el compromiso que tienen los voluntarios a nivel social con las comunidades, además, cabe destacar que el voluntariado no se caracteriza por ser homogéneo ni único, sino que se encuentra gran variedad de tipos de voluntariados, determinados por sus objetivos, entornos, y campos de acción; de igual forma, los voluntarios pueden ser de diferentes edades, sexo, estratos sociales, con conocimientos y gustos en diversas áreas (Thompson y Toro, 2000).

Es así como con diferentes características, finalidades y estrategias de acción se pueden encontrar diversos ejemplos de organizaciones de voluntariado. Tal es el caso del *voluntariado clown*, siendo esta, una labor no remunerada, que dedica su tiempo a realizar acciones que satisfacen las necesidades de la sociedad mediante el uso del clown (Adams, 2002; Espinosa y Gutiérrez, 2010; Brito, 2019).

Por consiguiente, para hablar de voluntariado clown, se ha de profundizar en las nociones del clown. Si bien, se han encontrado pictogramas que exhiben seres vestidos con muchos colores, bailando y con gestos vivaces desde hace diez mil años (Cuervo-Geijo, 2013); Romero, Méndez, Bianco y Castro (2012), mencionan que es en el renacimiento italiano del siglo XVI cuando aparecen los primeros payasos denominados: Augusto y Carablanca. Así, Fife et al. (2015) y Cuervo-Geijo (2013) destacan que, el primero, Augusto, se caracteriza por su nariz roja, por ser sociable, generoso, cómico, extravagante y torpe, además de simbolizar libertad, el

mundo infantil, la anarquía y la improvisación; mientras que, el Carablanca es caracterizado por estar al mando, ser la autoridad y tener su rostro blanco. De este modo, ambos tipos de payasos se subdividen, el *Augusto* como:

a). *Contraugusto o Trombo*: caracterizados por interpretar diferentes instrumentos y por ser habilidoso.

b). *Excéntrico*: es una transformación de Augusto y se reconoce por presentarse de forma exclusiva y la mayoría de las veces no emite verbalizaciones.

c). *Vagabundo o tramp*: se reconoce por ser solitario, silencioso, abandonado y con rasgos de tristeza.

d). *Payaso de soireé*: se caracteriza por presentarse entre los montajes y retiros de las intervenciones durante el espectáculo.

e). *Mimo-clown*: posee gran diversidad de habilidades y aptitudes tanto físicas como artísticas, y la mayoría de las veces que realiza una presentación son mudas.

f). *Mesíé Loyal*: es el más lujoso y ostentoso de los payasos, así mismo, es el presentador y director del espectáculo.

Y, por otro lado, se encuentra la subdivisión del payaso *Carablanca*:

a). *Clásico*: caracterizado por ser inteligente, alegre, elegante con habilidades artísticas, pero a su vez cómico.

b). *Estirado*: también es elegante, inteligente y alegre, y al actuar en compañía de otros payasos, es el líder y jefe del espectáculo, organizando las actividades, no obstante, es más cómico que el clásico.

c). *Grotesco*: es más cómico que el Cara Blanca estirado y a su vez, es refinado, perspicaz y lúcido.

De este modo, es necesario resaltar que el voluntariado clown se representa mediante el payaso Augusto, específicamente el contraugusto, demarcado por su nariz roja, la interpretación de diversos instrumentos, el hecho de ser torpe sin importar hacer el ridículo, ser generoso, gracioso, extravagante y demás aspectos que lo caracterizan (Cuervo-Geijo, 2013; Fife et al., 2015).

Ahora bien, la labor del voluntariado clown inicia a través de la creación de un personaje e historia única para potenciar las habilidades blandas a través del aprendizaje del arte, como lo es la música, el canto, el teatro, la improvisación, entre otras y, además, estar dispuesto a trabajar continuamente hacia el bienestar de la comunidad (Fundación Doctora Clown, s.f.). Así mismo, el voluntariado clown se realiza en entornos tales como el social y el hospitalario, siendo el último, el más frecuente y usual de estos dos (Solano, 2018). En este orden, Romero et al. (2012) indican que el clown hospitalario es un profesional que adapta el arte del payaso al medio hospitalario y posee una formación específica obtenida en un sistema formal o no formal.

De hecho, en las acciones del voluntariado clown se sigue un paso a paso, de modo que, se da inicio a la jornada empezando por la preparación de su personaje, vestuario, maquillaje y recursos a emplear durante las sesiones, organización que se lleva a cabo en un espacio dentro del hospital; posteriormente, se realiza un círculo entre los clowns para dar apertura a la terapia de la risa, en la cual a través del juego se “recargan motores y energía”, también se realiza una oración de agradecimiento y se prosigue, tanto al lavado higiénico de manos como a recibir recomendaciones del personal de enfermería; después los Doctores Clown realizan un recorrido por los pasillos con música para dar armonía e ir ingresando a las habitaciones, dentro de cada una de estas, los Doctores Clown emprenden el juego, revelando sus historias junto a sus colegas y todas las personas que se encuentran dentro de la habitación; al finalizar, en el lugar donde se

organizaron dentro del hospital, se reúnen nuevamente en círculo para dar cierre a la terapia de la risa, expresando emociones y experiencias vividas por cada Doctor Clown (Solano, 2018).

Alusivamente, Espinosa y Gutiérrez (2010) señalan que los clowns no se preocupan exclusivamente por los pacientes, sino por todo el equipo profesional y personas que se encuentran próximas al entorno terapéutico, de esta forma, la labor de los voluntarios clown se centra en la esencia de presenciar y vivenciar el presente a través del humor y la risa, siendo esta vivencia el objetivo terapéutico reflejado en las personas, el personal, sus familiares y para sí mismos como entes activos del proceso de voluntariado clown, enfatizando el actuar del voluntario clown en la persona y no en los procedimientos, diagnósticos y resultados. Así mismo, Adams (2002) alude a los voluntarios clown como portadores de amor, confianza, calidez y diversión al entorno donde se encuentren, además de los beneficios personales que recibe el voluntario clown.

Igualmente, Brito (2019) resalta que el Doctor clown ya sea en el ámbito hospitalario o social, es quien refleja alegría, armonía, salud, amor y humanidad, además es quien realiza la risoterapia o terapia de la risa como un estilo de sanación y recuperación ante las enfermedades, así como para fortalecer las capacidades, el bienestar psicológico, físico, social y emocional del ser humano. Además, el clown se origina a partir de la esencia de cada persona, siendo un fragmento más de la propia vida, y determinado por el carácter, la estructura física y la personalidad de cada ser humano, de manera análoga, el clown se distingue por su honestidad, sencillez, amor, serenidad, humildad, sinceridad y libertad, así como por la intensidad de sentir e irradiar sus emociones, atender a los detalles de su entorno, jugar sin importar el fracaso y por brindar la capacidad de empoderamiento de la persona que recibe la risoterapia ante el proceso que lleva (Butler, 2017; Cuervo-Gejjo, 2013; Buriticá, del Pilar y Ladino, 2017).

Con todo lo anterior expuesto, se esboza que la construcción de este personaje único y su posterior integración con la vida diaria supone una práctica que, al poseer un gran valor para el individuo, puede beneficiar a las personas que son partícipes de la labor. Por lo tanto, es posible establecer una relación entre la actividad de voluntariado clown y niveles favorables de bienestar, autoestima, satisfacción con la vida y salud autopercebida, variables que, en la revisión de la literatura, resultan concordar con indicadores de salud mental positiva.

Metodología

Diseño

El estudio empleó un diseño no experimental cuantitativo y de tipo transversal, debido a que las variables se midieron una sola vez durante un período determinado. Así mismo, el alcance fue de tipo descriptivo, dado que el propósito del estudio fue comprender el estado de las variables asociadas a los efectos del voluntariado en términos de bienestar de la persona, tales como el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida, la autoestima y la salud autopercebida o autorreferida.

Participantes

La población estuvo compuesta por 80 voluntarios activos de las fundaciones, Doctora Clown de las sedes de Bucaramanga y Bogotá, y Corazón en Parches en la sede de Bucaramanga. Para la muestra, se empleó la selección por conveniencia de 23 voluntarios a partir de los criterios de inclusión y de exclusión descritos a continuación.

Criterios de inclusión.

Tiempo de pertenencia al voluntariado igual o mayor a un año.

Dentro del lapso del tiempo mencionado, la persona debía haber participado mínimo 1 vez (desde enero de 2019 hasta febrero del 2020) en las actividades llevadas a cabo en entornos hospitalarios.

Ser mayor de 18 años y aceptar de forma facultativa el consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

A la fecha de aplicación, ser menor de edad.

Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos y psicosociales.

Las variables sociodemográficas y psicosociales utilizadas en el presente estudio son sexo, edad, educación, ciudadanía, convivencia, nivel socioeconómico, estado civil, número de hijos en el hogar y estado laboral. Adicionalmente se cuestionó acerca de la fundación a la que pertenece el participante, el tiempo estimado de pertenencia a dicha fundación, el número de asistencia a actividades hospitalarias y dos preguntas abiertas sobre la percepción de los participantes en relación a las motivaciones para pertenecer al voluntariado clown y las influencias del voluntariado clown en sus vidas. Estas características, según la literatura, han influido tanto en el voluntariado como en los resultados de salud (Thoits y Hewitt, 2001; Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario y Tang, 2003; Piliavin y Siegl, 2007; Jiang et al, 2020). Dicho cuestionario fue elaborado por los investigadores.

Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28).

El GHQ es un cuestionario autoadministrado que fue diseñado para determinar trastornos psíquicos no psicóticos en la población general y también para ser empleado en otros contextos

no psiquiátricos. En un principio, los autores plantearon una versión de 60 ítems y posteriormente se desarrollaron versiones cortas de 30, 28, 20 y 12 ítems (Goldberg y Hillier, 1979; Vallejo, Rivera, Esteve-Vives y Rodríguez-Muñoz, 2014).

Sin embargo, en el presente estudio, se emplea la versión GHQ de 28 ítems caracterizada por ser sencilla, cómoda y ágil al momento de ser aplicada. Está compuesta por cuatro subescalas: síntomas somáticos (A), ansiedad e insomnio (B), disfunción social (C) y depresión grave (D); cada subescala consta de 7 ítems que tienen como propósito el conocer cómo las personas se han sentido durante las últimas semanas. El sistema de respuesta es de tipo Likert y el tiempo de aplicación es de aproximadamente 10 min (Goldberg y Hillier, 1979; Vallejo et al., 2014).

De este modo, la adaptación del GHQ de 28 ítems en una población española, realizada por Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (1986) consta de un punto de corte de 6/7 para una sensibilidad del 76,9% y de una especificidad del 90,2%, así como de un punto de corte de 5/6 para una sensibilidad del 84,6% y especificidad del 82%, contando con un dominio discriminativo similar al GHQ-60, además de ser más corto, y aun cuando las subescalas no son del todo independientes, estas suministran datos adicionales acerca de la depresión y la ansiedad.

De igual forma, la razón por la cual se utiliza este cuestionario radica en que en el estudio de Wu et al. (2005) emplearon el GHQ de 12 elementos, y otros instrumentos, para examinar las diferencias demográficas y psicosociales entre jubilados voluntarios y no voluntarios.

Escala de Autoestima de Rosenberg.

En el estudio se utiliza la Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) en su versión validada en Colombia por Gómez-Lugo et al. (2016). Dicha versión está constituida por 10 ítems, los cuales hacen referencia a la autoestima en general, de igual forma, los elementos están

redactados tanto en forma positiva (1,3,4,5,7 y 10) como negativa (2,6,8 y 9). El cuestionario posee una escala de respuestas tipo Likert de 4 puntos (1=Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= De acuerdo y 4= Totalmente de acuerdo). El rango del puntaje total puede variar entre 10 a 40, siendo un puntaje alto, indicador de buena autoestima.

Ahora, en términos psicométricos, la adaptación colombiana de la escala presenta índices de confiabilidad de 0,83, lo que resulta similar al descrito por Rosenberg (1965); además, la media de las puntuaciones de los ítems es similar a la media teórica y su desviación estándar es cercana a uno. De la misma forma, la valoración cualitativa supone que todos los ítems se ajustan adecuadamente en términos de representatividad, comprensión, interpretación y claridad (Gómez-Lugo et al., 2016).

Dicho lo anterior, se menciona que el uso del instrumento se relaciona con que, en la revisión de la literatura, Thoits y Hewitt (2001) emplean la escala de Rosenberg, y otros cuestionarios, para indagar la relación entre el voluntariado y los seis aspectos del bienestar personal: felicidad, satisfacción con la vida, autoestima, sentido de control sobre la vida, salud física y depresión.

Escala de satisfacción con la vida (SWLS).

La Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) desarrollada por Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) está compuesta por cinco ítems, los cuales son respondidos mediante una escala Likert de 7 puntos. Dicha escala está comprendida desde 1 “totalmente en desacuerdo” hasta 7 “totalmente de acuerdo” y sus puntuaciones varían en un rango de 5 a 35. Los ítems evalúan la satisfacción general que el individuo tiene con su vida, aclarando que una mayor puntuación supone mayor satisfacción.

En el presente estudio se usa la versión traducida al español por José A. Reyes-Torres, disponible en el sitio web de Ed Diener. La clasificación de los puntajes totales según los planteamientos de Pavot y Diener, (1993) es la siguiente: 31-35, muy satisfecho; 26-30, satisfecho; 21-25, un poco satisfecho, 20, neutral, 15-19, un poco insatisfecho, 10-14, insatisfecho, y 5-9, muy insatisfecho.

En cuanto a las propiedades psicométricas de la escala, Vinaccia-Alpi, Parada, Quiceno, Riveros-Munévar y Vera-Maldonado (2019) encontraron en su estudio un alfa de Cronbach general de 0,839 e indican que, en términos psicométricos, en Colombia la SWL muestra una adecuada validez de constructo y cuenta con apropiada confiabilidad. Adicionalmente, estudios llevados a cabo en población variada, como estudiantes, personas de la tercera edad, reclusos, etc., e incluso utilizando versiones distintas, entre ellas francés, holandés, ruso, chino y mandarín, la escala cuenta con una confiabilidad que oscila entre 0,79 y 0,87 y una estructura unifactorial que explica entre el 60% y el 75% de la varianza, lo que corresponde a una validez adecuada (Atienza, Balaguer, García y Pons, 2000).

Así mismo, la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS) fue empleada por Philippus et al. (2020) en su estudio respecto a la participación social y la satisfacción de la vida después de una lesión cerebral traumática, cuyos resultados fueron que aquellas personas que participan como voluntarios tienden a experimentar un mayor nivel de satisfacción con la vida que aquellos que no lo realizan; además, afirman que el voluntariado es una alternativa de comprometerse socialmente y sentirse productivo, lo cual está directamente relacionado con un mayor nivel de satisfacción con la vida.

Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff.

La escala Ryff (1989a) es un instrumento de autorreporte que consta de un total de 39 ítems con opciones de respuesta del 1 al 6, en el que 1 está totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo; representando la mayor puntuación, mayor es la presencia de bienestar psicológico. En términos generales, este instrumento mide seis dimensiones o atributos positivos del bienestar psicológico, los cuales fueron establecidos por la autora en base a las discusiones teóricas sobre las necesidades satisfechas, motivos y atributos que caracterizan a una persona en plena salud mental. Para el presente estudio se hace uso de la versión traducida al español por Díaz et al. (2006) que consta de 29 ítems, la cual ha sido validada para población colombiana por Pineda-Roa, Castro-Muñoz y Chaparro-Clavijo (2018).

En la adaptación, los autores indican que las dos versiones de la prueba presentan una confiabilidad adecuada, tanto para el constructo general como para las subescalas; sin embargo, la preferencia por versión más corta se debe a que, en el análisis, se encontró que la versión de 29 ítems se ajusta mejor al modelo teórico de los seis factores y, en consecuencia, se realiza la recomendación, hacía investigadores sociales y de las ciencias de la salud, para hacer uso de esta (Pineda-Roa, Castro-Muñoz y Chaparro-Clavijo, 2018).

De este modo, es preciso señalar que las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff han sido empleadas en diferentes estudios y por tal razón, se hará uso de ellas para el presente estudio. Una de las investigaciones que emplean dicho instrumento, es la de Piliavin y Siegl (2007) al indagar acerca de los beneficios para la salud del voluntario en el estudio longitudinal de Wisconsin, Estados Unidos, que tuvieron como resultado, la relación significativa entre ser voluntario y el bienestar psicológico.

Procedimiento

1. En primera instancia, se realizó una revisión de la literatura y construcción del proyecto de investigación.
2. Se realizó contacto con directores de cada fundación para dar a conocer los objetivos y el alcance de la presente investigación, con el fin de solicitar su apoyo en la difusión de esta entre los voluntarios, de forma tal que, quienes quisieran participar fueran contactados por los investigadores. De esta forma se consolidó un grupo de 26 participantes, la muestra final quedó conformada por 23 de ellos, los tres restantes no cumplían los criterios de inclusión.
3. Se organizó una batería con los instrumentos de medición. Cada paquete estaba compuesto por el consentimiento informado, el cuestionario de datos sociodemográficos y psicosociales, el Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28), la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de satisfacción con la vida (SWLS), las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff y un cuestionario acerca de las experiencias respecto a la participación del voluntariado clown.
4. Se recolectaron datos de contacto con cada voluntario clown con la expresa autorización de estos, los datos fueron proporcionados por los directores de las fundaciones participantes.
5. Debido a la contingencia sanitaria que tuvo lugar entre marzo y agosto de 2020, se contactó a cada uno de ellos vía telefónica para darles a conocer el propósito de la investigación y se les informó acerca del envío mediante el correo electrónico sobre el instructivo para el diligenciamiento de los documentos, el consentimiento informado y la batería de instrumentos.

6. Por medio del correo electrónico se recibió la confirmación de la participación voluntaria en la investigación, así como los documentos diligenciados para su posterior revisión y calificación.
7. Al tener la información recolectada de las escalas se construyó una base de datos que permitió organizarla y analizarla mediante el programa de Microsoft Excel, y la información recopilada de las dos preguntas abiertas, propuestas para complementar los datos cuantitativos, se analizó por medio del programa Atlas.ti.

Resultados

De acuerdo con los objetivos y la propuesta metodológica de la actual investigación, se presentan a continuación los resultados descriptivos de cada una de las variables medidas, iniciando con las figuras correspondientes a los datos sociodemográficos recolectados y luego la ilustración de los niveles de bienestar psicológico, autoestima, satisfacción con la vida y salud autopercebida de la muestra estudiada.

En total, se contó con la participación de 26 voluntarios de las fundaciones Doctora Clown de las sedes de Bucaramanga y Bogotá, y Corazón en Parches de la sede de Bucaramanga. Sin embargo, tres de ellos no cumplieron con los criterios de inclusión requeridos, en concreto, uno de ellos no contaba con la asistencia mínima en actividades hospitalarias y, los dos restantes, no cumplían con el tiempo mínimo de permanencia al voluntariado, por lo cual, la muestra final estuvo conformada por 23 participantes.

Resultados de datos sociodemográficos

En este primer segmento descriptivo se ilustran los resultados de las diversas distribuciones obtenidas en función de las variables edad, fundación de procedencia, tiempo de voluntariado,

número de asistencias a actividades hospitalarias, municipio de residencia, sexo, estado civil, cantidad de hijos, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad y situación laboral.

Como inicio, se ilustra la distribución de la muestra de acuerdo con la edad, diferenciando dos rangos, uno de 19 a 40 años y el otro de 41 a 61 años.



Figura 1. Distribución de la muestra según los rangos etarios.

En la figura se observa que, del total de la muestra conformada por veintitrés voluntarios, 19 de ellos se encuentran entre el rango etario de 19 a 40 años, representando el 82,60% de la muestra total. Mientras que el 17, 39% se ubica en el rango de 41 a 61 años, lo que corresponde a 4 participantes.

En segundo lugar, se presentan los siguientes datos con respecto a la fundación de procedencia de los voluntarios, ya sea Doctora Clown o Corazón en Parches.

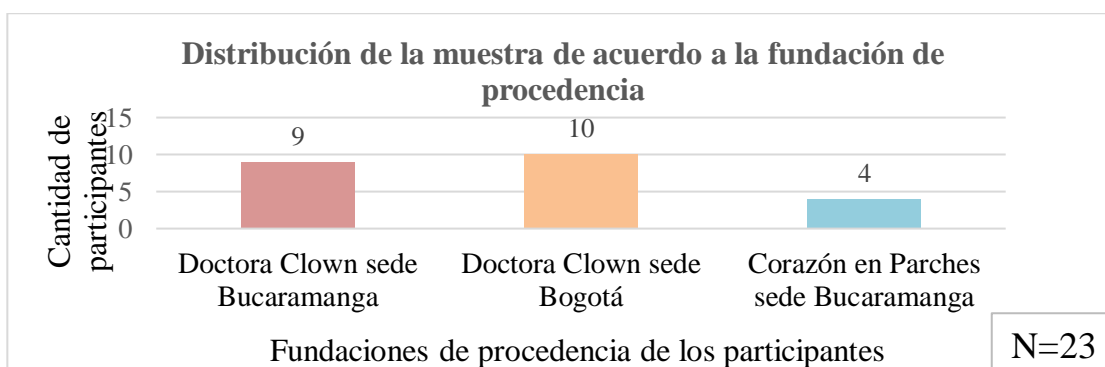


Figura 2. Distribución de la muestra según la fundación de procedencia.

Como se evidencia, la mayoría de los participantes pertenecen a la fundación Doctora Clown con 19 voluntarios en total, aludiendo al 82,60% de la muestra. En contraparte, cuatro

participantes pertenecen a la fundación Corazón en Parches, lo que corresponde al 17,39% de la muestra.

Además, diferenciando las sedes de la fundación Doctora Clown, se advierte que 10 participantes, quienes representan el 43,47% de la muestra total, pertenecen a la sede de Bogotá, mientras que nueve voluntarios provienen de la sede de Bucaramanga, correspondiendo al 39,13% de la muestra.

Después, se exhibe la información alusiva al tiempo de pertenencia al voluntariado, haciendo la distinción entre tres rangos, de 12 a 48 meses (1 a 4 años), de 49 a 84 meses (4 años y un mes hasta 7 años) y mayor a 85 meses (7 años y un mes).

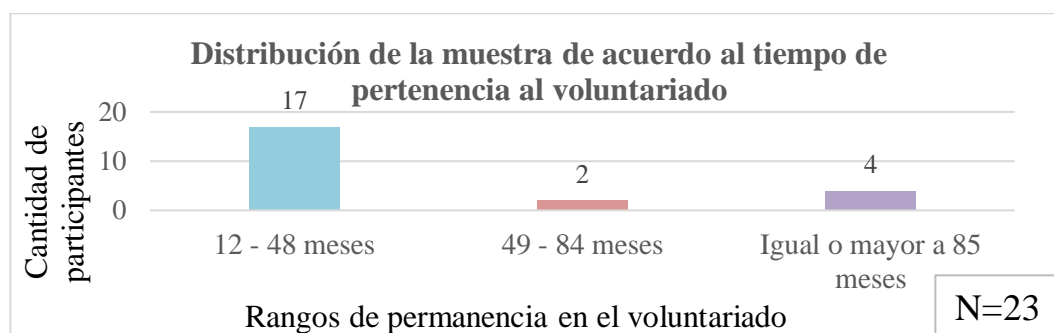


Figura 3. Distribución de la muestra según el tiempo de pertenencia al voluntariado.

La figura 3 refleja que el 73,91% de la muestra se encuentra en el rango de tiempo de 12 a 48 meses, correspondiendo a 17 participantes. Asimismo, el 17,39% (4) se encuentran en el rango mayor a 85 meses. En contraste, solo 2 participantes, quienes reflejan el 8,66% de la muestra total, han pertenecido al voluntariado entre el rango de tiempo de 49 a 84 meses.

Ahora, se expone lo siguiente en torno al número de asistencias a actividades en ambientes hospitalarios entre enero del 2019 y febrero del 2020.

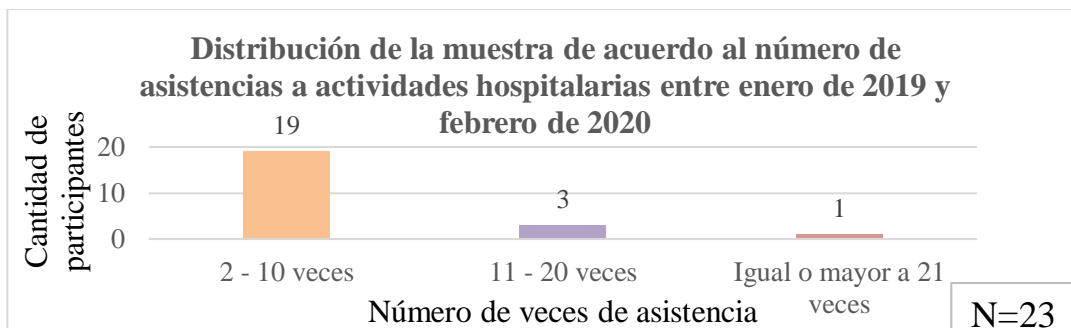


Figura 4. Distribución de la muestra según el número de asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero del 2020.

Se puede observar que el 82,60% (19) de los voluntarios asistieron a actividades hospitalarias entre 2 y 10 veces, el 13,04% (3) entre 11 y 20 veces y el 4,34% (1) asistió a 150 actividades en el tiempo definido, es importante destacar que este participante es la directora de la Fundación Doctora Clown sede Bogotá.

En quinto lugar, se muestran los datos correspondientes al municipio de residencia de cada participante.

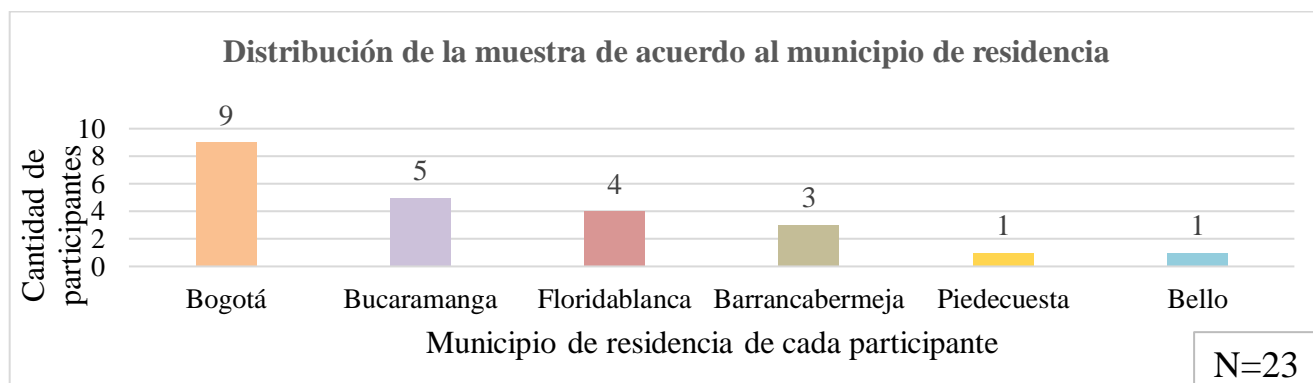


Figura 5. Distribución de la muestra según el municipio de residencia.

Atendiendo a la ilustración, se advierte que la mayoría de los voluntarios residen en Bogotá con nueve participantes, Bucaramanga con cinco de ellos, Floridablanca con cuatro y Barrancabermeja con tres, reflejando, respectivamente, el 39,13%, el 21,73%, el 17,39% y el 13,04% de la muestra total.

En comparación, Piedecuesta y Bello son los municipios con menos participantes residiendo allí, aportando, cada uno, el 4,34% de la muestra total, correspondiente a un participante en cada uno de estos municipios. También, a modo de aclaración, se menciona que la persona que reside en Bello participa en las actividades de la fundación Doctora Clown de la sede de Bogotá.

A continuación, se presenta la información relacionada con el sexo de los participantes en el estudio.

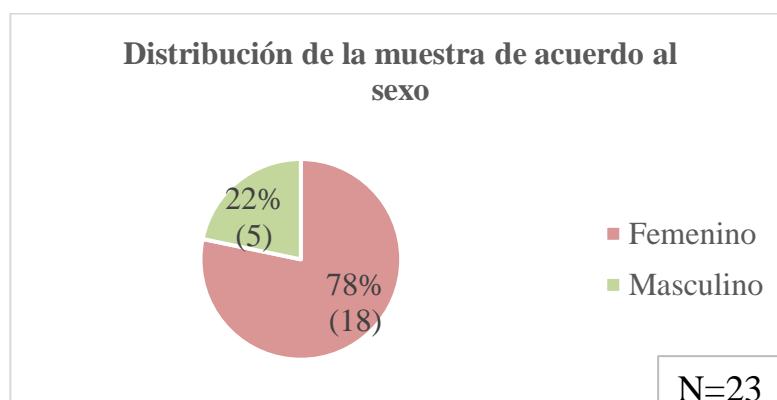


Figura 6. Distribución de la muestra según el sexo.

Se evidencia que hay un mayor predominio del sexo femenino, representa el 78% (18) de la muestra, mientras que el sexo masculino corresponde al 22% (5) de la muestra total.

Posteriormente, se presentan los datos correspondientes al estado civil de los participantes del estudio, diferenciando entre soltero/a, casado/a, separado/a, y unión libre.

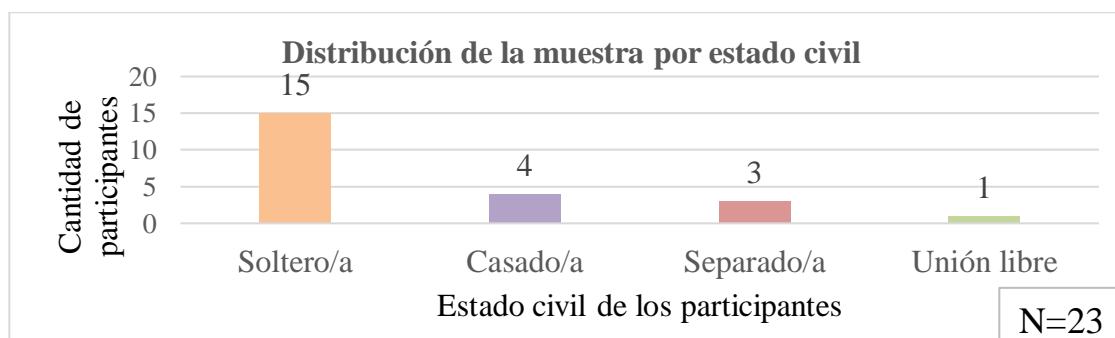


Figura 7. Distribución de la muestra según el estado civil.

De acuerdo con la figura, se observa que la mayoría de los participantes, correspondiente al 65,21% (15) de la muestra, se identifican como Soltero/a. Mientras que los estados Casado/a, Separado/a y Unión libre sólo reflejan el 17,39%, el 13,04% y el 4,34% de la muestra total respectivamente.

En octavo lugar, se atiende a la variable sociodemográfica concerniente a la cantidad de hijos de los participantes.

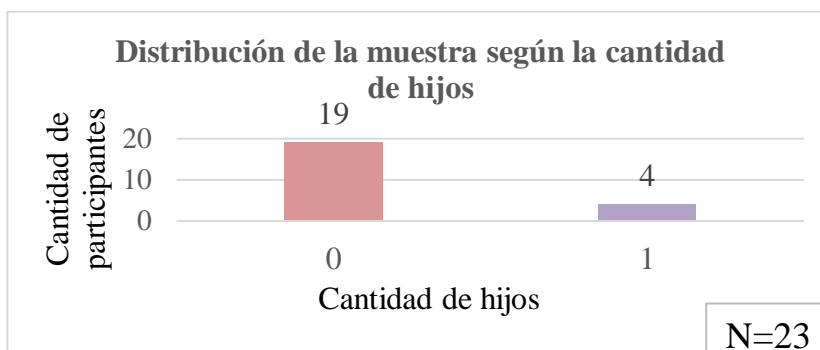


Figura 8. Distribución de la muestra de acuerdo con la cantidad de hijos.

En concordancia con la ilustración, se advierte que hay un mayor predominio de participantes que no tienen hijos, figurando en esta posición el 82,60% de la muestra, lo que corresponde a 19 voluntarios estudiados. En contraparte, los participantes con un hijo son 4 y reflejan el 17,39% de la muestra.

Luego, se expone la información relativa al nivel socioeconómico de cada participante del estudio.

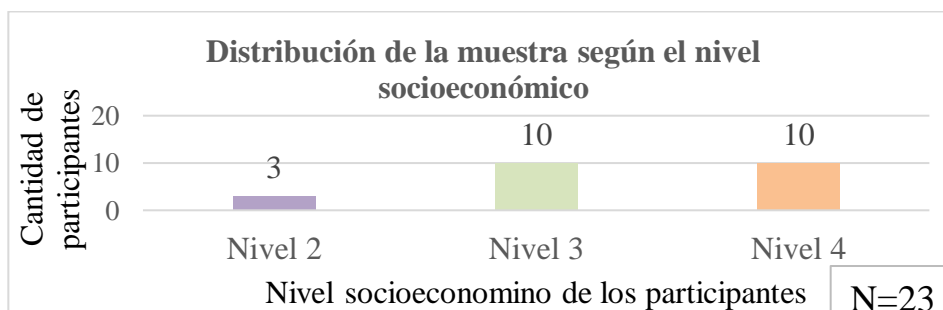


Figura 9. Distribución de la muestra según el nivel socioeconómico.

La figura 9 muestra que los niveles socioeconómicos en donde se ubica un mayor número de voluntarios son el tres y el cuatro, con 10 participantes cada uno, aludiendo al 43,47% de la muestra. Entretanto, en el nivel socioeconómico dos hay 3 participantes, lo que corresponde al 13,04% de la muestra total.

Seguidamente, se ilustra el nivel de escolaridad de los voluntarios del estudio, distinguiendo entre los niveles bachiller, técnico/tecnólogo, pregrado y posgrado.

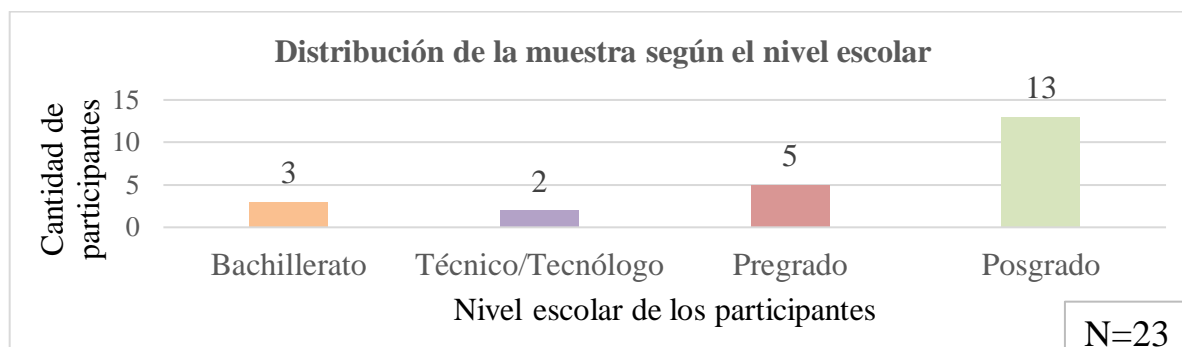


Figura 10. Distribución de la muestra de acuerdo con el nivel escolar.

La anterior figura permite evidenciar que el 56,52% (13) de los participantes han alcanzado el nivel de posgrado; el 21,73% (5) poseen estudios de pregrado; el 13,04% (3) obtuvieron el título de bachiller; y el 8,69% (2) tienen estudios técnicos/tecnólogos.

Para finalizar esta sección, se presenta la distribución de la muestra de acuerdo con su situación laboral actual.

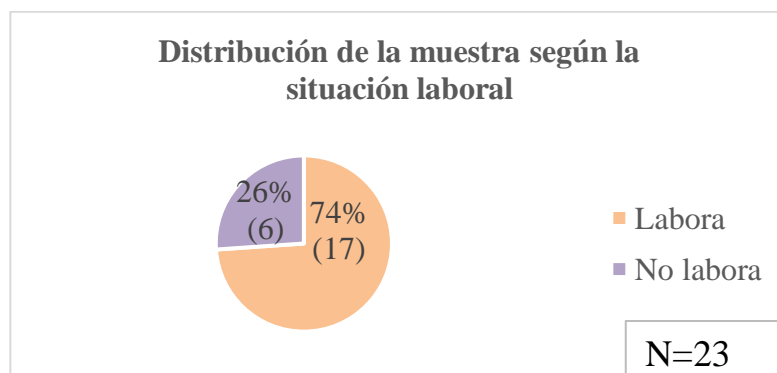


Figura 11. Distribución de la muestra de acuerdo con la situación laboral actual.

Como se muestra en la figura anterior, existe un mayor predominio de las personas que laboran actualmente, reflejando el 74% de la muestra total, mientras que los participantes que no laboran son el 26%. No obstante, se percibe como pertinente mencionar que dos participantes comentaron que la razón por la cual no estaban laborando era consecuencia de la pandemia de COVID-19, tiempo durante el cual se recolectaron los datos.

Por otra parte, se realizan las comparaciones entre las variables sociodemográficas de sexo, rango de edad, nivel escolar y estado civil con tiempo de pertenencia en el voluntariado y número de asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero del 2020.

Acto seguido, se señala la distribución de la muestra según el sexo y el tiempo de pertenencia al voluntariado.

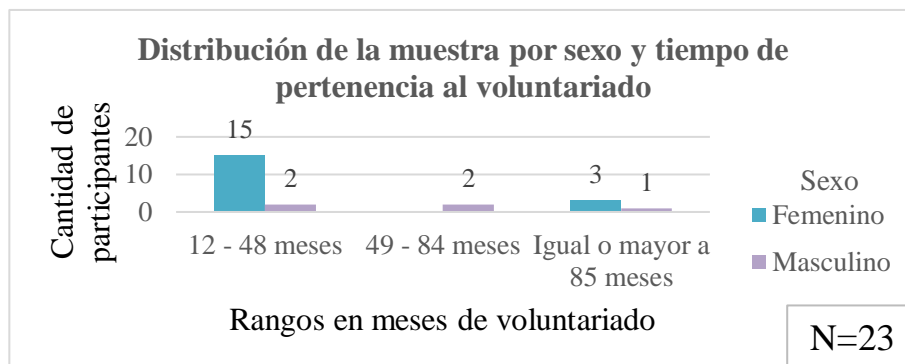


Figura 12. Distribución de la muestra de acuerdo con el sexo y el tiempo de pertenencia al voluntariado.

A partir de la figura, se observa que el 83,33% (15) de las mujeres han pertenecido al voluntariado en el periodo de tiempo entre los 12 a 48 meses. Mientras que, en este mismo rango, solo se encuentran dos hombres, quienes representan el 40% de la muestra masculina.

Asimismo, el 16,66% (3) de la muestra femenina y el 20% (1) de la muestra masculina, se encuentran en el rango de mayor a 85 meses de pertenencia al voluntariado. Entretanto, en el

rango de tiempo comprendido entre los 49 a 84 meses, no se registran mujeres, y se encuentra el 40% (2) restante de la muestra masculina.

A continuación, se atiende a la distribución de la muestra de acuerdo con el sexo y número de asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020.

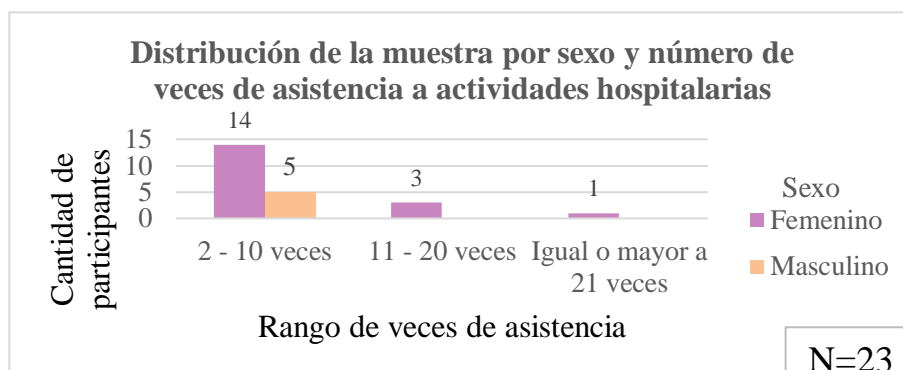


Figura 13. Distribución de la muestra según el sexo y el número de asistencias a actividades hospitalaria entre enero de 2019 y febrero de 2020.

Como se aprecia, el 100% (5) de la muestra masculina y el 77,77% (14) de la muestra femenina ha asistido a actividades hospitalaria entre 2 y 10 veces en el periodo antes definido.

También, en el rango de 11 y 20 veces se encuentra el 16,66% (3) de la muestra femenina, mientras que el 5,55% de esta misma muestra asistió a 150 actividades en el tiempo definido. En referencia a lo anterior, se aclara que este participante es la directora de la Fundación Doctora Clown sede Bogotá.

Ante todo, lo mencionado, se evidencia que las mujeres tienen mayor participación en las actividades hospitalarias en comparación con los hombres.

Luego, se ilustra los datos concernientes a la distribución muestral de acuerdo con el rango etario y el tiempo de pertenencia al voluntariado.

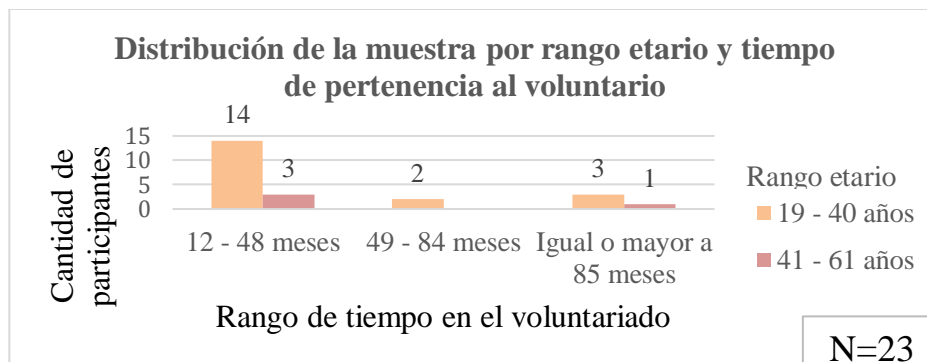


Figura 14. Distribución de la muestra según el rango etario y el tiempo de pertenencia al voluntariado.

En la figura se observa que el 73,68% (14) de los participantes que tienen entre 19 y 40 años, han pertenecido al voluntariado por un periodo de 12 a 48 meses. De este mismo rango etario, el 10,52% (2) han pertenecido durante 49 y 84 meses, y el 15,78% (3) ha pertenecido durante un rango mayor a 85 meses.

Por el contrario, el 75% (3) de los participantes que tienen entre 41 y 61 años, han pertenecido al voluntariado durante 12 y 48 meses, mientras que el 25% (1) restante, ha pertenecido durante más de 85 meses.

En seguida, se expone la distribución de la muestra de acuerdo con el rango etario y el número de asistencias a actividades hospitalarias durante enero de 2019 y febrero de 2020.

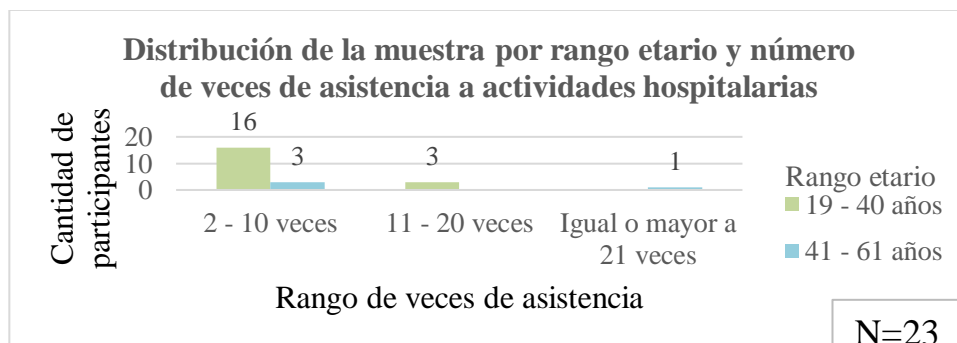


Figura 15. Distribución de la muestra según el rango etario y el número de asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020.

Como se evidencia, el 84,21% (16) de los participantes que tienen entre 19 y 40 años, han asistido a actividades hospitalarias entre 2 y 10 veces, mientras que el 15,78% (3) restante han asistido entre 11 y 20 veces.

Por el contrario, el 75% (3) de los participantes que tienen entre 41 y 61 años, han asistido a actividades hospitalarias entre 2 y 10 veces, y el 25% (1) restante, ha asistido más de 85 veces. Concretamente, este último participante, quien es la directora de la Fundación Doctora Clown sede Bogotá, ha asistido a 150 actividades en el tiempo definido.

Ahora, se indica la distribución de la muestra según el nivel escolar y el tiempo de pertenencia al voluntariado.

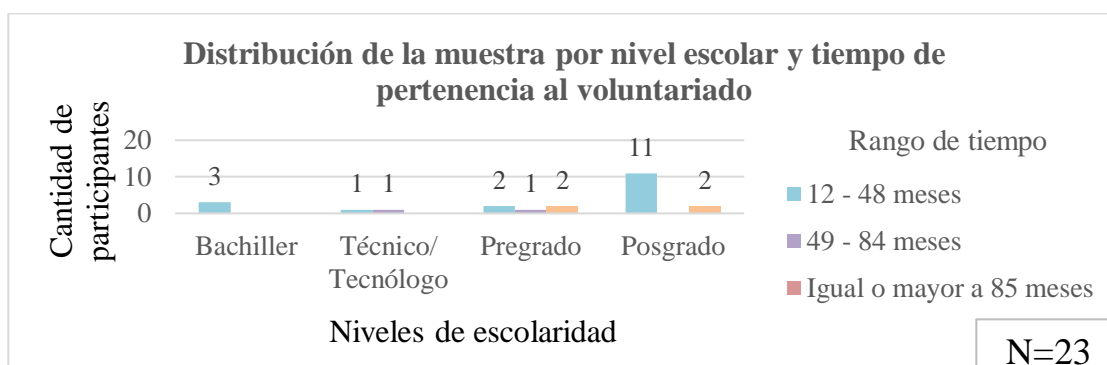


Figura 16. Distribución de la muestra de acuerdo con el nivel escolar y el tiempo de pertenencia al voluntariado.

La figura 16 muestra que, de los participantes que hacen parte del rango de pertenencia comprendido entre 12 y 48 meses, el 17,64% (3) tienen un nivel escolar de bachillerato, el 5,88% (1) alcanza el nivel de técnico/tecnólogo, el 11,76% (2) cursó pregrado y el 64,70% (11) tiene posgrado. En cuanto a voluntarios de los rangos de pertenencia de 49 y 84 meses, el 50% (1) es técnico/tecnólogo y el 50% (1) restante alcanza el nivel de pregrado. En relación con los participantes del rango de pertenencia de más de 85 meses, el 50% (2) tiene pregrado y el 50% (2) restante, cursó posgrado.

Después, se ilustra la distribución muestral según el nivel escolar y el número de asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020.

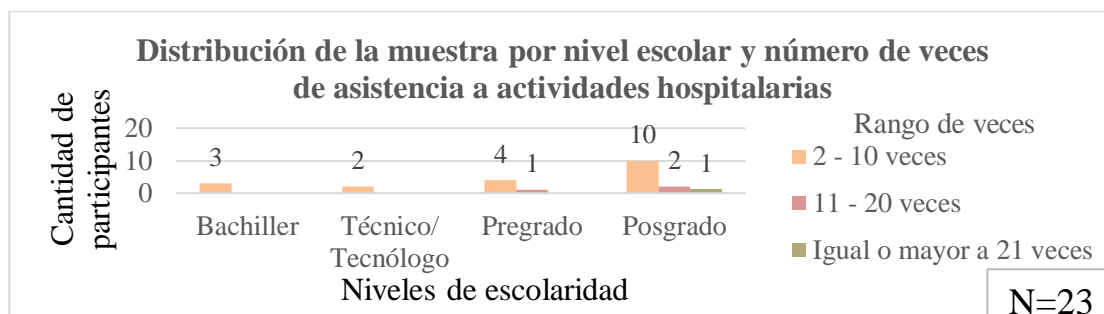


Figura 17. Distribución de la muestra según el nivel escolar y el número de asistencias a actividades hospitalarias durante enero de 2019 y febrero de 2020.

Con relación a la figura, se observa que de los participantes que se encuentran en el rango de asistencia de 2 y 10 veces, el 15,78% (3) tienen un nivel escolar de bachillerato, el 10,52% (2) alcanza el nivel de técnico/tecnólogo, el 21,05% (4) cursó pregrado y el 52,63% (10) tiene posgrado. En cuanto a los voluntarios del rango de asistencia de 11 y 20 veces, el 33,33% (1) cursó pregrado y el 66,66% (2) restante alcanza el nivel de posgrado. Y, en relación con los participantes del rango de asistencia de más de 21 veces, el 100% (1) tiene posgrado.

Posteriormente, se expone la distribución de la muestra según el estado civil y el tiempo de pertenencia al voluntariado.

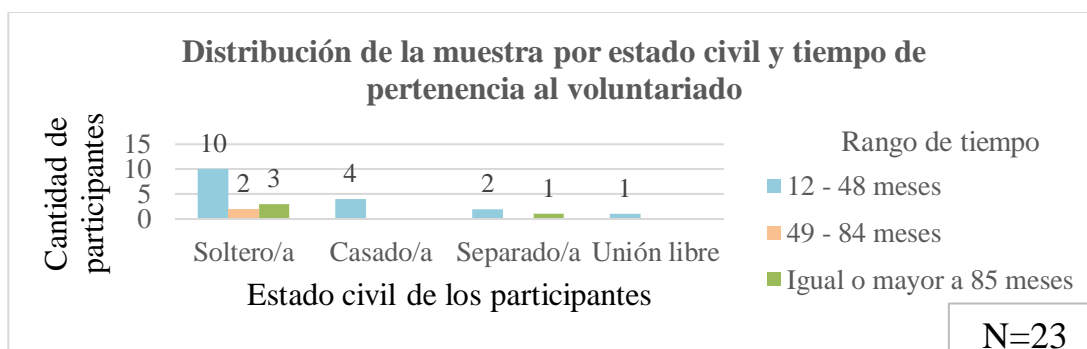


Figura 18. Distribución de la muestra de acuerdo con el estado civil y el tiempo de pertenencia al voluntariado.

En la figura se evidencia que, de los participantes que se encuentran en el rango de pertenencia de 12 y 48 meses, el 58,82% (10) se identifican como soltero/a, el 23,52% (4) está casado/a, el 11,76% (2) está separado/a y el 5,88% (1) tiene un estado civil de unión libre.

Mientras que, el 100% (2) de los participantes en el rango de pertenencia de 49 y 84 meses, se identifica como soltero/a; y de los voluntarios en el rango de mayor a 85 meses, el 75% (3) es soltero/a y el 25% (1) restante está separado/a.

Para finalizar, se presenta la distribución de la muestra de acuerdo con el estado civil y número de asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020.



Figura 19. Distribución muestra de acuerdo con el estado civil y el número de asistencias a actividades hospitalaria entre enero de 2019 y febrero de 2020.

En base a la figura se observa que, de los participantes en el rango de asistencias de 2 y 10 veces, el 68,42% (13) se identifican como soltero/a, el 10,52% (2) está casado/a, el 15,78% (3) está separado/a y el 5,26% (1) tiene un estado civil identificado como unión libre.

En cuanto a los voluntarios en el rango de asistencia de 11 y 20 veces, el 33,33% (1) se identifica como soltero/a y el 66,66% (2) restante está casado/a. Además, el 100% (1) de los participantes en el rango de asistencia de más de 21 veces, se identifica como soltero/a.

Resultados por escalas aplicadas

En este segundo segmento descriptivo se ilustran los resultados de las diversas distribuciones obtenidas en función de las medidas de salud autopercebida, autoestima, satisfacción con la vida y bienestar psicológico.

Escala de Salud Autopercebida de Goldberg.

Para iniciar, se ilustran los datos concernientes a la distribución de la muestra de acuerdo con la presencia o ausencia de riesgo según la escala "Salud Autopercebida" de Goldberg.

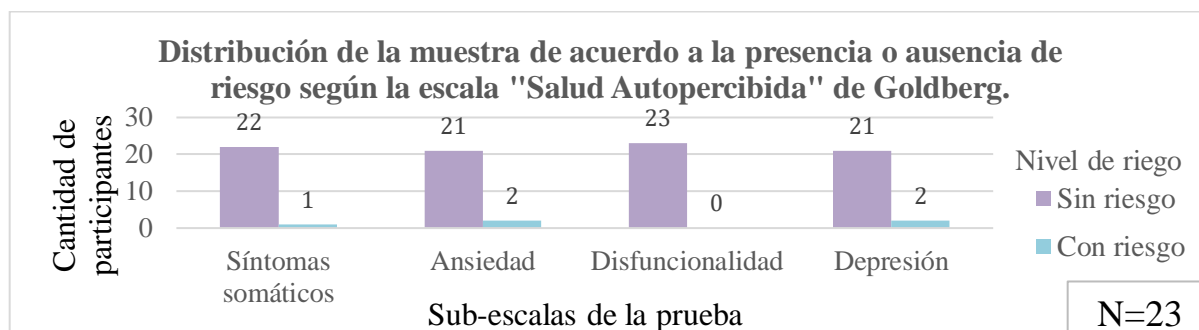


Figura 20. Distribución de la muestra de acuerdo con la presencia o ausencia de riesgo según la escala "Salud Autopercebida" de Goldberg.

La figura 20 permite observar que, del total de muestra estudiada, el 95,65% (22), el 91,30% (21), el 100% (23) y el 91,30% (21), no presentan ningún riesgo en las subescalas de síntomas somáticos, ansiedad, disfuncionalidad y depresión. Lo que puede ser tomado como indicadores positivos, aludiendo, por un lado, a la ausencia de sintomatología ansiosa y depresiva y, por el otro, autopercepción de salud física y a la presencia de la capacidad personal para desarrollar una vida cotidiana saludable y funcional.

Por el contrario, el 4,34% (1) de los participantes se clasifican en riesgo en la subescala de síntomas somáticos, lo cual supone la presencia de sensaciones relacionadas al agotamiento, la

debilidad y molestias corporales. En la subescala de ansiedad, el 8,69% (2) de los participantes se encuentran en riesgo, aludiendo a la presencia de síntomas de ansiedad, nerviosismo, tensión y problemas de sueño. Y, en la subescala de depresión, el 8,69% (2) de la muestra total, están en riesgo, lo que significa que implica la presencia moderada de pensamientos y sentimientos de tristeza y desesperanza. Además, en relación con lo anterior se menciona que, las dos personas que se encuentran en riesgo en la subescala de ansiedad son las mismas dos personas que se encuentran en riesgo en la subescala de depresión.

Luego, se presenta la distribución de la muestra en base a la presencia o ausencia de riesgo según la escala de salud autopercebida de Goldberg y el sexo.

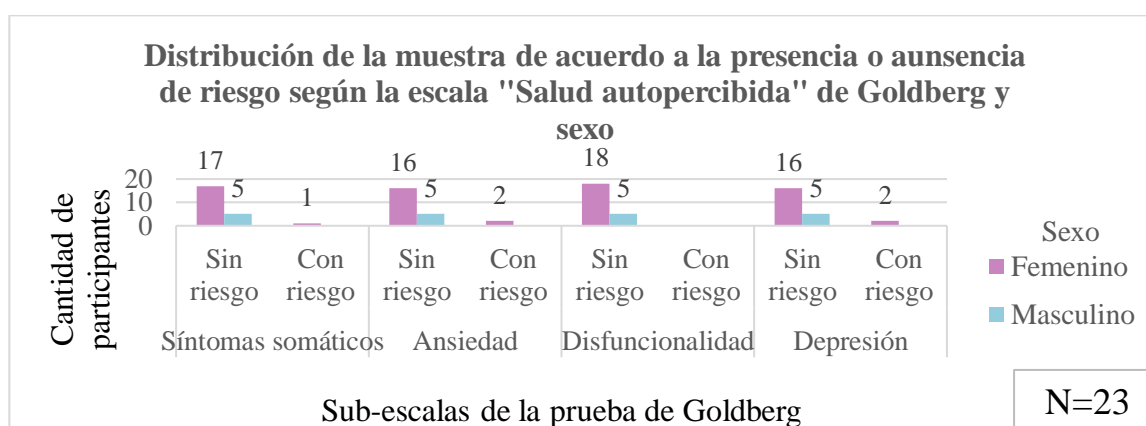


Figura 21. Distribución de la muestra de acuerdo con la presencia o ausencia de riesgo según la escala de salud autopercebida de Goldberg y el sexo.

Como se observa, en lo referente a la percepción de síntomas somáticos, se encuentra que el 100% (5) de la muestra masculina y el 94,44% (17) de la muestra femenina no presentan riesgos. No obstante, el 5,55% (1) restante de la muestra femenina, se encuentran en riesgo lo que conlleva a la percepción de sensaciones relacionadas al agotamiento, la debilidad y molestias corporales.

En cuanto a la ansiedad, el 100% (5) de la muestra masculina y el 88,88% (16) de la muestra femenina, se perciben sin riesgo. En contraste, el 11,11% (2) restante de las mujeres, exhiben riesgo de presentar sintomatología ansiosa, nerviosismo y tensión.

Los resultados de la escala de disfuncionalidad indican que el 100% (5) de los hombres y el 100% (18) de las mujeres, perciben que tienen la capacidad personal para desarrollar una vida cotidiana saludable y funcional. Y, con relación a la sintomatología depresiva, se encuentra que el 100% (5) de los hombres y el 88,88% (16) de las mujeres no presentan síntomas, mientras que el 11,11% (2) restante de la muestra femenina perciben en ellas la presencia moderada de pensamientos y sentimientos de tristeza y desesperanza.

Además, complementando lo anterior se menciona que, las dos mujeres que se encuentran en riesgo en la subescala de ansiedad son las mismas dos mujeres que se encuentran en riesgo en la subescala de depresión.

Se presenta a continuación la distribución de la muestra de acuerdo con la presencia o ausencia de riesgo según la escala "Salud autopercebida" de Goldberg y el tiempo de pertenencia al voluntariado.

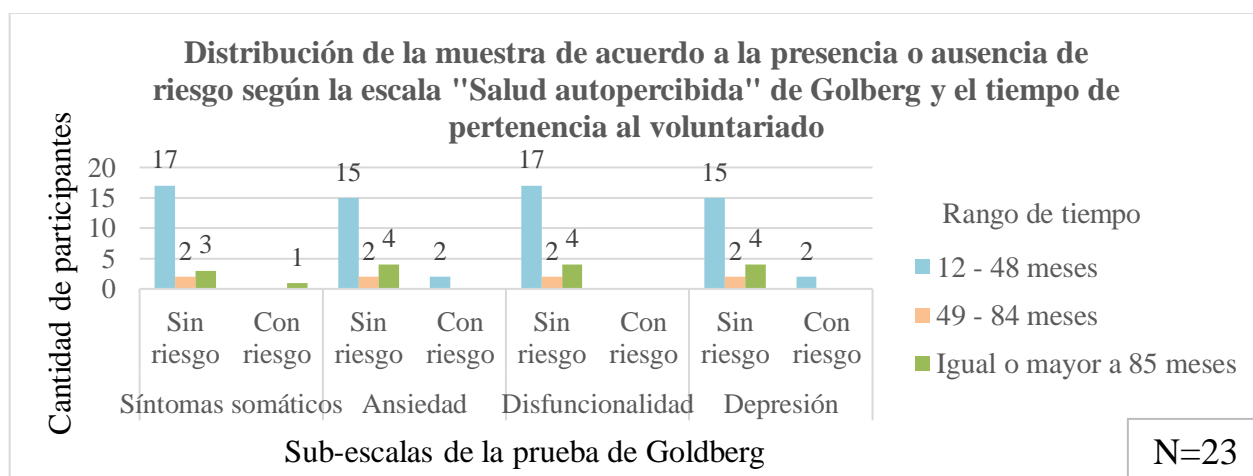


Figura 22. Distribución de la muestra de acuerdo con la presencia o ausencia de riesgo según la escala "Salud autopercebida" de Goldberg y el tiempo de pertenencia al voluntariado.

En la anterior figura se indica que, el 100% (17) de los participantes que han pertenecido al voluntariado durante 12 y 48 meses no advierten presencia de riesgo en las subescalas de síntomas somáticos y disfuncionalidad. Aunque, de este rango de pertenencia, en las subescalas de síntomas ansiosos y depresivos, el 88,23% (15) de los voluntarios se presumen en ausencia de riesgo, mientras que el 11,76% (2) se encuentran en riesgo.

En lo referente a los participantes con tiempos de pertenencia entre los 49 y 84 meses, el 100% de ellos (2) se perciben sin riesgo en las cuatro subescalas.

Y, en cuanto a los voluntarios cuyo tiempo de pertenencia es igual o mayor a 85 meses, el 100% (4) se encuentra sin riesgo en tres de las cuatro subescalas, que son disfuncionalidad, sintomatologías ansiosas y depresivas. No obstante, en la subescala de síntomas somáticos, el 75% (3) se perciben sin riesgo, mientras que el 25% (1) se encuentran en riesgo.

Pero, se aclara, que este último participante mencionó haberse encontrado enfermo en las semanas anteriores a la aplicación de la prueba, por lo que su percepción de salud se vio afectada solo a nivel somático.

Para finalizar, a modo de complemento se menciona que, las dos mismas personas que se encuentran en riesgo tanto en la escala de ansiedad como de depresión, presentan la particularidad de haber pertenecido al voluntariado en el rango de 12 y 48 meses.

Con relación a la siguiente figura, se describe la distribución muestral de acuerdo con la presencia o ausencia de riesgo según la escala "Salud autopercebida" de Goldberg y el número de asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020.

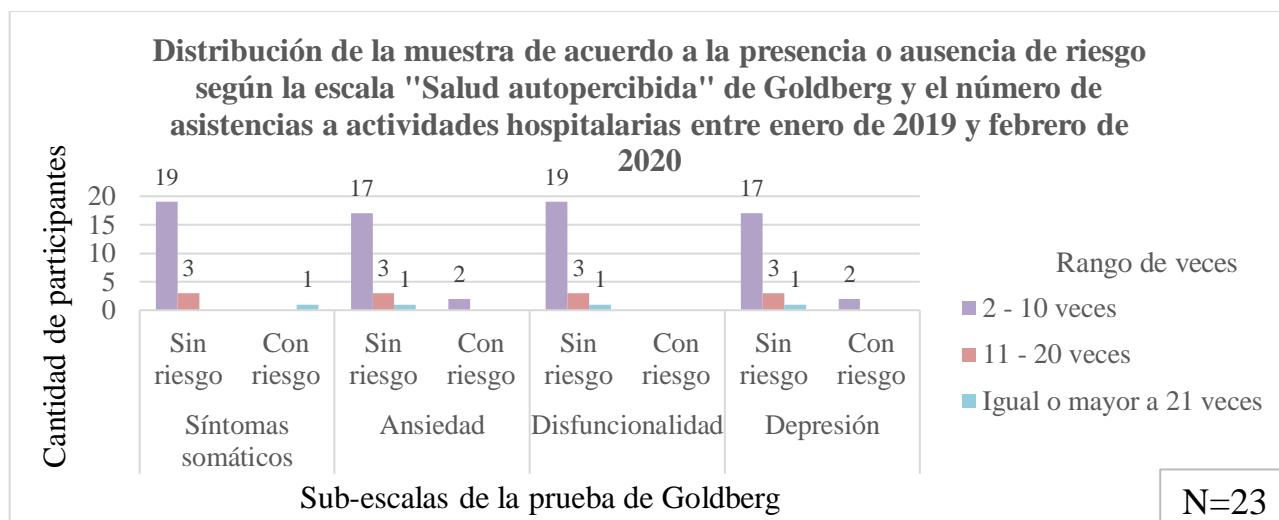


Figura 23. Distribución de la muestra por la presencia o ausencia de riesgo según la escala "Salud autopercibida" de Goldberg y el número de asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020.

En la anterior figura se observa que el 100% (19) de los participantes que han asistido a actividades hospitalarias entre 2 y 10 veces no advierten presencia de riesgo en las subescalas de síntomas somáticos y disfuncionalidad. Aunque, de este mismo rango de asistencia, en las subescalas de síntomas ansiosos y depresivos, el 89,47% (17) de los voluntarios se presumen en ausencia de riesgo, mientras que el 10,52% (2) se encuentran en riesgo.

En lo referente a los participantes con asistencias que oscilan entre 11 y 20 veces, el 100% (3) de ellos se perciben sin riesgo en las cuatro subescalas.

Y, en cuanto al voluntario, varias veces mencionado, cuyo registro de asistencias es igual o mayor a 21 veces (150), se observa que puntúa sin riesgo en las subescalas de ansiedad, disfuncionalidad y depresión, pero, percibe sintomatología somática.

Pero, se esclarece que la participante mencionó haberse encontrado enferma en las semanas anteriores a la aplicación de la prueba, por lo que es esperado que su percepción de salud se viera afectada solo a nivel somático.

Para finalizar, se complementa que, las dos mismas personas que se encuentran en riesgo tanto en la escala de ansiedad como de depresión, presentan la particularidad de haber asistido a actividades hospitalarias en el rango de 2 y 10 veces.

Escala de autoestima de Rosenberg.

Ahora, se atiende a la distribución muestral de autoestima de acuerdo con la escala de Rosenberg, la cual, comprende los niveles de autoestima elevada, media y baja.

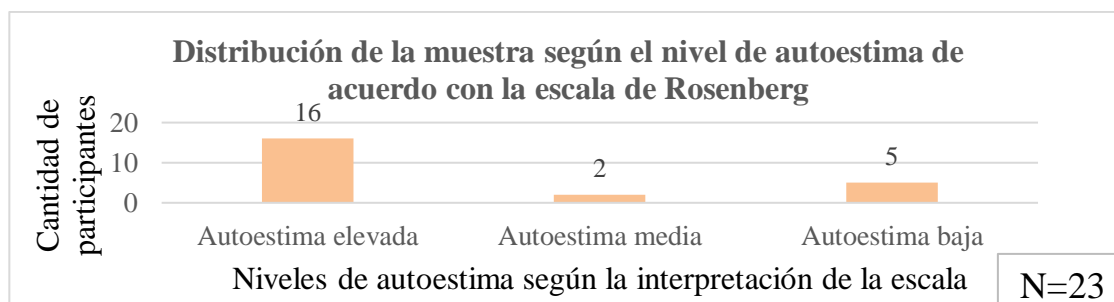


Figura 24. Distribución de la muestra según los niveles de autoestima de acuerdo con la escala de Rosenberg.

Como se observa en la figura 24, del total de la muestra estudiada, el 69,56% (16) obtuvo una puntuación mayor o igual a 30, ubicándose en un nivel de autoestima elevado. El 8,69% (2) se encuentra en el nivel de autoestima media con puntuaciones que oscilan entre 26 y 29; y el 21,73% (5) tienen un nivel de autoestima bajo, obteniendo puntuaciones menores a 25.

Posteriormente, se atiende a la distribución de la muestra de acuerdo el nivel de autoestima según la escala de Rosenberg y sexo.

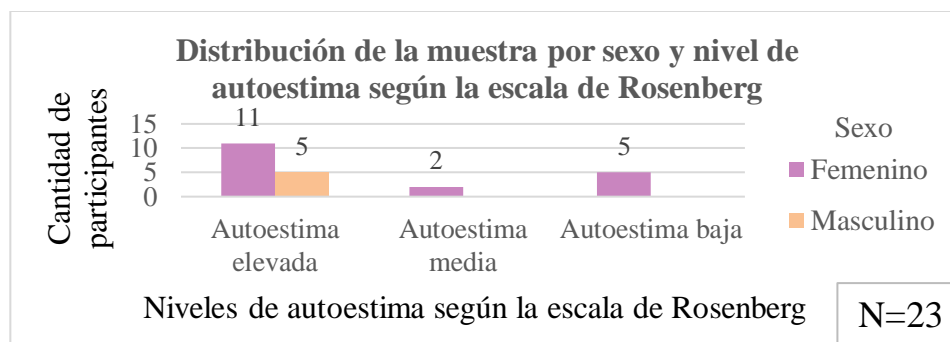


Figura 25. Distribución de la muestra de acuerdo con el sexo y los niveles de autoestima según la escala de Rosenberg.

En la figura 25 se aprecia que, en el nivel de autoestima elevado, se encuentran el 100% (5) de la muestra masculina y el 61,11% (11) de la muestra femenina. Además, el 11,11% (2) y el 27,77% (5) restante de la muestra femenina, obtuvieron niveles de autoestima medio y bajo respectivamente.

Luego, se presenta la distribución de la muestra de acuerdo con el nivel de autoestima según la escala de Rosenberg y el tiempo de pertenencia al voluntariado.

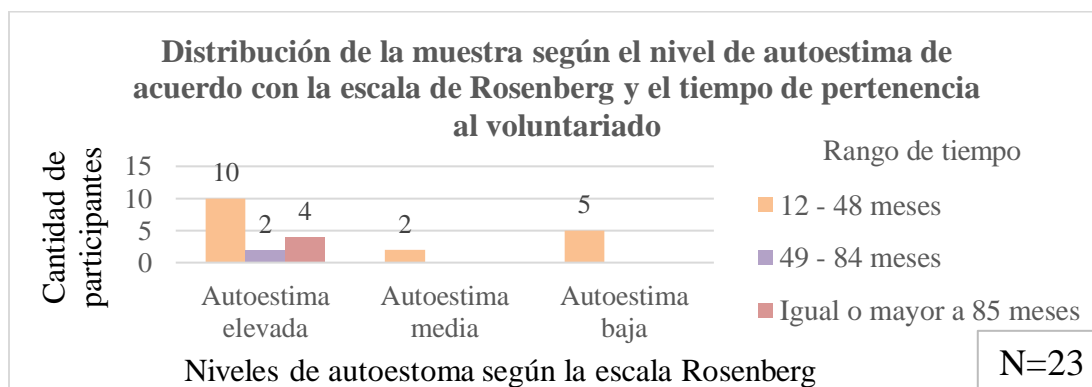


Figura 26. Distribución de la muestra de acuerdo con el tiempo de pertenencia al voluntariado y el nivel de autoestima según la escala de Rosenberg.

En la figura se observa que, de los participantes que han pertenecido al voluntariado en un rango de 12 y 48 meses, el 58,82% (10) obtuvieron un nivel de autoestima elevada, el 11,76% (2) se encuentran en el nivel medio, y el 29,41% (5) tienen un nivel bajo de autoestima.

En cuanto a los voluntarios que han pertenecido entre 49 y 84 meses, el 100% (2) poseen una autoestima elevada. De igual forma, en este mismo nivel se encuentra el 100% (4) de los participantes que cuentan con una pertenencia igual o mayor a 85 meses.

En relación con todo lo anterior, se evidencia que los voluntarios con autoestima media y baja son quienes han pertenecido al voluntariado en el rango de tiempo de 12 y 48 meses.

Después, en la siguiente ilustración se expone la distribución de la muestra de acuerdo con el número de asistencias a actividades hospitalaria y los niveles de autoestima según la escala de Rosenberg.

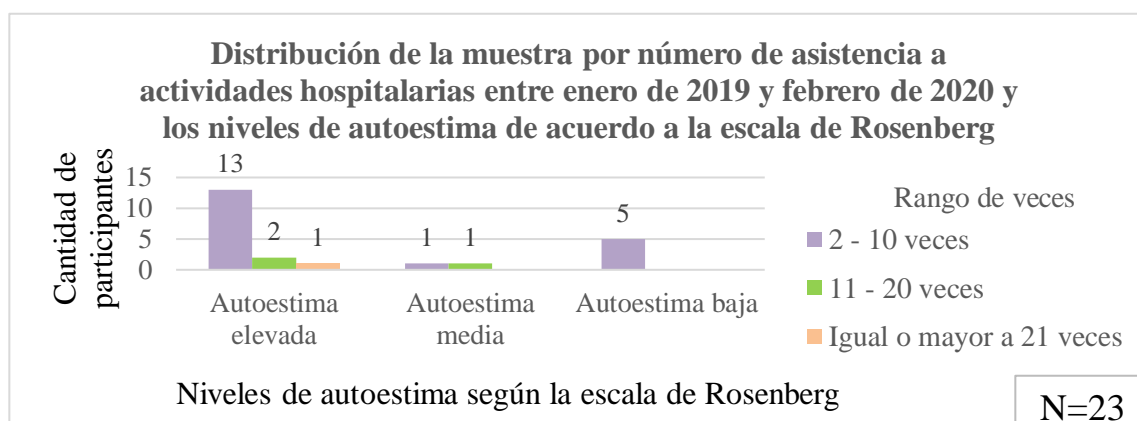


Figura 27. Distribución de la muestra de acuerdo con el número de asistencias a actividades hospitalaria y los niveles de autoestima según la escala de Rosenberg.

Conforme la figura 27, de los participantes que han asistido a actividades hospitalarias en un rango de 2 y 10 veces, el 68,42% (13) obtuvieron un nivel de autoestima elevada, el 5,26% (1) se encuentran en el nivel medio, y el 26,31% (5) tienen un nivel bajo de autoestima.

En cuanto a los voluntarios que han asistido entre 11 y 20 veces, el 33,33% (1) poseen una autoestima media y el 66,66% (2) tiene una autoestima elevada. De igual forma, en este mismo nivel de autoestima se encuentra el 100% (1) de los participantes que cuentan con un número de asistencia iguales o mayores a 21 veces.

En relación con todo lo anterior, se evidencia que los voluntarios con autoestima media y baja son, en su mayoría, quienes han asistido a actividades hospitalarias en el rango de 2 y 10 veces.

Escala de satisfacción con la vida de Diener.

Ahora, se expone la distribución muestral según los niveles de satisfacción con la vida en concordancia a la escala de Diener. Se menciona entonces, que las puntuaciones en la escala se ordenan en siete niveles muy satisfecho, satisfecho, un poco satisfecho, neutral, un poco insatisfecho, insatisfecho y muy insatisfecho.

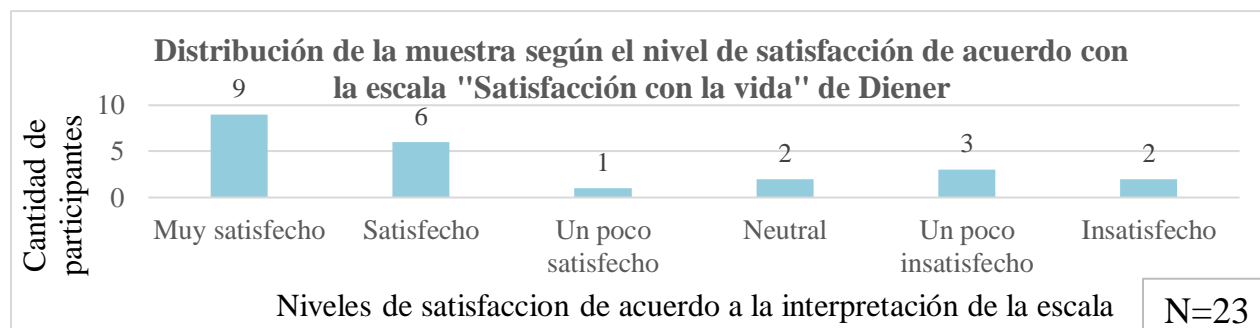


Figura 28. Distribución de la muestra en base a los niveles de satisfacción con la vida en concordancia a la escala de Diener.

Como se observa, del total de la muestra estudiada, el 39,13% (9) se ubica en el nivel muy satisfecho, el 26,08% (6) están satisfechos, 4,34% (1) están un poco satisfecho y el 8,69% (2) se mantiene en una posición neutral.

En contraste, el 13,04% (3) de los participantes se ubican en un nivel un poco insatisfecho, y el 8,69% (2) están insatisfechos. Además, se aclara que ningún participante obtuvo el nivel de muy insatisfecho.

Posteriormente, se atiende a la distribución de la muestra en base al nivel de satisfacción con la vida según la escala de Diener y el sexo.

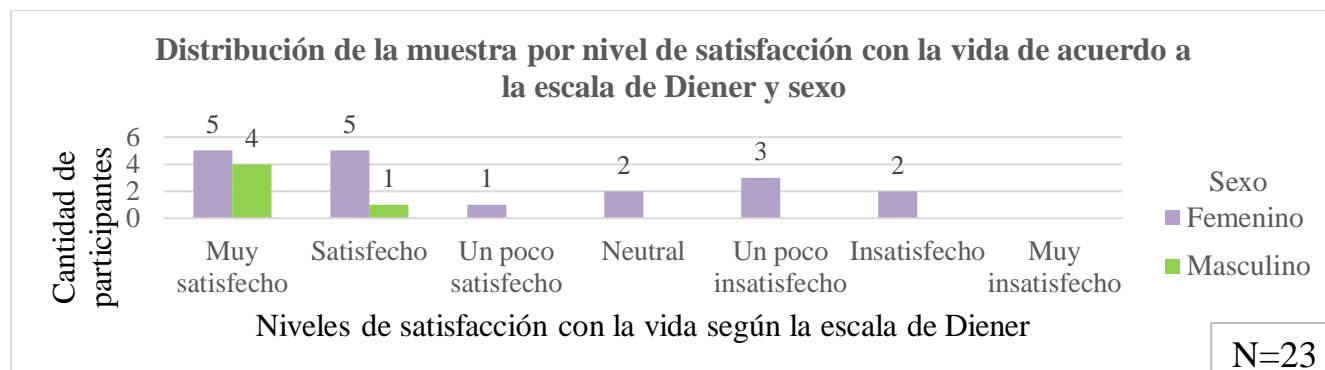


Figura 29. Distribución de la muestra de acuerdo con de satisfacción con la vida según la escala de Diener y el sexo.

En conformidad a la figura 29, el 80% (4) de la muestra masculina se encuentra en el nivel superior de satisfacción, que corresponde al muy satisfecho en la escala de Diener, y el 20% (1) restante de esta muestra, se ubican en el nivel satisfecho.

La muestra femenina en cambio, se encuentra disgregada en los diferentes niveles de satisfacción, así, el 27,77% (5) se sitúa en el nivel muy satisfecho, el 27,77% (5) se advierte como satisfecho, el 5,55% (1) se halla un poco satisfecho, el 11,11% (2) se presume neutral, el 16,66% (3) está un poco insatisfecho y el 11,11% (2) restante de la muestra femenina se localiza en el nivel insatisfecho.

A continuación, se ilustra la distribución de la muestra de acuerdo con el nivel de satisfacción con la vida según Diener y el tiempo de pertenencia al voluntariado.

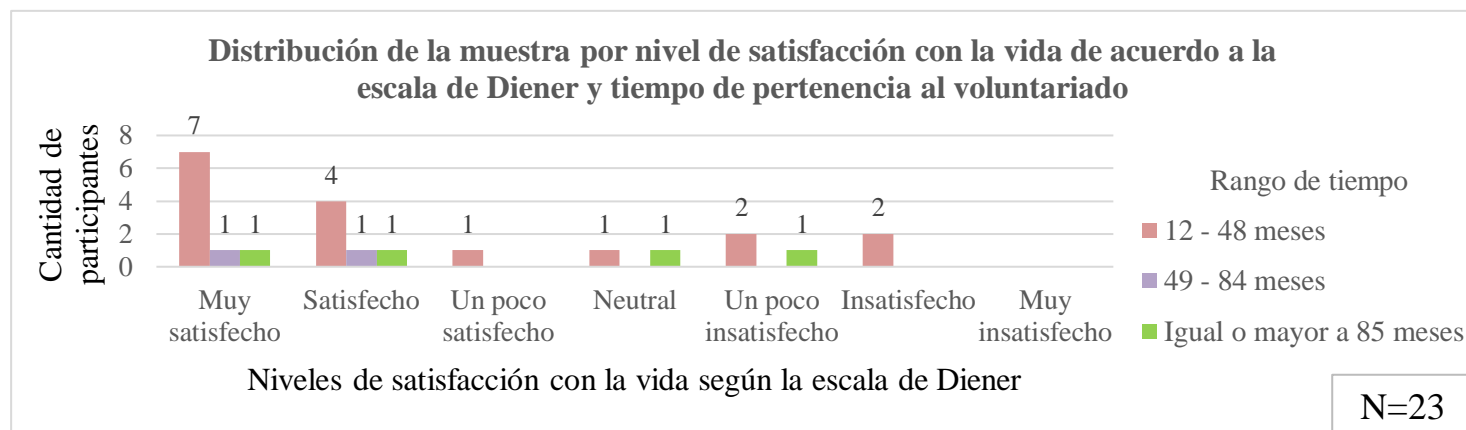


Figura 30. Distribución de la muestra de acuerdo con el nivel de satisfacción con la vida según la escala de Diener y el tiempo de pertenencia al voluntariado.

Como se aprecia, de los participantes que han pertenecido al voluntariado durante el rango de tiempo entre 12 y 48 meses, el 41,17% (7) se advierten como muy satisfechos, el 23,52% (4) se ubican en el nivel de satisfecho, el 5,88% (1) se muestran un poco satisfechos, igualmente, el 5,88% (1) se presumen neutrales, el 11,76% (2) están un poco insatisfechos y el restante 11,76% (2) se localizan en el nivel insatisfecho.

En lo relacionado a los voluntarios cuyo tiempo de pertenencia oscila entre 49 y 84 meses, el 50% (1) se halla en el nivel más elevado de satisfacción, correspondiente a muy satisfecho, mientras que el restante 50% (1) se encuentran satisfechos.

En cuanto a los participantes con tiempos de pertenencia iguales o mayores a 85 meses, se obtiene que hay un 25% (1) de voluntarios en cada uno de los niveles correspondientes a, muy satisfecho, satisfecho, neutral y un poco insatisfecho.

En relación con todo lo anterior, se evidencia que los voluntarios con los niveles un poco satisfecho, neutral, un poco insatisfecho e insatisfecho son, en su mayoría, quienes han pertenecido al voluntariado en el rango de 12 y 48 meses.

Luego, se describe la distribución muestral en concordancia al nivel de satisfacción con la vida de acuerdo con la escala de Diener y el número de asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020.

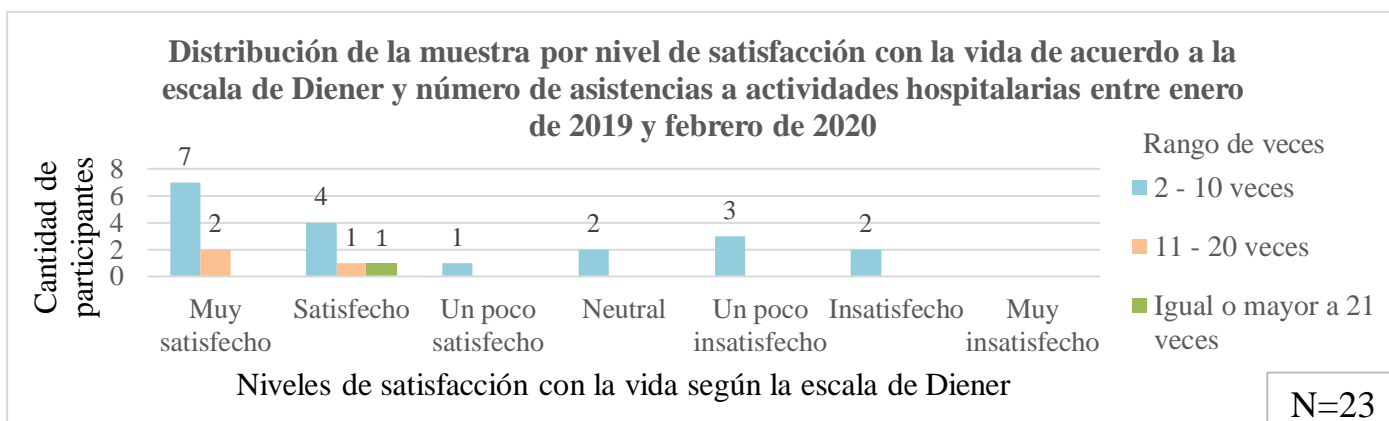


Figura 31. Distribución muestral en concordancia al nivel de satisfacción con la vida de acuerdo con la escala de Diener y el número de asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020.

En la figura 31 se observa que, de los participantes que han asistido a actividades hospitalaria entre 2 y 10 veces, el 36,84% (7) se advierten como muy satisfechos, el 21,05% (4) se ubican en el nivel de satisfecho, el 5,26% (1) se muestran un poco satisfechos, el 10,52% (2) se presumen neutrales, el 15,78% (3) están un poco insatisfechos y el restante 10,52% (2) se localizan en el nivel insatisfecho.

En lo relacionado a los voluntarios cuya asistencia a actividades oscila entre 11 y 20 veces, el 66,66% (2) se halla en el nivel más elevado de satisfacción, correspondiente a muy satisfecho, mientras que el restante 33,33% (1) se encuentran satisfechos.

Y, en cuanto al participante con un número de asistencias iguales o mayores a 21 veces, se obtiene que el 100% (1) se encuentra satisfecho.

En relación con todo lo anterior, se evidencia que los voluntarios con los niveles un poco satisfecho, neutral, un poco insatisfecho e insatisfecho son quienes han asistido a actividades hospitalarias en el rango de 2 y 10 veces.

Escala de bienestar psicológico de Ryff.

A continuación, se expone la distribución muestral según los niveles de bienestar psicológico en concordancia a la escala de Ryff. Se menciona entonces, que las puntuaciones en la escala se ordenan en tres niveles de bienestar psicológico alto, medio y bajo.

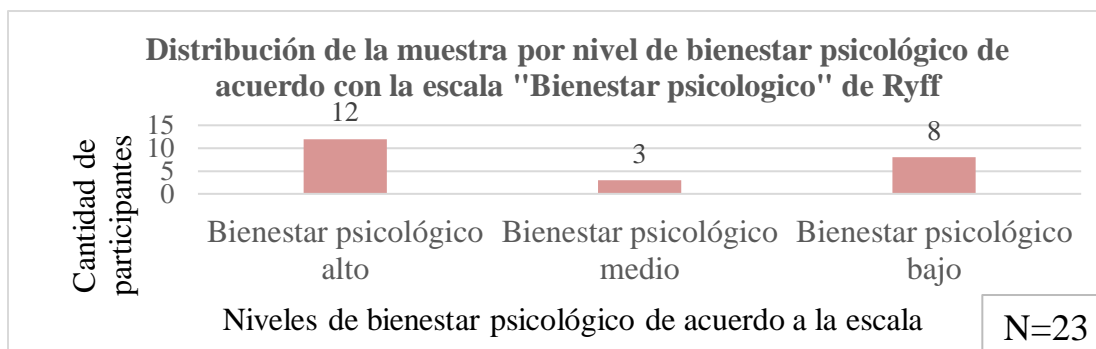


Figura 32. Distribución muestral en concordancia al nivel de bienestar psicológico de acuerdo a la escala de Ryff.

En la figura se observa el nivel de bienestar psicológico de los participantes de acuerdo a la escala de bienestar psicológico de Ryff. El 52% (12) de los voluntarios puntúan bienestar psicológico alto. El 13% (3) de los voluntarios puntúan bienestar psicológico medio. Finalmente, el 43% (10) de los participantes muestran poseer un nivel de bienestar psicológico bajo.

Después, se describe la distribución muestral según el nivel de bienestar psicológico de acuerdo con la escala de Ryff y la variable sociodemográfica sexo.

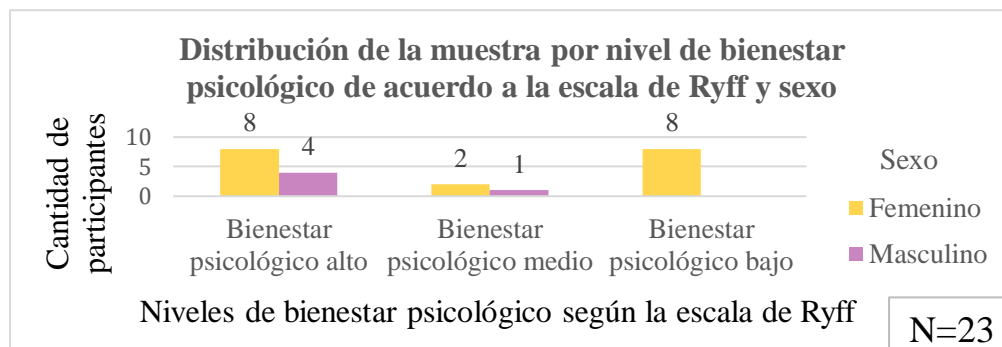


Figura 33. Distribución de la muestra de acuerdo al nivel de bienestar psicológico según Ryff y sexo.

En la figura se observa que, respecto a los participantes de sexo femenino, el 44,4% (8) puntúa bienestar psicológico alto, el 11% (2) presentan bienestar psicológico medio y el 44,4% (8), puntúan bienestar psicológico bajo. En contraste, respecto a los participantes del sexo masculino el 80% (4) puntúan bienestar psicológico alto y el 20% (1) presentan bienestar psicológico medio. Ningún hombre tiene un bajo bienestar psicológico.

Luego, se presenta la distribución de la muestra de acuerdo con el nivel de bienestar psicológico según la escala de Ryff y el tiempo de pertenencia al voluntariado.

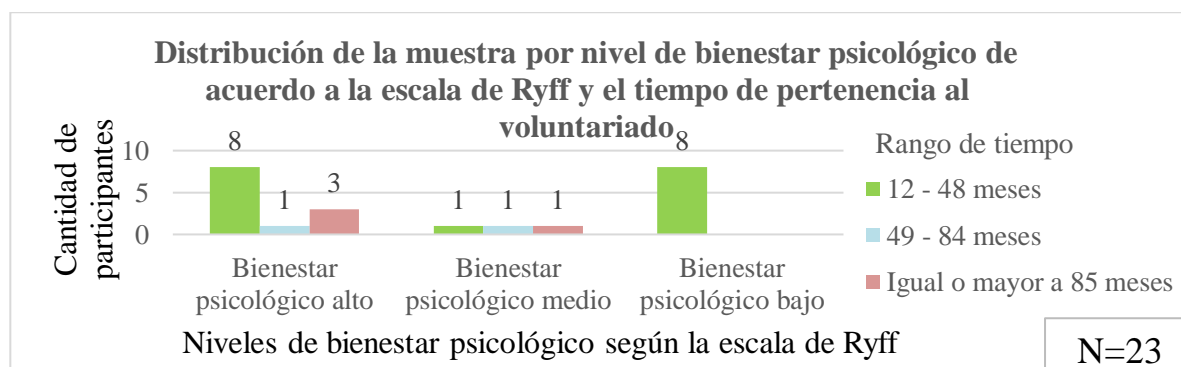


Figura 34. Distribución de la muestra de acuerdo con el nivel de bienestar psicológico según la escala de Ryff y el tiempo de pertenencia al voluntariado.

En la figura, se observa que, del total de los participantes, un 73,8% (17) están ubicados en el rango de 12 a 48 meses en el tiempo de pertenencia al voluntariado. El 8.7% (2) están ubicados en el rango de 49 a 84 meses. Y el 17,3% (4) de los participantes se encuentran en el rango con igual o mayor a 85 meses. En este sentido, del total de participantes que puntuaron bienestar psicológico alto, el 66.6% (8) están ubicados en el rango de 12 a 48 meses. El 8.3% (1) en el rango de 49 a 84 meses. Y el 25% (3) en el rango igual o mayor a 85 meses.

Del total de participantes que puntuaron bienestar psicológico medio, el 33.3% (1) están ubicados en el rango de 12 a 48 meses. El 33.3% (1) en el rango de 49-84 meses, y el 33.3% (1) en el rango con igual o mayor a 85 meses.

Y de los participantes que puntuaron bienestar psicológico bajo, el 100% (8) están ubicados en el rango de 12 a 48 meses.

Después, se describe la distribución de la muestra de acuerdo con el nivel de bienestar psicológico según la escala de Ryff y el número de asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020.

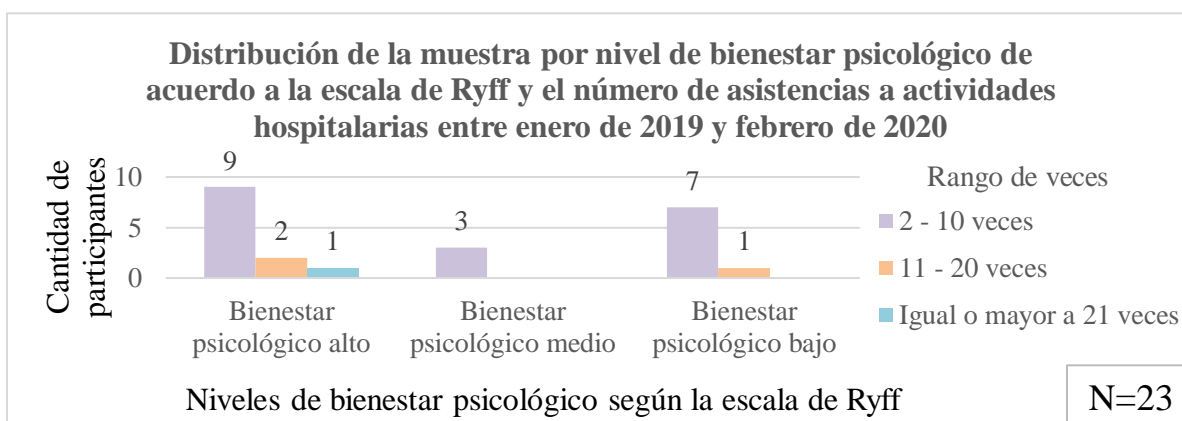


Figura 35. Distribución de la muestra de acuerdo con el nivel de bienestar psicológico según la escala de Ryff y el número de asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020.

En la figura, se observa que, del total de los participantes, un 82.6% (19) están ubicados en el rango de 2 a 10 veces en el número de asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020. El 13.04% (3) están ubicados en el rango de 11 a 20 veces. Y el 4.34% (1) de los participantes se encuentran en el rango con igual o mayor a 21 veces. Por otra parte, del total de participantes que puntuaron bienestar psicológico alto, el 75% (9) están ubicados en el rango de 2 a 10 veces. El 16.66% (2) en el rango de 11 a 20 veces. Y el 8.33% (1) en el rango igual o mayor a 21 veces.

Del total de participantes que puntuaron bienestar psicológico medio, el 100% (3) están ubicados en el rango de 11 a 20 veces.

Y de los participantes que puntuaron bienestar psicológico bajo, el 87.5% (7) están ubicados en el rango de 2 a 10 veces, y el 12.5% (1) están ubicados en el rango de 11 a 20 veces.

Resultados del análisis de motivaciones para pertenecer al voluntariado clown

Por otro lado, con el fin de complementar la información recopilada con las escalas aplicadas, se profundizó, a partir de una pregunta abierta, acerca de las motivaciones que llevaron al voluntario a ingresar a la fundación clown. Para la interpretación de estos resultados se usó el software Atlas.ti, el cual es una herramienta de análisis cualitativo de datos textuales. Con dicho programa se realizaron los procedimientos de codificación de la información y definición de códigos y categorías.

1. Codificación de la información: se realizó una lectura literal de las transcripciones para generar las primeras aproximaciones a las categorías. Posteriormente, se identificaron las unidades de texto y su contenido (significado en el discurso). Finalmente, se asignaron códigos usando conceptos emergentes y se agruparon en categorías.

2. Definición de códigos y categorías: los códigos y categorías de análisis se acordaron entre los miembros del equipo según los objetivos de la investigación, y se redefinieron los códigos y las categorías definitivas.

En este sentido, a partir de la pregunta ¿cuáles creen que fueron sus motivaciones para ingresar a una fundación clown?, se presentan las frecuencias y porcentajes de aparición de las distintos códigos en el discurso de los entrevistados.

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de aparición de los códigos referentes a las motivaciones para pertenecer al voluntariado clown.

Categorías	Códigos	Frecuencia	Porcentaje en el discurso
Motivación orientada a sí mismo	Crecimiento personal	8	17.01
	Búsqueda de apoyo emocional	4	8.51
	Satisfacción propia	4	8.51
	Motivación religiosa	3	6.38
	Atenuar la afectación emocional	2	4.26
	Interacción social	2	4.26
Motivación orientada hacia otros	Servicio comunitario	18	38.3
	Trabajo con población específica	4	8.51
	Sugerencias externas	2	4.26
Total:		47	100%

Según lo observado en la tabla 1, el código con mayor frecuencia es el relacionado al servicio comunitario con 18 apariciones y un porcentaje de 38.3% del total de entrevistados, dando a entender que el participante ingresa al voluntariado buscando fortalecer el sentimiento de compromiso con su comunidad, lo que le permite realizar acciones que puedan beneficiarla; en este sentido, la categoría “motivación orientada hacia otros” es la más representativa, en esta, los voluntarios buscan el beneficio colectivo, la satisfacción del otro, la transformación comunitaria y el uso de habilidades para impactar en poblaciones específicas.

A continuación, se presentan las definiciones de las categorías y sus respectivos códigos, así como las frases textuales del discurso de los entrevistados.

a) Motivación orientada a sí mismo.

Esta categoría se asocia con aquellas acciones orientadas al desarrollo de las habilidades propias, el crecimiento personal, al fortalecimiento de estrategias de regulación emocional y la obtención de placer y felicidad. Se identificaron los siguientes códigos: crecimiento personal, búsqueda de apoyo emocional, atenuar la afectación emocional, satisfacción propia, motivación religiosa e interacción social; se presentan a continuación la definición de cada uno de ellos.

Crecimiento personal. Al ingresar al voluntariado, el participante busca tener la oportunidad de potenciar el desarrollo de sus relaciones, capacidades y habilidades personales.

EJ: “...cuando descubrí que cualquiera podía hacerlo, decidí intentarlo. Como reto personal y como una forma de hacer algo bueno por los demás.”

“Sentía que desde mi trabajo en ese momento (2012) no hacía mucho por mejorar el mundo entonces quería aportar de alguna forma y cuando supe de la Fundación Dra. Clown me pareció algo hermoso y me enamoré de su misión.”

“Crecer como ser humano para servir, por eso ingresar a un lugar en el cual pudiera potencializar las virtudes y expresarlas por medio de un personaje para servir a la comunidad brindando momentos de paz, amor, alegría y esperanza.”

Búsqueda de apoyo emocional. El participante ingresa a la fundación tratando de obtener beneficios emocionales al realizar la terapia de la risa en diversos entornos.

EJ: “Y luego al vivir la experiencia sentí que no solo estaba ayudando, la terapia también me estaba ayudando a procesos internos.”

“Siempre quise hacer algún trabajo voluntario para ayudar a los demás, y me parece que escogí la mejor forma, ya que no solamente ayudó, sino que me hago terapia a mí misma”

“También me motivó mucho la posibilidad que me daba Clown de abrazar mi niño interior y permitirme sacar ese niño que a veces debemos reprimir en nuestro mundo laboral y adulto actual.”

Atenuar la afectación emocional. El voluntario ingresa a la fundación esperando encontrar estrategias para gestionar las distintas emociones que le produjo un evento significativo en su experiencia de vida.

Ej: “...mi mamá murió de cáncer y siento que esa es una motivación grande para mí para ayudar. Me motiva poder entregarme y llevar esperanza a los demás.”

“Realmente tuve una decepción amorosa muy fuerte, esto me conllevó a adquirir episodios de depresión y ansiedad, estuve internada 15 días tratándome, pues tenía fuertes tendencias suicidas, durante todo este tiempo mi mente, mi cuerpo me hizo cuestionarme de cómo estaba viviendo mi vida; fue en ese momento cuando esperé a sanarme y quise hacer algo por los demás y me encontré con la Fundación Doctora Clown.”

Satisfacción propia. Los voluntarios ingresan a la fundación con el propósito de obtener mayor sensación de bienestar y felicidad realizando actividades de su agrado en diferentes entornos.

EJ: "...sentirme algo satisfecha hacía algo q me gusta hacer"

"Me hace sentir útil, más productiva..."

"Es gratificante para mí poderle cambiar el chip a una persona, subirle el ánimo y lograr sacarle una sonrisa..."

Motivación religiosa. Se ingresa al voluntariado buscando afianzar los valores y principios que son promovidos por sus creencias religiosas.

EJ: "estoy convencida que Dios y mamita María existen y que en su medida a cada persona le dan diversas Bendiciones en la Vida, así que si Dios nos Bendice a diario donar mi tiempo para clown es tan solo una pequeña manera de agradar a Dios y hacer su voluntad porque estamos llamados a servir y a amar al prójimo..."

"...siento que en cada terapia clown en cierta parte nos convertimos en Mensajeros de Dios, porque somos embajadores de alegría y esperanza"

"Cada persona nace con un talento o habilidad y en la vida tú descubres ese potencial (bueno yo siento que Dios me dio ese Don artístico esas cualidades) por tanto cuando descubres ese talento y/o habilidades no puedes quedarte con ese talento para ti, los talentos hay que trabajarlos y hay que compartirlos."

Motivación por Interacción social. Los participantes ingresan al voluntariado buscando interactuar en mayor medida con otros grupos de personas, queriendo fortalecer sus vínculos sociales.

EJ: “Primero fue más por sentirme parte de algo, de poder interactuar con otras personas fuera del trabajo o de la parte educativa”

“...me gusta mucho formar parte de grupos que deciden contribuir a la felicidad de los demás”

b) Motivación orientada hacia otros.

Esta categoría se asocia con aquellas acciones orientadas a la búsqueda del beneficio colectivo, satisfacción del otro, la transformación comunitaria y el uso de habilidades para impactar en poblaciones específicas. Se identificaron los siguientes códigos: servicio comunitario, sugerencias externas y trabajo con población específica; se presentan a continuación la definición de cada uno de ellos.

Servicio comunitario. El participante ingresa al voluntariado buscando fortalecer el sentimiento de compromiso con su comunidad, lo que le permite realizar acciones que puedan beneficiarla.

EJ: “Estaba buscando la manera de ayudar con mi tiempo al bienestar de la comunidad”

“Dar lo mejor de mí, fue la primera, ser un transformador de gente y de espacios con la sonrisa como herramienta principal”

“Me gusta ser agente de cambio y poder poner mi granito de arena para que el mundo y la sociedad mejoren”

“Siempre quise hacer algún trabajo voluntario para ayudar a los demás, y me parece que escogí la mejor forma”

Sugerencias externas. El participante ingresa a la fundación por recomendación de personas con las que interactúa con frecuencia buscando aceptación de estos.

EJ: “Siendo sinceros quien me motivó fue mi esposa, los payasos no me causaban mucha gracia”

“Empezaron como motivaciones externas, de aceptación social...”

Trabajo con población específica. El participante ingresa al voluntariado buscando tener la oportunidad de realizar labores comunitarias hacia grupos particulares tales como niños, personas en condición de vulnerabilidad, en entornos hospitalarios, etc.

EJ: “Trabajar con las poblaciones más vulnerables, poco valoradas, las olvidadas y las discriminadas; me motivan a hacer voluntariado, el compartir con ellos me hacen sentir que tienen calidad de vida por un momento.”

“...con nuestra labor podemos brindar felicidad a niños y personas que se encuentran hospitalizados y que por instantes los podemos sacar de ese ambiente solitario hospitalario y eso de igual manera me produce felicidad.”

A continuación, se presentan las relaciones derivadas del análisis de contenido de las categorías y sus códigos acerca de las motivaciones para pertenecer al voluntariado clown.

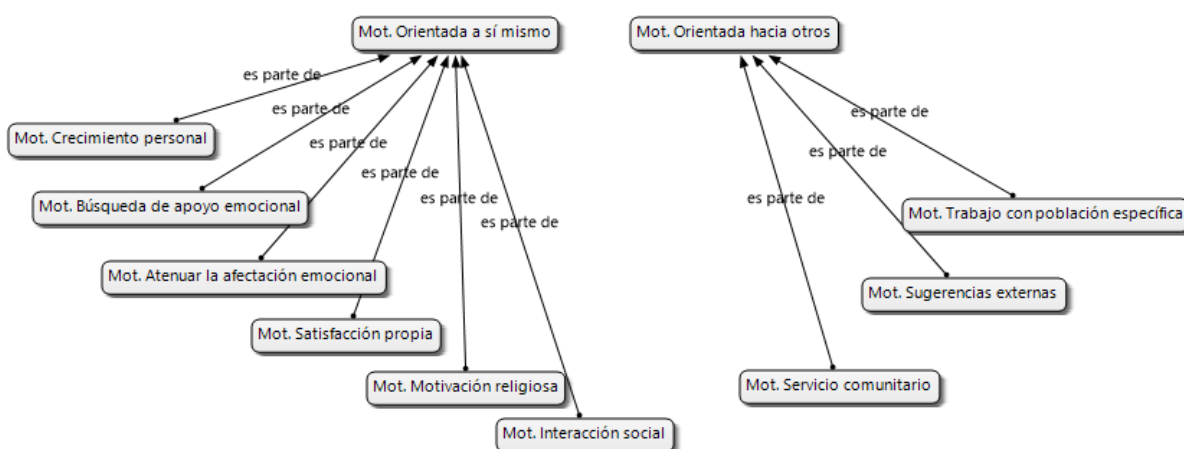


Figura 36. Relaciones derivadas del análisis de contenido de los códigos de las motivaciones para pertenecer al voluntariado clown.

En la anterior figura se observa el análisis de contenido tanto de categorías como de sus respectivos códigos, la primera categoría hace referencia a las motivaciones orientadas a sí mismo, la cual tiene como propósito la búsqueda de un desarrollo individual, por ende, hacen parte de ella los códigos crecimiento personal, búsqueda de apoyo emocional, atenuar la afectación emocional, satisfacción propia, motivación religiosa e interacción social. Por otro lado, la segunda categoría está orientada a las motivaciones hacia otros, asociada con la búsqueda del beneficio comunitario, lo que concierne a los códigos de servicio comunitario, sugerencias externas y trabajo con población específica.

Resultados del análisis de influencias en la vida de los voluntarios

Así mismo, para complementar la información recopilada con las escalas aplicadas, se profundizó, a partir de una pregunta abierta, la influencia que tiene la experiencia de realizar voluntariado sobre la vida de los voluntarios. Para la interpretación de los resultados se realizó el proceso empleado en el análisis de las motivaciones para pertenecer al voluntariado clown.

En este sentido, a partir de la pregunta ¿cómo ha influido en su vida el hacer voluntariado clown? se presentan las frecuencias y porcentajes de aparición de los distintos códigos en el discurso de los entrevistados.

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de aparición de los códigos referentes a las influencias en la vida de los voluntarios.

Códigos	Frecuencia	Porcentaje en el discurso
Favorece el autoconocimiento	17	22.6
Adopción de nuevas cogniciones y comportamientos	10	13.3

Crecimiento personal	9	12
Fortalecimiento de valores	8	10.6
Incrementa la autoeficacia	7	9.3
Aumenta la satisfacción percibida	6	8
Contribuir a la sociedad	6	8
Promueve el relacionamiento social	5	6.6
Adquisición de conocimiento	4	5.33
Beneficia la salud	2	2.67
Fomenta la autoestima	1	1.3
Total:	75	100%

Según lo observado en la tabla 2, el código con mayor frecuencia es el relacionado a favorecer el autoconocimiento con 17 apariciones y un porcentaje de 22.6% del total de entrevistados, representando que la experiencia en el voluntariado clown les ha permitido a los participantes realizar un mejor proceso de introspección, el cual ha beneficiado la capacidad para poder reconocerse, descubriendo aspectos de su personalidad que anteriormente no identificaban ante las diferentes áreas de su vida.

A continuación, se presentan las definiciones de los códigos resultantes del análisis del discurso de los entrevistados.

Adopción de nuevas cogniciones y comportamientos. La experiencia en el voluntariado ha permitido a los participantes reflexionar respecto a las diversas áreas de su vida para

posteriormente optar por un cambio de pensamientos y comportamientos ante la forma de abordarlas.

EJ: “Desde que soy parte de la Fundación, veo el mundo desde otra perspectiva, doy más importancia a lo positivo que a lo negativo y soy más agradecida con lo que tengo y lo que soy.”

“...he logrado comprender que la vida siempre tendrá sus altibajos, que hay días en donde te pueden agobiar miles de inconvenientes que pueden ser grandes problemas para ti pero realmente no lo son...”

“...gracias al clown me convertí en alguien totalmente distinto a lo que solía ser, mi visión del mundo cambió completamente...”

Adquisición de conocimiento. Ser parte del voluntariado les ha permitido afianzar o aprender habilidades y competencias en torno al área laboral y profesional que ejercen.

EJ: “Técnicas de persuasión”

“En mi parte laboral, tras cuatro años como voluntaria esta experiencia me impulsó a buscar un cambio en mi carrera que me permitiera aportar más al mejoramiento del mundo, trabajando por alguna de las causas que me atraen, como la defensa del medioambiente”

Aumenta la satisfacción percibida. Desde que han estado ejerciendo voluntariado clown, los participantes expresan tener mayor sensación de bienestar y felicidad en distintas áreas de su vida.

EJ: “El voluntariado me ha ayudado a potenciar mi propia felicidad y a valorar muchos aspectos de mi vida...”

“En pocas palabras, el voluntariado ha traído felicidad a mi vida”

“(el voluntariado ha permitido) que mi escala de satisfacciones personales aumente, a que siempre les vea el lado bueno a las cosas, a ver siempre solución”

Beneficia la salud. Desde que han estado ejerciendo voluntariado clown, los participantes expresan haber percibido mejoras en su estado de salud.

EJ: “Hacer voluntariado Clown me ha ayudado a ser más agradecida con mi cuerpo, mi salud mental, psicológica, emocional y física.”

“(Ejercer voluntariado) Le he quitado poder a mi patología”

Contribuir a la sociedad. El ejercer voluntariado permite al participante ponerse en el lugar del otro, fortaleciendo el sentimiento de compromiso con su comunidad y adoptando acciones que busquen beneficiarla.

EJ: “De manera positiva para valorar, respetar, amar, y aportar más a quienes lo necesitan”

“(el voluntariado influye a) potencializar muchas cosas en beneficio de los demás.”

“(el voluntariado influido a) estar atento a la necesidad del otro y estar disponibles para interactuar...”

Crecimiento personal. Ejercer voluntariado contribuye a adoptar nuevas prácticas las cuales potencian el desarrollo de sus relaciones, capacidades y habilidades personales, evidenciado en el hecho de poder identificar y valorar su propio proceso de crecimiento.

EJ: “...esto hace que me siga construyendo, que siga creciendo tanto personal como espiritualmente.”

“Es la actividad que más ha influido de manera positiva en mi vida, porque me ha permitido crecer como persona”

“...ha aportado a mi crecimiento personal”

“He crecido mucho como persona y me he descubierto a mí misma”

Favorece el autoconocimiento. La experiencia en el voluntariado clown les ha permitido a los participantes realizar un proceso de introspección, el cual ha beneficiado la capacidad para reconocerse, descubriendo aspectos de su personalidad que anteriormente no identificaban.

EJ: “Hay momentos donde he descubierto que se me hace más fácil ahora resolver problemas, conservar la calma cuando alguien comienza una discusión, mirar el lado positivo de cada situación.”

“(el voluntariado) hizo que me reconectara con una persona que no conocía, con una parte de mí que estaba escondida...”

“me ha permitido abrazar aspectos de mi personalidad que antes yo no reconocía o alimentaba o que inclusive renegaba de ellos: mi inocencia, mi tono de voz, ser consentida”

“Me enseñó a reconocermme como ser humano, a valorar mis cualidades y entender mis defectos, no como un error, sino como una oportunidad para mejorar.”

Fortalecimiento de valores. El ejercer voluntariado les permite realizar valoraciones éticas, identificando que han potenciado sus actitudes hacia el amor, el compromiso, la compasión, empatía, solidaridad, gratitud y la generosidad.

EJ: “(el voluntariado ha influido) De manera positiva para valorar, respetar, amar, y aportar más a quienes lo necesitan”

“A entender que el amor se recibe y se acoge desde el sentimiento más lindo que es la empatía”

“He comprendido que no se trata de cuánto dinero tienes en tus bolsillos o de cuántas cosas materiales puedes dar, si no de lo que hay en tu interior y lo que estás dispuesto a compartir.”

“...así como aprender otros aspectos como: agradecer lo que tienes o eres, ver la vida con una sonrisa y aprender a burlarnos de nosotros mismos.”

Incrementa la autoeficacia. El voluntariado le ha permitido al participante reconocer y confiar en sus propias aptitudes, valorándolas como suficientes para afrontar diversas situaciones.

EJ: "...me ha hecho darme cuenta de que así no esté pasando por un buen momento, puedo encontrar algo para dar a los demás, una palabra, un mensaje, una oración o una simple sonrisa"

"...estoy segura de que les puedo brindar felicidad para afrontar de una mejor manera la situación que están presentando estas personas."

"Otra de las cosas que resalto del clown, es que he logrado ser ejemplo de inspiración para muchas personas que están a mi alrededor..."

Promueve el relacionamiento social. Los voluntarios tienen la oportunidad de interactuar en mayor medida con otros grupos de personas, fortaleciendo sus vínculos sociales.

EJ: "Me ha demostrado el poder que tiene el trabajo en equipo y ha mejorado la forma en que veo a los demás, destacando sus cualidades y talentos."

"...ha influido en mi a ser más empático con las personas de mi alrededor"

Fomenta la autoestima. El voluntariado ha permitido a los participantes desarrollar una serie de capacidades, actitudes y comportamientos los cuales fortalecen una valoración positiva de sí mismos.

EJ: "Ha mejorado en un mil por ciento mi autoestima"

Ahora bien, se presentan a continuación las relaciones derivadas del análisis de contenido de los códigos referentes a las influencias en la vida de los voluntarios.

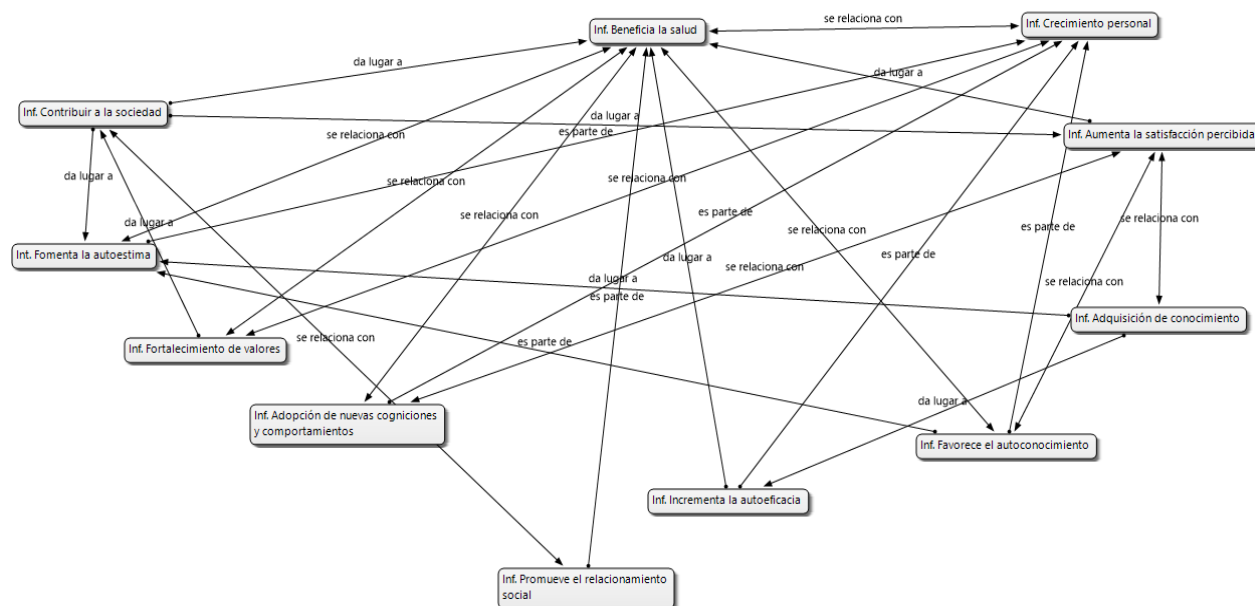


Figura 37. Relaciones derivadas del análisis de contenido de los códigos referentes a las influencias en la vida de los voluntarios.

En la figura previa se observan las diversas relaciones derivadas del análisis de contenido de los códigos referentes a las influencias en la vida de los voluntarios, dando como resultado los vínculos entre los 11 códigos utilizando las relaciones “da lugar a”, “se relaciona con” y “es parte de”.

En primer lugar, la relación “da lugar a”, vincula el código contribuir a la sociedad con los códigos de beneficia la salud, aumenta la satisfacción percibida y fomenta la autoestima. Asimismo, el código fortalecimiento de valores da lugar a contribuir a la sociedad, el código fomenta la autoestima da lugar al crecimiento personal, la adquisición de conocimiento da lugar a los códigos fomenta la autoestima e incrementa autoeficacia. Así como, el aumento de la satisfacción percibida da lugar al código beneficia la salud.

En segundo lugar, la relación “se relaciona con”, vincula los códigos de manera bidireccional. Dicho esto, el código beneficia a la salud se relaciona con los códigos fomenta la autoestima, fortalecimiento de valores, adopción de nuevas cogniciones y comportamientos,

promueve el relacionamiento social, incrementa la autoeficacia, favorece el autoconocimiento y crecimiento personal. También, se vincula de manera bidireccional el código aumento de la satisfacción percibida con los códigos adopción de nuevas cogniciones y comportamientos, favorece el autoconocimiento y adquisición de conocimiento. Por otra parte, el fortalecimiento de valores se relaciona con el crecimiento personal y el código contribuir a la sociedad se relaciona con promueve relacionamiento social.

La última relación, “es parte de”, vincula los códigos favorece el autoconocimiento, fomenta la autoestima, adopción de nuevas cogniciones y comportamientos, e incremento de la autoeficacia hacen parte del código crecimiento personal. Además, el código favorece el autoconocimiento también hace parte del código fomenta la autoestima.

Para finalizar, se presenta la nube de palabras del análisis de contenido, la cual representa de forma gráfica los códigos que aparecen con mayor frecuencia en el discurso de los participantes.



Figura 38. Nube de palabras de las motivaciones para pertenecer al voluntariado clown e influencias en la vida de los voluntarios en relación al voluntariado clown.

En la figura anterior se observa una nube de palabras compuesta por las motivaciones para pertenecer al voluntariado clown más frecuentes, tales como: el servicio comunitario y el crecimiento personal, mientras que, para el análisis de las influencias en la vida de los voluntarios, son más frecuente los códigos referentes a favorecer el autoconocimiento, aumenta la satisfacción percibida y crecimiento personal.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue analizar el perfil de salud mental de los voluntarios clown que forman parte de la Fundación Doctora Clown y Corazón en Parches, destacando, a su vez, la relación entre dicho perfil y algunas variables sociodemográficas.

Dos grandes limitantes del estudio fueron la forma como se seleccionó la muestra, hecha por conveniencia; y el tamaño de esta, 23 personas. Lo anterior conlleva a que los resultados encontrados no sean generalizables a la población, y en cierto punto, dificultan la caracterización de los voluntarios clown.

A pesar de ello, el análisis sugiere efectos que pueden ser considerados tanto para investigaciones futuras en el campo de la salud como para establecer posibles programas de intervención con énfasis en la promoción.

Otro aspecto a tener en cuenta es el sesgo en referencia a la variable sexo, por ende, no se realizan alusiones relevantes debido a que la muestra estaba compuesta por mayor cantidad de mujeres que hombres. En contraste, la información sobre el tiempo de pertenencia al voluntariado clown y el número de asistencia a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020 se mantiene en todo el discurso, circunstancia argumentada en la aparente relación que guardan estos datos tanto con otras variables sociodemográficas, como con variables predictoras de salud mental, a saber, bienestar psicológico, autoestima, satisfacción con la vida y salud autopercebida.

En cuanto al proceso de caracterización es posible señalar que la mayoría de los voluntarios clown son jóvenes y adultos entre 19 y 40 años (82,60%), cuentan con estudios académicos

superiores de pregrado (21,73%) y posgrado (56,52%), actualmente laboran (74%) y se ubican en los niveles socioeconómicos tres y cuatro (86,94). Asimismo, la mayoría de ellos se identifican como solteros/as (65,21%) y no tienen hijos (82,60%). En esencia, estas mismas particularidades se reiteran en las investigaciones de Thoits y Hewitt (2001) y Dürks (2016).

Cabe resaltar también, que se encontró cierta concordancia entre los voluntarios con tiempos de pertenencia más elevados, igual o mayor a 85 meses (siete años aproximadamente) y la tenencia de niveles escolares de pregrado y posgrado, afirmándose así lo hallado por Wu et al. (2005) y Philippus et al. (2020), quienes mencionan en sus investigaciones que aquellos voluntarios con niveles de educación más altos tendían a prestar más horas de servicio voluntario por semana, asociándolo, a su vez, con mayores probabilidades de tener un empleo competitivo o ser estudiante, no requerir supervisión de un cuidador y tener una mayor independencia física y cognitiva. Igualmente, los voluntarios con pregrado y posgrado asistieron una mayor cantidad de veces, específicamente 11 o más veces, a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020.

Ahora bien, respecto al análisis del perfil de salud mental, se sostiene que los voluntarios clown participantes en la presente investigación, presentan los criterios necesarios para ser considerados personas saludables y ajustadas; declaración que es apoyada por la literatura (Wheeler, Gorey y Greenblatt, 1998; Greenfield y Marks, 2004; Piliavin y Siegl, 2007; Stukas, Hoye, Nicholson, Brown, y Aisbett, 2014; Jiang et al., 2020; Lalantika y Yuvaraj, 2020). Esta generalización empieza a cobrar sentido bajo la comprensión del marco de funcionamiento saludable compuesto por la articulación de los modelos de bienestar hedónico y eudaimónico contemplados en el marco teórico del presente estudio, además, Muñoz et al. (2016) mencionan

que para muchos investigadores el bienestar es posicionado como el principal indicador de la salud mental positiva.

Y es que precisamente, los resultados generales sobre el bienestar psicológico de los voluntarios clown participantes, apuntan a que más de la mitad de ellos puntúan en los niveles de bienestar psicológico alto y medio, lo que para Ryff (1989a) se traduce en personas que reconocen y aceptan los múltiples aspectos de la vida, son autodeterminantes e independientes, tienen una sensación de desarrollo continuo, son capaces de elegir o crear contextos adecuados a las necesidades y valores personales, poseen metas y un sentido de dirección y quienes, apoyados en la empatía e intimidad, tienen relaciones cálidas, satisfactorias y de confianza con los demás.

Visto de esta forma, las anteriores características, que sustancialmente se asemejan al desarrollo a lo largo de vida, se integran con aspectos del funcionamiento psicológico, y convergen en los modelos teóricos sobre salud mental positiva de Jahoda (1958) y Lluch (1999; 2002; 2013), nombradas en el apartado teórico.

Además, los resultados en la escala de Ryff permiten vislumbrar que, el tiempo prolongado de pertenencia al voluntariado clown y el bienestar psicológico guardan relación en la medida en que, los voluntarios quienes presentan rangos de pertenencia iguales o superiores a 49 meses (cuatro años aproximadamente) puntúan en bienestar psicológico alto y medio. Observación que es respaldada por estudios como el de Piliavin y Siegl (2007), en el cual dan cuenta que el bienestar psicológico aumenta a través de los años cuando se presentan participaciones en actividades de voluntariado.

A pesar de este hallazgo, los resultados no son del todo concluyentes debido al número reducido de la muestra, puesto que los voluntarios con menor rango de pertenencia, 12 y 48

meses, puntúan, la mitad en bienestar psicológico alto y la otra mitad en bienestar psicológico bajo. No obstante, este hecho no resta validez a la primera afirmación sobre tiempo de pertenencia prolongado y mayor bienestar, sino que, incluso, otorga potestad a las declaraciones de Lalantika y Yuvaraj (2020) al afirmar que la sensación de satisfacción, asociada al bienestar, puede explicar precisamente la permanencia en el voluntariado, así como la participación en sus actividades.

De forma similar, se distingue una conexión entre el bienestar psicológico y la participación en actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020, de tal modo que gran parte de los voluntarios que asistieron 11 o más veces a este tipo de actividades puntuaron en bienestar psicológico alto; aunque este aspecto solo toma significado a razón de que al menos la mitad de los participantes con asistencias de 2 y 10 veces puntúan bienestar psicológico medio y bajo. Dichos datos, en consonancia con la literatura, dan cuenta de posibles beneficios al realizar voluntariado, tal y como refiere Morrow-Howell et al. (2003), la participación en actividades de voluntariado entre 2 a 3 horas al mes, pueden aumentar la probabilidad de efectos positivos en el bienestar psicológico. Sin embargo, como se mencionó en el apartado anterior, esta afirmación no es resolutiva, ya que en el presente estudio la muestra no fue representativa, ni se realizó un análisis estadístico para constatar lo expuesto.

Dadas estas condiciones que no favorecen la valoración cuantitativa, se da soporte a la afirmación sobre el bienestar psicológico alto de los voluntarios, a partir de los resultados en el proceso de análisis de las dos preguntas abiertas planteadas. Se destaca, en este sentido, los códigos “Búsqueda de apoyo emocional”, “Servicio comunitario” y “Trabajo con población específica” derivados del análisis sobre las motivaciones para pertenecer al voluntariado clown y el código “Contribuir a la sociedad” subyacente al análisis de las influencias en la vida de los

voluntarios, en los cuales se encuentran beneficios a nivel emocional percibidos a través del desarrollo de las actividades voluntarias, además que dan cuenta del fortalecimiento de un compromiso hacia la ayuda a otros, que conlleva, según los participantes, a la sensación general de bienestar y satisfacción personal. Por tanto, se presentan expresiones como “Y luego al vivir la experiencia sentí que no solo estaba ayudando, la terapia también me estaba ayudando a procesos internos.”, “Siempre quise hacer algún trabajo voluntario para ayudar a los demás, y me parece que escogí la mejor forma, ya que no solamente ayudo, sino que me hago terapia a mí misma”, “Me gusta ser agente de cambio y poder poner mi granito de arena para que el mundo y la sociedad mejoren” o “...con nuestra labor podemos brindar felicidad a niños y personas que se encuentran hospitalizados y que por instantes los podemos sacar de ese ambiente solitario hospitalario y eso de igual manera me produce felicidad”.

Los anteriores enunciados se contrastan con lo referido por Greenfield y Marks (2004), quienes afirman que el voluntariado se convierte en un factor protector que potencia el bienestar y la salud mental en general, y por Stukas et al. (2014), quienes sostienen que los voluntarios con motivos relativos a expresar sus valores prosociales, para fortalecer las relaciones con las personas más cercanas, para explorar, para aprender más sobre otras personas, el mundo, culturas y sus propias fortalezas, son más propensos a reportar niveles altos de bienestar.

Adicionalmente, Ryff (1989a;1989b) incluye el crecimiento personal como indicador de bienestar psicológico, explicando que el funcionamiento psicológico óptimo requiere que el individuo continúe desarrollando su potencial para crecer y expandirse como una persona. Por consiguiente, se hace hincapié en el código “Crecimiento personal”, derivado del análisis de las motivaciones para pertenecer al voluntariado clown, y el código “Crecimiento personal” que surge del análisis de las influencias en la vida de los voluntarios, los cuales reflejan no solo la

posibilidad de potenciar el desarrollo de las relaciones, capacidades y habilidades personales, sino que evidencian que, mediante el voluntariado clown, los participantes han podido identificar y valorar su propio proceso de crecimiento. Por esta razón, se encuentran expresiones como “Es la actividad que más ha influido de manera positiva en mi vida, porque me ha permitido crecer como persona”, “Crecer como ser humano para servir, por eso ingresar a un lugar en el cual pudiera potencializar las virtudes y expresarlas por medio de un personaje para servir a la comunidad brindando momentos de paz, amor, alegría y esperanza” y “He crecido mucho como persona y me he descubierto a mí misma”.

Ahora bien, enmarcado en el modelo de salud mental de dos continuos, hedónico y eudaimónico, se presenta el componente psicológico, el cual, hace parte de dicho modelo al concebirse como la evaluación subjetiva del funcionamiento óptimo individual (Keyes, 2005). De hecho, Seow et al. (2016) menciona que, comúnmente, cierto matiz de la salud mental positiva está relacionada con mayores medidas de satisfacción con la vida y funcionamiento general. Por tanto, argumentando la afirmación hecha al inicio de la discusión sobre los voluntarios clown como personas saludables y ajustadas, surge a continuación, la apreciación de los resultados de la escala de Diener sobre satisfacción con la vida.

En este ámbito, al menos el 65,21% de todos los voluntarios estudiados se muestran como personas muy satisfechas y satisfechas, lo cual equivale, según Diener (1984) y Pavot y Diener (1993), a individuos que, mediante un juicio o evaluación cognitiva global de la propia vida, han identificado componentes asociados a "la buena vida", en los que se enmarcan, aunque no exclusivamente, la salud y las relaciones exitosas.

De esta manera, la valoración sobre la satisfacción con la vida, a pesar de poseer la particularidad de ser evaluada de forma independiente, hace parte del constructo de bienestar subjetivo, por lo que se esperaba que los voluntarios con tiempos prolongados de pertenencia y cantidad de asistencia elevados alcanzaran niveles de satisfacción altos, lo que efectivamente sucedió. Gran parte de los voluntarios con rangos de pertenencia de 49 o más meses se consideran muy satisfechos, satisfechos o al menos neutrales frente a su vida, asimismo, todos los voluntarios con asistencias a actividades hospitalarias, entre enero de 2019 y febrero de 2020, iguales o superiores a 11 veces identifican su vida como muy satisfecha o satisfecha. En este contexto, se retoma lo afirmado por Thoits y Hewitt (2001) quienes concluyeron que, en términos generales, cuando se realiza una mayor cantidad de horas de voluntariado se incrementa significativamente la felicidad, la satisfacción con la vida, el dominio y la salud física.

Por su parte, las aseveraciones sobre la satisfacción de los voluntarios clown obtienen más solidez al considerar los datos emergentes del análisis de las dos preguntas abiertas planteadas, ya que, en la revisión sobre las influencias en la vida de los voluntarios generadas por las actividades voluntarias, en el código “Aumento de la satisfacción percibida”, los participantes manifiestan mayor satisfacción expresada en términos de mayor sensación de bienestar y felicidad en distintas áreas de su vida. Por consiguiente, en su discurso se distinguen expresiones como: “el voluntariado me ha ayudado a potenciar mi propia felicidad y a valorar muchos aspectos de mi vida...”, “en pocas palabras, el voluntariado ha traído felicidad a mi vida” o “(el voluntariado ha permitido) que mi escala de satisfacciones personales aumente, a que siempre les vea el lado bueno a las cosas, a ver siempre solución”. En este sentido, se reitera lo mencionado por Philippus et al. (2020), al corroborar que la satisfacción con la vida se relaciona con el voluntariado en la medida que se convierte en una forma alternativa de compromiso social que

conlleva a las personas a sentirse productivas. Así mismo, el voluntariado fortalece la capacidad de interacción y habilidades sociales estimulando, entonces, los comportamientos saludables y, en consecuencia, contribuye al juicio o evaluación respecto a sus propias vidas (Casiday et al., 2008).

Frente a lo anterior, Diener y Diener (1995) también mencionan que uno de los elementos con gran valor predictivo sobre la satisfacción con la vida es la autoestima, indicando que enseñar a las personas a sentirse bien consigo misma favorece la adaptación mental. En este sentido, las estimaciones sobre autoestima en los voluntarios clown estudiados señalan que el 69,56% se ubican en el nivel de autoestima elevado, lo cual, de acuerdo con Rosenberg (1979), refleja la sensación de ser suficientemente bueno e implica que la persona se considera valiosa y se respeta a sí misma, sin llegar a percibirse superior a los que la rodean.

Asimismo, se resalta que todos los voluntarios con tiempos de pertenencia iguales o superiores a 49 meses (4 años aproximadamente) tienen niveles elevados de autoestima, lo cual supondría que, con el paso del tiempo, el voluntariado puede incrementar el nivel de la misma. Esta conjetura sobre la relación entre realizar voluntariado por tiempo prolongado y el nivel de autoestima, de hecho, está apoyada por Casiday et al. (2008), al señalar que, debido a que las funciones del voluntariado suelen ser apreciadas por la sociedad y, sobre todo, se relacionan con el altruismo y la contribución, entonces la participación voluntaria puede ser aún más eficaz para promover los sentimientos de autoestima. Además, en la muestra estudiada sucede algo similar con las cantidades altas de asistencias a actividades voluntarias, dado que todos los voluntarios con 11 o más asistencias a actividades hospitalarias entre enero de 2019 y febrero de 2020 se ubican en los niveles de autoestima elevada y media.

En consonancia con lo anterior, también se subraya lo hallado en el análisis de las dos preguntas abiertas planteadas, en donde, a partir de la exploración sobre influencias provenientes de la vivencia del voluntariado clown, se identificó un código denominado “fomenta el autoestima”, en el cual los participantes refieren que realizar labores voluntarias les ha permitido, mediante el desarrollo de una serie de capacidades, actitudes y comportamientos, fortalecer una valoración positiva de sí mismos; lo que se ejemplifica a través de expresiones como: “Ha mejorado en un mil por ciento mi autoestima”.

Por otro lado, González, et al. (1997) recalcan que uno de los elementos a tener en cuenta dentro del concepto de autoestima, es el de autoconcepto, el cual es construido sobre la base de la autoimagen y se relaciona con descripciones referidas a cómo percibo que soy, que, al mismo tiempo, se soportan en feedbacks de sí mismos como individuos y de información derivada de los roles desempeñados al momento de interactuar con otros. Por tanto, en el mismo análisis de las dos preguntas abiertas planteadas, en la revisión de las influencias en la vida de los voluntarios, se destaca el código “Favorece el autoconocimiento” al encontrarse declaraciones como “Me enseñó a reconocerme como ser humano, a valorar mis cualidades y entender mis defectos, no como un error, sino como una oportunidad para mejorar”, que da cuenta de lo referido por Rosenberg y McCullough (1981), citado en Piliavin y Siegl (2007), acerca de que las actividades voluntarias no solo favorecen la autoestima, sino que se relacionan con la autoimagen y la sensación de ser una parte importante del mundo circundante y de darse cuenta que la gente, se preocupa y valora su existencia.

En esta misma línea, Rosenberg et al. (1995) y, Bandura, Freeman y Lightsey (1999), mencionan que la concepción de autoestima también se relaciona de forma estrecha con el concepto de autoeficacia, de ahí que se hace hincapié, nuevamente, en el análisis de la pregunta

abierta acerca de las influencias en la vida de los voluntarios, al resultar el código denominado “Incrementa la autoeficacia”, caracterizado por cómo el voluntariado le ha permitido a los participantes reconocer y confiar en sus propias aptitudes, valorándolas como suficientes para afrontar diversas situaciones, reflejado en “...estoy segura que les puedo brindar felicidad para afrontar de una mejor manera la situación que están presentando estas personas” y “otra de las cosas que resalto del clown, es que he logrado ser ejemplo de inspiración para muchas personas que están a mi alrededor...”

Del mismo modo, Rosenberg, et al. (1995) concuerdan que la autoestima da lugar a la motivación por la autoprotección, procesos de automejora y, en términos generales, a una variedad de procesos de afrontamiento, los cuales favorecen el bienestar psicológico del individuo. Por lo cual, se resalta, en el análisis de la pregunta abierta sobre motivaciones para pertenecer al voluntariado clown, el código “Atenuar la afectación emocional” referido a que el voluntario ingresa a la fundación esperando encontrar estrategias para gestionar emociones producidas por un evento significativo en su experiencia de vida. Encontrándose, entonces, declaraciones como “...mi mamá murió de cáncer y siento que esa es una motivación grande para mí para ayudar. Me motiva poder entregarme y llevar esperanza a los demás” y “Realmente tuve una decepción amorosa muy fuerte, esto me conllevó a adquirir episodios de depresión y ansiedad, estuve internada 15 días tratándome, pues tenía fuertes tendencias suicidas, durante todo este tiempo mi mente, mi cuerpo me hizo cuestionarme de cómo estaba viviendo mi vida; fue en ese momento cuando esperé a sanarme y quise hacer algo por los demás y me encontré con la Fundación Doctora Clown.”

Lo anterior alude, tanto a una motivación por la autoprotección, como a la ejecución de procesos de autocuidado, los cuales, según Shye (1996) citado por Ferro (2010, p.55), están

inmersos en la concepción misma sobre salud mental, ya que, el autocuidado se vincula con la realización de actividades para fortalecer la salud o prevenir la enfermedad.

Ahora bien, otro aspecto que pone de manifiesto la presencia de ajuste y salud mental en los voluntarios clown que hacen parte de la muestra, es la exploración de la variable de salud autopercebida, en tanto que, autores como Castro et al. (2007) consideran que, al entenderse como un predictor del estado de salud real, se otorga importancia a la evaluación que hace una persona sobre su propio estado de salud.

De este modo, se pone en relieve que gran parte de los voluntarios clown estudiados, al evaluar su propia salud por medio de la escala de salud autopercebida de Goldberg, se presentan como personas sin riesgo, interpretándose sus puntuaciones como indicadores positivos de salud física, presencia de aptitudes personales para el desarrollo de una vida cotidiana y funcional, y señales de ausencia de sintomatología tanto ansiosa como depresiva. Es así como se refleja que los voluntarios clown tienen una percepción favorable acerca de la propia salud, lo cual, según Alazraqui et al. (2009), funciona como un indicador sobre la calidad de vida de cada individuo.

De hecho, estudios empíricos dan cuenta de la importancia de analizar la salud autopercebida ya que, por ejemplo, se ha demostrado la capacidad predictiva que tiene la autoevaluación de la salud, respecto a la mortalidad en las personas (Idler y Kasl, 1991). Es más, autores como Musick et al. (1999), Morrow-Howell et al. (2003), y Casiday et al. (2008), manifiestan que el voluntariado es una labor importante para un envejecimiento exitoso, ya que reduce la mortalidad, mejora la salud autoevaluada o autopercebida, la salud mental, la satisfacción con la vida, la interacción con otros, las habilidades sociales, además de potenciar la capacidad para afrontar propias enfermedades, así como en la mejora del uso de estilos de vida saludable, y

también, fortalece la capacidad de realizar actividades de la vida diaria sin algún deterioro funcional o apoyo de otros.

Por otra parte, al analizar el tiempo de pertenencia al voluntariado y la escala de salud autopercebida, se halló que los participantes con rangos de tiempo mayores o iguales a 49 meses (4 años aproximadamente) no presentan riesgo en ninguna de las cuatro subescalas: ansiedad, disfuncionalidad, depresión y síntomas somáticos; lo que puede entenderse como una asociación entre tiempo prolongado de voluntariado y valoración favorable del propio estado de salud. Observación que toma más firmeza al constatar que, en esencia, los participantes con tiempos de pertenencia entre 12 y 48 meses informan acerca de riesgos, sobre todo, presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. En este sentido, estudios como el de Jiang et al. (2020), revelan que, al realizarse seguimientos a los participantes de su muestra, las mediciones sobre síntomas depresivos fueron más bajas a los seis meses que a los tres, corroborando así que la permanencia prolongada en el voluntariado conlleva efectos favorecedores en el bienestar de los voluntarios. Además de ello, Wu et al. (2005), resaltan que la participación en un voluntariado mejora la salud física, aumenta la autoeficacia, fomenta la satisfacción con la vida y disminuye la angustia psicológica.

De la misma manera, relacionado con el número de asistencias a actividades en un ambiente hospitalario entre enero de 2019 a febrero de 2020 y la escala de salud autopercebida, se advierte que quienes asisten 11 o más veces a estas actividades se encuentran sin riesgo en las cuatro subescalas, lo cual apunta a que la evaluación sobre el estado de salud se torna más favorable cuando las asistencias son mayores. Aseveración que es soportada con el estudio de Musick et al. (1999), quienes aluden que se presentan efectos protectores para la salud a las personas que realizan al menos cuarenta horas al año de servicio voluntario.

De acuerdo con lo presentado previamente, se puede evidenciar, a través del proceso del análisis de las dos preguntas abiertas, que los participantes, desde que ejercen el voluntariado clown, expresan haber percibido mejoras en su estado de salud, lo cual se condensa en el código “Beneficia la salud” derivado del análisis sobre influencias en la vida de los voluntarios. Por tanto, se presentan declaraciones como “Hacer voluntariado Clown me ha ayudado a ser más agradecida con mi cuerpo, mi salud mental, psicológica, emocional y física” y “(mediante el voluntariado) Le he quitado poder a mi patología”. Lo cual se soporta en el estudio de Thoits y Hewitt (2001), en donde se menciona que el aumento de la salud física es un resultado del ser voluntario.

Por último, hay que enfatizar que los planteamientos sobre salud mental positiva también precisan tópicos que, si bien no son elementos específicos de las variables estudiadas (bienestar psicológico, satisfacción con la vida, autoestima y salud autopercebida), hacen referencia a indicadores de ajuste y bienestar, como es el caso de las habilidades de relacionamiento interpersonal, explicado por Lluch (1999; 2002; 2013) como la destreza para establecer relaciones interpersonales, mostrar empatía o habilidad para entender los sentimientos de los demás, brindar apoyo emocional, y la habilidad de establecer y mantener relaciones interpersonales cercanas. En este sentido, se subraya el código “Interacción social” obtenido del análisis de la pregunta abierta sobre las motivaciones para pertenecer al voluntariado clown y el código “Promueve el relacionamiento social” derivado del análisis sobre las influencias en la vida de los voluntarios, los cuales reflejan que los participantes ingresan al voluntariado buscando fortalecer sus vínculos sociales. Por consiguiente, se encuentran expresiones como “fue más por sentirme parte de algo, de poder interactuar con otras personas fuera del trabajo o de la parte educativa” y “Me ha demostrado el poder que tiene el trabajo en equipo y ha

mejorado la forma en que veo a los demás, destacando sus cualidades y talentos.” Este hallazgo, además, se constata con el estudio de Lalantika y Yuvaraj (2020), que presentan el voluntariado clown como una labor que favorece el desarrollo de conciencia de sí mismo (self), el optimismo, la compasión por el otro, y la construcción de relaciones significativas.

Conclusiones

En razón de los resultados encontrados, la revisión de la literatura y, en general, el trabajo realizado se concluye que el voluntariado clown es una actividad que, si bien no es comúnmente asociada con la salud, participar en ella posibilita obtener beneficios considerables, por tanto, se plantea que, esta labor, en conjunto con otras formas de intervención, puede promover un mejor estado de salud mental en los individuos.

Además, se recalca que uno de los aspectos por el cual se realiza la investigación y se elige a la población, es que la labor hospitalaria de los voluntarios, al estar implicada con las personas y su sufrimiento, supondría riesgos y vulnerabilidades a nivel emocional que conducen a la necesidad de mecanismos que regulen los estados psicológicos subyacentes en todo el proceso. No obstante, este mismo espacio que demanda acciones de afrontamiento y regulación, al parecer, también, propicia las habilidades de participación social y la expresión emocional, favorece el desarrollo de conciencia de sí mismo, la tolerancia hacia la diversidad, la responsabilidad mutua y la construcción de relaciones significativas, fomenta valores como el optimismo y la compasión, en otros factores mencionados en los resultados y la discusión, que terminan impulsando el bienestar, el ajuste y la salud mental.

Como observación final, se recomienda llevar a cabo programas que promuevan la vinculación al voluntariado clown, entendido como un factor protector hacia la salud. Así

mismo, con el fin de seguir construyendo conocimiento científico en relación a los posibles efectos en la salud derivados de la labor voluntaria de los clowns, se sugiere continuar con investigaciones relacionadas específicamente a esta población, empleando mayor cantidad de participantes de diversas fundaciones para la muestra y especificando las experiencias vividas en ambientes hospitalarios.

Referencias

- Adams, P. (2002). Humour and love: the origination of clown-therapy. *Postgraduate Medical Journal*, 78(922), 447-448. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/pmj.78.922.447>
- Alazraqui, M., Diez-Roux, A. V., Fleischer, N., y Spinell, H. (2009). Salud auto-referida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9). Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900013>
- Andrews, F. M., y Withey, S. B. (1976). *Social Indicators of Well-Being*. New York: Plenum Press. pp. 63-84. Doi: 10.1007/978-1-4684-2253-5
- Arthaud-Day, M. L., Rode, J. C., Mooney, C. H., y Near, J. P. (2005). The Subjective Well-being Construct: A Test of its Convergent, Discriminant, and Factorial Validity. *Social Indicators Research*, 74(3), 445-476. Doi: 10.1007/s11205-004-8209-6
- Atienza, F., Balaguer, I., García, M., y Pons, D. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=296>
- Bailis, D. S., Segall, A., y Chipperfield, J. G. (2003). Two views of self-rated general health status. *Social science & medicine*, 56(2), 203-217. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00020-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00020-5)
- Ballesteros, B., Medina, A., y Caycedo, C. (2006). El Bienestar Psicológico Definido Por Asistentes A Un Servicio De Consulta Psicológica En Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica*, 5(2), 239-258. Recuperado de: http://Www.Scielo.Org.Co/SciELO.Php?Script=Sci_arttext&Pid=S1657-92672006000200004&Lng=En&Tlng=Es.

- Bandura, A., Freeman, W. H., y Lightsey, R. (1999). Self-efficacy: The exercise of control. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 13(2), 158-166. Doi: 10.1891/0889-8391.13.2.158
- Barradas-Barata, R., Furquim de Almeida, M., Valencia-Montero, C., y Pereira da Silva, Z. (2007). Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 305-313. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200006>
- Baumeister, R. F. (1982). A self-presentational view of social phenomena. *Psychological Bulletin*, 91(1), 3–26. Doi: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.91.1.3>
- Brim, Q., y Featherman, D. (1998). *Surveying midlife development in the United States*. Unpublished manuscript.
- Brito, D. (2019). *Elaboración de piezas audiovisuales, para incentivar a jóvenes de 18-24 años a ser voluntarios clown. Caso: Fundación “Corydon”*. (Tesis de pregrado). Universidad de las Américas, Quito, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/11096>
- Brown, J. D. (2016). Self-esteem: It's not what you think. *Departamento de Psicología, Universidad de Washington, Estados Unidos*. 1-36.
- Buriticá, D., del Pilar, M., y Ladino, M. (2017). *Vivencia de la terapia clown en ambientes oncológicos pediátricos desde el terapeuta*. (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/22137>
- Butler, S. (2017). *El Clown y sus posibilidades en el ámbito terapéutico. Una mirada desde la Psicología Analítica* (Tesis de pregrado). Universidad Católica de Uruguay, Montevideo, Uruguay. Recuperado de: www.clownplanet.com

- Cabrera, M. E., y Marrero, R. J. (2015). Motivos, personalidad y bienestar subjetivo en el voluntariado. *Anales de psicología*, 31(3), 791-801. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.180921>
- Casiday, R., Kinsman, E., Fisher, C., y Bambra, C. (2008). Volunteering and health: what impact does it really have. *London: Volunteering England*, 9(3), 1-13. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/228628782_Volunteering_and_Health_What_Impact_Does_It_Really_Have
- Castro, A., Espinosa, I., Rodríguez, P. y Santos, P. (2007). Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 883-898. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770320.pdf>
- Choi, N., y Bohman, T. (2007). Predicting the changes in depressive symptomatology in later life: how much do changes in health status, marital and caregiving status, work and volunteering, and health-related behaviors contribute? *Journal of Aging & Health*, 19(1), 152-77. Doi: <https://doi.org/10.1177/0898264306297602>
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1616 del 21 de enero de 2013. [Internet]. Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
- Crocker, J., y Knight, K. M. (2005). Contingencies of self-worth. *Current directions in psychological science*, 14(4), 200-203. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00364.x>

- Cuervo-Geijo, M. E. (2013). *Pedagogía del humor y la fantasía en el hospital a través del clown. Payasos de hospital* (Trabajo de pregrado). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.
Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/4269>
- Dachs, J. N. (2002). Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 641-657. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400004>
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación Española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3255>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. Doi: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663. Doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.4.653>
- Diener E., Emmons R., Larsen R. J., y Griffin S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. Doi: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Dürks, T. E. (2016). *El perfil motivacional de los voluntarios en las organizaciones no gubernamentales*. (Tesis Doctoral). Universidad Empresarial Siglo 21, Argentina.
Recuperado de: <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/handle/ues21/10829>
- Durrant, R. (2017). Why do protective factors protect? An evolutionary developmental perspective. *Aggression and Violent Behavior*, 32, 4-10. Doi: 10.1016/j.avb.2016.12.002

- Encuesta Nacional de Salud Mental [ENSM] (2015). Tomo I [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015 [citado 22 Oct 2015]. Recuperado de:
<http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud mental tomoI.pdf>
- Espinosa, B. B., y Gutiérrez, T. R. (2010). Lo esencial es invisible a los ojos: payasos que humanizan y promueven salud. *Aletheia*, (31), 4-15. Recuperado de:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000100002
- Ferrada, L., y Zavala, M. (2014). Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 123-130. Doi: <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532014000100011>
- Ferro, R. (2010). Salud mental y poder. Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. *Revista de Salud Pública*, 14(2), 47-62. Recuperado de:
http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP10_2_07_art%204.pdf
- Fife, B., Blanco, T., Kissell, S., Johnson, B., Dewey, R., Diamond, H., y Lee, G. (2015). *Creative clowning*. Piccadilly Books, Ltd.
- Fishbein, M., y Icek, A. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior*. Reading, MA: Addison-Wesley. 19-50. Doi :10.2307/2065853
- Fundación Doctora Clown (s.f.). *Voluntariado*: Fundación Doctora Clown. Bogotá, Colombia.
<https://doctoraclown.org/voluntariado/>
- Fylkesnes, K., y Førde, O. H. (1991). The Tromsø study: predictors of self-evaluated health—has society adopted the expanded health concept? *Social science & medicine*, 32(2), 141-146.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90053-F](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90053-F)

- Galindo, C., y Garzón, C. (2015). *Construcción del rol del doctor Clown con énfasis en música en contextos hospitalarios en la Fundación Doctora Clown*. (Trabajo de grado). Universidad distrital Francisco José de Caldas, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://repository.udistrital.edu.co/handle/11349/2347>
- García, C., y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600010&lng=es&tlng=pt.
- García, E., González, J., y Maestú, F. (2011). Neuronas Espejo y Teoría de la Mente en la explicación de la empatía. *Ansiedad y Estrés*, 17(2-3), 265-279. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/16341/>
- García, X. (2001). El voluntariado en la sociedad de Bienestar. En Aranguren, L. (Coord.), *Documentación Social* (pp.15-39), Madrid, España: Cáritas Española
- Glowacz, F., y Born, M. (2014). 18 Away from Delinquency and Crime: Resilience and Protective Factors. *The Development of Criminal and Antisocial Behavior*, 283–294. Doi:10.1007/978-3-319-08720-7_18
- Goldberg, D. P., y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145. Doi: <https://doi.org/10.1017/s0033291700021644>
- Goldstein, M. S., Siegel, J. M., y Boyer, R. (1984). Predicting changes in perceived health status. *American Journal of Public Health*, 74(6), 611-614. Doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.74.6.611>
- Gómez-Lugo, M., Espada, J. P., Morales, A., Marchal-Bertrand, L., Soler, F. y Vallejo-Medina, P. (2016). Adaptation, Validation, Reliability and Factorial Equivalence of the Rosenberg

- Self-Esteem Scale in Colombian and Spanish Population. *Spanish Journal of Psychology*, 19, E66. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2016.67>
- González, J., Núñez, J., Pumariega, S., y García, M. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9(2), 271-289. Recuperado de: <http://psicothema.com/pdf/97.pdf>
- Greenfield, E. A., y Marks, N. F. (2004). Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(5), 258-264. Doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/59.5.S258>
- Harter, S. (1998). The development of self-representation. En W. Damon, y N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol 3, Social, emotional and personality development* (pp. 345-376). New York: Wiley.
- Idler, E. L., y Kasl, S. (1991). Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality? *Journal of gerontology*, 46(2), S55-S65. Doi: <https://doi.org/10.1093/geronj/46.2.S55>
- Jahoda, M. (1958). *Joint commission on mental health and illness monograph series: Vol. 1. Current concepts of positive mental health*. Basic Books. Doi: <https://doi.org/10.1037/11258-000>
- Jané-Llopis, E. (2006). Mental health promotion and mental disorder prevention in Europe. *Journal of Public Mental Health*, 5(1), 5–7. Doi:10.1108/17465729200600002
- Jiang, D., Warner, L., Chong, A., Li, T., Wolff, J., y Chou, K. L. (2020). Benefits of volunteering on psychological well-being in older adulthood: evidence from a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 1-9. Doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1711862>

- Jylhä, M., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Jokela, J., y Heikkinen, E. (1998). Is self-rated health comparable across cultures and genders?. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(3), S144-S152. Doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/53b.3.s144>
- Kern de Castro, E., y Moro, L. (2012). Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología*, 9(2/3), 453-465. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40916
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 539-548. Doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95–108. Doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., y Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022. Doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E., y Ahonen, J. (1999). *Framework for promoting mental health in Europe*. Recuperado de: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77555/Frameworkpromoting.pdf>
- Lalantika, V., y Yuvaraj, S. (2020). Being a therapeutic clown-an exploration of their lived experiences and well-being. *Current Psychology*, 1-8. Doi: <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00611-9>

- Layous, K., Chancellor, J., y Lyubomirsky, S. (2014). Positive activities as protective factors against mental health conditions. *Journal of Abnormal Psychology, 123*(1), 3–12. Doi: 10.1037/a0034709
- Lethbridge-Çejku, M., y Vickerie, J. (2005). Summary health statistics for us Adults: national health interview survey, 2003. *Vital and health statistics, 10*(225), 1-161. Recuperado de: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/6678>
- Li, J., Fang, M., Wang, W., Sun, G., y Cheng, Z. (2018). The Influence of Grit on Life Satisfaction: Self-Esteem as a Mediator. *Psychologica Belgica, 58*(1), pp.51–66. Doi: <http://doi.org/10.5334/pb.400>
- Li, Y., y Ferraro, K. (2005). Volunteering and depression in later life: Social benefit or selection processes? *Journal of Health and Social Behavior, 46*(1), 68-84. Doi: <https://doi.org/10.1177/002214650504600106>
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine, 16*(01), 135-140. Doi:10.1017/s0033291700002579
- Lopera-Echavarría, J. (2012). Salud mental y sabiduría práctica. Un intento de integración y aproximación conceptual. *Tesis Psicológica, 7*(1),60-74. Recuperado de: <https://biblat.unam.mx/hevila/Tesispsicologica/2012/vol7/no1/4.pdf>
- Lluch, M.T. (1999) *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, España. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10803/2366>

- Lluch, M. T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 25(4), 42-55. Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/sam024e.pdf>
- Lluch, T., Puig, M., Sánchez, A., Roldán, J., y Ferré, C. (2013). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*, 13(1). Doi:
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-928>
- Lösel, F., y Farrington, D. P. (2012). Direct Protective and Buffering Protective Factors in the Development of Youth Violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(2), S8–S23.
Doi: 10.1016/j.amepre.2012.04.029
- Lucas, R. E., Diener, E., y Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616–628. Doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.3.616>
- Lundberg, O., y Manderbacka, K. (1996). Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scandinavian journal of social medicine*, 24(3), 218-224. Doi:
<https://doi.org/10.1177/140349489602400314>
- Macaya-Sandoval, X. C., Vyhmeister, R. P., y Parada, B. V. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 338-355.
Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v18n2/1727-8120-hmc-18-02-338.pdf>
- Maitta, I., Cedeño, M., y Escobar, M. (2018). Factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud mental. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. Recuperado de
[//www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/factores-salud-mental.html](http://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/factores-salud-mental.html)

- Marteau, T. M., y Weinman, J. (2006). Self-regulation and the behavioural response to DNA risk information: a theoretical analysis and framework for future research. *Social science & medicine*, 62(6), 1360-1368. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.005>
- Martínez, R., Pando, M., León, S., González, R., Aldrete, M., y López, L. (2015). Validez y confiabilidad de la escala de salud mental positiva. *Psicogente*, 18(33), 78-88. Doi: <https://doi.org/10.17081/psico.18.33.57>
- Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). (2018). *Política Nacional de Salud Mental*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>
- Miret, M., Cabello, M., Marchena, C., Mello, B., Caballero, F., Obradors, C., Haro, J. M., y Ayuso, J. L. (2015). The state of the art on European well-being research within the area of mental health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 171-179. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.02.001>
- Moix (2002). El voluntariado hospitalario en España. *Todo Hospital*, 185, 186-191. Recuperado de: <https://jennymoix.com/sites/default/files/descargables/investigacion/VoluntarioHospitalario/02-voluntariadohospitalario02.doc>
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A., y Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(3), S137-S145. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.3.S137>
- Mossey, J. M., y Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800-808. Doi:10.2105/ajph.72.8.800

Mruk, C. J. (2006). *Self-esteem research, theory, and practice: Toward a positive psychology of self-esteem*. Springer Publishing Company.

Muñoz, C., Restrepo, D., y Cardona, D. (2016). Evolution of the concept of positive mental health: a systematic review. *Revista panamericana de salud pública*, 39(3), 166-173.

Recuperado de: <https://europepmc.org/article/med/27754527>

Musick, M. A., Herzog, A. R., y House, J. S. (1999). Volunteering and mortality among older adults: Findings from a national sample. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(3), S173-S180.

<https://doi.org/10.1093/geronb/54B.3.S173>

Musick, M. A., y Wilson, J. (2003). "Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups." *Social Science & Medicine*, 56(2), 259-69.

[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00025-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00025-4)

Ocampo, D., Parra, H., Villaverde, M., Guadarrama, E., Ibarra, A., Segal, K., y González, A. (2019). Desarrollo Positivo en Jóvenes Involucrados en Voluntariado y su Relación con las Neuronas Espejo. *Revista Colombiana de Psicología*, 28(2), 77-90. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7126226>

Omoto, A., Snyder, M., y Martino, S. (2000). Volunteerism and the life course: Investigating age-related agendas for action. *Basic and applied social psychology*, 22(3), 181-197.

https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2203_6

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa, Canada. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra, Suiza.
Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007). *Evaluación de la promoción de la salud: principios y perspectivas*. Washington: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3070>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Proyecto de plan de acción integral sobre la salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza. Recuperado de:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=50476292F79D37CB1374310846308E41?sequence=1
- Páez, D. (2008). *Cuaderno de Prácticas de Psicología Social y Salud: Fichas Técnicas sobre Bienestar y Valoración Psico-Social de la Salud Mental*. Manuscrito no publicado. San Sebastián: Universidad del País Vasco. Recuperado de:
<https://www.ehu.es/documents/1463215/1492921/Salud+2008+Ficha+Tecnica+I++Bienestar+y+Valoraci%C3%B3n+Psico-Social+de+la+Salud+Mental>
- Pavot, W., y Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164–172. Doi:10.1037/1040-3590.5.2.164
- Pavot, W., y Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The journal of positive psychology*, 3(2), 137-152. Doi:
<https://doi.org/10.1080/17439760701756946>
- Pérez-Miralles, I. (2015). Bienestar subjetivo y psicológico en voluntariado de cooperación internacional para el desarrollo: Un estudio cualitativo. *Opción*, 31(6), 699-720. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/service/r2020/downloadPdf/310/31045571043/6>

- Philippus, A., Ketchum, J. M., Payne, L., Hawley, L., y Harrison-Felix, C. (2020). Volunteering and its association with participation and life satisfaction following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 34(1), 52-61. Doi: <https://doi.org/10.1080/02699052.2019.1679886>
- Piliavin, J. A., y Siegl, E. (2007). Health Benefits of Volunteering in the Wisconsin Longitudinal Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(4), 450-464.
<https://doi.org/10.1177/002214650704800408>
- Pineda-Roa, C. A., Castro-Muñoz, J. A., y Chaparro-Clavijo, R. A. (2018). Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 45-55. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612018000100004&lng=en&tlng=es.
- Pope, G. C. (1988). Medical conditions, health status, and health services utilization. *Health Services Research*, 22(6), 857-876. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3126165>
- Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 497-498. Recuperado de
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001&lng=en&tlng=es
- Restrepo-Espinosa, M. H. (2006). Promoción de la salud mental: un marco para la formación y para la acción. *Revista Ciencias de la Salud*, 4, 86-193. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=562/56209920>
- Restrepo-Ochoa, D. A., y Jaramillo-Estrada, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211.
Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10495/8562>

- Roca, J. G. (1994). *Solidaridad y voluntariado* (Vol. 12). Editorial Sal Terrae.
- Romero, A., Méndez, L., Bianco, M., y Castro, V. (2012). Payasos de hospital. Lo terapéutico del clown. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Book
- Rosenberg, M. (1986). Self-concept from middle childhood through adolescence. En J. Suls, y A.G. Greenwald (Eds). *Psychological perspectives on the self*, 3, 107-136. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., y Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American sociological review*, 60(1), 141-156. Doi: <https://doi.org/10.2307/2096350>
- Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction: New Directions in Quest of Successful Ageing. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35–55. Doi: <https://doi.org/10.1177/016502548901200102>
- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. Doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C., y Keyes. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. Doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>

- Ryff, C., y Singer, B. (2002). From social structure to biology. En C. Snyder & A. López (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp.63-73). Londres: Oxford University Press. Recuperado de: <http://www.midus.wisc.edu/findings/pdfs/83.pdf>
- Seow, L. S. E., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Jeyagurunathan, A., Pang, S., Chong, S. A., y Subramaniam, M. (2016). Positive mental health in outpatients with affective disorders: Associations with life satisfaction and general functioning. *Journal of affective disorders*, 190, 499-507. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.021>
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., y Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of educational research*, 46(3), 407-441. Doi: <https://doi.org/10.3102/00346543046003407>
- Schwarz, N., y Strack, F. (1999). Reports of subjective well-being: Judgmental processes and their methodological implications. *Well-being: The foundations of hedonic psychology*, 7, 61-84. Recuperado de: http://profron.net/happiness/files/readings/Schwarz-n-Stack_ReportsOfSubjectiveWellBeing.pdf
- Solano, C. (2018). *Sistematización de la experiencia: Voluntariado Delia Alegría, la terapia de la risa como práctica formativa*. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/39037>
- Sridharan, K., y Sivaramakrishnan, G. (2016). Therapeutic clowns in pediatrics: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European journal of pediatrics*, 175(10), 1353-1360. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00431-016-2764-0>
- Strollo, M., Romano, A., y Rea, G. (2015). Social commitment of volunteering in clown-therapy: an empowering empirical research. *Ricerche di Pedagogia e Didattica. Journal of Theories and Research in Education*, 10(3), 45-79. Doi: <https://doi.org/10.6092/issn.1970-2221/5912>

- Stubbe, J. H., Posthuma, D., Boomsma, D. I., y De Geus, E. J. (2005). Heritability of life satisfaction in adults: A twin-family study. *Psychological medicine*, 35(11), 1581-1588. Doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291705005374>
- Stukas, A. A., Hoye, R., Nicholson, M., Brown, K. M., y Aisbett, L. (2014). Motivations to Volunteer and Their Associations with Volunteers' Well-Being. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 45(1), 112–132. <https://doi.org/10.1177/0899764014561122>
- Swann, W. B. (1987). Identity negotiation: Where two roads meet. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1038–1051. Doi:10.1037/0022-3514.53.6.1038
- Tengland, P. A. (2001). Marie Jahoda's Current Concepts of Positive Mental Health. *In Mental Health*. 47-78. Doi: https://doi.org/10.1007/978-94-017-2237-7_4
- Thoits, P. A., y Hewitt, L. N. (2001). Volunteer Work and Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 115-131. Doi: 10.2307/3090173
- Thompson, A., y Toro, O. L. (2000). El voluntariado social en América Latina. Tendencias, influencias, espacios y lecciones aprendidas. *Revista Sociedad Civil*, 3(9), 1-23. Recuperado de http://www.lasociedadcivil.org/wp-content/uploads/2014/11/thompson_toro_copy4.pdf
- Trujillo, F. D. (2017). *Regulación emocional y bienestar psicológico en voluntarios de establecimientos hospitalarios de Lima*. (Trabajo de grado). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10757/622692>
- Urzúa, A., y Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Vallejo, M. A., Rivera, J., Esteve-Vives, J., y Rodríguez-Muñoz, M. D. L. F. (2014). El cuestionario general de salud (GHQ-28) en pacientes con fibromialgia: propiedades

psicométricas y adecuación. *Clínica y Salud*, 25(2), 105-110. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.06.005>

Vinaccia-Alpi, E., Parada, N., Quiceno, J.M., Riveros-Munévar, F., y Vera-Maldonado, L.A.

(2019). Escala de satisfacción con la vida (SWLS): análisis de validez, confiabilidad y baremos para estudiantes universitarios de Bogotá. *Psicogente* 22(42), 1-20. Doi:

<https://doi.org/10.17081/psico.22.42.3468>

Wheeler, J. A., Gorey, K. M., y Greenblatt, B. (1998). The beneficial effects of volunteering for

older volunteers and the people they serve: A meta-analysis. *The International Journal of Aging and Human Development*, 47(1), 69-79. <https://doi.org/10.2190/VUMP-XCMF-FQYU-V0JH>

Wilson, J. (2012). Volunteerism research: A review essay. *Nonprofit and voluntary sector*

quarterly, 41(2), 176-212. Doi: 10.1177/0899764011434558

Wu, A. M., Tang, C. S., y Yan, E. C. (2005). Post-retirement voluntary work and psychological

functioning among older Chinese in Hong Kong. *Journal of cross-cultural gerontology*, 20(1), 27-45. <https://doi.org/10.1007/s10823-005-3796-5>

Zhang, L., y Leung, J. (2002). Moderating Effects of Gender and Age on the Relationship between Self-Esteem and Life Satisfaction in Mainland Chinese. *International Journal of*

Psychology, 37, 83-91. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00207560143000252>

Anexos

Cuestionario de datos sociodemográficos

A continuación, encontrará una serie de preguntas acerca de datos personales, diligencie la siguiente encuesta con la *información más precisa y correcta* que pueda brindar. Las respuestas son anónimas y serán usadas para el estudio en el que usted está participando. Muchas gracias por su participación.

1. ¿Cuántos años tiene actualmente? _____
2. ¿Con quién vive actualmente? _____
3. ¿A qué fundación clown pertenece? _____
4. ¿Cuánto tiempo lleva siendo voluntario en la fundación? _____
5. Entre enero de 2019 y febrero de 2020 ¿Cuántas veces asistió a actividades clown en hospitales? _____
6. ¿Cuál es su municipio de residencia? _____

Por favor, marque con una x donde corresponda:

7. ¿Cuál es su sexo?
 - Femenino
 - Masculino
8. ¿Cuál es su estado civil?
 - Soltero/a
 - Casado/a
 - Separado/a
 - Viudo/a
 - Unión Libre
9. ¿Actualmente tiene pareja sentimental?
 - Sí
 - No
10. ¿Tiene hijos?
 - Sí
 - No
 ¿Cuántos? _____
11. ¿Cuál es su nivel socioeconómico?
 - Nivel 1
 - Nivel 2
 - Nivel 3
 - Nivel 4

- Nivel 5
- Nivel 6

12. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

- Primaria
- Pregrado
- Tecnólogo
- Bachiller
- Técnico
- Posgrado

13. ¿Actualmente labora?

- Sí
- No ¿Qué cargo desempeña? _____

14. Pregunta abierta: ¿Cuáles cree que fueron sus motivaciones para ingresar a una fundación clown?

15. Pregunta abierta: ¿Cómo ha influido en su vida el hacer voluntariado clown?