



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Zaragoza**

**Carrera de Psicología**

**Relación del tiempo y tipo de voluntariado  
con el bienestar en personas en proceso de  
envejecimiento. Una revisión sistemática y  
metaanálisis.**

**TESIS**

Que para obtener el título de:

**Licenciado en Psicología**

PRESENTA:

**Irvin Jesús Roque Cervantes**

**Directora:** Mtra. Otilia Aurora Ramírez Arellano

**Asesor:** Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez

**Asesora:** Dra. Mirna Ruiz Ramos



CIUDAD DE MÉXICO, 2024



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Agradecimientos

Agradezco a la Dirección General de Asuntos del Personal Académico, UNAM, Proyecto PAPIME PE203421, por la beca recibida para la realización de la presente tesis de licenciatura. También, a la Red Académica Asesora de Revisiones Sistemáticas (RAARS) de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, por la asesoría metodológica.

A la Mtra. Otilia Aurora Ramírez Arellano, por darme la oportunidad de realizar este trabajo, por las asesorías, consejos y por su tiempo dedicado.

Al Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez, por su valiosa asesoría para esta tesis y su tiempo dedicado para crear este trabajo.

A la Dra. Mirna Ruiz Ramos, por el tiempo dedicado y las asesorías durante la elaboración de esta tesis.

## Dedicatoria

El presente está dedicado principalmente a mis padres, agradezco su esfuerzo a través de los años para que alcanzara esta meta. Aprendiendo de sus aciertos y errores me he convertido en quien soy, me motivan a superarme y mejorar cada día.

A mis hermanas que igualmente me han brindado su apoyo a su modo.

A mis sobrinas por motivarme para ser un ejemplo para ellas y alguien en que puedan confiar.

A los amigos que he hecho durante tantos años de estudio, gracias por saberme escuchar y darme un empujón en los peores días.

A los profesores por darme las herramientas para aprender y por sembrar en mí el gusto por el conocimiento.

# Contenido

<b>Resumen</b> .....	1
<b>Abstract</b> .....	3
<b>I. Introducción</b> .....	5
<b>II. Marco teórico</b> .....	7
II.1 Revisión sistemática .....	7
II.1.1. Metaanálisis .....	10
II.2. Envejecimiento .....	13
II.2.1 Teoría de la desvinculación.....	14
II.2.2 Teoría de la actividad.....	15
II.2.3. Teoría de los roles .....	16
II.2.4. Salud y envejecimiento .....	16
II.3. Bienestar .....	22
II.3.1. Bienestar subjetivo.....	24
II.3.2. Bienestar psicológico .....	25
II.3.3. Calidad de vida .....	28
II.3.4 Satisfacción con la vida.....	30
II.4. Voluntariado .....	31
II.4.1. Revisiones sistemáticas sobre Bienestar y voluntariado .....	33
<b>III. Planteamiento del problema</b> .....	40
<b>IV. Objetivo</b> .....	41
<b>V. Material y Método</b> .....	41
V.1. Criterios de elegibilidad.....	41
V.2. Estrategia de búsqueda.....	43
V.3. Selección de estudios.....	46
V.4. Extracción de datos .....	46
V.5. Valoración de calidad .....	46
<b>VI. Resultados</b> .....	48
VI.1. Evaluación de riesgo de sesgo.....	50
VI.1.1 Estudios observacionales. Escala Newcastle-Ottawa. ....	50
VI.1.2 Riesgo de sesgos de los estudios cuasiexperimentales.....	53
VI.2. Análisis cualitativo .....	54
VI.2.1. Tipo de estudio, tamaños de la muestra y estudios por país.....	54
VI.2.2. Bienestar subjetivo y bienestar psicológico.....	54

VI.2.3. Tipos de voluntariado.....	54
VI.2.4. Instrumentos y estudios retrolectivos .....	58
VI.2.5 Tiempo de voluntariado y bienestar .....	60
<b>Cuadro VI.2.</b> Estudios sobre la relación entre el tiempo y tipo de voluntariado sobre el bienestar. ....	62
VI.3. Análisis cuantitativo (metaanálisis).....	94
VI.3.1. Tiempo de voluntariado, afecto positivo y afecto negativo. ....	94
VI.3.2. Tiempo de voluntariado y satisfacción con la vida. ....	96
<b>VII. Discusión</b> .....	97
VII.1 Limitaciones.....	101
VII.2 Implicaciones para el envejecimiento saludable .....	101
VII.3 Implicaciones en la investigación.....	101
VII.4 Conflictos de interés .....	102
<b>VIII. Conclusiones</b> .....	103
<b>IX. Referencias</b> .....	104
<b>X. ANEXOS</b> .....	112
Anexo 1 Lineamientos PRISMA.....	113
Anexo 2. Artículos excluidos en la revisión de texto completo que no cumplieron los criterios de elegibilidad .....	117
Anexo 3. Análisis de sesgos.....	119

## Resumen

**Introducción:** El envejecimiento es un tema que está tomando gran relevancia, sobre todo por las implicaciones de la transición demográfica y la mayor longevidad en el mundo, incluyendo México. En este sentido, el envejecimiento saludable es uno de los principales objetivos de las políticas públicas, en el que la capacidad funcional y su efecto sobre el bienestar son elementos clave. Al respecto, se han identificado algunos comportamientos y estilos de vida que favorecen la capacidad funcional, entre los que destacan el ejercicio físico, alimentación adecuada, estimulación mental y socialización, de esta última el voluntariado es una de las actividades que ha demostrado un efecto positivo sobre la capacidad funcional y bienestar, no obstante, no se dispone de una evidencia precisa respecto al tipo y tiempo de voluntariado con mayor impacto sobre dichas variables.

**Objetivo:** Presentar una síntesis del conocimiento sobre la relación del tiempo y tipo de voluntariado con el bienestar en adultos a través de una revisión sistemática.

**Método:** Se llevó a cabo una revisión sistemática acorde con los criterios PRISMA, considerando como criterios de inclusión: edad 45 años y más, estudios observacionales y de intervención. La búsqueda se realizó hasta el 25 de julio de 2022 en las plataformas de artículos científicos *PubMed*, *Scopus*, *Web of Science*, *SciELO*, *LILACS*, *Social Care Online*, *PsycInfo* y *TESIUNAM*. Las palabras clave fueron: *Volunteering [Title/Abstract] AND ("Quality of life"[Title/Abstract])*.

**Resultados:** Se encontraron 538 artículos, de los cuales fueron excluidos 198 duplicados, se revisó el título y resumen de 340, de estos, 38 cumplieron los criterios de inclusión para ser revisados de texto completo y 27 fueron seleccionados para el análisis cualitativo. De los seleccionados 16 fueron de cohorte, 8 transversales analíticos y 3 cuasiexperimentales. Asimismo, se seleccionaron 2 trabajos para su análisis cuantitativo (metaanálisis), el cual no fue concluyente debido a la heterogeneidad de los resultados. En el análisis cualitativo se encontró que participar en voluntariado desde 1 hora por un periodo de 3 semanas hasta 20 horas o más durante 12 meses, puede tener un efecto positivo sobre la satisfacción con la vida, calidad de vida, salud física; salud mental y bienestar psicológico. Asimismo, el voluntariado formal fue predominante en las investigaciones, siendo los más frecuentes el voluntariado educativo, organizacional, religioso y relacionado a la salud.

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que existe relación entre el tipo y tiempo dedicado al voluntariado y el bienestar, sin embargo, esta relación no se pudo comprobar de manera cuantitativa, ni explorar a profundidad debido a la heterogeneidad de los datos, por lo tanto, es necesario llevar a cabo más estudios con una metodología homogénea.

**Palabras clave:** *Voluntariado, bienestar, tiempo de voluntariado, calidad de vida, satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar psicológico.*

## Abstract

**Introduction:** Aging is a topic that is gaining great relevance, especially due to the implications of demographic transition and increased longevity worldwide, including Mexico. In this regard, healthy aging is one of the main objectives of public policies, in which functional capacity and its effect on well-being are key elements. Several behaviors and lifestyles that promote functional capacity have been identified, including physical exercise, proper nutrition, mental stimulation, and socialization. Volunteering, as one of these activities, has shown a positive effect on functional capacity and well-being. However, there is no precise evidence regarding the type and duration of volunteering with the greatest impact on these variables.

**Objective:** To present a synthesis of knowledge on the relationship between the duration and type of volunteering and well-being in adults through a systematic review.

**Method:** A systematic review was conducted following PRISMA criteria. Inclusion criteria included individuals aged 45 years and older, observational and intervention studies. The search was conducted until July 25, 2022, using scientific article platforms such as *PubMed*, *Scopus*, *Web of Science*, *SciELO*, *LILACS*, *Social Care Online*, *PsycInfo*, and *TESIUNAM*. The keywords used were: Volunteering [*Title/Abstract*] AND ("*Quality of life*"[*Title/Abstract*]).

**Results:** A total of 538 articles were found, of which 198 duplicates were excluded. The title and abstract of 340 were reviewed, and among these, 38 met the inclusion criteria for full-text review. Finally, 27 were selected for qualitative analysis." Of the selected articles, 16 were cohort studies, 8 were analytical cross-sectional studies, and 3 were quasi-experimental studies. Additionally, 2 studies were selected for quantitative analysis (meta-analysis), which was inconclusive due to the heterogeneity of the results. In the qualitative analysis, it was found that participating in volunteering from 1 hour per week for a period of 3 weeks to 20 or more hours per month for 12 months can have a positive effect on life satisfaction, quality of life, physical health, mental health, and psychological well-being. Formal volunteering was predominant in the studies, with educational, organizational, religious, and health-related volunteering being the most frequent types.

**Conclusions:** The results suggest a relationship between the type and duration of volunteering and well-being. However, this relationship could not be quantitatively

proven or explored in depth due to data heterogeneity. Therefore, further studies with a homogeneous methodology are necessary.

**Keywords:** Volunteering, well-being, volunteering duration, quality of life, life satisfaction, subjective well-being, psychological well-being.

## I. Introducción

El envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la reserva y respuesta biológica ante las exigencias para mantener o recuperar la homeostasis, debido a las modificaciones moleculares, morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, manifestándose por una disminución gradual e individualizada de la eficiencia en la funcionalidad física, psicológica y social. Así mismo, no existe un consenso respecto a la edad de inicio del envejecimiento, no obstante, con fines de intervención comunitaria, en la Unidad de Investigación en Gerontología de la FES Zaragoza, UNAM, se asume que el envejecimiento inicia a partir de la quinta década de la vida, alrededor de los 45 años edad, debido a que en esta etapa de la vida se presentan cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales patentes relativos al envejecimiento en la mayoría de la población.

En ese marco de cambios de tipo laborales y de participación social, el voluntariado surge como una actividad que brinda una nueva posibilidad de desarrollo, así como uso de sus conocimientos, capacidades, actitudes y experiencias adquiridas a lo largo de su vida, además puede ser una influencia positiva en el bienestar de la persona durante este proceso. Debido a que el bienestar es un tema complejo en el cual existe una falta de consenso sobre su delimitación conceptual debido a la complejidad de su estudio, determinada en muchos casos por la diversidad de enfoques y su carácter temporal.

En este contexto es necesario tener un conocimiento preciso respecto a los diferentes estudios realizados sobre dichas temáticas, por lo que una de las mejores estrategias metodológicas para dicho objetivo es la realización de revisiones sistemáticas (RS) y metaanálisis, acorde con los lineamientos internacionales para ello (PRISMA, del inglés, Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), establecidos para dicho fin.

Al respecto, se encontraron tres RS, sobre la relación del tiempo de voluntariado y bienestar, no obstante, es necesario presentar una actualización, además de incluir estudios publicados en español y portugués, así como resultados provenientes de la literatura gris, para tener un conocimiento más amplio y preciso, que permita identificar los factores asociados al voluntariado y su relación con el bienestar. Por tal

motivo, el propósito de la presente revisión sistemática es presentar una síntesis analítica cualitativa, de ser posible cuantitativa (metaanálisis), acorde con la metodología PRISMA.

## II. Marco teórico

### II.1 Revisión sistemática

El aumento en el número de investigaciones publicadas cada año ha llevado a la necesidad de resumir su información para obtener una visión clara de los resultados. Dicha idea no es nueva, fue en el siglo XX cuando comenzó a tomar forma la síntesis científica, en 1936 se acuñó el término de revisión sistemática, pero este no se popularizó hasta casi finalizar la década de 1990 donde dicha relevancia se le atribuye a dos factores en particular, el primero es su mención por parte de Cochrane en 1989 como parte del prólogo de una compilación de síntesis de investigación, el segundo fue consecuencia de la promoción por parte de personas interesadas en diferenciar el proceso de tomar medidas para controlar los sesgos en la síntesis de la investigación [1].

La revisión sistemática puede ser definida como una investigación científica secundaria, donde se recopilan estudios sobre un tema delimitado para su posterior análisis, la finalidad de las RS es responder una pregunta de investigación mediante un proceso sistemático y explícito [2]. Una vez definida que es una RS, es importante mencionar las diferencias que tiene respecto a una revisión narrativa (RN). En las RN también se presentan los tópicos importantes sobre un tema investigado, reportando los tópicos encontrados, esta no cuenta con una norma para reunir las investigaciones y recabar su información, por lo tanto, los artículos son escogidos de forma subjetiva por el autor, así mismo no sintetiza cuantitativamente los datos encontrados, esto las hace que sea probable encontrar imprecisiones y sesgos [3,4]. De forma contraria, las RS cuentan con una metodología estandarizada para su realización, convirtiéndolas en un trabajo riguroso y explícito durante su proceso de creación.

Por otro lado, dentro de las Revisiones sistemáticas encontramos dos tipos:

1. Revisiones sistemáticas cualitativas: Se presenta la evidencia de acuerdo con la metodología, de una forma descriptiva, pero sin un análisis cuantitativo debido a la posible falta de resultados que puedan dar oportunidad de un análisis estadístico.

2. Revisiones sistemáticas cuantitativas: También llamadas RS metaanálisis, en esta se utiliza un análisis estadístico que combina los resultados de un estimador puntual presente en investigaciones independientes. Cabe aclarar que, si bien se pueden presentar RS sin metaanálisis, no es posible realizar un metaanálisis sin una RS que le preceda [4].

Una vez definida y diferenciada, la revisión sistemática cuenta con características que es necesario mencionar para una mejor comprensión de esta:

1. Al ser una búsqueda sistemática busca identificar estudios que cumplan los criterios de elegibilidad establecidos.
2. Utiliza metodología explícita y reproducible.
3. Cuenta con objetivos claramente establecidos.
4. Utiliza instrumentos estandarizados para evaluar el riesgo de sesgo de los artículos escogidos, con el fin de poner a prueba la validez de sus resultados.
5. Presenta de forma sistemática las investigaciones incluidas en forma de síntesis, incluyendo las características (como tipo de estudio, muestra, país, etc.) y los resultados de interés.
6. Algunas llegan a incluir metaanálisis para obtener estimaciones más precisas de los resultados obtenidos por parte de los trabajos individuales [5].

Como se mencionó anteriormente las revisiones sistemáticas cuentan con pasos específicos para su realización, los cuales son [6]:

1. Planteamiento de la pregunta estructurada. Toda RS comienza con la formulación de una pregunta, esta debe ser clara y precisa, orientada a resultados significativos para el campo a explorar. Cuenta con cuatro elementos esenciales:
  - a. Población: Se establece un grupo determinado de personas según características de interés como pueden ser: Sexo, edad, país o que cuenten con una condición de interés.
  - b. Intervención: El procedimiento de interés
  - c. Comparación: Intervención, grupo o ausencia de éste con la que se comparara.
  - d. Outcome: El desenlace o resultados esperado.

Estos cuatro elementos corresponden a una pregunta de tipo PICO, pero en algunas revisiones sistemáticas la intervención es reemplazada por exposición,

formando así una pregunta de tipo PECO, esta modificación al anagrama depende del tipo de estudio al que apunta la pregunta.

2. Búsqueda en base de datos. Para poder iniciar la labor de localizar los artículos de acuerdo con la pregunta PICO o PECO, antes debe establecerse la metodología de investigación para hacer posible la reproducción del trabajo, por lo tanto, se dejan claros los criterios de selección, en que bases de datos se realizará la búsqueda, al igual se describe la estrategia de búsqueda. Para obtener la mayor cantidad posible de fuentes, es recomendable utilizar los diversos términos que hacen referencia a la temática de la búsqueda y herramientas de búsqueda, por ejemplo, términos MeSH. Una vez cumplidos los requisitos anteriores, se procede a realizar la labor de búsqueda de artículos referentes a la pregunta de investigación, este proceso conlleva las siguientes condiciones:

- a. La búsqueda debe realizarse de forma independiente entre dos investigadores, con el fin de disminuir el riesgo de sesgo.
- b. Los resultados deben ser expuestos de una forma clara.
- c. Para evitar omitir información, la búsqueda debe realizarse también de forma manual en revistas y literatura gris.

3. Selección de los artículos. La primera selección de los artículos se realiza con la lectura del título y resumen de los artículos encontrados que son potencialmente elegibles. Posteriormente, se analizan en su totalidad y por completo los artículos elegidos anteriormente, durante este filtro se eligen los estudios utilizando los criterios de inclusión y exclusión que fueron establecidos con anterioridad, la lectura de los artículos debe buscar responder la pregunta tipo PICO o PECO en cuestión. Una herramienta útil para este paso es el uso de un diagrama de flujo, como es el diagrama empleado en la metodología PRISMA, donde se especifica el número inicial de artículos encontrados por base de datos u otras fuentes, el número de artículos resultantes tras la aplicación de los criterios de inclusión y las razones de exclusión de algunos artículos [7].

4. Extracción de datos. Al finalizar la elección de los artículos, la información debe ser organizada y extraída conforme de la pregunta de

investigación, para este propósito se crea una tabla que contiene datos específicos, algunos son:

- a. Tipo de artículo
- b. Metodología
- c. Número y descripción de los participantes
- d.Cuál fue la intervención
- e. Formas de medición
- f. Resultados

También, para aumentar la validez de las conclusiones de las revisiones sistemáticas los artículos analizados deben ser sometidos a una evaluación de sesgos, para este propósito existen instrumentos ya estandarizados como son el RoB 2 y el Newcastle Ottawa.

5. Análisis estadístico. Finalmente, la información general más relevante para la pregunta de investigación, obtenida de los trabajos analizados, proceden a ser resumidos de forma descriptiva y de ser posible realizar el análisis estadístico. En las revisiones sistemáticas el método más utilizado es el metaanálisis, el cual debido a su complejidad y para un mayor entendimiento, merece un apartado que se desarrolla a continuación.

#### II.1.1. Metaanálisis

El concepto de metaanálisis fue utilizado por primera vez en 1976, por el psicólogo G.V Glass en su artículo titulado “Primaria, secundaria y metaanálisis de la investigación”, con el fin de referirse al análisis estadístico de los resultados de diferentes ensayos clínicos analizados de forma conjunta. De esta manera, el metaanálisis fue empleado inicialmente en las ciencias sociales y psicología, para posteriormente volverse popular en el campo de la medicina en la década de 1980 [8].

El metaanálisis nace de la necesidad de mejorar la forma poco rigurosa de las revisiones clásicas, actualmente revisiones narrativas, debido a que sus principales críticas eran su imprecisión, notablemente subjetivas y poco replicables. Como definición poco exhaustiva, el metaanálisis es una metodología para el análisis cuantitativo de revisiones de la literatura científica sobre una pregunta específica [9]. Proporcionando un resultado único combinado que se basa en diferentes estudios sobre el mismo tema y con la misma metodología, aumentando así en la comparación estadística, mejorando la estimación del efecto del tratamiento, combina resultados contradictorios, responder nuevas preguntas, analizar subgrupos, entre otros [10].

Además de combinar el tamaño de la muestra y aumentar su potencia estadística, el MA tiene otros objetivos como es el obtener resultados que pueden ser fácilmente generalizables, lograr disminuir la probabilidad de cometer un error de tipo II, que es la probabilidad de concluir un estudio que no existen una diferencias estadísticamente significativas cuando en realidad sí las hay, esto incluye cuando hay efectos de magnitud moderada o baja pero clínicamente importantes que pueden pasar inadvertidos en los estudios primarios, identificando así áreas de posible nueva investigación [8].

Al igual que en la revisión sistemática un buen metaanálisis debe contar con las siguientes características:

- Precisión: Esta se obtiene dando respuestas numéricas en forma de términos estadísticos con propiedades conocidas.
- Objetividad: Se refiere a una operacionalización explícita y clara de los conceptos involucrados.
- Replicabilidad: Se traduce en que las decisiones tomadas tengan la suficiente transparencia como para lograr que una repetición independiente con los mismos criterios de decisión lleve a los mismos resultados.

Sin embargo, aunque el MA es considerado un modelo de alta jerarquía epidemiológica, es importante tener en cuenta sus propias limitaciones, que son su naturaleza retrospectiva y agregada, así como la pérdida de aleatorización [10]. Por

lo tanto, la decisión de realizar o no un metaanálisis en una revisión sistemática debe ser evaluado en cada caso, considerando el tipo y calidad de los datos obtenidos previamente durante su revisión. Recordando que el fin último de una RS y un MA es proveer una herramienta práctica para la toma de decisiones clínicas, por lo que la presentación de resultados es crucial para su utilidad, en el caso de los MA los resultados son graficados en un *forest plot* (o diagrama de bosque) [6].

## II.2. Envejecimiento

Se considera que la etapa de envejecimiento comienza a partir de los 45 años y finaliza con la muerte, aunque la esperanza promedio de vida al nacer en los países desarrollados es de 80 años, por lo que en general se acepta que la etapa de envejecimiento puede abarcar de los 45 a los 80 años [11]. Por lo tanto, al ser la etapa que dura más tiempo en la vida humana el envejecimiento en la población representa un gran reto para la sociedad, dado que tiene profundas consecuencias en la vida individual y comunitaria, dando como resultado repercusiones en las diversas esferas de la existencia humana, incluidos los ámbitos social, económico, político, cultural y sanitario [12].

Como menciona la Organización Mundial de la Salud los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos, por el ejemplo en el plano biológico, donde el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares, que, con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo [13].

Desde la perspectiva que será tomada en cuenta en este trabajo, el envejecimiento puede ser entendido como un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado. En términos generales, este es individual, multifactorial y se dice inicia en la cuarta década de la vida [11].

Además, es importante mencionar que esta etapa de la vida conlleva otros cambios importantes, no solo biológicos, como son los cambios en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Por ello, algunos adultos mayores suelen centrarse en un conjunto pequeño pero importante de metas y actividades, por ejemplo, mejorar sus capacidades actuales a través de la práctica y el uso de las nuevas tecnologías, así como compensar la pérdida o deterioro de algunas habilidades con otras maneras de

realizar las tareas [13]. En consecuencia al plantear el proceso de envejecimiento desde un punto de vista centrado en el declive de las fortalezas físicas y psíquicas, así como la posible pérdida o deterioro de algunos rasgos y cualidades consideradas positivas durante la etapa de juventud y adultez, se genera una visión negativa caracterizada por fragilidad, deterioro y la pérdida progresiva de control de sí mismo o del entorno; pasando por alto los aspectos positivos del envejecimiento, como es el tiempo libre que permite el desarrollo y mejoramiento de habilidades, fortalecer relaciones personales, prestar ayuda a otros tanto de forma física o proporcionando su experiencia [14]. Debido a esto existen diversas teorías que intentan catalogar al envejecimiento individual, tomando en cuenta la influencia de los aspectos positivos y negativos que tienen mayor impacto sobre el individuo.

### II.2.1 Teoría de la desvinculación

La teoría de la desvinculación, también llamada del descompromiso, desenganche o ruptura, tuvo su apogeo en las décadas de los sesenta y setenta, recibiendo severas críticas durante este tiempo [15]. La teoría indica que a medida que las personas envejecen y pierden el interés por las actividades y objetos que lo rodean, se aísla más del entorno, de problemas ajenos y reduce la interacción con otras personas. Generando un retraimiento, tanto del individuo como de la sociedad donde se desenvuelve, se aparta así de las relaciones sociales, reduce sus roles activos, evita adquirir nuevas responsabilidades o tareas, centrándose de esta manera en su vida interior [15,16].

Esta desvinculación puede resultar positiva para sus relaciones más cercanas, debido a que es posible buscar una sustitución a las actividades que la persona ya no realiza o puede abandonar en un futuro, al igual permite reorganizar los roles ya existentes y generar la reflexión sobre qué decisiones se tomarán para poder sustituir o relevar a la persona de estas actividades. De esta manera, la desvinculación trae beneficios principalmente para quienes están relacionados con la persona. En consecuencia, las tres principales críticas a esta postura son:

1. La crítica práctica: Consiste en que las personas se inclinan por una práctica de segregación o de indiferencia hacia los adultos de mayor edad y a considerar que la vejez no tiene valor.

2. La crítica teórica: Supone que la teoría de la desvinculación no es un sistema axiomático de tipo científico, cayendo en la categoría de proto teoría.
3. La crítica empírica: Siendo la más seria de las tres, propone que la evidencia científica presentada por la teoría de la desvinculación no es cierta ni sólida para respaldar sus afirmaciones [15].

## II.2.2 Teoría de la actividad

La teoría de la actividad (TA) justifica el supuesto de que la actividad social es importante, beneficiosa en sí misma y da como resultado una mayor satisfacción en la vida, igualmente, propone que todas las personas en proceso de envejecimiento necesitan y desean mantenerse activos y participativos [17]. Esta teoría es un claro ejemplo del punto de vista positivo sobre el envejecimiento, describe que una buena vejez está compuesta por nuevas actividades o trabajos, como son los pasatiempos, pertenecer a clubes o asociaciones, voluntariado, etc., los cuales pueden sustituir a diversas actividades incluyendo el trabajo o profesión. Estas actividades deben ser útiles y producir algún rendimiento tanto para la persona como para otros, entre ellas la remuneración que suele buscarse es la económica, debido a que esta es una necesidad común entre las personas y porque la sociedad valora el trabajo pagado [15].

La teoría de la actividad en sus inicios fue considerada como la contraposición a la teoría del descompromiso, debido a que la primera sostiene que cuanto más activas sean las personas, mayor satisfacción obtendrán en su vida. En la TA se destaca la importancia de la interacción social en el desarrollo del concepto de sí mismo durante el envejecimiento. Debido a la pérdida de roles que se da naturalmente (como es el trabajo), estos deben ser sustituidos por roles nuevos, con el fin de mantener un autoconcepto positivo, por lo tanto, el bienestar durante el envejecimiento depende del desarrollo de actividades considerables y significativas como las anteriores a éstas [17].

### II.2.3. Teoría de los roles

Algunos autores consideran que la teoría de la actividad deriva de la teoría de los roles, postula que los roles que se ejercen a lo largo de la vida terminan definiendo de forma social y personal al individuo. Debido a que durante el envejecimiento lo característico es una pérdida de roles, lo que deriva en un decremento de las normas y expectativas sobre una persona, esto podría generar un sentimiento de inutilidad, afectando así la autoestima de la persona [15].

Debido a que de esta teoría deriva la TA se puede presentar confusión entre ellas, debido a que comparten y presuponen que toda actividad social supone implica o involucra un rol, de esta manera el individuo es forzado por estas normas a actuar conforme a lo que se presupone de ellos y su edad. Por lo tanto, la persona mayor al realizar una actividad social, la ejerce desde un rol adjudicado o asumido y definido por sí misma, se podría decir que el rol, juega el papel de una guía para la acción y colabora para la determinación de su práctica social [17].

### II.2.4. Salud y envejecimiento

A medida que las personas envejecen, aumenta su riesgo de enfermedades crónicas debido a los cambios fisiológicos en su cuerpo. Después de los 60 años, las enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer y demencia, así como la pérdida de audición, visión y movilidad, son las principales causas de discapacidad y mortalidad en la población mayor. Los países de ingresos bajos y medianos suelen tener una carga mayor de estas afecciones entre la población mayor que los países de ingresos altos. Por lo tanto, es esencial evaluar las necesidades de salud de las personas mayores, no solo considerando las enfermedades que puedan tener, sino también cómo estas interactúan con su entorno y su funcionamiento. Una evaluación exhaustiva del funcionamiento de la salud en la vejez puede predecir mejor la supervivencia y otros resultados, que la presencia de enfermedades particulares [13].

Los sistemas de salud que consideran las complejas necesidades de la vejez y las abordan de manera integral son más efectivos que aquellos que solo tratan enfermedades específicas de forma aislada. Los enfoques basados en el

funcionamiento también pueden ayudar a crear políticas públicas de salud para la población que envejece. Sin embargo, no solo la evaluación de las capacidades físicas y mentales determina el nivel de funcionalidad en la vejez. También hay influencias ambientales en la salud durante la vejez, como políticas generales, situación económica, actitudes o normas comunitarias, características físicas de los entornos naturales y construidos, redes sociales y dispositivos de apoyo disponibles. Estas influencias pueden afectar las opciones y decisiones relacionadas con la salud y determinar si las personas son capaces de hacer las cosas que desean, dado su nivel de capacidad. Es importante abordar estas influencias ambientales para mejorar el funcionamiento y la calidad de vida en la vejez [13].

#### II.2.4.1. Envejecimiento saludable

El envejecimiento saludable se refiere al proceso mediante el cual las personas mayores adoptan o refuerzan hábitos de vida que contribuyen a mantener o mejorar su salud, a través de estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión. Al mismo tiempo, se valen de las redes de apoyo social tanto formales como informales para lograr el máximo bienestar, salud y calidad de vida en el marco del envejecimiento activo [18].

Este proceso inicia desde el nacimiento influenciado por la herencia genética, las exposiciones en el entorno y los hábitos posteriores. Además, el medio social en el que una persona nace y crece también es un factor importante. Esto incluye características personales fijas como el sexo y el origen étnico, así como características móviles como la ocupación, el nivel educativo, el género y la riqueza. Así mismo se considera que el envejecimiento saludable se compone de tres conceptos importantes, la capacidad intrínseca, el entorno y la capacidad funcional del individuo [13].

La capacidad intrínseca de una persona es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta. Sin embargo, si las personas mayores pueden lograr o no las cosas que les importan depende no solo de su capacidad intrínseca, sino también de su entorno. Por ejemplo, las personas mayores con limitaciones físicas pueden conservar la movilidad si utilizan dispositivos de apoyo y viven cerca de medios de transporte accesibles. La combinación final entre la

persona y su entorno, y la interacción entre ellos, se conoce como la capacidad funcional del individuo. Sin embargo, el entorno puede ser una influencia aún más fuerte en la capacidad funcional, ya que determina si con un nivel dado de capacidad intrínseca se pueden hacer las cosas que son importantes para las personas, debido a que entorno incluye una serie de factores, desde el nivel micro hasta el nivel macro, como el hogar, la comunidad, la sociedad en general, el entorno construido, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales, los sistemas que las sustentan y los servicios que prestan. Por lo tanto, para lograr un envejecimiento saludable, es importante prestar atención tanto a la capacidad intrínseca de una persona como a su entorno [13].

Por lo tanto, para promover un envejecimiento saludable, es importante implementar programas que no solo se limiten a los ancianos sanos, sino que incluyan a todos los adultos mayores, independientemente de si presentan enfermedades crónicas o limitaciones físicas. Es necesario establecer estrategias que fomenten un estilo de vida saludable, incluyendo una dieta adecuada, ejercicio físico moderado, higiene personal y ambiental, higiene del sueño, mejoras en la autoestima, y la creación de un ambiente familiar y comunitario que promueva el bienestar y la calidad de vida. Además, se deben eliminar hábitos poco saludables como el tabaquismo y el alcoholismo [18].

#### II.2.4.2. Envejecimiento exitoso

El “envejecimiento exitoso” es una de las maneras de comprender los estados positivos de salud y promover la longevidad, aunque este no fue un tema explícito en la literatura biomédica hasta principios de la década de 1960. Tiempo donde el envejecimiento era descrito como un proceso que en gran medida implica posibilidades de adaptación a nuevos roles, algunos lo consideraban como un producto de las tareas de desarrollo tempranas o como un periodo de crecimiento continuo, con dificultades que debían ser tratadas. Históricamente la investigación sobre el envejecimiento estuvo dominada por los múltiples esfuerzos para discriminar entre el “envejecimiento patológico” y el “normal”, dejando de lado los esfuerzos por comprender qué es y cómo se alcanza un “envejecimiento exitoso” [19].

Asimismo, el envejecimiento exitoso es definido por medio de tres componentes principales [19, 20].

- Baja probabilidad o ausencia de enfermedades y discapacidades relacionadas o no con alguna enfermedad.
- Alto nivel funcional
- Compromiso activo con la vida.

Es importante destacar que los tres conceptos poseen en cierta medida una relación y son relativos. Por lo tanto, no se considera a envejecimiento como exitoso sí la ausencia de enfermedad o el mantenimiento de las capacidades funcionales se presentan de forma solitaria, siendo necesaria la combinación con el compromiso activo con la vida para que el resultado sea envejecimiento exitoso, además los tres componentes cuentan con las siguientes consideraciones:

- La baja probabilidad de enfermedad se refiere no solo a la ausencia o presencia de alguna enfermedad en sí, sino también a la ausencia presencia o gravedad de factores de riesgo que permitan el desarrollo de enfermedades y riesgos de discapacidad.
- El alto nivel funcional incluye tanto componentes físicos como cognitivos, que brindan el potencial para la actividad de las personas, indicando que es capaz o no de hacer de forma autónoma en la vida cotidiana.
- El compromiso activo con la vida puede tener formas diversas, las principales son: mantener las relaciones interpersonales y las actividades productivas. La primera involucra contacto e intercambios con otros, para formar una red de apoyo para el mantenimiento de una vida autónoma y sana, la segunda es crear valor para la sociedad, por medio de una actividad con o sin remuneración [20, 21].

#### II.2.4.3. Envejecimiento productivo

Esta perspectiva positiva sobre el envejecimiento productivo (EP) en el campo de la literatura sobre gerontología fue introducida en la década de 1980, donde el EP

se entiende como la capacidad de un individuo o una población para servir en la fuerza de trabajo remunerada, en actividades de voluntariado, ayudar en la familia y el mantenerse independiente como sea posible es considerado un envejecimiento productivo. De forma contraria a otros enfoques que hacen énfasis en las actividades que realizan las personas en proceso de envejecimiento cuyo fin es el beneficio individual, cómo es el envejecimiento activo, saludable o exitoso. La clave para comprender este paradigma es que el envejecimiento productivo apunta esencialmente a la contribución social, de las personas mayores y a la satisfacción de necesidades sociales que son importantes [22].

Se puede afirmar que una actividad es productiva si crea valor para la sociedad, ya sea remunerada o no. Por lo tanto, una persona que cuida a un miembro de la familia discapacitado o trabaja como voluntario en una iglesia o hospital local está siendo productiva, aunque no sea remunerada [20]. Asimismo, al centrar su interés en el bienestar colectivo, surge la duda sobre qué pueden o no pueden hacer las personas mayores para contribuir a éste, conectándolo de esta manera al diseño de políticas de envejecimiento, las cuales incluyen los siguientes puntos:

- Ampliación de la vida laboral: Busca hacer más flexible el concepto de jubilación para evitar apartar de manera radical las aportaciones de los trabajadores de más edad.
- Fortalecimiento de los servicios por medio del voluntariado: Investigando de qué manera el voluntariado puede complementar los servicios públicos.
- Desarrollo comunitario mediante la implicación cívica: La participación de los adultos en proceso de envejecimiento puede ser significativa para el sostenimiento de la democracia [21].

En resumen, el EP puede ser entendido como el desarrollo y participación en actividades remuneradas o no, con el fin de producir bienes y servicios de interés, dirigidos a la sociedad/comunidad. Se caracteriza por ser un enfoque menos individualista, aumenta la visibilidad de las aportaciones de las personas mayores y permite diseñar de forma concreta políticas e intervenciones [21]. Por lo tanto, se puede o no considerar como envejecimiento productivo dependiendo de la medida en

que una persona presta sus servicios para el mejoramiento comunitario o de ayuda a otros.

### II.3. Bienestar

El siglo pasado fue notable en cuanto a calidad de vida material, principalmente en los países industrializados, en una escala que no había sido vista con anterioridad. Se obtuvieron notables mejoras relacionadas a la salud pública, sanidad, el mejoramiento de la nutrición, agua potable y los alcances de la medicina. Estos avances crearon nuevas dudas sobre diversos conceptos no tan profundizados hasta el momento, también para aquellos necesitaban una actualización de su entendimiento, entre los que se encontraba el bienestar, por ello realizaron nuevos estudios acerca de las tendencias sociales en cuanto a los múltiples conceptos que incluye el bienestar [23].

Para comenzar, definir el concepto bienestar supone un reto debido a las múltiples áreas de la vida que abarca, por lo tanto se puede afirmar que uno de los problemas principales para el entendimiento del bienestar es la complejidad y ~~la falta de acuerdo sobre~~ la discordancia en su delimitación conceptual, dado que este se puede definir de diversas maneras, por ejemplo, como la vivencia subjetiva y relativamente estable, que se produce realizando un juicio de satisfacción con la vida (siendo el resultado de un balance entre logros y expectativas), particularmente en las tareas que tienen mayor nivel de significación para cada individuo; dichas áreas poseen un carácter positivo y de disfrute personal, donde predominan los estados emocionales positivos [24]. En consecuencia, se puede asegurar que el bienestar es un término general que abarca todas las esferas de la vida humana, incluidos aspectos físicos, mentales y sociales, que conforman lo que se puede llamar “una buena vida”. Por lo tanto, se considera en el sentido más amplio y abarca cuestiones como la felicidad, la satisfacción y la plena realización [13].

En consecuencia, las definiciones de bienestar se pueden agrupar en tres categorías [25]:

1. El bienestar puede ser definido por criterios externos como la virtud o la santidad, debido a las definiciones normativas, donde la felicidad y bienestar no se considera un estado subjetivo, sino como una cualidad deseable. Estas definiciones se basan en las visiones filosóficas, por ejemplo, cuando Aristóteles escribió que la eudaimonía se logra

principalmente llevando una vida virtuosa, prescribiendo la virtud como el estándar normativo con el cual se pueden juzgar la vida de las personas. El principal criterio de esta postura para considerar evaluar el bienestar es el juicio del marco de valores del observador y no del observado.

2. Por otro lado, los científicos sociales se han enfocado en la cuestión sobre qué lleva a las personas a evaluar sus vidas de manera positiva. Esta visión del bienestar subjetivo se ha conocido como satisfacción con la vida, basándose en los estándares del encuestado para determinar lo que es o no bienestar. Esta forma de definir el bienestar se ha vuelto la más popular para evaluar la vida de las personas, por ejemplo, Andrews y Withey en 1976 encontraron que más del 99% de sus encuestados ya habían realizado con anterioridad una evaluación subjetiva de su vida.
3. La tercera forma de definir el bienestar se aproxima a la manera en cómo es utilizado el término de manera cotidiana, como señala una preponderancia de efecto positivo sobre efecto negativo. Estas definiciones proponen que las emociones agradables son las que están presentes durante la mayor parte del tiempo en este periodo de su vida, independientemente si las están experimentando ahora o no. Principalmente esta definición de bienestar subjetivo se centra en la experiencia emocional agradable [25].

Debido a estas concepciones del bienestar, diferentes gobiernos e instituciones crearon ministerios, secretarías, comités de salud, educación y bienestar para generar datos necesarios y así proveer una base o un fundamento para decisiones políticas sobre este, estudiando así sus componentes más importantes para su población en vez de centrar su atención en la definición. Como es el caso del reporte social de Cohen en 1969 que tenía como objetivo habilitar el tema del bienestar, el cual suministró datos importantes y urgió la recolección de muchos más en siete áreas que son: salud y enfermedad, movilidad social, medio ambiente, ingreso económico y propiedad, orden público y seguridad; aprendizaje, ciencia y arte; y participación y alineación [23].

Este gran interés por investigar el bienestar y sus componentes, llevó a proponer una organización para los diferentes tipos de estudios, los cuales pueden ser agrupados a manera de resumen en dos grandes tradiciones [26]:

- Bienestar hedónico. Relacionada fundamentalmente con la felicidad, algunos autores han extendido los límites de esta clasificación utilizando el constructo de bienestar subjetivo como el concepto representante de esta tradición.
- Bienestar eudaimónico. Ligado al desarrollo el potencial humano, donde el constructo que representa a esta corriente es el bienestar psicológico, centrando su interés en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, siendo ambas los principales indicadores del funcionamiento positivo.

### II.3.1. Bienestar subjetivo

Los científicos que estudian el bienestar subjetivo (BS) han asumido que el punto esencial de la “buena vida” es que la persona guste de su propia vida. En otras palabras, el BS se puede entender como las evaluaciones cognitivas y afectivas de una persona sobre su vida, estas evaluaciones incluyen reacciones emocionales a los eventos, así como juicios cognitivos de satisfacción-realización. Además, se agregan las experiencias de las emociones agradables, los bajos niveles de estados de ánimo negativos y alta satisfacción con la vida [27].

Asimismo, esta postura concibe el bienestar como un indicador de la calidad de vida basado en la relación entre las características del ambiente y el nivel de satisfacción experimentado por las personas. Como se mencionó anteriormente, algunos autores pasaron a definir este constructo en términos de satisfacción con la vida (entendido como el juicio global que las personas hacen a su vida) o en términos de felicidad (resultado del balance global de los efectos positivos y negativos). Así mismo, ambas perspectivas corresponden a marcos temporales distintos del bienestar subjetivo, dando como resultado que la estructura del bienestar subjetivo sea compuesta por tres conceptos:

- La satisfacción con la vida es un juicio que involucra una medida a largo plazo de la vida de una persona
- El balance de los afectos positivos y afectos negativos provocados por una experiencia inmediata, que resulta en la felicidad [26].

Por otro lado, los teóricos de las necesidades y de actividad argumentan que el bienestar subjetivo cambia de acuerdo con las condiciones de la vida de las personas, entonces cuando las personas se acercan a sus objetivos o están involucradas en actividades interesantes, deben experimentar un objetivo positivo. Otros teóricos argumentan que el bienestar subjetivo está fuertemente influenciado por las disposiciones estables de la personalidad, los juicios de BS reflejan las reacciones cognitivas y emocionales a las circunstancias de la vida, debido a que las circunstancias pueden ser de corta duración y cambiantes o relativamente estables, se busca estudiar tanto el bienestar subjetivo momentáneo como a largo plazo [27].

### II.3.2. Bienestar psicológico

Las primeras concepciones de bienestar psicológico (BP) estuvieron ligadas a los conceptos de autorrealización, funcionamiento pleno o la madurez, las cuales, a pesar de su relevancia teórica, ninguna llegó a tener un impacto lo suficientemente significativo en el estudio del bienestar, principalmente a la ausencia de fiabilidad y validez en los procedimientos de medida [26]. Cuando se analizan las características del bienestar se hace evidente que muchos teóricos han escrito sobre rasgos similares del funcionamiento psicológico. Se ha argumentado que las diversas perspectivas anteriores pueden ser integradas, en los puntos donde convergen las dimensiones centrales de la formulación del BP abordado por las investigaciones [28]. En la búsqueda de estos puntos de convergencia entre estas formulaciones, se ha sugerido un modelo multidimensional de bienestar psicológico compuesto por seis dimensiones:

- Aceptación de uno mismo. Este se considera el criterio más recurrente acerca del bienestar, este se comprende como una característica central de la salud mental y también como un criterio de autorrealización, el funcionamiento óptimo y la madurez. De igual manera las teorías del ciclo de vida resaltan la aceptación de uno mismo y de su vida pasada.

Por lo tanto, tener actitudes positivas hacia uno mismo se convierte en una característica central del funcionamiento psicológico positivo.

- Relaciones positivas con los demás. La capacidad de amar se considera también como un componente central de la salud mental. Quienes cumplen este criterio se describen como el tener fuertes sentimientos de empatía y afecto por todos los seres humanos, y cómo son capaces de amar más, tener amistades más profundas y una identificación más completa con los demás. Las teorías del desarrollo adulto también enfatizan el logro de uniones cercanas con los demás (intimidad) y la guía junto con la dirección de los demás (generatividad). Por lo tanto, la importancia de las relaciones positivas con los demás se destaca repetidamente las diversas concepciones del bienestar psicológico.
- Autonomía. La persona completamente autónoma se describe como alguien que tiene un locus interno de evaluación, por el cual no se busca la aprobación de los demás, sino que se evalúa a sí mismo por medio de estándares personales. La autonomía se ve como una liberación, en la que la persona ya no se aferra a los miedos, creencias y leyes colectivas de la masa. Este proceso también se describe como una sensación de libertad de las normas que rigen la vida cotidiana.
- Dominio ambiental. La capacidad del individuo para elegir o crear entornos adecuados a sus condiciones psicológicas se define como una característica de la salud mental. La madurez se ve como el requiriendo de participar en una esfera significativa de actividad fuera de sí mismo. Se enfatiza la capacidad del individuo para avanzar en el mundo y cambiarlo de manera creativa a través de actividades físicas o mentales. De igual manera, el envejecimiento exitoso también destaca la extensión en que el individuo aprovecha las oportunidades ambientales.
- Propósito en la vida. Se define como la inclusión de las creencias que brindan la sensación de que hay un propósito y significado en la vida. También abarca la variedad de metas cambiantes en la vida como ser productivo y creativo para lograr una integración emocional en la vida

tardía. Por lo tanto, aquel que funciona positivamente tiene metas, intenciones y un sentido de dirección, todo lo cual contribuye a la sensación de que la vida es significativa.

- Crecimiento personal. El funcionamiento psicológico óptimo requiere no solo que se logren las características anteriores, sino también que uno continúe desarrollando su potencial, creciendo y expandiéndose como persona. La necesidad de autorrealizarse y lograr sus potencialidades es central en las perspectivas clínicas sobre crecimiento personal. La apertura a la experiencia, por ejemplo, es una característica clave de la persona que funciona plenamente. Tal individuo está continuamente desarrollándose y evolucionando, en lugar de lograr un estado fijo en el que todos los problemas se hayan resuelto [28].

Por otro lado, debido a la falta de convergencia del bienestar Subjetivo y bienestar psicológico al momento de analizar desde una perspectiva psicológica integradora, algunos autores han destacado algunos puntos en común entre las diferentes tendencias teóricas en la tradición hedónica (la afectividad y los juicios cognitivos en el presente) y los componentes considerados en la tradición eudaimónica (el sentido de la vida y su proyección en el futuro) [29]:

- a. El BP es una dimensión básica y general de la personalidad que es subjetiva.
- b. Es una vivencia personal de la cual cada quién sólo puede dar cuenta por sí mismo.
- c. Tienen componentes inseparables e interdependientes cuando sean evaluados de manera global o multidimensional.
- d. Pueden ser estudiados de acuerdo con sus componentes subjetivos y objetivos: aspectos afectivos, aspectos cognitivos, aspectos vinculares y contextuales de carácter transitorio o temporal.
- e. Está determinado por una multiplicidad de factores de carácter bio-psico- social, histórico y cultural.

- f. Es una categoría descriptiva y un constructo psicológico de gran complejidad.
- g. Determina la calidad de las relaciones consigo mismo y con el entorno por tratarse de una vivencia acontecida dentro de la historia personal y del marco de la vida social que puede variar de una sociedad a otra, de un momento de la vida personal a otro.
- h. Trasciende la satisfacción de necesidades fisiológicas, las necesidades sociales y las reacciones emocionales inmediatas, manifestándose en la vida diaria cuando las personas sufren menos malestar, tienen mejores apreciaciones personales y hacen un manejo más saludable del entorno y de sus vínculos interpersonales.
- i. Pueden ser desarrollados en presencia de factores contextuales favorables o no, como resultado del uso de los recursos psicológicos que cada persona posee: capacidad creativa, autonomía y autodeterminación consciente, entre otras. Así mismo, están vinculados con la disposición y motivación intrínseca que conduce a las personas a proponerse desafíos y superarlos colocando a prueba sus habilidades personales en un momento dado de la vida [29].

### II.3.3. Calidad de vida

En cuanto a la calidad de vida también existe una falta de consenso sobre su definición y la mayoría de los autores coinciden en que no existe un enfoque único que la pueda definir y explicar en su totalidad. Por lo cual el concepto de calidad de vida (CV) hace referencia a un proceso dinámico que ha sufrido profundas modificaciones en las tres últimas décadas, evolucionando desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida, siendo estos últimos los que adquieren mayor relevancia [30].

Entonces, se puede sugerir que la calidad de vida se refiere a la percepción objetiva y subjetiva del cumplimiento de las expectativas que tiene el individuo respecto a su estado de salud, condiciones de vivienda, ambientales y bienestar. Los

aspectos objetivos son: salud objetiva, apoyo social, factores culturales, calidad ambiental, disponibilidad de los servicios de salud y sociales. Los subjetivos son: la salud percibida, satisfacción social, necesidades culturales, valoración del entorno, servicios de salud y sociales percibidos [11].

Es importante destacar que la calidad de vida considera que el bienestar está fuertemente ligado a los ingresos y comúnmente a la presencia de medios adecuados. Además, a la CV se le atribuye importancia, como una cualidad para obtener satisfacción por medio del uso de los recursos disponibles y no solo de su mera posesión. Se puede asumir una relación causa-efecto entre los recursos y las condiciones de vida: mientras mejores recursos y más se tengan, mayor es la probabilidad de una buena calidad de vida. Para esto son necesarios diversos factores como son:

- Factores materiales: Son los recursos de los que posee una persona, tales como los ingresos disponibles, posición en el mercado de trabajo, salud y nivel de educación, entre otros.
- Factores ambientales: Son las características de los habitantes/comunidad que pueden influir en la calidad de vida, como la presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple. También, las características del hogar son relevantes para determinar la calidad de las condiciones de vida.
- Relaciones sociales: Se incluyen las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales. La integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica son factores que pueden afectar la calidad de vida en edades avanzadas. Cuando la familia juega un rol central en la vida de las personas adultas mayores, los amigos, vecinos y otras redes de apoyo son importantes.
- Factores sociales y calidad de vida: La calidad de vida recibe la influencia de factores como son el empleo, la vivienda, el acceso a servicios públicos, las comunicaciones, la urbanización, la criminalidad, la contaminación del

ambiente y otros, que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad [31].

#### II.3.4 Satisfacción con la vida

Por otro lado, la diversidad de definiciones en relación con lo que significa "satisfacción", "calidad de vida" y "condiciones esenciales que se requieren para hacer una vida mejor", ha permitido a los investigadores buscar amplias concepciones y mediciones sobre el tema, sobre todo cuando las categorías de bienestar como son la calidad de vida y la satisfacción con la vida son reducidas a satisfacciones materiales o económicas se hacen insuficientes. Por lo cual, allí es donde el grado de satisfacción es bastante diverso y dispar, por ejemplo, en los países desarrollados que tienen asegurados asuntos indispensables como vivienda, alimentación, cuidados médicos o altos niveles de escolaridad [23].

La satisfacción con la vida incluye apreciaciones mentales sobre estados socioemocionales y psicológicos y no reposa únicamente en la mera satisfacción de necesidades básicas. Entonces la SV, en el estado mental, supondría en el mejor de los casos, la existencia de apreciaciones valorativas positivas sobre "cómo le gusta a alguien su vida en conjunto"; es decir, mediante la evaluación global de un conjunto de cualidades (y no de unas pocas). Ahora bien, una amplia definición de satisfacción con la vida conduce a grados de diversidad tan disímiles y "caprichosos" que parece introducirse en ellos el elemento "creencia", y el juicio valorativo (que puede conducir a la distorsión, el autoengaño o la falsa felicidad). En definitiva, la medición de la satisfacción con la vida parecería ser un campo donde domina la evaluación de las actitudes, las cuales sólo se revisan de manera parcial en conductas o comportamientos externos de actividad, extroversión y amistad, pero estos comportamientos externos se tornan insuficientes (una persona infeliz puede perfectamente ser activa, extrovertida y amistosa) [23].

## II.4. Voluntariado

El voluntariado se define como un proceso en el que las personas dan libremente su tiempo, sin coerción ni remuneración, a una organización formalmente estructurada (o no) con el propósito de beneficiar a otros [32]. De igual manera, abarca las diferentes formas de servicios o ayudas ofrecidas gratuitamente en favor del bienestar de la comunidad. Por lo tanto, se trata de una actividad dirigida a otros, beneficiando a individuos, grupos y a la sociedad en su conjunto; generalmente el voluntariado está relacionado con la participación en organizaciones del tipo comunitarias, gubernamentales, religiosas, educativas, entre otras, pero no forzosamente se debe ser parte de dichas organizaciones para ser considerado voluntario. Además, el voluntariado es una tarea que puede requerir de características como son la dedicación, responsabilidad y compromiso social, que sirven a las personas a sentirse útiles, además de generar satisfacción por la colaboración prestada en sí misma. Una de las ventajas principales de este tipo de tareas, es que las personas mayores pueden elegir los tiempos y las formas de prestar un servicio voluntario [22].

Igualmente, las actividades de voluntariado se pueden situar dentro de las actividades remuneradas (porque también podrían constituir un empleo, aunque no implique compensación monetaria), en las de ocio (porque son elegidas voluntariamente y ocupan el tiempo libre después de otras obligaciones) y en las actividades de relación social (fuera del ámbito familiar). También se puede hacer referencia a la realización del voluntariado como parte de las tareas con significados e intencionalidad, las cuales son muy distintas a las actividades domésticas y de cuidados [33].

En resumen, el voluntariado es una actividad en la que una persona ofrece su tiempo y habilidades sin recibir una compensación económica, para ayudar a una organización sin fines de lucro. Puede tomar muchas formas y realizarse en diferentes contextos, desde apoyo administrativo hasta trabajo en campo. Es una forma de contribuir al bienestar de la comunidad, compartir conocimientos y habilidades, establecer relaciones significativas, aprender sobre nuevas culturas y realidades.

Actualmente existe una gran presencia de personas mayores ejerciendo el voluntariado ya sea desde organizaciones o de forma individual. Donde algunos de los motivos para convertirse en voluntarios suelen ser: el relacionarse con otros, la solicitud por parte de otras personas, motivaciones sociales, motivos religiosos, éticos, disponibilidad de tiempo, poseen competencia para actuar, motivaciones políticas, así como explorar nuevos campos de donación. Por lo tanto, el voluntariado tiene mucho que ver con el desarrollo de una conciencia solidaria, tener tiempo, disponer de ganas y aptitudes para ello. De la misma manera, son muchas las modalidades de voluntariado que pueden ser desempeñados por personas mayores dada la diversidad de perfiles del grupo etario, pero se puede afirmar que todos/as se han sentido llamados ante las necesidades de sus semejantes, y deciden canalizar desde la plataforma que ofrecen las ONG o desde otras modalidades [34].

Además, en la investigación sobre el voluntariado de mayores se ha comprobado que existen diferencias por género, por hábitat, por países, según el tipo de voluntariado, etc. El voluntariado de mayores está más arraigado en los países desarrollados socioeconómicamente, donde hay más organizaciones para mayores que de menores; también existen más voluntarias mujeres y el voluntariado socio asistencial y cultural predomina ante cualquier otro tipo. En las zonas rurales el voluntariado parroquial y folklórico es más característico que en las ciudades. Así mismo, es más fácil acceder y hay mayor oferta de programas de voluntariado en las grandes urbes. En cualquier caso, el nivel de satisfacción más alto se encuentra entre los mayores voluntarios que en otros perfiles de mayores más pasivos [33].

Por otro lado, se ha encontrado una relación recíproca entre la salud y el voluntariado. Por lo tanto, es más probable que los adultos mayores que tienen mejor estado de salud trabajen como voluntarios y, al mismo tiempo, las personas son más saludables y felices porque trabajan como voluntarias. La investigación ha demostrado que la naturaleza altruista del voluntariado contribuye a sus efectos beneficiosos sobre la salud. Debido a que el voluntariado es valorado en la sociedad, es reconocido públicamente y ofrece más opciones que trabajar o cuidar de otros, quizás tenga efectos incluso más positivos que otras formas de contribución social [13].

Asimismo, se puede sugerir que en esta etapa se vivencia un incremento del tiempo en actividades no remuneradas, pero sobre todo en el ámbito doméstico, pues la participación en el entorno social y concretamente en el tercer sector sigue siendo minoritaria. Aun así, las actividades voluntarias producen muchos beneficios, que componen una amplia tipología, los mayores presentan un discurso satisfactorio, pero una participación social no siempre implica mejor envejecimiento, pero sí parece más probable una mayor satisfacción vital en los mayores más activos [33].

#### II.4.1. Revisiones sistemáticas sobre Bienestar y voluntariado

Finalmente, en la búsqueda de RS que abordaron estas variables, se encontraron 3 revisiones [35-37] realizadas en Estados Unidos, en las cuales se analizaron 8, 40 y 27 artículos respectivamente, con el objetivo de averiguar la relación entre el tiempo dedicado a actividades de voluntariado y la calidad de vida en adultos mayores de 50 años [35], así como responder las preguntas ¿Es el voluntariado una intervención de salud pública? [36] y ¿Qué puede hacer el voluntariado? en poblaciones que envejecen [37]. En general las tres RS llegaron a la conclusión de que el voluntariado tiene un efecto positivo en la calidad de vida y bienestar percibido por los adultos, pero señalan la necesidad de una mayor comprensión acerca de entrega del voluntariado, como es la dosis (el tiempo y el número de veces dedicado al voluntariado), tipo de actividad, el número de veces que lo realizan y el tiempo que le dedican; con el fin de producir beneficios óptimos para la salud (Cuadro II.1).

**Cuadro II.1.** Revisiones sistemáticas sobre el voluntariado y bienestar.

Autor y año	Artículo	Objetivo	Palabras clave	Estrategias de búsqueda	Número de estudios analizados	Conclusiones
Milbourn et al. (2018) [35]	<p>The relationship between time spent in volunteering activities and quality of life in adults over the age of 50 years: A systematic review.</p> <p>La relación entre el tiempo</p>	<p>Analizar la literatura que explora la relación entre el tiempo dedicado al voluntariado y la calidad de vida de adultos mayores de 50 años.</p>	<p>Volunteering, ageing, occupation, leisure, wellbeing</p> <p>Envejecimiento, ocio, ocupación, voluntariado, bienestar.</p>	<p>Las búsquedas fueron electrónicas en nueve bases de datos: OVID, CINAHL, Cochrane Database, Wiley Online Library, PsychINFO, OTseeker, PubMed, APAIS-Health y AMED.</p> <p>Solo buscaron</p>	<p>65 artículos recuperados, 22 fueron revisados y 8 incluidos en la revisión final.</p>	<p>Los hallazgos de la revisión sistemática identifican que los altos niveles de tiempo dedicadas a actividades de voluntariado (100 horas o más por año) a menudo se asociaron con resultados positivos en el dominio de la calidad de vida, incluida la disminución de los niveles de depresión (dominio psicológico de la calidad de vida).</p> <p>Además, la evidencia parece sugerir que no existe</p>

	<p>dedicado a actividades de voluntariado y la calidad de vida en adultos mayores de 50 años: una revisión sistemática.</p>			<p>artículos en inglés.</p>		<p>un consenso general respecto a la cantidad ideal de tiempo dedicado (más horas o menos horas dedicadas) al voluntariado para optimizar los resultados de los dominios (físicos y psicológicos) de salud y calidad de vida.</p> <p>Los resultados de la revisión sistemática indican que el tiempo gastado en voluntariado es beneficioso para los adultos mayores de 50 años e impacta positivamente en los dominios de Calidad de vida.</p>
--	---	--	--	-----------------------------	--	---

<p>Jenkinso et al. (2013) [36]</p>	<p>Is volunteering a public health intervention? A Systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. ¿Es el voluntariado una intervención de salud pública? Una revisión sistemática y</p>	<p>Actualizar las revisiones previas que examinan el impacto del voluntariado formal en la salud física y mental de los voluntarios, en comparación con individuos que no hacen voluntariado. El objetivo secundario fue explorar la influencia del tipo de voluntariado</p>	<p>Community participation; Health; Meta-analysis; Mortality; Outcomes; Systematic review; Volunteering. Participación comunitaria, salud, metaanálisis, Mortalidad, resultados, revisión sistemática, voluntariado.</p>	<p>La estrategia maestra de búsqueda estaba compuesta por términos MeSh y palabras de texto libre aplicadas en enero del 2013. La búsqueda fue aplicada en Medline/O VID SP, Cochrane Database, NHS Economic Evaluation Database, Embase/OVID SP,</p>	<p>40 documentos fueron incluidos en la revisión. 11 ensayos aleatorios controlados y 29 estudios longitudinales de tipo estudios de cohortes.</p>	<p>El metaanálisis de cinco estudios identificó una reducción del 22 % (IC: 10 % a 34 %) en la mortalidad entre los voluntarios en comparación con los no voluntarios. El conteo de votos no identificó ningún efecto beneficioso consistente del voluntariado en la capacidad funcional física o en la autoevaluación de la salud. Mientras que para la salud mental, el voluntariado tuvo un efecto favorable sobre la depresión, la satisfacción con la vida y el bienestar. Esta revisión ha destacado la necesidad de una</p>
------------------------------------	--	--	--	---	--	--

	metaanálisis de la salud y sobrevivencia de voluntarios.	(actividad, entorno) y la intensidad de los beneficios en la salud observados.		PsycINFO/OVID SP,CINAHL, ERIC, HMIC, Social Science Citation Index, ASSIA , Social Care Online y Social Policy and Practice.		<p>comprensión más profunda de la entrega del voluntariado (por ejemplo, frecuencia, dosis, tipo de actividad) necesarios para producir beneficios óptimos para la salud.</p> <p>Además, el análisis también debe centrarse en el impacto de los posibles factores mediadores asociados con la promoción de estilos de vida saludables (por ejemplo, actividad física, funcionamiento físico), bienestar mental (por ejemplo, reducción del estrés, estados afectivos) y participación social.</p>
--	--	--	--	--	--	--

<p>Cattan et al. (2011) [37]</p>	<p>Improving quality of life in ageing populations: What can volunteering do?  Mejorar la calidad de vida en poblaciones que envejecen: ¿Qué puede hacer el voluntariado?</p>	<p>Proporcionar una revisión exhaustiva del conocimiento actual (artículos publicados entre 2005 y 2011), sobre el papel del voluntariado en la mejora de la calidad de vida (CV) de las personas mayores e identificar áreas que requieren más investigación.</p>	<p>Volunteering; Older people; Quality of life (QoL) :Review; Evidence.  Voluntariado, personas mayores, Calidad de vida, Revisión, Evidencia.</p>	<p>Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos electrónicas: Web of Knowledge, ASSIA, Psycarticles, Pro Quest Nursing, Pubmed, CINAHL, Medline, Google Scholar, Zetoc, and Cochrane Reviews</p>	<p>La búsqueda identificó 22 estudios incluidos y 5 artículos de revisión que abordaron los beneficios del voluntariado en la calidad de vida de las personas mayores.</p>	<p>La mayoría de los estudios concluyeron que existe una asociación positiva entre la calidad de vida de las personas mayores y la participación en el voluntariado. Debido a los diseños de estudio y la heterogeneidad de la investigación, la causalidad es difícil de demostrar y el conocimiento que los estudios aportan al tema es variable.  Esta revisión muestra que el voluntariado puede ayudar a mantener y posiblemente mejorar la calidad de vida de algunos adultos mayores. Asimismo, se</p>
----------------------------------	---	--	--	--	--	---

						necesita investigación sobre el impacto de los diferentes tipos de actividad voluntaria. Dicho esto, para aquellas personas mayores que participan en el voluntariado, adquirieron una sensación de control, sintiéndose apreciadas, tener un sentido de propósito y ser capaz de 'devolver algo' son factores importantes en su calidad de vida, que no deben ser ignorados.
--	--	--	--	--	--	---

### III. Planteamiento del problema

Debido al mejoramiento de las condiciones de vida y salud, en las últimas décadas se ha presentado un incremento gradual de personas mayores en el mundo, la OMS explica que este fenómeno sucede principalmente por dos factores: el primero tiene que ver con la disminución de la mortalidad, lo cual, a su vez da paso a un incremento considerable en la esperanza de vida; y el segundo, está relacionado con la disminución del número de nacimientos. Sin embargo, a pesar de que el número de personas mayores va en aumento, esto no significa que su calidad de vida avance de la misma manera [13].

A pesar de que la vejez es la última etapa del ciclo vital y la más prolongada, existen percepciones ambiguas basadas en las características de las personas y la opinión social acerca de ellas. Por un lado, se considera que es un periodo en el que la experiencia prevalece y puede ser utilizada para guiar a los más jóvenes. Por otro lado, hay una idea generalizada de que la vejez es sinónimo de enfermedad y pérdida [37], cuya idea predomina en la sociedad mexicana, donde se refuerza esta creencia debido a la disfuncionalidad de algunas personas mayores. Sin embargo, esta percepción popular no es necesariamente verdadera, ya que los estudios han demostrado que las actividades que mantienen a los adultos mayores en movimiento pueden mejorar su bienestar general.

Como se ha mencionado anteriormente, un envejecimiento productivo puede traer diferentes mejoras al bienestar de las personas, como el mantenimiento y mejora de sus habilidades, estado de salud físico y psicológico [18]. Por ello, el voluntariado puede representar una oportunidad para las personas en proceso de envejecimiento debido a la diversidad de servicios y actividades a las cuales pueden aportar su fuerza y experiencia, además propician el cambio a la percepción errónea que se tiene.

Mucho se ha investigado sobre el voluntariado y la diversidad de dimensiones del bienestar, pero no se ha prestado la suficiente atención en cuanto al tiempo dedicado a éste y su influencia en el bienestar [36]; realizar una revisión sistemática que profundice en esta temática puede proporcionar datos de importancia, como la cantidad de horas óptimas de voluntariado para mejorar el bienestar, así como por cuantos días, semanas o meses es necesario para medir los efectos.

Por lo cual, acorde con el acrónimo PECO, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

P: Personas en proceso de envejecimiento

E: Voluntariado (Tiempo y tipo de voluntariado)

C: Sin actividad de voluntariado

O: Bienestar

¿Cuál es la relación del tiempo y tipo de voluntariado con el bienestar de las personas en proceso de envejecimiento?

#### **IV. Objetivo**

Presentar una síntesis del conocimiento sobre la relación entre tiempo, tipo de voluntariado y el bienestar en adultos a través de una revisión sistemática.

#### **V. Material y Método**

Diseño de investigación

Se realizó una revisión sistemática acorde con los lineamientos de la metodología PRISMA (anexo 1), por dos investigadores (OARA y IJRC) de manera independiente. Para tal efecto, se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scopus, Web of Science, SciElo, LILACS, Social Care Online, PsycInfo y TESIUNAM, buscando y utilizando las palabras clave aged, volunteering, volunteer, life satisfaction quality of life and wellbeing, para las búsquedas en inglés.

##### **V.1. Criterios de elegibilidad**

Los revisores OARA e IJRC localizaron de forma independiente aquellos estudios que pudiesen responder a la pregunta de investigación y que cumplieran con los criterios de inclusión:

- Tipos de estudios: transversal analítico, cohorte y, casos y controles.

- Artículos en inglés, español y portugués.
- Estudios realizados en adultos de 45 y más años, aparentemente sanos.
- Disponibilidad de texto completo.
- Utilicen un método de medición para Voluntariado (tiempo y tipo) y bienestar.

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron:

- Revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Estudios realizados en adultos que sufrieran algún tipo de discapacidad física o psicológica.
- Estudios que solamente abordan una variable.

Se esquematiza el proceso de identificación, revisión, elegibilidad e inclusión en el Diagrama PRISMA [38].

**Cuadro V.1.** Conceptualización del anagrama PECO.

<b>P</b>	Población	Adultos de 45 años en adelante	Adults Mature Persons Aged Elderly
<b>E</b>	Exposición	Voluntariado	Volunteering Volunteer
<b>C</b>	Comparación	Tiempo y tipo de voluntariado	Adults who performed different hours of volunteering Formal volunteering Informal volunteering
<b>O</b>	Outcome	Bienestar	quality of life wellbeing life satisfaction

## V.2. Estrategia de búsqueda

Con lo anterior, buscando la mayor cantidad de artículos que abarcara ambas variables, se optó por realizar estrategias de búsqueda relativamente sencillas apoyadas con los filtros que dispone cada plataforma de documentos científicos. Además, se llevó a cabo una búsqueda de tesis para identificar estudios que no hayan sido publicados, así consultar los artículos relacionados a los encontrados y en sus referencias (Cuadro V.2).

**Cuadro V.2.** Palabras clave utilizadas en la estrategia de búsqueda.

Bases de datos	Filtro	Estrategia de búsqueda
PubMed	2000-2022, inglés español portugués	(Volunteering[Title/Abstract]) AND ("Quality of life"[Title/Abstract])
Scopus		TITLE-ABS-KEY ( volunteering AND "Quality of life" ) AND ( EXCLUDE ( SUBJAREA , "ARTS" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "BUSI" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "BIOC" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "ENGI" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "ECON" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "COMP" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "MATH" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "FIELD" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "PHAR" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "IMMU" ) ) AND ( EXCLUDE ( PUBYEAR , 1996 ) OR EXCLUDE ( PUBYEAR , 1995 ) OR EXCLUDE ( PUBYEAR , 1993 ) OR EXCLUDE ( PUBYEAR , 1977 ) ) AND ( LIMIT-TO ( LANGUAGE , "English" ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , "Spanish" ) ) AND ( EXCLUDE ( DOCTYPE , "re" ) )
LILACS	2000-2022 inglés español y portugués asunto principal Voluntarios Calidad de Vida Envejecimiento texto completo	(voluntariado) AND (calidad de vida) AND ( fulltext:("1" OR "1" OR "1") AND mj:("Voluntarios" OR "Calidad de Vida" OR "Envejecimiento") AND la:("en" OR "pt" OR "es")) AND (year_cluster:[2000 TO 2022])
SciELO	sin filtros	(voluntariado) AND ("calidad de vida")
Social Care Online		Abs "Volunteering" AND abs "quality of life" AND Publication year 2000 to 2022 AND format type Journal article
PsycInfo	2000-2022	(quality of life and volunteering).mp. [mp title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word]
Web of Science	Artículos Excluir 1976	(TI=("quality of life")) AND TI=(volunteering)

---

---

TESIUNAM	Todas las bases de datos	voluntariado AND "calidad de vida"
	Título	
	Buscar palabras juntas	
	2000-2022	

---

### V.3. Selección de estudios

La búsqueda inicialmente se centró en calidad de vida, posteriormente se acordó incluir los artículos que evaluaran Bienestar y Satisfacción con la vida, debido a que tanto CV y SV son usados como sinónimos de bienestar, y que esta última incluye ambas variables dentro de su marco teórico. Principalmente se buscó algún tipo de medición del tiempo, ya sea horas por día, semana o mes, también podría mencionar un periodo de tiempo de días, meses o años; al igual que tipos de voluntariado informal o formal.

La búsqueda en las bases de datos fue llevada a cabo durante el periodo del 13 de julio del 2022 al 25 de julio del 2022. Los resultados de cada búsqueda fueron exportados individualmente a un documento de Excel para darle un formato acordado. Posteriormente, las bases de datos fueron unificadas en un solo archivo Excel y se continuó con la eliminación de duplicados con ayuda del mismo programa.

La selección de los trabajos por títulos y resumen fue llevada a cabo por los mismos investigadores de manera independiente, los casos de discordancia fueron resueltos por un tercer investigador (VMMN).

### V.4. Extracción de datos

Ambos revisores extrajeron los datos de los artículos seleccionados de manera independiente registrando los siguientes datos en un documento Word: Autor Año, País, Diseño, Objetivo, Análisis estadístico, Población; características demográficas, Exposición o Intervención, Características del voluntariado, Control/Comparación; parámetros de medición, instrumentos de medición y Resultados

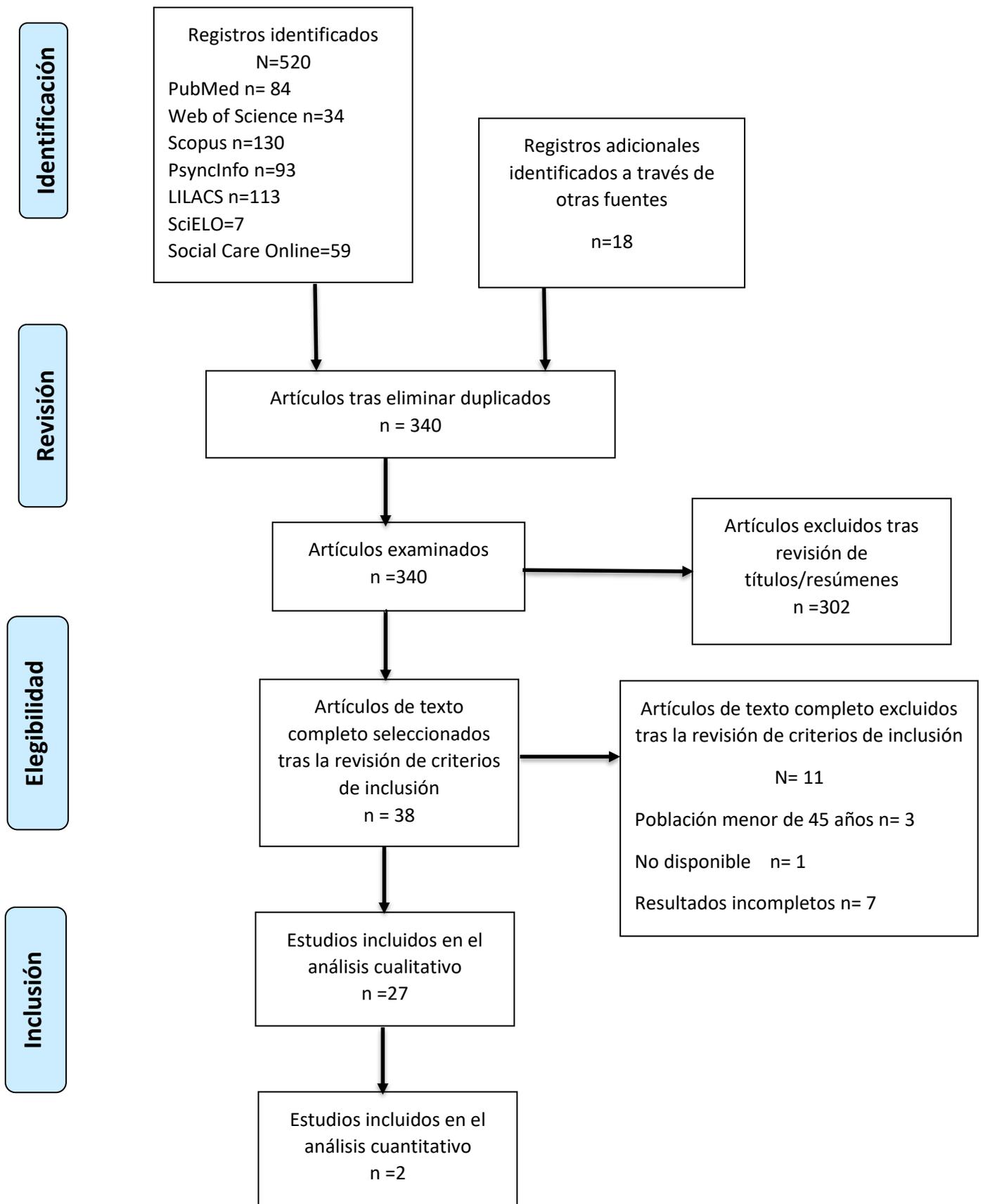
### V.5. Valoración de calidad

Esta valoración de cada artículo incluido se realizó dependiendo del tipo de estudio, utilizando la escala Newcastle-Ottawa para estudios observacionales, que a través de 9 ítems agrupados en tres categorías evalúa: la selección de los grupos de estudio, su comparabilidad y la determinación de la exposición o el resultado de interés, además está dividido en dos secciones dependiendo del tipo de estudio que fue evaluado, ya sea casos y controles o cohorte. La calidad se determina dependiendo del número de estrellas obtenidas siendo un total de nueve el valor máximo como la mejor calidad.

Para la valoración de trabajos cuasi experimentales se utilizó la herramienta de Cochrane de riesgo de sesgo RoB-2, cuyo instrumento cuenta con 7 ítems que utilizan el semáforo (verde, amarillo y rojo) para calificar si cumple o no con el criterio, también se debe agregar por qué se le da ese color al ítem.

## **VI. Resultados**

Se encontraron 538 artículos: *PubMed* n=84, *Web of Science* n=34, *Scopus* n=130 *PsycInfo* n= 93, *LILACS* n=113, *SciELO* n=7 y *Social Care Online* n=59, otras fuentes n=18. Después de eliminar 198 duplicados se revisó título y resumen de 340, de estos 38 estudios cumplieron los criterios de inclusión para la revisión de texto completo y 11 fueron excluidos por diferentes motivos (Anexo 2), por lo que 27 cumplieron los criterios de elegibilidad para el análisis cualitativo y 2 para el cuantitativo (metaanálisis) (Figura VI.1).



**Figura VI.1.** Estudios seleccionados para la revisión sistemática.

## VI.1. Evaluación de riesgo de sesgo

### VI.1.1 Estudios observacionales. Escala Newcastle-Ottawa.

Al revisar la calidad de estudios, se encontró que 14 presentan una calidad buena y por lo tanto su riesgo de sesgo es bajo, asimismo los 10 restantes contaron con una calidad regular y de riesgo moderado (Cuadro VI.1).

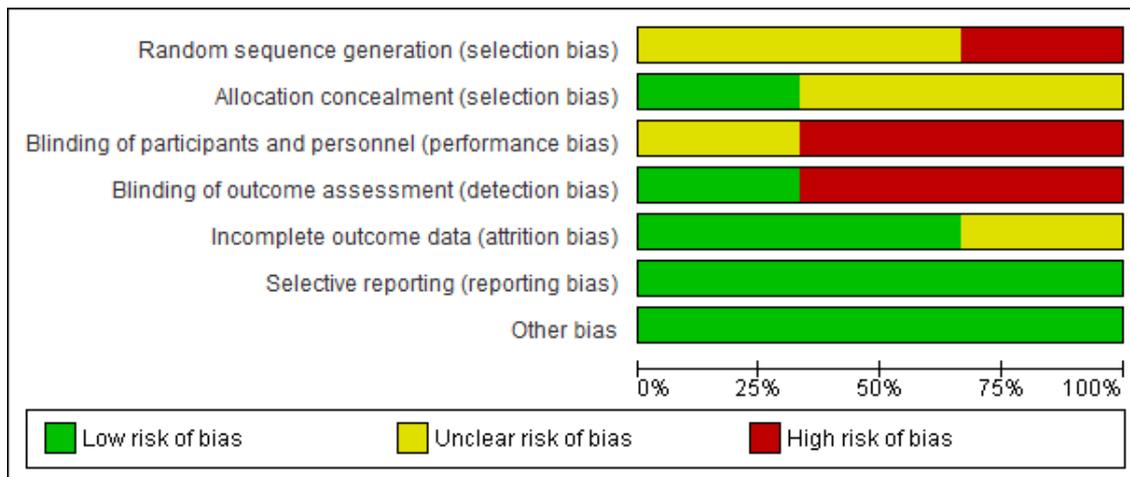
**Cuadro VI.1.** Calidad de los estudios observacionales.

Estudio	Número de estrellas	Conclusión
Choi y Kim (2011)	8	Calidad buena Riesgo de sesgo bajo
Connolly y O'shea (2015)	6	Calidad regular Riesgo de sesgo moderado
Hao (2008)	7	Calidad buena Riesgo de sesgo bajo
Kahana et al. (2013)	5	Calidad regular Riesgo de sesgo moderado
Van-Willigen. (2000)	7	Calidad buena Riesgo de sesgo bajo
Lum y Lightfoot. (2005)	6	Calidad regular Riesgo de sesgo moderado
Pilkington et al. (2015)	6	Calidad regular Riesgo de sesgo moderado
Appau y Churchill. (2019)	6	Calidad regular Riesgo de sesgo moderado
Nazroo y Matthews. (2012)	7	Calidad buena Riesgo de sesgo bajo
Luoh y Herzog. (2002)	7	Calidad buena Riesgo de sesgo bajo
Tang et al. (2010)	8	Calidad buena Riesgo de sesgo bajo
Matz-Costa et al. (2014)	7	Calidad buena

		Riesgo de sesgo bajo
Shmotkin et al. (2003)	7	Calidad buena Riesgo de sesgo bajo
Binder y Freytag. (2013)	7	Calidad buena Riesgo de sesgo bajo
Mak et al. (2022)	7	Calidad buena Riesgo de sesgo bajo
Souza et al. (2011)	8	Calidad buena Riesgo de sesgo bajo
Han et al. (2020)	7	Calidad buena Riesgo de sesgo bajo
Liu et al. (2020)	7	Calidad buena Riesgo de sesgo bajo
Borgonovi. (2008)	6	Calidad regular Riesgo de sesgo moderado
Morrow-Howell et al. (2003)	7	Calidad buena Riesgo de sesgo bajo
Morawski et al (2022)	7	Calidad buena Riesgo de sesgo bajo
Krageloh y Shepherd. (2015)	5	Calidad regular Riesgo de sesgo moderado
Schwingel et al. (2009)	6	Calidad regular Riesgo de sesgo moderado
Huang (2018)	6	Calidad regular Riesgo de sesgo moderado

## VI.1.2 Riesgo de sesgos de los estudios cuasiexperimentales

Entre los artículos cuasiexperimentales, uno presentó alto riesgo de generación de secuencia aleatoria, dos un riesgo probable de ocultamiento de la asignación, dos presentaron riesgo alto de sesgo de pertenencia [47,65] y alto riesgo de sesgo de detección [64,65]; y uno un posible sesgo de resultados incompletos [47].



**Figura VI.2.** Riesgo de sesgo de los estudios incluidos en la revisión sistemática.

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Klinedinst y Resnick. 2016	?	+	?	-	+	+	+
Rooky Sorkin. 2003	?	?	-	+	?	+	+
Yuen. 2002	-	?	-	-	+	+	+

**Figura VI.3.** Evaluación del riesgo de sesgo y calidad metodológica de los trabajos cuasiexperimentales.

## VI.2. Análisis cualitativo

### VI.2.1. Tipo de estudio, tamaños de la muestra y estudios por país.

De los artículos seleccionados para su análisis cualitativo, dieciséis fueron de cohorte, ocho transversales analíticos y tres cuasiexperimentales (Cuadro VI.2.). El tamaño de la muestra se distribuyó en  $n=10$  de un artículo cuasiexperimental [64] hasta  $n=68,231$  de un estudio multicéntrico [53] donde se analizaron datos a nivel Europa y otros países como Israel. La muestra total de los 27 estudios fue de  $n=190,478$  participantes con edades en su mayoría de 45 años o más, aunque en un estudio se incluyeron 439 adultos menores de 45 años [43], y en otro no se especifican las edades [59]. Algunos de los artículos [45,50,51,53,59] omitieron la desviación estándar o el número de participantes en sus resultados.

Se encontraron 14 estudios realizados en Estados Unidos [40-45,47,50,51,55,56,60,64,65], 5 en el Reino Unido [39,48,49,54,59], 1 en Taiwán [63], 1 en Singapur [62], 1 en China [61], 1 en Nueva Zelanda [58], 1 en Brasil [57], 1 en Israel [52], 1 Australia [46], y 1 a nivel europeo [53].

### VI.2.2. Bienestar subjetivo y bienestar psicológico

Al agrupar las investigaciones de acuerdo con las categorías de bienestar subjetivo y bienestar psicológico, se encontró un total de 16 artículos centrados en evaluar el BS [39,42,46,48,49,52-55,57-62,65], 7 enfocados en el BP [40,41,43,45,47,51,56] y 4 que evaluaron ambas dimensiones [44,50,63,64].

### VI.2.3. Tipos de voluntariado

En cuanto al tipo de voluntariado 22 trabajos registraron el voluntariado de tipo formal, de los cuales 2 artículos igualmente tomaron en cuenta el voluntariado informal [48,61], 5 no especificaron el tipo de voluntariado ya sea formal, informal o las actividades de voluntariado [42,46,51,54,62].

Los tipos de voluntariado que se registraron con más frecuencia en los estudios fueron el organizacional [40,41,43,49,50,57-60,64] con 10, el educativo [39-41,43,50,56,63,65] y religioso [41,43,50,55,56,58,60,63] con 8, seguidos de salud y

hospitales [40,41,50,52,56,60, 61] con 7 (Cuadro VI.3).

**Cuadro VI.3.** Frecuencias de los tipos de voluntariado.

Tipo de voluntariado	Frecuencia
Organizaciones: locales, nacionales, internacionales o caritativas	10
Educativo	8
Religioso	8
Salud y Hospitales	7
Personas mayores	5
Político	4
Seguridad	2
Servicios que requieren habilidades especiales	2
Clubes de personas mayores	2
Consultas legales	1
Orientado a la juventud	1
Preparación de impuestos	1
Asistencia instrumental	1
Atención medica	1
Programa	1
Asociaciones de mujeres o inmigrantes	1
Agencias nacionales	1
Protección de la salud ambiental	1
Mediar disputas	1
Servicio de escucha	1

---

Cuidado de niños	1
Ayuda o ayuda mutua	1
Consumidor	1
Sindicato	1
Humanitario	1

---

#### VI.2.4. Instrumentos y estudios retrolectivos

Se encontró una gran heterogeneidad respecto a los instrumentos utilizados para la evaluación del bienestar:

- “Center for Epidemiologic Studies–Depression scale (CES-D)” [41,42,45,47,49,52,56,61].
- “Escala de Satisfacción de vida de Diener” [42,46,49].
- “Afectos positivo y negativo “PANAS scale” [42,46].
- “Escala CASP-12” [49,53].
- “WHOQOL-BREF” [57,58].
- “Encuesta de salud de formato corto de 12 elementos (SF-12)” [44,59].
- “Escala Bienestar Psicológico de Ryff” [64].
- “Self-Esteem Scale” [47].
- “UCLA Loneliness Scale” [47].
- “GHQ-12 (General Health Questionnaire)” [59].
- “Daily Inventory of Stressful Events index” [60].
- “Attitudes to ageing questionnaire” (AAQ) [61].
- “Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria” (IADL) [61].
- “15-item Geriatric Depression Scale (GDS)” [62].
- “Medical Outcomes Study 12-item short form (MCS-SF12)” [62].
- “The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)” [64].
- “AL Resident Life Satisfaction Tool” [64].
- “The Life Satisfaction Index (LSI-A)” [65].

Todos los instrumentos para registrar el tiempo de voluntariado fueron elaborados por los propios investigadores o por las instituciones que representan, y solo para esa medición. Además, 14 artículos incluyeron cuestionarios elaborados expreso para evaluar las variables de bienestar [39,40,43,45,48- 52,54-56,61,63].

Dieciocho artículos fueron retrolectivos, ya que tomaron información de bases de datos de los siguientes estudios nacionales, estatales y privados:

- Encuesta nacional de mediana edad en los Estados Unidos (MIDUS) [40].

- Estudio de Salud y Jubilación (HRS) [41].
- Vidas cambiantes de los estadounidenses (ACL) [43,56].
- Instituto Nacional del Envejecimiento Encuesta AHEAD [45,50].
- Encuesta de Vida Comunitaria de UK [48].
- Estudio longitudinal inglés del envejecimiento (ELSA) [49].
- Estudio Life & Times en una sociedad que envejece (LTAS) [51].
- Estudio de Envejecimiento Transversal y Longitudinal (CALAS) [52].
- Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE) [53].
- Encuesta de Panel de Hogares Británicos (BHPS) [54].
- Encuesta de referencia de la comunidad de capital social (SCCBS) [55].
- Estudio longitudinal de hogares del Reino Unido (UKHLS) [59].
- National Study of Daily Experiences (NSDE II) [60].
- Chinese Longitudinal Aging Social Survey (CLASS) [61]
- Estudios de envejecimiento longitudinal de Singapur (SLAS) [62].
- Encuesta Mundial de Valores (WVS) [63].

#### VI.2.4. Intervalos de tiempo de voluntariado

Los intervalos de tiempo de voluntariado considerados en los artículos se presentaron en un rango desde de 0 hasta 50 horas/semana [44], aunque el tiempo máximo reportado fue de 14 horas/semana, por lo cual un intervalo más preciso sería de 0 a 20horas/semana [58,47]. Respecto a la duración en meses el intervalo fue de 0 a 10 horas/mes [39,40]. Con relación al tiempo por año el intervalo de horas por año fue de 0 a 200 horas/año [56], aunque algunos trabajos dejaron el intervalo de tiempo abierto a partir de 100 horas/año [41,43,45,50]. Por otro lado, en 12 artículos

reportaron un periodo de tiempo sin especificar horas por semana, mes o año [49,52-55,57,59-64].

#### VI.2.5 Tiempo de voluntariado y bienestar

En cuanto a los tiempos de voluntariado y su relación con las dimensiones del bienestar, los resultados fueron inconsistentes, debido a la heterogeneidad para registrar y medir el tiempo de voluntariado propuestas por los autores. De forma general, se encontró que participar en actividades de voluntariado desde 1 hora semanal en un periodo de 3 semanas, hasta 20 horas o más por semana, tienen un efecto positivo sobre la satisfacción con la vida [65], calidad de vida [58], salud física y salud mental [44], bienestar psicológico [51], un mayor afecto positivo y un menor afecto negativo [46].

De igual manera, realizar voluntariado de 5-10 horas por mes tiene un impacto hasta cierto punto en la calidad de vida [39,57], al igual que en el bienestar subjetivo [48]. Asimismo, realizar 1-10 horas por mes tiene relación con el bienestar psicológico [40], mientras que realizar 10 o más de voluntariado se relacionó con una mejor calidad de vida [39].

Ser voluntario menos de 100 horas por un año tiene relación con una menor angustia psicológica, sintomatología depresiva [41], mayor satisfacción con la vida, salud auto percibida [56,43], aunque se presentan los mismos beneficios en quienes realizan más de 100 horas de voluntariado por año [41,45], con el agregado de una menor mortalidad y menos limitaciones físicas [50].

Por otro lado, para los artículos que no especifican horas de voluntariado se reporta que realizar voluntariado por los periodos de 7 días, 1 mes, 3 meses, 1 año o más, se puede presentar una relación positiva y estadísticamente significativa con las siguientes dimensiones del bienestar: satisfacción con la vida [54], felicidad, estado de salud, dominio de vida [55,61,63], baja depresión o su sintomatología [52,56,62], y calidad de vida [49,53,59].

De los 27 artículos analizados, en tres (dos cuasi-experimentales y un transversal analítico) [39,47,64] no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el voluntariado y las dimensiones del bienestar psicológico

exploradas: sintomatología depresiva, satisfacción con la vida, propósito en la vida, autoestima y soledad. En general, los resultados de los estudios muestran una gran heterogeneidad, ya que los criterios del tiempo de voluntariado son arbitrarios, por lo que se dificulta la integración global de todos los estudios (Cuadro VI.2.1).

**Cuadro VI.2.** Estudios sobre la relación entre el tiempo y tipo de voluntariado sobre el bienestar.

Autor (Año)  País	Diseño  Objetivo	Población N=  (Voluntarios/no voluntarios, características demográficas)	Exposición o Intervención Tipo de voluntariado	Control/ Comparación	Parámetros de medición	Instrumentos de medición	Resultados
Connolly y O'shea (2015) Irlanda [39]	Transversal analítico  Examinar los beneficios percibidos del voluntariado entre los voluntarios mayores de 55 años que participan en los programas <i>Senior Help Line</i> o <i>Fáilte Isteach</i> .	N=309  <b>Sexo:</b> 77% mujeres 23% hombres  <b>Edad:</b> 55+ años  <b>Grupos de estudio:</b> G1: Mucho impacto G2: Impacto hasta cierto punto G3: Nada de impacto	<b>Tipos:</b> Servicio de escucha confidencial.  Enseñanza.  <b>Tiempo:</b> <5 horas al mes. 5-10 horas al mes 10+ horas al mes. Periodo de <1 a 5+ años.	No hay grupo control	Tiempo de voluntariado          Calidad de vida	Cuestionario elaborado exprofeso.       Cuestionario elaborado exprofeso. No especifica puntaje máximo o mínimo. A mayor puntaje más calidad de vida.	<b>Calidad de vida/Tiempo de voluntariado</b>  Tiempo <5h y grupos. G1: 53/309 (38%). G2: 83/309 (60%). G3: 2/309 (1%).  Tiempo 5-10h y grupos. G1: 26/309 (41%). G2: 32/309 (51%). G3: 5/309 (8%)  Tiempo 10+h y grupos. G1: 12/309 (55%). G2: 9/309 (41%). G3: 1/309 (5%)



Hao.(2008 ) Estados Unidos [41]	Cohorte  El propósito del estudio fue probar si el trabajo remunerado y el voluntariado formal reducen la tasa de deterioro de la salud mental en la vejez.	<b>N=7,830</b> Ola 3 a 6 de seguimiento del <i>Health and Retirement Study</i> .  <b>Sexo:</b> 56% mujeres 44% hombres  <b>Edad:</b> 55-66 años.  <b>Grupos de estudio:</b> G1: No voluntariado G2: voluntariado menos de 100 hr al año (Bajo nivel). G3: voluntariado mayor de 100 hr al año (Alto nivel).	<b>Tipos:</b> Religioso  Educativo  Relacionado con la salud  Organizacion es caritativas  <b>Tiempo:</b> <100 hr o ≥100 hr por año  Periodo de 12 meses	No realizan voluntariado	Tiempo de voluntariado     Angustia psicológica	Cuestionario elaborado exprofeso para Health and Retirement Study (HRS)    Center for Epidemiologic Studies– Depression scale (CES-D), modificada para el Health and Retirement Study (HRS) Puntaje: 0-8 A mayor puntaje más angustia psicológica	<b>Número de participantes por grupo</b> Media de voluntarios por grupo, ola 1 G2: 0.21±0.41 G3: 0.12±0.32  <b>Puntajes de Angustia psicológica, generales por Ola</b> Ola 1: 1.28±1.89 Ola 2: 1.56±1.98 Ola 3: 1.44±1.88 Ola 4: 1.40±1.91  <b>No reporta los resultados puntuales por grupo, sin embargo, las pruebas estadísticas sugieren lo siguiente:</b>  Diferencias positivas significativas Voluntariado /Angustia psicológica  Menor angustia psicológica G2 vs G1: p<0.001 Angustia psicológica G3 vs G1: p<0.001
Kahana et	Cohorte	<b>N=585</b>	<b>Tipos:</b>	No hay grupo	Tiempo de	Cuestionario	<b>Número de participantes</b>

<p>al. (2013) Estados Unidos [42]</p>	<p>Comprender la relación entre diversos componentes de las actitudes altruistas, la ayuda y el mantenimiento del bienestar psicológico en la vejez.</p>	<p>Ola 2 y 5 del estudio de envejecimiento exitoso realizado por el <i>Elderly Care Research Center</i></p> <p><b>Sexo:</b> 66% mujeres 34% hombres</p> <p><b>Edad:</b> 72-98 años</p> <p><b>Grupos de estudio:</b> G1: Voluntarios G2: No voluntarios</p>	<p>No especifica tipos de voluntariado</p> <p><b>Tiempo:</b> 0-45 horas por semana</p> <p>Periodo de 12 meses</p>	<p>control</p>	<p>voluntariado</p> <p>Afecto positivo y Afecto negativo</p> <p>Sintomatología depresiva</p>	<p>elaborado exprofeso</p> <p>Afectos positivo y negativo PANAS scale (Watson et al, 1988) Puntaje: 10-50 A mayor puntaje más afecto negativo o más afecto positivo</p> <p>Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D (Andresen et al, 1994) Puntaje: 1-4 A mayor puntaje más sintomatología depresiva</p>	<p><b>por grupo, Ola 1</b> G1: 252/585 (43%) G2: 333/585 (57%)</p> <p><b>Tiempo de voluntariado</b> Horas de voluntariado por semana: 2.40±4.28 Intervalos de horas: 0-14h</p> <p><b>Mediciones de Bienestar psicológico, general.</b> Afecto positivo Ola 2: 3.3±0.81 Ola 5: 3.05±0.88 Afecto negativo Ola 2: 1.75±0.78 Ola 5: 1.83±0.84</p> <p><b>Sintomatología depresiva</b> Ola 2: 1.80±0.63 Ola 5: 1.93±0.68 Satisfacción con la vida Ola 2: 3.71±0.65 Ola 5: 3.65±0.64</p> <p><b>No reporta los resultados puntuales por grupo, sin embargo, las pruebas estadísticas sugieren lo siguiente:</b> Efecto positivo significativa Voluntariado</p>
---	--	--	---	----------------	--	--	--

					Satisfacción con la vida	The satisfaction with life scale. de Diener et al (1985). Puntaje: 1-5 A menor puntaje más Satisfacción con la vida	/Bienestar, de Ola 2 a Ola 5 Afectos positivos: p <0.05. Menos sintomatología depresiva: p <0.01 Satisfacción con la vida: p <0.05
Van-Willigen. (2000) Estados Unidos [43]	Cohorte  Abordar dos cuestiones: en primer lugar, ¿el voluntariado mejora el bienestar psicológico y físico de las personas mayores? En segundo lugar, ¿experimenta	<b>N=</b> 2,867 Dos oleadas de datos de la encuesta <i>Americans' Changing Lives (ACL)</i>  <b>Sexo:</b> No se especifica número o porcentaje de mujeres y hombres.  <b>Edad:</b> 25-60+	<b>Tipos:</b> Religioso  Educativo  Político  Grupo de personas mayores  Organización local/nacional  <b>Tiempo:</b> 0-160+ horas	No realizan voluntariado en la primera ola	Tiempo de voluntariado          Satisfacción con la vida	Cuestionario elaborado exprofeso      Cuestionario elaborado exprofeso. No especifica puntaje máximo o mínimo. A mayor puntaje más satisfacción con la vida	<b>Tiempo de voluntariado</b> Horas de voluntariado por año, ola 1 G1: 72.41±70.24 G2: 63.23±65.89 G3: No reportado G4: No reportado  Horas de voluntariado por año, ola 2 G1: 72.88±78.19 G2: 54.26±66.82 G3: 6.90±27.59 G4: 11.06±31.54  <b>Medias de Bienestar y</b>

	<p>n los voluntarios de edad avanzada beneficios diferentes a los de los adultos más jóvenes?</p>	<p>años</p> <p><b>Grupos de estudio:</b>  Voluntarios  G1: Adultos mayores de 60 años.  G2: Adultos de 25-59 años.</p> <p>No voluntarios  G3: Adultos mayores de 60 años.  G4: Adultos de 25-59 años.</p>	<p>por año</p> <p>Periodo de 12 meses</p>		<p>Salud percibida</p>	<p>Cuestionario elaborado exprofeso. No especifica puntaje máximo o mínimo. A mayor puntaje más salud percibida</p>	<p><b>diferencias significativas</b></p> <p>Satisfacción de vida, ola 1  G1: 4.03±0.83  G2: 3.82±0.76  G3: 3.92±0.96  G4: 3.59±0.88  p&lt;0.001 G1 vs. G4</p> <p>Satisfacción de vida, ola 2  G1: 5.64±1.49  G2: 5.27±1.37  G3: 5.38±1.62  G4: 4.90±1.45  p&lt; 0.001 G1 vs. G4  p&lt;0.05 G1 vs. G3</p> <p>Salud percibida, ola 1  G1: 3.52±1.03 p &lt;0.001  G2: 3.97±0.87  G3: 3.09±1.11 p &lt;0.001  G4: 3.82±1.04 p &lt;0.001  p &lt;0.001 G1 vs. G3  p &lt;0.001 G1 vs. G4</p> <p>Salud percibida, ola 2  G1: 3.40±1.01 p &lt;0.001  G2: 3.76±0.87  G3: 2.93±1.10 p &lt;0.001  G4: 3.56±1.03 p &lt;0.001  p &lt;0.001 G1 vs. G3  p &lt;0.001 G1 vs. G4</p>
--	---	---	---	--	------------------------	---	--

Tang et al. (2010) Estados Unidos [44]	Cohorte  Probar un modelo teórico de los beneficios del voluntariado y examinar el mecanismo a través del cual el voluntariado beneficia a los adultos mayores.	<b>N=</b> 207  <b>Sexo:</b> 67% mujeres 33% hombres  <b>Edad:</b> 56-89 años  <b>Grupos de estudio:</b> G1: Voluntarios de diversos programas	<b>Tipos:</b> Consultas legales  Preparación de impuestos  Tutoría  Brindar asistencia instrumental  Seguridad pública <b>Tiempo:</b> 0.17-50 horas por semana Periodo de 12 meses	No hubo grupo control	Tiempo de voluntariado      Salud física y salud mental	Cuestionario elaborado exprofeso      Salud, SF-12 de Kosinski & Keller (1996) No especifica puntaje máximo o mínimo. A mayor puntaje más salud física y salud mental	<b>Horas de voluntariado</b> Horas por semana: 6.22±7.87  <b>Salud física</b> Salud física: 45.35±11.04 Salud física población general en EU: 50±10  <b>Salud mental</b> Salud mental: 55.45±7.42 Salud mental población general en EU: 50±10
Lum y Lightfoot. (2005) Estados Unidos [45]	Cohorte  Medir los efectos del voluntariado formal en la salud física y mental de las personas mayores, utilizando la teoría de los	<b>N=</b> 7,322 Dos olas del <i>National Institute on Aging, Encuesta AHEAD</i>  <b>Sexo:</b> 60% mujeres 40% hombres  <b>Edad:</b> 70 años o	<b>Tipos:</b> Voluntariado formal  <b>Tiempo:</b> ≥100 horas por año, no especifica horas por día, semana o mes.	No realizaron voluntariado igual o mayor a 100 horas en 12 meses	Tiempo de voluntariado      Salud auto reportada	Cuestionario elaborado exprofeso para Encuesta AHEAD      Cuestionario elaborado exprofeso para	<b>Número de participantes por grupo</b> G1: 952/7,322 (13%)  <b>Tiempo de voluntariado*</b> Horas de voluntariado: 305±----  <b>Medidas de Bienestar, general. Ola 1*</b> Salud auto reportada: 3.0±----

	roles.	más. <b>Grupos de estudio:</b> G1: ≥100 horas voluntariado en los últimos 12 meses	Periodo de 12 meses		Sintomatología depresiva	Encuesta AHEAD Puntaje: 1-5. A mayor puntaje salud auto reportada  Center for Epidemiologic Studies– Depression Scale (CES-D) Puntaje: 0-8 A mayor puntaje más depresión	Sintomatología depresiva: 1.5±----  <b>Medidas de Bienestar, General. Ola 2*</b> Salud auto reportada: 2.8±---- Sintomatología depresiva: 1.8±----  <b>No reporta los resultados puntuales por grupo, sin embargo las pruebas estadísticas sugieren lo siguiente:</b>  Relación positiva significativa Voluntariado /Bienestar  Mayor Salud auto reportada: p <0.05 Menor Depresión: p <0.001
Pilkington et al. (2015) Australia [46]	Transversal analítico  Examinar hasta qué punto las asociaciones entre el	<b>N=</b> 561 <b>Sexo:</b> 272 hombres 289 mujeres  <b>Edad:</b> 55 años o más.	<b>Tipos:</b> No específica tipos de voluntariado  <b>Tiempo:</b> 0 a 7+ horas	No voluntariado	Tiempo de voluntariado  Satisfacción con la vida	Cuestionario elaborado exprofeso  Escala de Satisfacción de vida	<b>Número de participantes por grupo</b> G1: 286/561 (50.9%) G2: 220/561 (39.2%) G3: 55/561 (9.8%) <b>Tiempo de voluntariado</b> Horas por año G1: 0

	voluntariado y el bienestar subjetivo (SWB) podrían estar relacionadas con los voluntarios que tienen más redes sociales de apoyo en relación con los no voluntarios.	<b>Grupos de estudio:</b> G1:0 horas por semana G2:≤ 7 horas por semana G3: >7 horas por semana	por semana.  Periodo de 12 meses			(Diener et al, 1985) Puntaje: 5-35 A mayor puntaje más satisfacción con la vida  Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) Puntaje: 10-50. A mayor puntaje más Afecto positivo o afecto negativo	G2: 149.40±87.00 G3: 635.61±274.73  <b>Bienestar subjetivo</b> Satisfacción con la vida G1: 24.35±7.31 G2: 26.83±6.14 G3: 25.45±7.15 p <0.05 G2 vs. G1  Afecto positivo G1: 30.65±7.95 G2: 33.36±6.80 G3: 34.36±7.74 p <0.05 G2 vs. G1 p <0.05 G3 vs. G1  Afecto negativo G1: 30.65±7.95 G2: 13.61±4.62 G3: 14.81±6.63
Rook y Sorkin. (2003) Estados Unidos [47]	Cuasiexperimental  Investigar los efectos de la participación en un rol social que se conceptualizó como una	<b>N=180</b>  <b>Sexo:</b> 65.6% mujeres 34.4% hombres  <b>Edad:</b> 60 a 92 años  <b>Grupos de</b>	<b>Tipos:</b> Programa Abuelo adoptivo  <b>Tiempo:</b> 20 horas por semana Periodo de 2 años.	Participar en programas alternos  No participar en programas alternos o voluntariado	Tiempo de voluntariado  Autoestima	Programa de 4 horas por día durante 5 días por semana  Self-Esteem Scale (Rosenberg,	<b>Número de participantes por grupo</b> G1: 52/180 (28.8%) G2: 69/180 (38.3%) G3: 59/180 (32.7%)  <b>Bienestar psicológico Autoestima G1</b> Basal: 34.54±4.37

	<p>contribución al bienestar psicológico de los adultos mayores.</p>	<p><b>estudio:</b> G1: Foster Grandparent Program (FGP) G2: Alternative group program (AGP) G3:Community Sample (CS)</p>			<p>Soledad</p> <p>Depresión</p>	<p>1965) Puntaje: 0-40 A mayor puntaje más autoestima</p> <p>UCLA Loneliness Scale. (1980) No especifica puntaje máximo o mínimo. A mayor puntaje más soledad</p> <p>Escala de depresión CES-D (Radloff, 1977) No especifica puntaje máximo o mínimo. A mayor puntaje más depresión</p>	<p>1 año: 35.83±3.08 2 año: 35.22±4.32 <b>G2</b> Basal: 36.33±3.11 1 año: 36.35±3.34 2 año: 36.53±3.23 <b>G3</b> Basal: 36.42±4.34 1 año: 36.16±4.60 2 año: 36.59±3.92</p> <p><b>Soledad</b> <b>G1</b> Basal: 16.08±4.46 1 año: 15.08±4.24 2 año: 14.39±3.27 <b>G2</b> Basal: 13.86±3.81 1 año: 13.34±3.51 2 año: 13.70±3.85 <b>G3</b> Basal: 15.33±5.67 1 año: 14.66±5.12 2 año: 14.19±3.86</p> <p><b>Depresión</b> <b>G1</b> Basal: 11.04±7.90 1 año: 9.39±6.97 2 año: 9.94±5.57 <b>G2</b> Basal: 7.77±5.98 1 año: 7.95±5.68 2 año: 6.98±6.94</p>
--	--	--	--	--	---------------------------------	---	---

							<b>G3</b> Basal: 7.03±6.73 1 año: 8.46±9.26 2 año: 7.70±5.48
Appau y Churchill. (2019) Reino Unido [48]	Cohorte Examinar el impacto del voluntariado y donaciones caritativas sobre el bienestar subjetivo.	<b>N=14,156</b> 4 olas (2012, 2013, 2014 y 2015) de la Encuesta de Vida Comunitaria de UK. <b>Sexo:</b> 58% mujeres 42% hombres <b>Edad:</b> media de 52 años <b>Grupos de estudio:</b> G1: Voluntariado formal G2: Voluntariado informal	<b>Tipos:</b> Voluntariado formal Voluntariado informal <b>Tiempo:</b> Media de 7.74 Horas de voluntariado formal por mes Media de 5.80 Horas de voluntariado informal por mes Periodo de 12 meses	No hay grupo control	Voluntariado formal Voluntariado informal Tiempo de voluntariado	Cuestionario elaborado exprofeso para The Community Life Survey Haber realizado VF en los anteriores 12 meses Cuestionario elaborado exprofeso para The Community Life Survey Haber realizado VI en los anteriores 12 meses Cuestionario elaborado	<b>Número de participantes por grupo</b> Medias de voluntariado por grupo G1: 40±0.49 G2: 69±0.46 <b>Tiempo de voluntariado</b> Medias de voluntariado por grupo G1 al menos una vez al mes: 0.25±0.45 G2 al menos una vez al mes: 0.36±0.48 <b>Bienestar subjetivo, general</b> Satisfacción con la vida: 7.77±1.91) Felicidad: 7.37±2.26 Actividades que valen la pena: 7.80±1.98 <b>No reporta los resultados puntuales por grupo, sin embargo,</b>

					<p>e involucramiento</p> <p>Satisfacción con la vida</p> <p>Felicidad</p> <p>Actividades que valen la pena</p>	<p>exprofeso para The Community Life Survey</p> <p>Cuestionario elaborado exprofeso para The Community Life Survey Puntaje: 0-10 A mayor puntaje más Satisfacción con la vida</p> <p>Cuestionario elaborado exprofeso para The Community Life Survey Puntaje: 0-10 A mayor puntaje más felicidad</p> <p>Cuestionario elaborado exprofeso para The</p>	<p><b>las pruebas estadísticas sugieren lo siguiente:</b></p> <p>Relación positiva significativa Voluntariado informal/Bienestar subjetivo G2: <math>p &lt; 0.01</math></p>
--	--	--	--	--	--	---	---

						Community Life Survey Puntaje: 0-10 A mayor puntaje más actividades que valen la pena	
Nazroo y Matthews. (2012) Inglaterra [49]	Cohorte Examinar la relación entre el voluntariado y bienestar en la vejez, usando datos del Estudio Longitudinal Inglés del Envejecimiento.	<b>N=</b> 3,632  Ola 2 a 4 del <i>English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)</i>  <b>Sexo:</b> Mujeres voluntarias: 23.5% Hombres voluntarios: 23.2%  <b>Edad:</b> 60+ años  <b>Grupos de estudio:</b> G1: No voluntariado G2: Todas las frecuencias de	<b>Tipos:</b> Voluntariado organizacion al  <b>Tiempo:</b> No especifica horas por día, semana o mes  Periodo de 12 meses.	No realizan voluntariado	Tiempo de voluntariado          Depresión	Cuestionario elaborado exprofeso para English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)  Centre for Epidemiological Studies- Depression scale (CES-D) Puntaje: 0-8 A mayor puntaje más depresión	<b>Número de participantes por grupo</b> G1: 1,827/3,632 (50.3) G2: 1,805/3,632 (49.7%)  <b>No reporta los resultados puntuales por grupo, sin embargo, las pruebas estadísticas sugieren lo siguiente:</b>  Diferencia significativa positiva Voluntariado/Bienestar, en un periodo de 2 años  Menos Depresión G5 vs. G4: < 0.01 Calidad de vida G5 vs. G4: p < 0.01 Satisfacción con la vida G5 vs. G4: p < 0.01

		voluntariado			Calidad de vida	CASP-19 score. Puntaje: 0-57 A mayor puntaje más calidad de vida	
					Satisfacción con la vida	Diener five-item scale. Puntaje: 5-35 A mayor puntaje más satisfacción con la vida	
					Aislamiento social	Cuestionario elaborado exprofeso 1-15 A mayor puntaje más aislamiento social	
Luoh y Herzog. (2002) Estados Unidos [50]	Cohorte Investigar de manera prospectiva el impacto del voluntariado	<b>N=4,860</b> Ola 2, 3 y 4 del <i>National Institute on Aging, Encuesta AHEAD</i>	<b>Tipos:</b> Religioso Educativo Salud	Quienes hicieron <100 horas de voluntariado en 12 meses.	Tiempo de voluntariado	Cuestionario elaborado exprofeso para Encuesta AHEAD	<b>Número de participantes por grupo</b> G1: 4,277/4,860 (88%) G2: 583/4,860 (12%)  <b>Salud auto percibida, general. ola 2</b>



						mínimo.	<p>p &lt; 0.01 G1 vs. G2</p> <p><b>Limitaciones**</b>  Diferencias de ola 3 a 4  G1: -/- (41.40%)  G2: -/- (22.29%)  p &lt; 0.01 G1 vs. G2</p>
<p>Matz-Costa et al. (2014) Estados Unidos [51]</p>	<p>Transversal analítico</p> <p>Probar el efecto de múltiples niveles de compromiso en los roles productivos del trabajo remunerado, el voluntariado y el cuidado en el bienestar psicológico de los adultos mayores y de mediana edad.</p>	<p><b>N= 330</b></p> <p><i>Estudio Life &amp; Times in an Aging Society (LTAS).</i></p> <p><b>Sexo:</b> 75% mujeres 25% hombres</p> <p><b>Edad:</b> 50 a 83 años.</p> <p><b>Grupos de estudio:</b> G0: Voluntarios no comprometidos G1: Todos los grupos de Voluntarios comprometidos G2: Voluntarios con bajo compromiso</p>	<p><b>Tipos:</b> No especifica los tipos de voluntariado</p> <p><b>Tiempo:</b> Media de 8.84 Horas por un periodo de una semana.</p>	<p>No comprometidos o no realizan voluntariado.</p>	<p>Tiempo de voluntariado</p> <p>Compromiso</p> <p>Bienestar psicológico</p>	<p>Cuestionario elaborado expofeso</p> <p>Adaptación del Utrecht Work Engagement Scale (UWES) Puntaje: 1-6 A mayor puntaje más compromiso</p> <p>Cuestionario elaborado expofeso Puntaje: 0-10 A mayor puntaje más bienestar psicológico.</p>	<p><b>Número de participantes por grupo</b> G1: 119/330 (36%) G0: 211/330 (64%)</p> <p><b>Tiempo de voluntariado*</b> Horas de voluntariado por semana: 8.84±---</p> <p><b>Compromiso</b> Intervalo de puntaje y número de voluntarios comprometidos por grupo G0: No reportado G2 intervalo 2.56–4.00: 40/330 (12.1%) G3 intervalo 4.01–4.89: 40/330 (12.1%) G4 intervalo 4.90–6.00: 39/330 (11.8%)</p> <p><b>Bienestar psicológico, general</b> 7.59±1.62</p> <p><b>No reporta los</b></p>

		G3: Voluntarios con compromiso medio G4: Voluntarios con alto compromiso					<p><b>resultados puntuales por grupo de bienestar psicológico, sin embargo las pruebas estadísticas sugieren lo siguiente:</b></p> <p>Diferencias estadísticamente significativas Compromiso/Bienestar psicológico</p> <p>G2vsG0: <math>p &lt; 0.001</math>, a favor de G0 G4vsG0: <math>p &lt; 0.001</math>, a favor de G4</p>
Shmotkin et al. (2003) Israel [52]	Cohorte Examinar empíricamente los concomitantes del voluntariado en el contexto de otras actividades de ocio y estilo de vida.	<p><b>N=1,343</b> Primera ola del estudio de Envejecimiento Transversal y Longitudinal (CALAS).</p> <p><b>Sexo:</b> 46% mujeres 54% hombres</p> <p><b>Edad:</b> 75 a 94 años</p>	<p><b>Tipos:</b> Asociaciones de mujeres o inmigrantes</p> <p>Hospitales</p> <p>Agencias nacionales</p> <p>Clubes de personas mayores</p> <p><b>Tiempo:</b></p>	Actividades distintas al voluntariado	Tiempo de voluntariado  Salud subjetiva	<p>Cuestionario elaborado exprofeso</p> <p>Cuestionario elaborado exprofeso Puntaje: 1-4 A mayor puntaje más Salud subjetiva.</p>	<p><b>Número de participantes por grupo</b> G1: 148/1,343 (11%) G2: 1,195/1,343 (89%)</p> <p><b>Tiempo de voluntariado.</b> Por categoría Varias veces a la semana: 54.3% Varias veces al mes: 36.3% Raramente: 9.5%</p> <p><b>Mediciones del Bienestar subjetivo</b></p>

	Regresión logística	<b>Grupos de estudio:</b> G1: Voluntarios G2: No voluntarios	Realizar voluntariado en un periodo de varias veces a la semana, varias veces al mes o raramente.		Sintomatología depresiva  Evaluación de vida presente	Center for Epidemiological Studies– Depression Scale (CES– D) Puntaje: 0-60. A mayor puntaje más sintomatología depresiva.  Cuestionario elaborado exprofeso Puntaje: 1-4 A mayor puntaje mejor Evaluación de vida presente	Salud subjetiva G1: 2.38±0.83 G2: 1.94±0.85 p < 0.001 G1 vs. G2  Sintomatología Depresiva G1: 0.63±0.38 G2: 0.77±0.46 p < 0.05 G1 vs. G2  Evaluación de vida presente G1: 3.14±0.92 G2: 2.76±0.98
Morawski et al (2022) Europa [53]	Transversal analítico  Este artículo investiga el efecto del voluntariado en la calidad de vida (QoL) en	<b>N=</b> 68,231  Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE)  <b>Sexo:</b>	<b>Tipos:</b> Voluntariado formal  <b>Tiempo:</b> Al menos una vez al mes, no específica horas por día	No realizaron voluntariado en el último mes.	Tiempo de voluntariado  Calidad de vida	Cuestionario elaborado exprofeso  Escala CASP-12 No especifica puntaje máximo o	<b>Número de participantes por país**</b> Austria Ola 1 G1: -/- 8.5% Ola 5 G1: -/- 19.7% Ola 6 G1: -/- 20.1% Bélgica Ola 1 G1: -/- 15.6% Ola 5 G1: -/- 22.5% Ola 6 G1: -/- 26.6%

	poblaciones de más de 50 años de países europeos e Israel.	No se especifica número o porcentaje de mujeres y hombres.  <b>Edad:</b> 50 años o más  <b>Grupos de estudio:</b> G1: Voluntarios G2: No voluntarios	o semana.  Periodo de 4 semanas en ola uno  Periodo de un mes en olas cinco y seis			mínimo. A mayor puntaje más Calidad de vida	Suiza Ola 1 G1: -/- 14.5% Ola 5 G1: -/- 28.1% Ola 6 G1: -/- 29.5% Croacia Ola 6 G1: -/- 4.4% Republica Checa Ola 5 G1: -/- 7% Ola 6 G1: -/- 8.9%  <b>Calidad de vida por país y grupo. Ola 6**</b> Austria G1: 42.12±--- G2: 40.55±--- Bélgica G1: 40.22±--- G2: 39.33±--- Suiza G1: 41.78±--- G2: 41.05±--- Croacia G1: 39.38±--- G2: 37.38±--- República Checa G1: 37.16±--- G2: 36.32±---
Binder y Freytag. (2013) Reino Unido [54]	Cohorte  Explorar el impacto del voluntariado en el	<b>N=</b> 15,000  olas pares de la 8 a la 16 De la Encuesta de Panel de	<b>Tipos:</b> No especifica tipos de voluntariado	No realizan voluntariado	Tiempo de voluntariado	Cuestionario elaborado exprofeso para Panel de Hogares Británicos	<b>Número de participantes por grupo</b> Medias de participación en voluntariado por grupo G1: 0.0688±0.2531 G2: 0.0473±0.2123

	bienestar subjetivo, y en qué medida este efecto es mitigado por los rasgos de personalidad individuales y si la inclusión de variables de redes sociales así como la contabilidad de la confianza tendrán un impacto en esta relación.	<p>Hogares Británicos (BHPS)</p> <p><b>Sexo:</b> 54.82% mujeres 45.18% hombres</p> <p><b>Edad:</b> Media de 46 años</p> <p><b>Grupos de estudio:</b> G1:Al menos una vez por semana G2:Al menos una vez al mes G3:Varias veces al año G4:Una vez al año o menos G5:Nunca</p>	<p><b>Tiempo:</b> No se especifica las horas por día, semana o mes.</p> <p>Periodo por semana a un año.</p>			<p>(BHPS)</p> <p>Cuestionario elaborado exprofeso para Panel de Hogares Británicos (BHPS) Puntaje: 1-7 A mayor puntaje más Satisfacción con la vida</p>	<p>G3: 0.0508±0.2197 G4: 0.0531±0.2241 G5: 0.7800±0.4142</p> <p><b>Satisfacción con la vida, General</b> Medias de satisfacción con la vida por categoría. Muy pobre: 0.0173±0.1305 Pobre: 0.0698±0.2548 Media: 0.2042±0.4031 Buena: 0.4756±0.4994 Excelente: 0.2331±0.4228</p> <p><b>No reporta los resultados puntuales por grupo, sin embargo, las pruebas estadísticas sugieren lo siguiente:</b></p> <p>Relación positiva significativa Voluntariado/Satisfacción con la vida G1:p &lt; 0.001</p>
Borgonovi (2008) Estados Unidos [55]	<p>Transversal analítico</p> <p>Examinar en qué medida el</p>	<p><b>N=</b> 29,200</p> <p>Encuesta de referencia de la comunidad de capital social</p>	<p><b>Tipos:</b> Voluntariado formal</p> <p>Religioso</p>	No realizaron voluntariado	<p>Tiempo de voluntariado</p> <p>Salud auto</p>	<p>Cuestionario elaborado exprofeso</p> <p>Cuestionario</p>	<p><b>Número de participantes por grupo</b> Medias de participación en voluntariado por grupo. G1: 0.345±0.475 G2: 0.169±0.375</p>

	voluntariado tiene un impacto en el bienestar	<p>(SCCBS).</p> <p><b>Sexo:</b> 59% mujeres 41% hombres</p> <p><b>Edad:</b> media de 44 años</p> <p><b>Grupos de estudio:</b> G1: Menos de mensual G2: Mensual pero menos que semanal G3: Semanal o más G5: No Voluntariado</p>	<p><b>Tiempo:</b> No especifica horas por día, semana o mes.</p> <p>Periodo de 1 año</p>		informada	<p>elaborado exprofeso para el SCCBS Puntaje: 0-1. Se escoge entre alguna de las categorías.</p> <p>Felicidad</p> <p>Cuestionario elaborado exprofeso para el SCCBS Puntaje: 0-1 Se escoge entre alguna de las categorías.</p>	<p>G3: 0.055±0.229</p> <p><b>Medidas de Bienestar subjetivo, Generales</b></p> <p>Salud Pobre: 0.032±0.33 Media: 0.093±0.29 Buena: 0.261±0.439 Muy buena: 0.371±0.483 Excelente: 0.243±0.429</p> <p>Felicidad Nada feliz: 0.008±0.093 Poco feliz: 0.043±0.204 Feliz: 0.566±0.496 Muy feliz: 0.381±0.486</p> <p><b>No reporta los resultados puntuales por grupo, sin embargo, las pruebas estadísticas sugieren lo siguiente:</b></p> <p>Relación positiva significativa Voluntariado/Bienestar Salud G1: <math>p &lt; 0.001</math> G2: <math>p &lt; 0.001</math> G3: <math>p &lt; 0.001</math> Felicidad G1: <math>p &lt; 0.001</math> G2: <math>p &lt; 0.001</math> G3: <math>p &lt; 0.001</math></p>
--	---	---	--	--	-----------	--	---

Morrow-Howell et al. (2003) Estados Unidos [56]	Cohortes  Probar los efectos del voluntariado en el bienestar de los adultos mayores, incluido el efecto del nivel de compromiso, los efectos moderadores de los factores demográficos y sociales, y los efectos de la naturaleza de la experiencia del voluntariado.	<b>N=2,739</b>  Tres olas de datos del Estudio de Vidas Cambiantes de los Estadounidenses (ACL)  <b>Sexo:</b> 67% mujeres 33% hombres  <b>Edad:</b> 60 o más años  <b>Grupos de estudio:</b> G1: Voluntarios G2: No voluntarios	<b>Tipos:</b> Religioso  Político  Educativo  Organizaciones de la tercera edad/relacionadas  Otras como hospitales  <b>Tiempo:</b> 0-200 horas por año, no específica horas por día, semana o mes.  Periodo de un año	No realizaron voluntariado	Tiempo de voluntariado  Dependencia funcional  Salud autoevaluada  Síntomatología depresiva	Cuestionario elaborado exprofeso  Cuestionario elaborado exprofeso. Puntaje: 1-4 A mayor puntaje más deterioro  Cuestionario elaborado exprofeso Puntaje: 1-5 A menor puntaje mejor salud.  Escala CES-D modificada Puntaje: -1.2-4.5. A mayor puntaje más sintomatología	<b>Número de participantes por grupo</b> G1: 945/2,739 (34.5%) G2: 1794/2,739 (65.5%)  <b>Tiempo de voluntariado</b> Horas por año G1: 71.50±70.38  <b>Medidas de Bienestar, generales</b> Dependencia funcional Deterioro severo: 8.8% Moderado: 14.1% Leve: 16.1 % Sin deterioro: 61.0%  Salud autoevaluada: 2.84±1.14  Síntomatología depresiva: 0.03±1.01  <b>No reporta los resultados puntuales por grupo, sin embargo, las pruebas estadísticas sugieren lo siguiente:</b>  Relación positiva significativa

							Voluntariado/Bienestar Dependencia funcional: p<0.01 Salud autoevaluada: <0.01 Síntomatología depresiva: p<0.01
Souza et al. (2011) Brasil [57]	Transversal analítico  Evaluar calidad de vida de ancianos que realizan trabajo voluntario, comparándolos con ancianos que no lo realizan.	<b>N=199</b> <b>Sexo:</b> 171 mujeres 28 hombres  <b>Edad:</b> 60 años o más  <b>Grupos de estudio:</b> G1: Voluntarios G2: No voluntarios	<b>Tipos:</b> Organización al  <b>Tiempo:</b> No específica horas por día, semana o mes.  Periodo mayor a 30 días de ser voluntario	No realizan voluntariado	Voluntariado      Calidad de vida	Ser voluntario miembro de una organización no gubernamental por más de 30 días  WHOQOL-BREF Puntaje: 0-100 A mayor puntaje más calidad de vida.	<b>Número de participantes por grupo</b> G1: 166/199(84%) G2: 33/199 (16%)  <b>Dominios de Calidad de vida</b> Físico: G1: 78.3±14.4 G2: 75.0±13.1  Psicológicos G1: 77.7±12.4 G2: 72.6±09.6 p <0.05 G1 vs. G2  Relaciones sociales: G1: 81.4±14.1 G2: 75.6±14.1 p <0.05 G1 vs. G2  Entorno: G1: 75.9±13.5

							G2: 76.6±13.6  Evaluación global: G1: 81.1±14.7 G2: 75.0±14.9 p <0.05 G1 vs. G2
Krageloh y Shepherd. (2015) Nueva Zelanda [58]	Transversal analítico  Investigar los efectos del voluntariado, los ingresos y la remuneración empleo y religiosidad en la calidad de vida de los neozelandeses de 65 años o más que viven en la comunidad.	<b>N=</b> 399  <b>Sexo:</b> 68% mujeres 32% hombres  <b>Edad:</b> 65 años o más  <b>Grupos de estudio:</b> G1: Voluntarios 1 a 9 horas por semana G2: Voluntarios 10 a 19 horas por semana G3: Voluntarios 20 o más horas por semana G4: No voluntarios	<b>Tipos:</b> Organizaciones  Club de personas mayores  Religioso  <b>Tiempo:</b> 1 a 20 horas o más por semana  No especifica Periodo	No realizaron voluntariado	Tiempo de voluntariado  Calidad de vida	Cuestionario elaborado exprofeso  WHOQOL-BREF (WHOQOL Group 1998) No especifica puntaje máximo o mínimo. A mayor puntaje más calidad de vida.	<b>Número de participantes por grupo</b> G1: 291/399 73% G2: 84/399 21% G3: 24/399 6%  <b>No reporta los resultados puntuales por grupo, sin embargo, las pruebas estadísticas sugieren lo siguiente:</b>  Relación positiva significativa Voluntariado/Calidad de vida, G3 Físico: p <0.5 Psicológico: p <0.01 Ambiental: p <0.05
Mak et al. (2022) Reino Unido	Cohorte  Este estudio buscó	<b>N=</b> 10,989  Cinco oleadas de datos de	<b>Tipos:</b> Organización al  <b>Tiempo:</b>	No realizan voluntariado	Tiempo de voluntariado	Cuestionario elaborado exprofeso	<b>Número de participantes por grupo</b> G1: 2,308/10,989 21% G2: 554/2,308 24%

[59]	examinar la asociación longitudinal entre el voluntariado y la angustia mental y la calidad de vida relacionada con la salud durante un seguimiento de 10 años.	<p>Understanding Society: The UK Household Longitudinal Study (UKHLS)</p> <p><b>Sexo:</b> No especifica porcentaje o número de hombres y mujeres.</p> <p><b>Edad:</b> No especifica el Intervalo de edades o media de edades.</p> <p><b>Grupos de estudio:</b> G1: Muestra completa G2: Nacidos antes de 1945 G3: Baby boomers G4: Gen X G5: Millennials</p>	<p>No especifica horas por día, semana o mes.</p> <p>Periodo de 12 meses</p>		<p>Angustia mental</p> <p>Calidad de vida relacionada con la salud</p>	<p>GHQ-12 (General Health Questionnaire)</p> <p>No especifica puntaje máximo o mínimo. A mayor puntaje más Angustia mental</p> <p>12-Item Short Form Health Survey (SF-12 survey)</p> <p>No especifica puntaje máximo o mínimo. A mayor puntaje más calidad de vida.</p>	<p>G3: 530/2,308 23% G4: 439/2,308 19% G5: 439/2,308 19% Sin especificar: 346/2,308 %15</p> <p><b>Puntajes de Angustia mental por grupo*</b> G1: 1.92±---- G2: 1.83±---- G3: 1.92±---- G4: 1.94±---- G5: 1.95±----</p> <p><b>Puntajes de Calidad de vida por grupo*</b> G1: 3.77±---- G2: 3.61±---- G3: 3.74±---- G4: 3.83±---- G5: 3.85±----</p>
Han et al. (2020)	Cohorte	<b>N=</b> 1,320	<b>Tipos:</b> Religioso	Días que no realizaron	Tiempo de voluntariado	Cuestionario elaborado	<b>Tiempo de voluntariado</b> Total de días de



						puntaje más calidad de vida.	
Liu et al. (2020) China [61]	Transversal analítico  Evaluar la relación entre el voluntariado y las actitudes hacia el envejecimiento de las personas mayores y determinar el papel mediador de la salud.	<b>N=</b> 10,792 Chinese Longitudinal Aging Social Survey (CLASS)  <b>Sexo:</b> 52.2% mujeres 47.8% hombres  <b>Edad:</b> 60 años o más  <b>Grupos:</b> G1: Voluntarios G2: No voluntarios	<b>Tipos:</b> Patrullas comunitarias  Cuidado de otros adultos mayores  Protección de la salud ambiental  Mediar disputas  Servicios de voluntariado que requieren habilidades profesionales  Cuidado de niños  <b>Tiempo:</b> No específica horas por día, semana	No realizaron voluntariado durante el tiempo señalado	Estado y Tiempo de voluntariado  Actitudes hacia el envejecimiento  Salud autoevaluada	Cuestionario elaborado exprofeso  Attitudes to ageing questionnaire (AAQ) Puntaje: 7-25 A mayor puntaje mejores actitudes hacia el envejecimiento  Cuestionario elaborado exprofeso Puntaje: 0-1 Se escoge entre alguna de las categorías	<b>Número de participantes por grupo</b> G1: 2,854/10,792 (26.45%) G2: 7,938/10,792 (73.55%)  <b>Actitudes hacia el envejecimiento, generales</b> 19.41±4.50  <b>Salud autoevaluada, generales</b> Insano: 3,054/10,792 (28.33%) Sano: 7,738/10,792 (71.77%)  <b>Salud física, general</b> Global: 28.99±2.51  <b>Salud mental CESD-10, general</b> Global: 19.86±6.93  <b>No reporta los resultados puntuales por grupo, sin embargo, las pruebas estadísticas</b>

			o mes. Periodo de 3 meses		Salud física	<p>Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADL) Puntaje: 10-30 A mayor puntaje mejor salud física</p>	<p><b>sugieren lo siguiente:</b></p> <p>Relación positiva significativa Voluntariado/Bienestar</p> <p>Salud autoevaluada: p&lt;0.001 Salud física: p&lt;0.001 Salud mental CESD-10: p&lt;0.001</p>
					Salud mental/ depresión	<p>The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale 10-item versión revisada para adultos (CESD-10) Puntaje:10-30 A mayor puntaje más salud mental</p>	
Schwingel	Cohorte	N= 2,716	<b>Tipos:</b>	No realizan	Estado y	Cuestionario	<b>Número de participantes</b>

<p>et al. (2009) Singapur [62]</p>	<p>Comprender las implicaciones para la salud mental de la participación laboral continua o el voluntariado posterior a la jubilación en el contexto de Singapur.</p>	<p>Singapore Longitudinal Ageing Studies (SLAS)</p> <p><b>Sexo:</b> 57% Mujeres 43% Hombres</p> <p><b>Edad:</b> Media de 64 años</p> <p><b>Grupos:</b> G1: No voluntarios y retirados G2: Voluntarios retirados G3: Aun trabajando y no realizan voluntariado</p>	<p>No especifica tipos de voluntariado</p> <p><b>Tiempo:</b> No especifica horas por día, semana o mes.</p> <p>Periodo de 2 años</p>	<p>voluntariado o trabajan</p>	<p>Tiempo de voluntariado</p> <p>Depresión</p> <p>Satisfacción con la vida</p> <p>Bienestar mental positivo</p>	<p>elaborado exprofeso</p> <p>15-item Geriatric Depression Scale (GDS) Puntaje: 0-15 A mayor puntaje más depresión</p> <p>Four-item self-reported Life Satisfaction Scale. Puntaje: 4-20 A mayor puntaje más Satisfacción con la vida</p> <p>Medical Outcomes Study 12-item short form (MCS-SF12) Puntaje: 1-10 A mayor</p>	<p><b>por grupo</b> G1: 2,111/2,716 (77.7%) G2: 283/2,716 (10.4%) G3: 322/2,716 (11.9%)</p> <p><b>Depresión</b> G1: 3.17±0.11 G2: 2.68±0.18 G3: 2.76±0.18 p &lt;0.01 G2 vs. G1</p> <p><b>Satisfacción con la vida</b> G1: 14.9±0.10 G2: 15.6±0.16 G3: 15.4±0.15 p &lt;0.001 G2 vs. G1</p> <p><b>Bienestar mental positivo</b> G1: 51.4±0.35 G2: 52.5±0.57 G3: 52.2±0.55 p &lt;0.05 G2 vs. G1</p>
------------------------------------	---	---	--	--------------------------------	---	---	--

						puntaje Más salud	
Huang (2018) Taiwán [63]	Cohorte  Examinar si y cómo el voluntariado está asociado con el bienestar de las personas mayores en las sociedades asiáticas que envejecen rápidamente.	<b>N=3,767</b>  World Values Survey (WVS) de 2011 a 2012  <b>Sexo:</b> 54% mujeres 46% hombres  <b>Edad:</b> 45 a más años  <b>Grupos de estudio:</b> G1: Voluntariado activo G2: Voluntariado inactivo	<b>Tipos:</b> Religioso  Educativo  Profesional  Autoayuda o ayuda mutua  Consumidor  Recreativo  Ambiental  Político  Sindicato  Humanitario  <b>Tiempo:</b> No específica horas por día, semana o mes.  Periodo de 1 año	No realizan voluntariado	Estado y tiempo de voluntariado    Indicadores de bienestar	Cuestionario elaborado exprofeso   Cuestionario elaborado exprofeso. Satisfacción con la vida 1- 10 A mayor puntaje más satisfacción con la vida  Felicidad 1-4 A mayor puntaje más felicidad  Estado de salud 1-4 A mayor puntaje mejor estado de salud  Dominio de la vida 1-10 A mayor	<b>Número de participantes por grupo</b> G1: 2,336/3,767 (62%) G2: 1,431/3,767 (38%)  <b>Indicadores de bienestar para G1</b> Satisfacción con la vida: 6.891±1.962 Felicidad: 3.186±.6360 Estado de salud: 2.720±.7974 Dominio de la vida: 6.526±2.107  <b>No reporta los resultados de G2, sin embargo, las pruebas estadísticas sugieren lo siguiente:</b> Relación positiva significativa Voluntariado/Bienestar  Satisfacción con la vida: p< 0.01 Felicidad: p< 0.01 Estado de salud: p<0.05 Dominio de la vida: p<0.05

						puntaje más dominio de la vida	
Klinedinst y Resnick (2016). Estados Unidos [64]	<p>Cuasiexperimental</p> <p>Establecer la factibilidad del Programa VIP basado sobre la fidelidad del tratamiento y evaluar la eficacia preliminar mediante mejora en la salud psicológica y disminución de la actividad sedentaria a los 3 y 6 meses.</p>	<p><b>N=</b> 10</p> <p><b>Edad:</b> 65 a más años</p> <p><b>Sexo:</b> 8 mujeres 2 hombres</p> <p><b>Grupos de estudio:</b> 1 solo grupo</p>	<p><b>Tipos:</b></p> <p>Organizaciones comunitarias</p> <p><b>Tiempo:</b> No específica horas por día, semana o mes.</p> <p>Periodo de 3 y 6 meses.</p>	Resultado base de los instrumentos	<p>Tiempo de voluntariado</p> <p>Sintomatología depresiva</p> <p>Satisfacción con la vida</p> <p>Propósito en</p>	<p>Asistencia al programa de voluntariado</p> <p>The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) Puntaje: 0-27 A mayor puntaje más sintomatología depresiva</p> <p>AL Resident Life Satisfaction Tool. Puntaje: 0-27 A mayor puntaje más satisfacción con la vida</p> <p>Purpose in</p>	<p><b>Tiempo de voluntariado</b> Promedio de días de voluntariado por semana 4/10 (40%) &lt;2 días 6/10 (40%) 2-3</p> <p><b>Sintomatología depresiva</b> Base: 5.60±7.57 3 meses: 2.70±2.91 6 meses: 3.40±3.78</p> <p><b>Satisfacción con la vida</b> Base: 16.20±4.89 3 meses: 15.60±5.73 6 meses: 17.20±5.63</p> <p><b>Propósito en la vida</b> Base: 32.90±5.70 3 meses: 35.30±3.74 6 meses: 34.90±6.45</p>

					la vida	Life Scale derivada de la escala de Ryff No especifica puntaje máximo o mínimo. A mayor puntaje más propósito en la vida	
Yuen (2003) Estados Unidos [65]	Cuasiexperimental  Evaluar el impacto de la participación en una actividad altruista en ancianos institucionalizados.	<b>N=18</b> <b>Sexo:</b> 14 mujeres 4 hombres <b>Edad:</b> media de 77 años <b>Grupos:</b> G1:Grupo de tutoría G2:Grupo control	<b>Tipos:</b> Tutoría <b>Tiempo:</b> 1 hora por semana  Periodo de 3 semanas	No realizaron tutorías u otra actividad relacionada.	Tiempo de voluntariado  Satisfacción con la vida	Hora de tutoría  The Life Satisfaction Index (LSI-A) Puntaje: 0-20 A mayor puntaje más satisfacción con la vida	<b>Número de participantes por grupo.</b> G1: 9/18 (50%) G2: 9/18 (50%)  <b>Satisfacción con la vida</b> Pre-intervención G1: 13.7±2.6 G2: 11.4±4.5  Post intervención G1: 14.9±2.1 G2: 10.8±4.3

\*Datos faltantes de desviación estándar.

\*\*Datos faltantes de participantes por grupo.

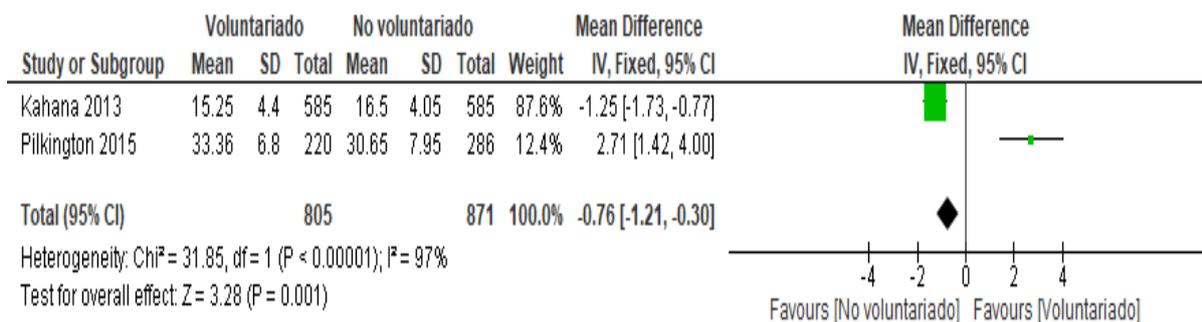
### VI.3. Análisis cuantitativo (metaanálisis)

Como se observó en el análisis cualitativo, una gran heterogeneidad en la medición y recolección de datos correspondientes al tiempo de voluntariado y las dimensiones del bienestar. Solo fue posible incluir dos trabajos en el metaanálisis: los estudios realizados por Pilkington et al. (2015) y Kahana et al. (2013) [46,42], en donde se utilizaron los mismos instrumentos para evaluar el bienestar subjetivo (con escalas similares), además de que el registro de tiempo permitió convertir las horas por año a horas por semana, estableciendo como referencia un tiempo igual o menor de 7 horas por semana en un periodo de un año. Este análisis cuantitativo se realizó con el fin de explorar la relación entre las variables utilizando diferentes tipos de estudio.

Los artículos analizados fueron de tipo transversal analítico [46] y cohorte [42], se tomaron en cuenta los resultados de la escala de afecto positivo y negativo (PANAS), y de la escala de satisfacción con la vida (SWLS), además se multiplicaron por cinco las puntuaciones del trabajo de Kahana et al. (2013), debido a que los autores señalan que las puntuaciones originales fueron divididas. Asimismo, para el análisis se consideraron ambas olas de la investigación de tipo cohorte, los grupos de cero horas y el grupo menor o igual a cero horas. Con estas precisiones se realizó un *forest plot* para cada escala con el fin de evaluar el efecto del tiempo de voluntariado en el bienestar subjetivo.

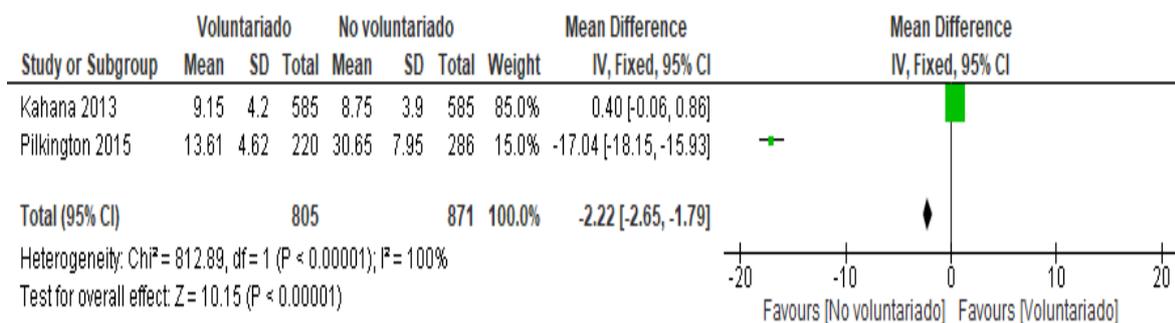
#### VI.3.1. Tiempo de voluntariado, afecto positivo y afecto negativo.

El tamaño global de la muestra fue de 1,676 participantes, de los cuales 805 realizaron siete o menos horas de voluntariado por un año y 871 fueron la medición base [42] o no realizaron voluntariado durante el periodo de tiempo [46]. La heterogeneidad fue alta de  $I^2=97%$  ( $p < 0.00001$ ), se encontró una disminución estadísticamente significativa en el puntaje del afecto positivo en el grupo que no practicaba voluntariado  $-0.76$  [IC95%  $-1.21, -0.30$   $p < 0.001$ ] (Figura VI.). Sin embargo, debido a las discrepancias que presenta el gráfico y por el tipo de estudios, el resultado no es concluyente.



**Figura VI.4.** Relación del voluntariado con el afecto positivo

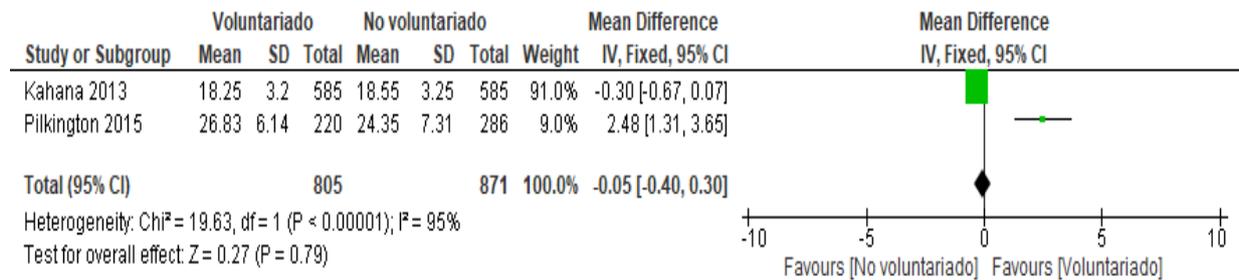
Por otro lado, se encontró una disminución estadísticamente significativa en el puntaje del afecto negativo relativo al bienestar en el grupo que no realizaba voluntariado con una alta heterogeneidad de  $I^2=100\%$  ( $p < 0.00001$ ), con efecto de  $-2.22$  [IC95%  $-2.65, -1.79, p < 0.01$ ] (Figura VI. 5). Igualmente, debido a falta de homogeneidad metodológica de los estudios (un estudio de cohorte y otro trasversal analítico), los resultados deben ser interpretados con cautela.



**Figura VI.5.** Relación del voluntariado con el afecto negativo.

### VI.3.2. Tiempo de voluntariado y satisfacción con la vida.

Respecto al tiempo de voluntariado y satisfacción con la vida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en los obtenidos puntajes del SWLS:  $-0.05$  [IC95%  $-0.40, 0.30$   $p > 0.05$ ] (Figura 6). Al igual que los análisis anteriores el resultado no es concluyente por las mismas razones metodológicas señaladas.



**Figura VI.6.** Relación del voluntariado con la satisfacción con la vida

## VII. Discusión

Desde la perspectiva del envejecimiento saludable y productivo, envejecer de manera dinámica y exitosa debería implicar sentirse socialmente productivo en lugar de económicamente productivo. Es importante que las personas mayores se sientan útiles a la sociedad y que la sociedad se beneficie de sus conocimientos y experiencias acumuladas a lo largo de su vida. Para lograrlo, es necesario cambiar la forma en que se les considera y reconocer su valor como miembros productivos y valiosos de la comunidad en la que viven. Sin embargo, el estereotipo de que las personas mayores son pasivas y vulnerables ha llevado a que muchas de ellas limiten sus expectativas para su vejez [66,18]. Frente al proceso de envejecimiento poblacional mundial, es necesario considerar a las personas mayores como miembros activos y productivos de la sociedad en general, no sólo en términos económicos, sino también en términos de su contribución social y los beneficios propios que obtienen de está.

En el presente trabajo se realizó una síntesis del conocimiento a través de una revisión sistemática y metaanálisis, sobre la relación del tiempo dedicado al voluntariado y tipo de voluntariado con el bienestar en personas en proceso de envejecimiento. Encontrando que, el voluntariado, al ser una actividad que requiere de la dedicación en actividades de ayuda social sin fines de lucro, puede ser una buena opción para evaluar su influencia en múltiples aspectos de la vida y salud de las personas, como el bienestar, calidad de vida y satisfacción con la vida [22]. Si bien existen revisiones sistemáticas acerca del tiempo de voluntariado y bienestar, éstas se han enfocado en la calidad de vida y en personas a partir de cincuenta años [35], por ello el interés de la presente revisión sistemática y metaanálisis fue identificar los tiempos necesarios para que el voluntariado tenga influencia sobre el bienestar y sus dimensiones [36].

La muestra total de 27 artículos estuvo integrada por 190,478 participantes de los cuales fue posible estimar la participación de 439 adultos menores de 45 años, la mayoría de los artículos fueron de origen estadounidense con un total de 14, seguido de Reino Unido con 5, poniendo en evidencia la falta de investigación en Latinoamérica sobre la combinación de ambas variables donde un artículo de Brasil fue escogido para esta revisión sistemática. En este sentido, es evidente la necesidad

de promover el voluntariado en México como una alternativa generativa para lograr un envejecimiento saludable.

Así mismo, en los artículos que compararon grupos de diferentes edades, se encontró que las personas de más de 45 años obtienen mayor beneficio en su bienestar que aquellas por debajo de esta edad [43,59], lo que podría convertir al voluntariado en una actividad viable para el envejecimiento saludable. Por lo tanto, se recomienda realizar investigaciones enfocadas a los beneficios del voluntariado en diferentes grupos generacionales para fortalecer o confrontar estos hallazgos. Los resultados del análisis concuerdan con que el voluntariado produce diversos beneficios, donde parece más probable que se presente una mayor satisfacción vital en adultos más activos (incluidos de la misma edad) que en otros grupos de edad [33].

De los 27 artículos incluidos en la revisión final, 16 se centraban en evaluar el bienestar subjetivo [39,42,46,48,49,52-55,57-62,65], 7 sobre el Bienestar psicológico [40,41,43,45,47,51,56] y 4 que evaluaron tanto BS y BP [44,50,63,64]. Con esto se reafirmó el indicio de la prevalente tendencia por estudiar el bienestar subjetivo, debido a la facilidad de evaluarlo, en función de la posibilidad de que las personas ya hayan realizado con anterioridad una valoración subjetiva de sus vidas, basándose en sus estándares para determinar qué es bienestar y qué no [25].

Los estudios revisados muestran que se presta más atención al voluntariado formal en comparación con el informal. Por lo tanto, para una comprensión completa del impacto del voluntariado, es esencial llevar a cabo más investigaciones centradas en el voluntariado informal y sus diversas actividades.

De igual manera, se encontró que los tipos de voluntariado más comunes son: participación en organizaciones locales, nacionales, internacionales o caritativas; los relacionados con la educación en escuelas, el voluntariado religioso y voluntariado relacionado a la salud a nivel comunitario y en los hospitales. Por lo tanto, se recomienda la elaboración de investigaciones sobre las motivaciones y beneficios obtenidos por aquellos que realizan estos trabajos de voluntariado para tener una comprensión más profunda de su impacto en la salud y sociedad.

No fue posible someter al análisis cuantitativo al tipo de voluntariado informal y bienestar, debido a que no se incluyó en esta revisión al menos un artículo donde

se mida solamente el voluntariado informal y el bienestar. Se puede señalar que, en los estudios individuales, el voluntariado informal ha mostrado una influencia positiva sobre las dimensiones del bienestar de los participantes.

Por otra parte, es relevante destacar la falta de consenso en la utilización de instrumentos para medir el bienestar. Algunos cuestionarios son elaborados específicamente para un estudio o evaluación particular y carecen de validez general. Por lo tanto, se recomienda emplear instrumentos confiables que sean utilizados tanto en la investigación como en la práctica profesional, como la Escala de Satisfacción de Vida de Diener, la escala PANAS o la Escala CASP-12.

De igual manera, uno de los instrumentos ampliamente utilizados para evaluar el bienestar es el "*Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D)*", que se enfoca en evaluar la sintomatología depresiva. Un puntaje bajo en este instrumento se interpreta como la ausencia de depresión y, por ende, un mayor nivel de bienestar en los artículos seleccionados. Esto plantea las siguientes preguntas: ¿Cuál es la relación entre el bienestar y la depresión? ¿Se puede considerar la ausencia de síntomas depresivos como indicador de bienestar?

Por otro lado, es importante señalar los resultados inconsistentes en cuanto al tiempo de voluntariado y su relación sobre el bienestar debido a la heterogeneidad de las mediciones. Por ejemplo, se encontró que quienes realizan voluntariado desde 1 hora a la semana durante un periodo de 3 semanas, o por 8 días sin registro de tiempo, tienen una mejor satisfacción con la vida que aquellos que no lo realizan durante ese periodo de tiempo [60,65], pero los resultados no pueden ser generalizados al no ser comparables debido a los instrumentos utilizados no son los mismos.

De igual manera, se encontró que realizar voluntariado más de 100 horas al año se asocia con beneficios al bienestar, su impacto sobre el bienestar se puede observar en quienes distribuyen estas 100 horas en 2 a 3 horas por semana [56]. Asimismo, se ha observado que realizar voluntariado por más de 10 horas por mes, no tiene ningún efecto positivo a largo plazo en el bienestar psicológico [40]; y quienes realizan más de 100 horas al año obtienen los mismos beneficios de los que realizan menos de 100 horas de voluntariado por año [41,45], por lo tanto, los resultados nuevamente no son definitivos.

Cabe destacar la necesidad de hacer ajustes a los resultados reportados por los dos artículos del metaanálisis: tomando como referencia un tiempo de voluntariado igual o menor a 7 horas por semana durante el periodo de un año, ambos artículos [46,42] presentaban una media mayor a dos horas semanales (más de 100 horas al año). Es necesario señalar la heterogeneidad entre ambos artículos, principalmente el tipo de estudio (transversal analítico y cohorte), la diferencia de edad de los participantes igualmente es notoria siendo Kahana et al. (2013) quien tiene la muestra con mayor edad (72-98 años) mientras que en Pilkington et al. (2015) es a partir de los 55 años, al igual la cantidad de participantes no es proporcional. Debido a esto, los resultados fueron discrepantes, principalmente por el tipo de estudios utilizado y los ajustes realizados para lograr su comparabilidad. Se recomienda revisar investigaciones del mismo tipo, con tiempos similares o mayores de voluntariado por semana, utilizando los mismos instrumentos de medición y sin alterar el puntaje de estos.

En resumen, no se puede confirmar si realizar aproximadamente 2 horas de voluntariado por semana durante periodos de un año tiene beneficios en el afecto positivo, afecto negativo o satisfacción con la vida, los resultados obtenidos por el metaanálisis no pueden ser tomados en cuenta más allá de referencia y se requiere realizar investigaciones homogéneas para llegar a conclusiones precisas sobre la relación entre las variables.

La presente revisión sistemática pone en evidencia la creciente necesidad de abordar con mayor rigor científico las posibles ocupaciones donde las personas no solo evitan las enfermedades, sino también buscan mejorar sus capacidades. También se hace énfasis en fortalecer las cualidades positivas y procurar el bienestar en las personas en proceso de envejecimiento y población general [67], a través del voluntariado como una opción para la mejora tanto individual como colectiva.

Los artículos que omitieron resultados como son la desviación estándar, el número de participantes y las puntuaciones obtenidas por grupo, fueron incluidos en la revisión final debido a que los datos cuantitativos reportados proporcionan la posible relación entre el tiempo de voluntariado y las dimensiones del bienestar.

## VII.1 Limitaciones

Es importante señalar que, en el análisis cualitativo, algunos de los estudios de cohorte y transversales no reportaban los datos de su fuente principal de información, como son los resultados (puntajes) completos por instrumento y grupo. Se intentó contactar con los autores y editores de las revistas para obtener esta información, pero no se obtuvo respuesta. Estos estudios fueron incluidos en la revisión final por sus resultados de análisis y evidenciar la omisión para futuros trabajos.

Como se mencionó, los tiempos encontrados fueron variados debido a que no existe una manera única de registrar en horas el voluntariado por semana, mes o año, siendo este un obstáculo al momento de intentar someter a un metaanálisis los resultados y resaltando la necesidad del desarrollo de un formato para el registro del voluntariado para futuras investigaciones. Al igual, los múltiples instrumentos para medir las dimensiones del bienestar presentaron una limitante para poder obtener resultados concretos.

Particularmente, el análisis cuantitativo presentó diversas limitaciones, el tipo de estudio es diferente siendo transversal analítico [46] y cohorte [42], lo que da una muestra diferente tanto en número de participantes, la diferencia de edades de ambas muestras. Los tiempos de voluntariado tampoco son del todo equivalentes debido a que se tuvieron que dividir entre 52 para obtener un estimado de horas por semana, igualmente las puntuaciones tuvieron que ser multiplicadas para un artículo [42] a mención de los autores.

## VII.2 Implicaciones para el envejecimiento saludable

Esta revisión sistemática y metaanálisis pone en evidencia la posible influencia positiva del tiempo de voluntario formal sobre el bienestar en personas de 45 años o más, lo cual convierte al voluntariado en opción a incluir en el proceso de envejecimiento saludable por parte de miembros de instituciones educativas y organizaciones locales, nacionales o internacionales.

## VII.3 Implicaciones en la investigación

La revisión sistemática y metaanálisis prueba la posible influencia del tiempo y tipo de voluntariado sobre el bienestar en personas de 45 años o más, sin embargo, es evidente la gran heterogeneidad en cuanto a los criterios para evaluar el tiempo y características de voluntariado, por lo que no es posible llegar a conclusiones confiables, por lo que es conveniente convocar a un consenso de los investigadores interesados en el tema para establecer los lineamientos que permitan homogeneizar las variables e instrumentos de medición para poder evaluar el impacto de los tipos y tiempo de voluntariado en diferentes contextos

#### VII.4 Conflictos de interés

Ninguno declarado.

## VIII. Conclusiones

Con base en lo anterior se concluye que:

- Realizar voluntariado desde 1 hora semanal en un periodo de tres semanas puede influenciar de manera positiva la satisfacción con la vida, la calidad de vida, salud física y mental, pero al ser resultados de estudios individuales y variados en las formas de registro y evaluación, estos no son definitivos.
- Los resultados del análisis cuantitativo al ser discrepantes pueden ser tomados como referencia para promover la homogeneidad de las mediciones y diseños de investigación.
- No se encontró evidencia suficiente para determinar si realizar voluntariado por más de 100 horas al año tiene mayor influencia en el bienestar que realizar menos de 100 horas al año, debido a que los resultados encontrados no son comparables a través del análisis cuantitativo.
- Debido a la heterogeneidad presentada en los 27 estudios seleccionados para el análisis, se resalta la necesidad de generar una forma estandarizada para recolectar el tiempo y tipo del voluntariado, al igual que las dimensiones del bienestar.
- Aparentemente, la edad influye en los beneficios que proporciona el voluntariado, siendo las personas de 45 años o más quienes obtienen mejores resultados positivos que poblaciones más jóvenes.
- Se plantea que el estudio del voluntariado formal predomina en el campo de investigación, como se mostró los 22 artículos incluidos en la revisión.
- Es necesario abordar de forma conjunta estas variables en población mexicana y latina, principalmente porque solo un artículo de origen brasileño cumplió con criterios para ser incluido en esta revisión.

## IX. Referencias

1. Chalmers I, Hedges LV, Cooper H. A Brief History of Research Synthesis. *Eval Health Prof.* 2002;25(1):12-37. 10.1177/0163278702025001003
2. Ferreira González I, Urrútia G, Alonso-Coello P. Revisiones sistemáticas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Rev Esp Cardiol.* 2011 ;64(8):688-696. 10.1016/j.recesp.2011.03.029.
3. Beltrán ÓA. Revisiones sistemáticas de la literatura. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2005;20(1):60-69. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337729264009>.
4. Letelier LM, Manríquez JJ, Rada G. Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia? *Rev Méd Chile.* 2005;133(2):246-249. 10.4067/S0034-98872005000200015.
5. Arévalo RA, Ortuño G, Arévalo DE. Revisiones sistemáticas (1). *Rev Méd La Paz.* 2010;16(2):69-80. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582010000200012&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000200012&lng=es).
6. Moreno B, Muñoz M, Cuellar J, Domancic S, Villanueva J. Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral.* 2018;11(3):184-186. 10.4067/S0719-01072018000300184.
7. Urrútia G, Bonfil X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica.* 2010;135(11):507-511. doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015.
8. Fau C, Nabzo S. Metaanálisis: bases conceptuales, análisis e interpretación estadística. *Rev Mex Oftalmol.* 2020;94(6):260-273. 10.24875/rmo.m20000134.
9. Botella J, Zamora Á. El meta-análisis: una metodología para la investigación en educación [Meta-analysis: a methodology for research in education]. *Educación XX1.* 2017;20(2):17-38. 10.5944/educXX1.18241.

10. Bolaños-Díaz R, Calderón-Cahua M. Introducción al meta-análisis tradicional. *Rev Gastroenterol Peru*. 2014;34(1):45-51. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292014000100007&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292014000100007&lng=es).
11. Arronte-Rosales A, Beltrán-Castillo N, Correa-Muñoz E, Martínez-Maldonado M, Mendoza-Núñez VM, Rosado-Pérez J, et al. Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad. 2da ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2008.
12. Mendoza-Núñez VM, Vivaldo-Martínez M, Martínez-Maldonado ML. Modelo comunitario de envejecimiento saludable enmarcado en la resiliencia y la generatividad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2018;56.
13. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1)
14. Lombardo E. Psicología positiva y psicología de la vejez. Intersecciones teóricas. *PSICODEBATE*. 2013;130:47-0. <https://doi.org/10.18682/pd.v13i0.361>
15. Belando-Montoro M. Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. Una visión desde el ámbito educativo. En: Álvarez L, Evans J (eds.). *Actas del Foro Internacional Comunicación e Persoas Maiores*. Santiago de Compostela: Colegio Oficial de Xornalistas de Galicia; 2007. p. 77-94.
16. Sevilla-Caro M, Salgado-Soto MD, Osuna-Millán ND. Envejecimiento activo. Las TIC en la vida del adulto mayor. *RIDE Rev Iberoam Investig Desarro Educ*. 2015;6(11). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=498150319034>
17. Oddone MJ. Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo. *Informes Envejecimiento en red*. 2013;(4). Disponible en:

<https://www.envejecimientoenred.es/informes/antecedentes-teoricos-del-envejecimiento-activo/>

18. Mendoza-Núñez VM. Envejecimiento humano: Un marco conceptual para la intervención comunitaria. En: Martínez-Maldonado M, Mendoza-Núñez VM, editor. Promoción de la salud de la mujer adulta mayor. México: Instituto Nacional de Geriátría; 2015. 13-40.
19. Jeste DV, Depp CA, Vahia IV. Successful cognitive and emotional aging. *World Psychiatry*. 2010;9(2):78-84. 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00277.x.
20. Rowe JW, Kahn RL. Successful Aging. *The Gerontologist*. 1997;37(4):433-440. 10.1093/geront/37.4.433.
21. Triadó-Tur C. Envejecimiento activo, generatividad y aprendizaje / Active ageing, generativity and learning. *AULA\_ABIERTA*. 2018;47(1):63-6. Disponible en: <https://reunido.uniovi.es/index.php/AA/article/view/12637>.
22. Miralles I. Vejez productiva: El reconocimiento de las personas mayores como un recurso indispensable en la sociedad. *KAIROS. Revista de Temas Sociales*. 2010;14(26):[sin paginación]. Disponible en: <http://www.revistakairos.org>.
23. Ossa-Ramirez JF, Gonzáles-Velásquez EG, Rebelo-Quirama LE, Pamplona-González JD. Los conceptos de bienestar y satisfacción. Una revisión del tema. *Revista Guillermo de Ockham*. 2005; 3(1): 27-59.
24. Riverón-Hernández K, Jock-Hung G. Sociedad y persona adulta mayor, significados para percibir el bienestar subjetivo. *Rev Cienc Soc*. 2013;0(141):87–95.
25. Diener E. Subjective Well-Being. *Psychol Bull*. 1984;95(3):542-575.
26. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, Dierendonck V. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 2006;18(3):572-577. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718337>.

27. Diener E, Lucas RE, Oishi S. Subjective Well-Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction. En: Snyder CR, Lopez SJ, editores. Handbook of Positive Psychology. UK: Oxford University Press; 2002. p. 63-73
28. Ryff CD. Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. J Pers Soc Psychol. 1989;57(6):1069-1081. 10.1037/0022-3514.57.6.1069.
29. Vielma-Rangel J, Alonso L. El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. Educere. 2010;14(49):265-275. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35617102003>.
30. González AL. Calidad de vida en el adulto mayor. En: Gutiérrez LM, Gutiérrez JH, editors. Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria. México: Instituto Nacional de Geriátría; 2010. p. 365-378. Available from: [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/envejecimiento\\_humano.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/envejecimiento_humano.pdf).
31. Nava-Galan G. La calidad de vida: Análisis multidimensional. Enf Neurol (Mex). 2012;11(3): 129-137.
32. United Nations Volunteers. State of the World's Volunteerism Report 2011. Universal Values for Global Well-Being. New York, NY: United Nations Available at: [www.unv.org/publications/2011-state-world's-volunteerism-report-universal-values-global-well-being](http://www.unv.org/publications/2011-state-world's-volunteerism-report-universal-values-global-well-being).
33. Rodríguez J, Agulló MS, Agulló E. Voluntariado de mayores: ejemplo de envejecimiento participativo y satisfactorio. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. 2002; (45):107-128. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27404509>
34. Paniagua-Fernández RO. En el marco del envejecimiento activo: el voluntariado y la formación permanente de las personas mayores. Miscelánea Comillas. 2014;72 (140-141): 257-278.

35. Milbourn B, Saraswati J, Buchanan A. The relationship between time spent in volunteering activities and quality of life in adults over the age of 50 years: A systematic review. *BJOT's*. 2018; 81(11): 613–623.  
<https://doi.org/10.1177/0308022618777219>
36. Jenkinson CE, Dickens AP, Jones K, Thompson-Coon J, Taylor R, Rogers M, *et al*. Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health*. 2013; 13 (773). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-773>
37. Cattan M, Hogg E, Hardill I. Improving quality of life in ageing populations: What can volunteering do?. *Maturitas*. 2011; 70 (4).  
10.1016/j.maturitas.2011.08.010
38. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, *et al*. La declaración PRISMA 2020: una directriz actualizada para la presentación de exámenes sistemáticos. *BMJ*. 2021;372:n71.  
10.1136/bmj.n71
39. Connolly S, O'shea E. The Perceived Benefits of Participating in Voluntary Activities Among Older People: Do They Differ by Volunteer Characteristics?. *Act Adapt Aging*. 2015;39(2):95-108. 10.1080/01924788.2015.1024075.
40. Choi NG, Kim J. The effect of time volunteering and charitable donations in later life on psychological wellbeing. *Ageing Soc*. 2011;31:590-610.  
10.1017/S0144686X10001224.
41. Hao Y. Productive activities and psychological well-being among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2008;63(2):S64-72.  
10.1093/geronb/63.2.s64.
42. Kahana E, Bhatta T, Lovegreen LD, Kahana B, Midlarsky E. Altruism, helping, and volunteering: Pathways to well-being in late life. *J Aging Health*. 2013;25(1):159-187. 10.1177/0898264312469665.

43. Van Willigen M. Differential benefits of volunteering across the life course. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2000;55(5):S308-318.  
10.1093/geronb/55.5.s308.
44. Tang F, Choi E, Morrow-Howell N. Organizational support and volunteering benefits for older adults. *Gerontologist.* 2010;50(5):603-612.  
10.1093/geront/gnq020.
45. Lum T, Lightfoot E. The effects of volunteering on the physical and mental health of older people. *Res Aging.* 2005;27(1):31-55.
46. Pilkington P, Windsor T, Crisp D. Volunteering and subjective well-being in midlife and older adults: The role of supportive social networks. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2012;67(2):249-260. 10.1093/geronb/gbr154.
47. Rook K, Sorkin D. Fostering social ties through a volunteer role: Implications for older adults' psychological health. *Int J Aging Hum Dev.* 2003;57(4):313-337.
48. Appau S, Churchill SA. Charity Volunteering Type and Subjective Wellbeing. *Voluntas.* 2019;30:1118-1132. 10.1007/s11266-018-0009-8.
49. Nazroo J, Matthews K. The impact of volunteering on well-being in later life. A report to WRVS. Cardiff, UK: WRVS; 2012. Disponible en:  
<https://plataformavoluntariado.org/wp-content/uploads/2018/10/the-impact-of-volunteering-on-well-being-in-later-life.pdf>.
50. Luoh M, Herzog A. Individual consequences of volunteer and paid work in old age. *J Health Soc Behav.* 2002;43(4):490-509. 10.2307/3090239.
51. Matz-Costa C, Besen E, Boone JJ, Pitt-Catsoupes M. Differential impact of multiple levels of productive activity engagement on psychological well-being in middle and later life. *Gerontologist.* 2014;54(2):277-289.  
10.1093/geront/gns148.

52. Shmotkin D, Blumstein T, Modan B. Beyond keeping active: concomitants of being a volunteer in old-old age. *Psychol Aging*. 2003;18(3):602-607. 10.1037/0882-7974.18.3.602.
53. Morawski L, Okulicz-Kozaryn A, Strzelecka M. Elderly Volunteering in Europe: The Relationship Between Volunteering and Quality of Life Depends on Volunteering Rates. *Voluntas*. 2022;33:256-268. 10.1007/s11266-020-00267-w.
54. Binder M, Freytag A. Volunteering, subjective well-being and public policy. *J Econ Psychol*. 2013;34:97-119. 10.1016/j.joep.2012.11.008.
55. Borgonovi F. Doing well by doing good. The relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. *Soc Sci Med*. 2008;66(11):2321-2334. 10.1016/j.socscimed.2008.01.011.
56. Morrow-Howell N, Hinterlong J, Rozario PA, Tang F. Effects of volunteering on the well-being of older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003;58(3):S137-S145. 10.1093/geronb/58.3.s137
57. Souza LM, Lautert L, Hilleshein EF. Qualidade de vida e trabalho voluntário em idosos/ Quality of life and voluntary work among the elderly/ Calidad de vida y trabajo voluntario en ancianos. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011;45(3):665-671. 10.1590/S0080-62342011000300017.
58. Krageloh CU, Shepherd GS. Quality of Life of Community-Dwelling Retirement-Aged New Zealanders: The Effects of Volunteering, Income, and Being Part of a Religious Community. *Voluntas*. 2015;26(6):2462-2478. 10.1007/s11266-014-9524-4.
59. Mak HW, Coulter R, Fancourt D. Relationships between Volunteering, Neighbourhood Deprivation and Mental Wellbeing across Four British Birth Cohorts: Evidence from 10 Years of the UK Household Longitudinal Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1531. 10.3390/ijerph19031531.
60. Han SH, Kim K, Burr JA. Stress-Buffering Effects of Volunteering on Daily Well-Being: Evidence From the National Study of Daily Experiences. *J*

Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2020;75(8):1731-1740.  
10.1093/geronb/gbz052.

61. Liu Y, Duan Y, Xu L. Volunteer service and positive attitudes toward aging among Chinese older adults: The mediating role of health. *Soc Sci Med.* 2020;265:113535. 10.1016/j.socscimed.2020.113535.
62. Schwingel A, Niti MM, Tang C, Ng TP. Continued work employment and volunteerism and mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies. *Age Ageing.* 2009;38(5):531-537. 10.1093/ageing/afp089.
63. Huang LH. Well-being and volunteering: Evidence from aging societies in Asia. *Soc Sci Med.* 2018;216:50-57. 10.1016/j.socscimed.2018.09.004.
64. Klinedinst NJ, Resnick B. The Volunteering-in-Place (VIP) Program: Providing meaningful volunteer activity to residents in assisted living with mild cognitive impairment. *Geriatr Nurs.* 2016 ;37(3):221-227.  
10.1016/j.gerinurse.2016.02.012.
65. Yuen HK. Impact of an altruistic activity on life satisfaction in institutionalized elders: A pilot study. *Phys Occup Ther Geriatr.* 2003;20(3-4):125-135.  
10.1080/J148v20n03\_08.
66. Valarezo Garcia CL. Adulto mayor: Desde una vejez "biológica-social" hacia un "nuevo" envejecimiento productivo. *Maskana.* 2016;7(2):29-41.  
<https://doi.org/10.18537/mskn.07.02.03>.
67. Gancedo M. Historia de la Psicología Positiva. En: Casullo MM, editor. *Prácticas en Psicología Positiva.* Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008. p. 11-38.

## **X. ANEXOS**

## Anexo 1 Lineamientos PRISMA

Sección y Tema	artículo #	Elemento de lista de verificación	Ubicación donde se reporta el artículo
<b>título</b>			
título	1	Identificar el informe como una revisión sistemática.	Portada
<b>abstracto</b>			
abstracto	2	Consulte la lista de comprobación PRISMA 2020 for Abstracts.	6
<b>Introducción</b>			
fundamento	3	Describir la razón de la revisión en el contexto de los conocimientos existentes.	8
Objetivos	4	Proporcionar una declaración explícita de los objetivos o preguntas que las direcciones de revisión.	43
<b>métodos</b>			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión para la revisión y cómo se agruparon los estudios para las síntesis.	44
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencia y otras fuentes buscadas o consultadas para identificar estudios. Especifique la fecha en la que se buscó o consultó por última vez cada origen.	46
Estrategia de búsqueda	7	Presentar las estrategias de búsqueda completas para todas las bases de datos, registros y sitios web, incluidos los filtros y límites utilizados.	45
Proceso de selección	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumplió los criterios de inclusión de la revisión, incluidos cuántos revisores examinaron cada registro y cada informe recuperado, si trabajaron de forma independiente y, si corresponde, detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	47
Proceso de recopilación de datos	9	Especifique los métodos utilizados para recopilar datos de informes, incluidos cuántos revisores recopilaron datos de cada informe, si trabajaron de forma independiente, cualquier proceso para obtener o confirmar datos de investigadores del estudio y, en su caso, detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	46-47
Elementos de datos	10a	Enumere y defina todos los resultados para los que se buscaron datos. Especifique si se buscaron todos los resultados compatibles con cada dominio final de cada estudio (por ejemplo, para todas las medidas, puntos de tiempo, análisis) y, si no, los métodos utilizados para decidir qué resultados recopilar.	46
	10b	Enumere y defina todas las demás variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, características de participación e intervención, fuentes de financiación). Describir cualquier suposición hecha sobre cualquier información que falte o no esté clara.	
Estudiar el riesgo de evaluación de	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos, incluidos los detalles de las herramientas utilizadas, cuántos revisores evaluaron cada estudio y si trabajaron de forma independiente y, en su caso,	47

Sección y Tema	artículo #	Elemento de lista de verificación	Ubicación donde se reporta el artículo
sesgos		detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	
Medidas de efecto	12	Especifique para cada resultado las medidas de efecto (por ejemplo, relación de riesgo, diferencia media) utilizadas en la síntesis o presentación de resultados.	
Métodos de síntesis	13a	Describir los procesos utilizados para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis (por ejemplo, tabular las características de intervención del estudio y comparar con los grupos planificados para cada síntesis (punto #5)).	
	13b	Describir los métodos necesarios para preparar los datos para la presentación o síntesis, como el control de las estadísticas de resumen que faltan o las conversiones de datos.	
	13c	Describir los métodos utilizados para tabular o mostrar visualmente los resultados de estudios y síntesis individuales.	
	13d	Describir los métodos utilizados para sintetizar resultados y proporcionar una justificación para las opciones. Si se realizó el metaanálisis, describa los modelos, los métodos para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística y los paquetes de software utilizados.	
	13e	Describir cualquier método utilizado para explorar posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio (por ejemplo, análisis de subgrupos, meta-regresión).	
	13f	Describir los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la robustez de los resultados sintetizados.	
Evaluación de sesgos de notificación	14	Describir los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo debido a la falta de resultados en una síntesis (derivado de la notificación de sesgos).	
Evaluación de certeza	15	Describir cualquier método utilizado para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de evidencia para un resultado.	
<b>Resultados</b>			
Selección de estudio	16a	Describir los resultados del proceso de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo.	53
	16b	Citar estudios que podrían parecer cumplir los criterios de inclusión, pero que fueron excluidos, y explicar por qué fueron excluidos.	106-108
Características del estudio	17	Cite cada uno incluido estudio y presente sus características.	57-86
Riesgo de sesgo en los estudios	18	Las evaluaciones actuales del riesgo de sesgo para cada estudio incluido.	50-52
Resultados de estudios	19	Para todos los resultados, presente, para cada estudio: a) estadísticas resumidas para cada grupo (cuando proceda) y b) una estimación de efecto y su precisión (por	57-86

Sección y Tema	artículo #	Elemento de lista de verificación	Ubicación donde se reporta el artículo
individuales		ejemplo, confianza/intervalo creíble), idealmente utilizando tablas o gráficas estructuradas.	
Resultados de los sintetizadores	20a	Para cada síntesis, resume brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios que contribuyen.	50,52
	20b	Presentar los resultados de todas las síntesis estadísticas realizadas. Si se realizó el metaanálisis, presente para cada uno la estimación resumida y su precisión (por ejemplo, confianza/intervalo creíble) y medidas de heterogeneidad estadística. Si compara grupos, describa la dirección del efecto.	87
	20c	Presentar resultados de todas las investigaciones de posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio.	
	20d	Presentar los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la robustez de los resultados sintetizados.	
Informar de sesgos	21	Presente evaluaciones del riesgo de sesgo debido a los resultados que faltan (derivados de la notificación de sesgos) para cada síntesis evaluada.	50-52
Certeza de las pruebas	22	Presente evaluaciones de certeza (o confianza) en el conjunto de pruebas para cada resultado evaluado.	
<b>discusión</b>			
discusión	23a	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas.	89
	23b	Analice las limitaciones de las pruebas incluidas en la revisión.	91
	23c	Analice las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	91
	23d	Discutir las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	91
<b>OTRA INFORMACIÓN</b>			
Registro y protocolo	24a	Proporcione información de registro para la revisión, incluido el nombre del registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se ha preparado un protocolo.	
	24c	Describir y explicar cualquier modificación de la información proporcionada en el registro o en el protocolo.	
apoyo	25	Describir fuentes de apoyo financiero o no financiero para la revisión, y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	92
Intereses en competencia	26	Declare los intereses competidores de los autores de la revisión.	92

Sección y Tema	artículo #	Elemento de lista de verificación	Ubicación donde se reporta el artículo
Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27	Informe cuál de los siguientes está disponible públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios de recopilación de datos de plantilla; datos extraídos de estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.	

Anexo 2. Artículos excluidos en la revisión de texto completo que no cumplieron los criterios de elegibilidad

	Referencia	Motivo de exclusión
1	Meier S, Stutzer A. Is volunteering rewarding in itself? <i>Económica</i> . 2008; 75(297):39–59. <a href="https://www.jstor.org/stable/40071730">https://www.jstor.org/stable/40071730</a>	Sin mención de la edad de los participantes Se intentó contactar al autor y al editor.
2	Son J, Wilson J. Volunteer work and hedonic, eudemonic, and social wellbeing. <i>Sociol Forum</i> . 2012; 27(3):658–681. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1573-7861.2012.01340.x">https://doi.org/10.1111/j.1573-7861.2012.01340.x</a>	Población menor a 45 años
3	Van-Malderen L, Vriendt P, Mets T, Verté D, Gorus E. Experiences and Effects of Structurally Involving Residents in the Nursing Home by Means of Participatory Action Research: A Mixed Method Study. <i>J Am Med Dir Assoc</i> . 2017;18(6):495-502. 10.1016/j.jamda.2016.12.072.	Población menor a 45 años
4	Yuen H, Huang P, Burik J, Smith T. Impact of participating in volunteer activities for residents living in long-term-care facilities. <i>Am J Occup Ther</i> . 2008; 62(1): 71-76. 10.5014/ajot.62.1.71	No disponible de texto completo
5	Ferrada-Mundaca I, Zavala-Gutiérrez M. Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado. <i>Cienc Enferm</i> . 2014;20(1):123–130. 10.4067/s0717-95532014000100011	Solo evalúa una variable No evalúa tiempos de voluntariado
6	Yamashita T, López EB, Soligo M, Keene JR. Older Lifelong Learners' Motivations for Participating in Formal Volunteer Activities in Urban Communities. <i>Ad Educ Quart</i> . 2017;67(2): 118-135. 10.1177/0741713616688957	Solo evalúa una variable No incluye medidas de bienestar
7	Foy CG, Vitolins MZ, Case LD, Harris SJ, Massa-Fanale C, Hopley RJ, et al. Incorporating prosocial behavior to promote physical activity in older adults: rationale and design of the Program for Active Aging and Community Engagement (PACE). <i>Contemp Clin Trials</i> . 2013;36(1):284-97. 10.1016/j.cct.2013.07.004.	Solo evalúa una variable No evalúa tiempos de voluntariado

8	Pillemer K, Fuller-Rowell TE, Reid MC, Wells NM. Environmental volunteering and health outcomes over a 20-year period. <i>Gerontologist</i> . 2010;50(5):594-602. 10.1093/geront/gnq007.	Solo evalúa una variable No incluye medidas de bienestar
9	Yoon H, Lee WS, Kim KB, Moon J. Effects of Leisure Participation on Life Satisfaction in Older Korean Adults: A Panel Analysis. <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 2020;17(12):4402. 10.3390/ijerph17124402.	Solo evalúa una variable No evalúa tiempos de voluntariado
10	Cho D, Post J, Kim SK. Comparison of passive and active leisure activities and life satisfaction with aging. <i>Geriatr Gerontol Int</i> . 2018;18(3): 380-386. 10.1111/ggi.13188	Solo evalúa una variable No evalúa tiempos de voluntariado
11	Kaskie B, Imhof S, Cavanaugh J, Culp K. Civic engagement as a retirement role for aging Americans. <i>Gerontologist</i> . 2008;48(3):368-77. 10.1093/geront/48.3.368.	Solo evalúa una variable No incluye medidas de bienestar

## Anexo 3. Análisis de sesgos

### VALORACIÓN DE SESGO PARA ESTUDIOS OBSERVACIONALES

Número de registro:

Autor año:

Título:

#### ESCALA DE NEWCASTLE – OTTAWA:

#### **ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES O TRANSVERSALES ANALÍTICOS**

Nota: Un estudio puede recibir un máximo de **una estrella por cada elemento numerado** dentro de las categorías de los dominios de **SELECCIÓN Y EXPOSICIÓN**. Se puede dar un **máximo de dos estrellas** en el dominio de **COMPARABILIDAD**.

#### **SELECCIÓN**

##### **1) ¿Es adecuada la definición de caso?**

- a) Sí, con validación independiente (p. ej., >1 persona/registro/tiempo/proceso para extraer información, o referencia a la fuente de registro principal, como radiografías o registros médicos/hospitalarios) \*
- b) Registros de base de datos no confiables o basado en autoinformes
- c) Sin descripción

##### **2) Representatividad de los casos**

- a) Todos los casos elegibles con resultado de interés durante un período de tiempo definido, todos los casos en un área de captación definida, todos los casos en un hospital o clínica definidos, grupo de hospitales, organización de mantenimiento de la salud, o una muestra adecuada de esos casos (por ejemplo, una muestra aleatoria) \*
- b) No cumple con los requisitos de la parte (a), o no declarado.

##### **3) Selección de controles**

Este ítem evalúa si los sujetos del grupo de controles provienen de la misma población que los casos y, esencialmente, habrían sido casos si el resultado hubiera estado presente.

- a) Controles comunitarios (es decir, la misma comunidad que los casos) \*
- b) Controles hospitalarios (derivados de una población hospitalizada)
- c) Sin descripción

##### **4) Definición de controles**

a) Si los casos son la primera ocurrencia de un resultado, entonces debe indicar explícitamente que los controles no tienen antecedentes de este resultado. Si los casos tienen una ocurrencia nueva (no necesariamente la primera) del resultado, entonces no se deben excluir los controles con ocurrencias previas del resultado de interés (criterio de valoración) \*

b) Sin descripción del antecedente.

## **COMPARABILIDAD**

### **1) Comparabilidad de casos y controles sobre la base del diseño o análisis**

a) Los casos y los controles deben coincidir en el diseño (similitud de características) \*

b) Los factores de confusión deben ajustarse en el análisis (por ejemplo edad, sexo, escolaridad etc.). \*

c) No lo especifican

## **EXPOSICIÓN**

### **1) Comprobación de la exposición**

a) Registro confiable (por ejemplo, registros quirúrgicos o resultados de exámenes de laboratorio o gabinete) \*

b) Entrevista estructurada cegada para los casos/controles \*

c) Entrevista no cegada al estado de caso / control

d) Autoinforme escrito o registro médico únicamente

e) Sin descripción

### **2) Mismo método de verificación para casos y controles**

a) Si \*

b) No

### **3) Tasa de no respuesta**

a) La misma tasa de respuestas para ambos grupos \*

b) No hay descripción de la tasa de respuestas

c) Tasa diferente

## **ESTUDIOS DE COHORTES**

Nota: Un estudio puede recibir un **máximo de una estrella** por **cada elemento** numerado dentro de las categorías de los dominios de **SELECCIÓN Y DESENLACE (OUTCOME)**. Se puede otorgar un **máximo de dos estrellas** en el dominio de **COMPARABILIDAD**.

## **SELECCIÓN**

### **1) Representatividad de la cohorte expuesta**

a) Verdaderamente representativo del grupo expuesto promedio en la comunidad \*

b) Posiblemente representativo de grupo expuesto promedio en la comunidad \*

c) grupo seleccionado de usuarios, por ejemplo, enfermeras, voluntarios

d) ninguna descripción de la derivación de la cohorte

## **2) Selección de la cohorte no expuesta**

- a) Grupo extraído de la misma comunidad que la cohorte expuesta \*
- b) Grupo extraído de una fuente diferente
- c) No hay descripción de donde proviene la cohorte no expuesta

## **3) Comprobación de la exposición**

- a) Registro confiable (por ejemplo, registros quirúrgicos o resultados de exámenes de laboratorio o gabinete) \*
- b) Entrevista estructurada \*
- c) Autoinforme escrito
- d) Sin descripción

## **4) Demostración de que el resultado de interés no estaba presente al inicio del estudio.**

- a) Si \*
- b) No

## **COMPARABILIDAD**

### **1) Comparabilidad de cohortes sobre la base del diseño o análisis**

- a) Las cohortes deben coincidir en el diseño (similitud de características) \*
- b) Los factores de confusión de las cohortes deben ajustarse en el análisis (por ejemplo edad, sexo, escolaridad etc.). \*
- c) No lo especifican

## **DESENLACE (OUTCOME)**

### **1) Evaluación del resultado**

- a) Evaluación ciega independiente o confiable (registros quirúrgicos o exámenes de laboratorio o gabinetes) \*
- b) Registros de bases de datos confiables \*
- c) Autoinforme
- d) Sin descripción

### **2) ¿El seguimiento fue lo suficientemente largo como para que ocurrieran los resultados?**

- a) Sí (seleccione un período de seguimiento adecuado para el resultado de interés) \*
- b) No

### **3) Adecuación del seguimiento de cohortes**

- a) Seguimiento completo - todos los sujetos contabilizados \*
- b) Es poco probable que los sujetos perdidos durante el seguimiento introduzcan sesgo - un pequeño número perdido  $\geq 30\%$  (si se realizó cálculo del tamaño de la muestra y se consideró dicho porcentaje de pérdidas o seguimiento o descripción proporcionada de los perdidos) \*
- c) Tasa de seguimiento  $<70\%$  (considerando el tamaño de la muestra) y ninguna descripción de los perdidos
- d) Sin declaración

**Máximo 9 puntos (estrellas)**

- Calidad buena: 3 o 4 estrellas en el dominio de selección y 1 o 2 estrellas en el dominio de comparabilidad y 2 o 3 estrellas en el dominio de resultados/exposición.
- Calidad regular: 2 estrellas en el dominio de selección y 1 o 2 estrellas en el dominio de comparabilidad y 2 o 3 estrellas en el dominio de resultados/exposición.
- Calidad mala: 0 o 1 estrella en el dominio de selección o 0 estrellas en el dominio de comparabilidad o 0 o 1 estrellas en el dominio de resultados/exposición.

a) Riesgo de sesgo bajo (buena calidad) 8-9 puntos (estrellas)

b) Riesgo de sesgo moderado (calidad regular) 5-7 puntos (estrellas)

c) Riesgo de sesgo alto (calidad baja) <5 puntos (estrellas)

Disponible en: [http://www.ohri.ca/programs/clinical\\_epidemiology/oxford.asp](http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp)

## VALORACIÓN DE SESGO DE ENSAYOS CLÍNICOS (RoB2)

### Datos requeridos para el análisis en software RevMan

<b>Número de registro:</b>	
<b>Autor año:</b>	
<b>Título:</b>	

Dominio	RB	RP	RA
1. Generación de secuencia aleatoria (sesgo de selección) ¿Por qué?	X		
2. Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección) ¿Por qué?	X		
3. Cegamiento de participantes y personal (sesgo de pertinencia) ¿Por qué?	X		
4. Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección) ¿Por qué?	X		
5. Datos de resultado incompletos (sesgo de deserción) * ¿Por qué?	X		
6. Informes selectivos (sesgo de informes) ¿Por qué?	X		
7. Otro sesgo: ¿Por qué?	X		

En todos los dominios se debe especificar ¿Por qué? se asignó la calificación del riesgo.

Se recomienda revisar el “**Manual de Cochrane Capítulo 8**”, para la interpretación y calificación de los dominios: Disponible en: <https://training.cochrane.org/handbook/current>

\*Los datos incompletos se refieren a los estudios en los que consideró un análisis de datos por protocolo (análisis de los datos finales de la intervención sin considerar las pérdidas). Cuando se consideren las pérdidas es un análisis por intención a tratar.

**RB**, riesgo de sesgo bajo; **RP**, riesgo de sesgo probable; **RA**, riesgo de sesgo alto