

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

Tesis para optar por el grado de Licenciatura de Enfermería

**Factores protectores del contexto y los comportamientos de autogestión de la población trabajadora de la Municipalidad de Cartago**

Estudiantes:

Kimberly Gómez Garita B42872

Allison Torres Vargas B57223

Tutora: PhD. Ana Laura Solano López.

2021

## Actas



**EE** Escuela de  
**Enfermería**

### ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **10 de febrero 2021**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Kimberly Pamela Gómez Garita**, carné **B42872**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Ana Laura Solano López, Directora  
Vivian Vilchez Barboza, Lectora  
Shirley Vargas Chaves, Lectora  
Marco Peraza Urbina, Quinto miembro  
Johnny Alvarado Sojo, Preside

#### ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Kimberly Pamela Gómez Garita** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

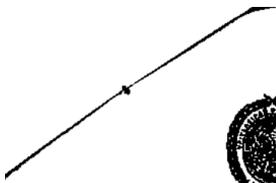
#### ARTICULO 2

El (la) Postulante **Kimberly Pamela Gómez Garita**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: "**Factores protectores del contexto y los comportamientos de autogestión de la población trabajadora de la Municipalidad de Cartago**"

#### ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.





Pág.2 de 2  
 ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN  
 10 de febrero 2021

**ARTICULO 4**

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

Aprobado con distinción

**ARTICULO 5**

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **doce** horas.

  
 \_\_\_\_\_ Ana Laura Solano López, Directora

  
 \_\_\_\_\_ Vivian Vilchez Barboza, Lectora

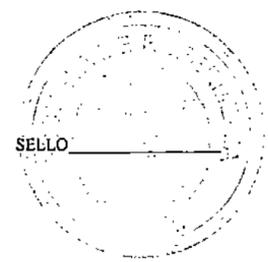
  
 \_\_\_\_\_ Shirley Vargas Chaves, Lectora

  
 \_\_\_\_\_ Marco Peraza Urbina, Quinto miembro

  
 \_\_\_\_\_ Johnny Alvarado Sojo, Preside

  
 \_\_\_\_\_ Postulante

Cc Oficina de Registro  
 Expediente  
 Postulante



## ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **10 de febrero 2021**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Allison Stephanie Torres Vargas**, carné **B57223**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Ana Laura Solano López, Directora  
Vivian Vilchez Barboza, Lectora  
Shirley Vargas Chaves, Lectora  
Marco Peraza Urbina, Quinto miembro  
Johnny Alvarado Sojo, Preside

### ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Allison Stephanie Torres Vargas** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

### ARTICULO 2

El (la) Postulante **Allison Stephanie Torres Vargas**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **"Factores protectores del contexto y los comportamientos de autogestión de la población trabajadora de la Municipalidad de Cartago"**

### ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

Aprobado con distinción

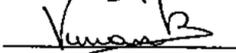
ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

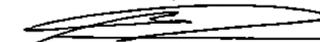
Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **doce** horas.

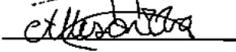
  
\_\_\_\_\_  
Ana Laura Solano López, Directora

  
\_\_\_\_\_  
Vivian Vilchez Barboza, Lectora

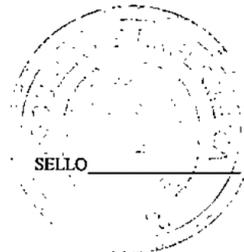
  
\_\_\_\_\_  
Shirley Vargas Chaves, Lectora

  
\_\_\_\_\_  
Marco Peraza Urbina, Quinto miembro

  
\_\_\_\_\_  
Johnny Alvarado Sojo, Preside

  
\_\_\_\_\_  
Postulante

Cc Oficina de Registro  
Expediente  
Postulante



## **Dedicatoria 1**

Me gustaría dedicar esta tesis a todas y cada una de las personas que a lo largo de este camino han estado a mi lado, sin embargo, quiero hacer una dedicación especial a aquellas que han sido pieza fundamental en mi formación no solo académica, sino también como persona, en mi crecimiento personal y sin quienes definitivamente esto no hubiese sido posible.

Primero, a Dios, quien me acompaña siempre y me ha llevado por el sendero correcto a través de todas sus bendiciones para llegar a donde estoy hoy y convertirme en la persona que soy.

A mi mamá, por ser mi apoyo incondicional en toda mi vida, por su inmenso amor y por guiarme siempre con su motivación para superarme y trabajar por cumplir mis metas.

A mi padrino y mis abuelitos, los cuales han sido mi sostén y mi soporte en toda mi formación académica por lo cual siempre estaré infinitamente agradecida, en especial a mi abuelita en el cielo, por enseñarme a ser fuerte en la adversidad y demostrarme aún más que me encuentro en el camino correcto.

A mis mejores amigos y mi pareja por acompañarme en este camino y estar presentes aun cuando yo muchas veces no pude estar para ellos; por darme su apoyo y su motivación para seguir adelante cuando creía que no podía más.

Y finalmente pero no menos importante, a mi compañera de tesis, por ser mi mano derecha en mi formación profesional y personal.

**Kimberly Gómez Garita**

## **Dedicatoria 2**

A Dios por nunca soltarme en toda mi vida y mi carrera, por darme la fortaleza y sabiduría de enfrentar las dificultades que se me han presentado y por bendecir mi vida.

A mi mamá por siempre guiarme y sacarme adelante, por su gran amor y apoyo, por darme la oportunidad de estudiar, por ser mi mayor ejemplo a seguir, por nunca rendirse a pesar de los obstáculos, por ser mi amiga, mi consejera y mi sostén. Este título y todos mis triunfos son para ella.

A Brandon por acompañarme en todo este recorrido, por siempre caminar juntos, por apoyarme, por tantos detalles y amor.

A mi mejor amiga Michelle, por su escucha atenta, por sus palabras de apoyo, por tantos años de amistad verdadera.

A mi compañera de tesis Kimberly, por las experiencias vividas en la universidad y por construir juntas este gran proyecto.

A todas las personas que me han acompañado y aportado personal y profesionalmente.

**Allison Torres Vargas**

## **Agradecimientos**

Primeramente a la Universidad de Costa Rica y a la Escuela de Enfermería por abrirnos las puertas, por brindarnos oportunidades y experiencias enriquecedoras y por su proceso integral de formación que nos hizo las profesionales apasionadas que somos hoy en día.

A la Dra. Ana Laura Solano López por la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento para el desarrollo de la investigación, así como por su acompañamiento, entrega y aprendizaje durante la construcción de la misma, dado que sin ella los resultados de la investigación no hubieran sido tan provechosos.

A la Municipalidad de Cartago, especialmente al Dr. Marco Peraza Urbina y al Ingeniero Cristian Muñoz Jiménez por la oportunidad de realizar la investigación en dicha institución y por el apoyo dado durante todo el proceso.

A cada una de las personas que nos acompañaron y brindaron su apoyo a lo largo de la carrera.

## Resumen

**Introducción:** El capital social e ingenio son factores protectores del contexto que juegan un papel importante en la adopción de comportamientos ligados al estilo de vida de las personas. La información acerca de estos factores y su relación con los comportamientos de autogestión es escasa en población trabajadora costarricense.

**Objetivo:** Analizar los factores protectores del contexto (capital social e ingenio) y los comportamientos de autogestión de la población trabajadora de la Municipalidad de Cartago.

**Metodología:** Estudio correlacional, descriptivo, transversal, con una muestra por cuotas de 85 personas trabajadoras (operativos y administrativos) de la Municipalidad de Cartago. Los instrumentos utilizados para medir las variables fueron: Cuestionario de información sociodemográfica, Cuestionario Integrado para la medición de capital social, Escala de Ingenio, Escala Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud II. Se utilizó la estadística descriptiva y las correlaciones de Pearson para el análisis de los datos.

**Resultados:** Las personas participantes suman al capital social con relaciones de confianza y ayuda de amigos cercanos, tienen una tendencia a la desconfianza generalizada en personas no cercanas, confianza media en funcionarios políticos, poca participación en proyectos comunitarios, poca percepción de violencia en su barrio, son personas empoderadas en la toma de decisiones. Se evidenció que el ingenio social ( $M=37,1$ ), personal ( $M=57,9$ ) y total ( $M=95,0$ ) tienen tendencia a ser altos. Además, tiene más comportamientos de autogestión en crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y manejo del estrés y menos en actividad física. Se evidencia una correlación significativa entre ingenio personal ( $r=.57$   $p<0,01$ ), social ( $r=.24$ ,  $p<0,05$ ) y total ( $r=.49$ ,  $p<0,01$ ) y los comportamientos de autogestión.

**Discusión:** Los resultados sugieren que las personas participantes mantienen relaciones basadas en confianza, cooperación y reciprocidad lo que les permite aumentar su capital social; así como lo permite el empoderamiento que poseen dado que se asocia a la movilización de recursos y la poca percepción de violencia en su barrio que sugiere un alto nivel de capital social en la comunidad. Por otro lado, se presenta poca iniciativa para participar en proyectos comunitarios lo que se ve influido por características propias y las condiciones que los rodean, lo cual afecta la

estabilidad social de la comunidad. Así mismo, el alto nivel de ingenio plantea que los participantes tienen diversas habilidades que impactan la salud debido a que permiten mantener, lograr o recuperar la misma y facilita la elección de comportamientos saludables.

**Conclusiones:** Se denota que el capital social de las personas trabajadoras se nutre más de manera individual y tener mayor ingenio lleva a mayores comportamientos de autogestión. Desde enfermería esto puede ser utilizado como herramientas que permitan realizar intervenciones novedosas y eficaces, a través del fomento y potenciación de los factores protectores estudiados, que mejoran los resultados en salud y la calidad de vida.

**Descriptor:** automanejo; capital social; búsqueda de ayuda; conducta; estilo de vida; enfermería

## Abstract

**Introduction:** Social capital and resourcefulness are protective contextual factors that play an important role in the adoption of lifestyle behaviors. Information about these factors and their relationship with self-management behaviors is scarce in the Costa Rican working population.

**Objective:** Analyze the protective factors of the context (social capital and resourcefulness) and the self-management behaviors of the working population of the Municipality of Cartago.

**Methodology:** Correlational, descriptive, cross-sectional study, with a sample by quotas of 85 workers (operative and administrative) of the Municipality of Cartago. The instruments used to measure the variables were Sociodemographic Information Questionnaire, Integrated Questionnaire for the Measurement of Social Capital, Resourcefulness Scale, and Health Promoting Lifestyle Profile Scale II. Descriptive statistics and Pearson correlations were used for data analysis.

**Results:** The participants add to the social capital with relationships of trust and help from close friends, have a tendency to generalized distrust of people not close to them, average confidence in political officials, low participation in community projects, low perception of violence in their neighborhood, are people empowered in decision-making. It was evidenced that social ( $M=37.1$ ), personal ( $M=57.9$ ) and total ( $M=95.0$ ) resourcefulness tend to be high. In addition, they have more self-management behaviors in spiritual growth, interpersonal relationships and stress management and less in physical activity. A significant correlation between personal ( $r=.57$ ,  $p<0.01$ ), social ( $r=.24$ ,  $p<0.05$ ) and total ( $r=.49$ ,  $p<0.01$ ) resourcefulness and self-management behaviours was evidenced.

**Discussion:** The results suggest that participants maintain relationships based on trust, cooperation and reciprocity, which allows them to increase their social capital; as well as the empowerment they possess that, is associated with the mobilization of resources and the low perception of violence in their neighborhood suggesting a high level of social capital in the community. On the other hand, there is little initiative to participate in community projects, which is influenced by their own characteristics and the conditions that surround them, which affects the social stability of the community. Likewise, the high level of resourcefulness suggests that participants have

diverse skills that impact health by maintaining, achieving, or regaining health and that facilitates healthy behavior choices.

**Conclusions:** It is noted that social capital of the workers is nurtured more individually and having greater resourcefulness leads to greater self-management behaviors. From nursing, this can be use as tools that allow novel and effective interventions, through the promotion and enhancement of the protective factors studied, which improve health outcomes and quality of life.

**Descriptors:** self-management; social capital; help seeking; behaviours; lifestyle; nursing

## Índice General

<b>Capítulo I: Introducción .....</b>	<b>19</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>19</b>
<b>Justificación .....</b>	<b>22</b>
<b>Planteamiento del problema .....</b>	<b>30</b>
<i>Declaración Del Problema .....</i>	<i>30</i>
<i>Preguntas de investigación .....</i>	<i>30</i>
<i>Objetivos .....</i>	<i>30</i>
<i>Hipótesis .....</i>	<i>31</i>
<b>Capítulo II: Marco Referencial .....</b>	<b>32</b>
<b>Marco Empírico .....</b>	<b>32</b>
<i>Estudios Sobre Comportamientos De Autogestión .....</i>	<i>32</i>
<i>Estudios Sobre Capital Social.....</i>	<i>36</i>
<i>Estudios Sobre Capital Social y Comportamientos De Autogestión .....</i>	<i>50</i>
<i>Estudios Sobre Ingenio (Resourcefulness) .....</i>	<i>53</i>
<i>Estudios Sobre Ingenio (Resourcefulness) Y Autogestión .....</i>	<i>57</i>
<b>Marco Teórico .....</b>	<b>61</b>
<i>Teoría De La Autogestión Individual Y Familiar De Ryan Y Sawin (2009) .....</i>	<i>61</i>
<i>Teoría Resourcefulness y Calidad de Vida Zauszniewski (2006) .....</i>	<i>63</i>
<b>Marco Conceptual.....</b>	<b>66</b>
<i>Capital social .....</i>	<i>66</i>
<i>Estilos de Vida .....</i>	<i>67</i>
<i>Substrucción Teórica .....</i>	<i>69</i>
<b>Capítulo III: Metodología .....</b>	<b>72</b>
<b>Modalidad De Trabajo Final de Graduación .....</b>	<b>72</b>
<b>Diseño de investigación .....</b>	<b>72</b>
<b>Población Y Muestra .....</b>	<b>73</b>
<i>Población .....</i>	<i>73</i>
<i>Muestra.....</i>	<i>73</i>
<i>Criterios De Elegibilidad.....</i>	<i>74</i>
<i>Tamaño De La Muestra .....</i>	<i>74</i>
<i>Procedimientos para reclutamiento de la muestra y recolección de Datos .....</i>	<i>74</i>

<i>Variables</i> .....	76
<b>Instrumentos Recolección Información</b> .....	<b>84</b>
<i>Cuestionario para recolección de información sociodemográfica</i> .....	84
<i>Cuestionario integrado para la medición de capital social (SC-IQ)</i> .....	84
<i>Escala de Ingenio</i> .....	87
<i>Escala Perfil de estilo de vida promotor de la salud II</i> .....	89
<b>Procesamiento De los Datos</b> .....	<b>91</b>
<b>Análisis De Datos</b> .....	<b>91</b>
<b>Consideraciones Éticas</b> .....	<b>93</b>
<b>Capítulo IV: Resultados</b> .....	<b>96</b>
<b>Información Sociodemográfica</b> .....	<b>96</b>
<b>Capital Social</b> .....	<b>98</b>
<i>Dimensión Grupos y Redes</i> .....	99
<i>Dimensión Acciones colectivas y cooperación</i> .....	102
<i>Dimensión Cohesión social e inclusión</i> .....	104
<i>Dimensión Sociabilidad</i> .....	104
<i>Dimensión Conflictos y violencia</i> .....	105
<i>Dimensión Empoderamiento y acciones políticas</i> .....	106
<b>Ingenio (Resourcefulness)</b> .....	<b>109</b>
<b>Comportamientos de autogestión</b> .....	<b>110</b>
<b>Correlaciones</b> .....	<b>111</b>
<i>Correlaciones entre variables principales y sus dimensiones</i> .....	113
<i>Correlaciones adicionales</i> .....	114
<b>Capítulo V: Discusión</b> .....	<b>116</b>
<b>Datos Sociodemográficos</b> .....	<b>116</b>
<b>Capital Social</b> .....	<b>118</b>
<i>Grupos y Redes</i> .....	118
<i>Acciones colectivas y cooperación</i> .....	120
<i>Cohesión social e inclusión</i> .....	122
<i>Sociabilidad</i> .....	123
<i>Conflictos y Violencia</i> .....	124
<i>Empoderamiento y acciones políticas</i> .....	125
<b>Ingenio (Resourcefulness)</b> .....	<b>129</b>

<b>Comportamientos de autogestión .....</b>	<b>130</b>
<b>Asociaciones entre ingenio y comportamientos de autogestión .....</b>	<b>134</b>
<b>Limitaciones.....</b>	<b>138</b>
<b>Capítulo VI: Conclusiones .....</b>	<b>139</b>
<b>Recomendaciones .....</b>	<b>141</b>
<i>Municipalidad de Cartago .....</i>	<i>141</i>
<i>Escuela de Enfermería, UCR .....</i>	<i>142</i>
<i>Colegio de Enfermeras de Costa Rica .....</i>	<i>142</i>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>143</b>

## Índice Anexos

<b>Anexos .....</b>	<b>158</b>
<b>Anexo 1 Lista Departamentos Municipalidad de Cartago .....</b>	<b>158</b>
<b>Anexo 2 Información Sociodemográfica .....</b>	<b>162</b>
<b>Anexo 3 Cuestionario integrado para la medición de capital social (SC-IQ).....</b>	<b>164</b>
<b>Anexo 4 Escala de Ingenio .....</b>	<b>176</b>
<b>Anexo 5 Carta autorización para traducción al idioma español del instrumento .....</b>	<b>179</b>
<b>Anexo 6 Perfil de Estilo de Estilo de Vida Promotor de la Salud II.....</b>	<b>181</b>
<b>Anexo 7 Consentimiento Informado.....</b>	<b>183</b>
<b>Anexo 8 Tablas Resultados Capital Social.....</b>	<b>185</b>

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.....</b>	<b>71</b>
<b>Figura 2.....</b>	<b>76</b>
<b>Figura 3 .....</b>	<b>99</b>
<b>Figura 4.....</b>	<b>100</b>
<b>Figura 5.....</b>	<b>101</b>
<b>Figura 6.....</b>	<b>102</b>
<b>Figura 7.....</b>	<b>103</b>
<b>Figura 8.....</b>	<b>106</b>
<b>Figura 9 .....</b>	<b>107</b>
<b>Figura 10.....</b>	<b>108</b>
<b>Figura 11.....</b>	<b>109</b>

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.....</b>	<b>77</b>
<b>Tabla 2.....</b>	<b>97</b>
<b>Tabla 3.....</b>	<b>98</b>
<b>Tabla 4.....</b>	<b>103</b>
<b>Tabla 5.....</b>	<b>105</b>
<b>Tabla 6.....</b>	<b>110</b>
<b>Tabla 7.....</b>	<b>111</b>
<b>Tabla 8.....</b>	<b>112</b>

# Capítulo I: Introducción

## Introducción

La autogestión, al conducir a las personas a cambios de comportamiento significativos en su vida diaria, con efectos positivos en su salud y su bienestar, es un elemento clave en la promoción de la salud. Uno de sus principales objetivos se centra en dirigir a las personas al empoderamiento sobre su salud, el cual implica que los individuos ejerzan un rol determinante en sus propios resultados de salud, a través del desarrollo de habilidades, comportamientos y la confianza en su capacidad para influir en dichos resultados (1).

La responsabilidad individual y la adopción de herramientas para la vinculación en el propio cuidado son aspectos que se inculcan u obtienen mediante la autogestión (2). Esta ha sido principalmente relacionada con el cuidado de la salud de las personas con enfermedades crónicas, sin embargo, Ryan y Sawin (3) en su teoría sobre la “Autogestión Individual y Familiar”, amplían el enfoque de dicho concepto y señalan su potencial en cuanto a los cambios de comportamiento requeridos para la promoción de la salud.

Existen factores pertenecientes a diferentes contextos familiares, sociales y ambientales que pueden influir en la adopción de comportamientos que llevan a una exitosa autogestión en las personas (3), por lo cual, es importante la exploración de estos, con el fin de tener una mayor comprensión de la autogestión.

Uno de los contextos mencionados anteriormente, el contexto social, se concibe como esa fuerza sociocultural que da forma a las experiencias cotidianas de las personas y que afecta de una manera directa o indirecta la salud y el comportamiento; inclusive toma en cuenta factores tanto individuales como personales. El individuo se desenvuelve como un agente de cambio en el control de su vida, donde expresa y desarrolla actitudes como comportamientos dentro de este contexto, el cual actúa como un entorno social normativo que permite la libre elección dentro de ciertos límites (4).

En dicho contexto, se incluyen los factores protectores y de riesgo, los cuales abarcan factores específicos de la condición, entornos físicos y sociales, y factores individuales y familiares que impactan la cantidad, el tipo y la naturaleza de los comportamientos necesarios para la

autogestión (3). Dentro de estos factores, se encuentran el capital social y el ingenio (resourcefulness).

Por su parte, en diversos estudios se ha mostrado que el capital social juega un papel importante en la adopción de comportamientos y en las respuestas de los individuos a diferentes situaciones de salud, dado que, este implica la disponibilidad de distintos recursos para las personas, los cuales actúan como factores protectores y brindan ventajas que disminuyen la vulnerabilidad o el riesgo en salud (5).

De igual manera, el ingenio (resourcefulness) ha sido estudiado como un factor que influye en el compromiso con comportamientos de autogestión (3) y se ha demostrado que este promueve la salud física, psicológica y el funcionamiento social (6). Además, es visto como un conjunto de habilidades cognitivas de autocontrol conductual que los individuos adquieren a lo largo de su vida para hacer frente de manera efectiva a los eventos estresantes de la vida y para ejecutar con éxito comportamientos de autocontrol (7).

El estudio de estos dos factores es imprescindible a nivel comunitario. Por un lado, el capital social caracteriza las formas tan variadas en que los miembros de una comunidad interactúan, así como los recursos que son capaces de adquirir en su comunidad en virtud a las relaciones que mantienen con las demás personas (8).

Por otro lado, el ingenio (resourcefulness) implica la capacidad que tiene una comunidad para comprometerse con sus recursos locales. Además, fortalece diferentes capacidades adaptativas de la comunidad para enfrentar y actuar ante diversos problemas que se le presenten (9). Es decir, las comunidades y principalmente las instituciones u organizaciones con poder en estas, tienen un papel esencial en facilitar factores protectores para el desarrollo de comportamientos de autogestión.

Un ejemplo de lo anterior es la Casa Municipal de la Salud y Accesibilidad, la cual es una institución protagónica en la Municipalidad de Cartago y única a nivel nacional, que tiene como objetivo contribuir en la mejora de la calidad de vida de los habitantes de la provincia y está destinada a ser un sitio de confluencia de distintos actores sociales para fomentar los estilos de vida saludables y la prevención de las enfermedades. Así mismo, busca fomentar el desarrollo de

programas de factores salutogénicos y hábitos saludables desde el enfoque de promoción de la salud.

Con la presente investigación en modalidad de tesis, se buscó describir el capital social de la población trabajadora de la Municipalidad de Cartago y establecer la relación entre el factor protector del contexto, en este caso el ingenio (resourcefulness) y los comportamientos de autogestión, lo cual, surge a partir de una necesidad planteada por dicha institución municipal, con el fin de realizar un diagnóstico acerca de los factores protectores en los habitantes del Cantón de Cartago, para el posible planteamiento de una política pública de promoción de la salud. Para el desarrollo del tema se utilizó la teoría de mediano rango de enfermería llamada Teoría de Autogestión individual y familiar. (3)

La investigación se realizó en el transcurso del año 2020 y para su desarrollo se hizo uso de cuatro cuestionarios: Cuestionario para recolección de información sociodemográfica, Cuestionario Integrado para la medición del capital social, Escala de Ingenio y Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud II.

## Justificación

La autogestión se dirige a mejorar la capacidad de las personas para aumentar su estado de salud al fomentar la adopción de los comportamientos de autogestión, lo cual permite que los individuos tengan compromiso en cuanto a la búsqueda y fomento la salud o de un estilo de vida saludable (10). Distintos factores, tanto de riesgo como protectores están implicados en la adopción de dichos comportamientos.

Amar, Abello y Acosta (11) definen los factores protectores como las “actitudes, circunstancias y conductas individuales y colectivas que se van formando en un medio social y que incluyen salud, educación, vivienda, afecto y conductas sanas y saludables”. Estos factores, aumentan la probabilidad de tener resultados positivos y disminuyen la probabilidad de resultados negativos como efecto de una exposición al riesgo (12).

Ryan y Sawin en su “Teoría de autogestión individual y familiar” (3) mencionan factores protectores del contexto de las personas, dentro de los cuales se encuentra el Capital Social y el Ingenio (Resourcefulness). Según las autoras, estos factores, pueden ayudar a mejorar o presentar barreras para la autogestión, es decir, influyen en la adopción de los comportamientos de autogestión.

El primero de ellos, el capital social, según la teoría, pertenece al ambiente físico y social. (3). Este es visto como un determinante de la salud; se ha demostrado que existe una relación positiva entre ambos, debido a que aporta beneficios para el bienestar y la salud individual. Además, este juega un rol en la determinación de la salud actual y la percibida teniendo una interrelación causal y positiva entre estas (13).

Según Bravo (13), entre los mecanismos por los cuales el capital social puede tener una influencia positiva potencial es por el hecho de que proporciona un acceso más fácil a información relevante sobre la salud, como resultado de interacciones sociales más intensas. El tener un mayor involucramiento del individuo en interacciones sociales continuas es más fácil y barato por su acceso a la información.

También porque facilita el suministro de atención sanitaria informal y/o apoyo psicológico y los esfuerzos de gestiones y coordinación para la obtención de bienes que amplifican la salud,

así como servicios. Además, el capital social incrementa la expectativa de la importancia y valor de la vida; este puede inducir a las personas racionales a reducir el nivel de conductas de riesgo.

Por su parte, en el ámbito de la salud comunitaria, este concepto se ha asociado con indicadores de morbilidad relacionados con enfermedad crónica, demostrando la relación positiva entre el involucramiento cívico y la salud poblacional, lo que proporciona nuevos medios para llevar la promoción de la salud a la comunidad (13).

En cuanto a la vinculación con la salud pública, este influye en elementos como la inequidad y esperanza de vida. Este autor propone que la equidad incide en el capital social y por ende en la salud pública debido a que si los vecindarios son fuertes eso hace que se difundan con mayor rapidez los avances en salud, y que haya presión social sobre las conductas desviadas (13).

Además, si el capital social es fuerte hay más participación en la sociedad civil y en la política, y los gobiernos responden más a las necesidades de los más desfavorecidos. También la confianza (elemento del capital social) de unos con otros contribuye de forma decisiva en mejorar el papel del estado en la asistencia sanitaria y las redes de seguridad social, los programas de alivio a la pobreza, y la posibilidad que tienen los ciudadanos de gozar de una existencia saludable (13).

Es por esto por lo que, se considera al capital social como uno de los determinantes sociales de la salud debido a que se basa en la organización social y porque puede asumir características propias en cada grupo sociocultural. El medir y describir las dimensiones que asume el capital social en cada grupo social permite que se logren metas relacionadas con la salud pública, como son la promoción de estilos de vida saludable, la disminución de tasas de mortalidad general, la disminución de inequidad en el acceso a la salud, las tasas de mortalidad materno-infantil, además de generar una dimensión paralela de desarrollos relacionados con la transparencia en calidad de servicios sanitarios y otros aspectos (13).

El segundo factor, ingenio (resourcefulness), pertenece a un contexto individual y familiar (3). Se ha demostrado que este puede ser un factor protector, puesto que, implica la habilidad de encontrar maneras de adaptarse y resolver problemas a través del uso de las propias facultades – ser ingenioso al aplicar el conocimiento aprendido- y los recursos externos (14). “Se cree que el «resourcefulness» juega un rol importante en preservar y proteger la salud y la calidad de vida” (15).

Además, según Edward y Warelow (2005), citados por Videbeck (16) el ingenio (resourcefulness) ayuda a las personas a hacer frente al estrés y minimizar los efectos de las enfermedades. La autora menciona que el ingenio (resourcefulness) envuelve el uso de habilidades de resolución de problemas y la creencia de que las personas pueden enfrentar situaciones adversas o situaciones que son únicas e inesperadas. El ingenio (resourcefulness) está ligado a las habilidades de autocontrol, las cuales están relacionadas con estrategias cognitivo-conductuales diseñadas para manejar circunstancias estresantes (17).

Conocer los factores protectores en una determinada población, es vital cuando se busca llevar a cabo acciones relacionadas con la promoción de la salud, de manera que estos puedan ser fortalecidos o potenciados, especialmente por su papel protagónico en la adopción de conductas, comportamientos y puesta en marcha de herramientas que favorecen la salud. Además, las intervenciones a llevar a cabo deben coincidir con las características propias de la población objetivo, de manera que las mismas resulten más efectivas (18).

El cambio de comportamientos en salud es un fenómeno multicausal que muchas veces no se logra solo con acciones individuales, por lo tanto, requiere de un acompañamiento social y político que lo facilite. Es decir, existen condiciones internas de las personas, pero también en su entorno social y físico que deben establecerse de maneras específicas para lograr cambios (18).

Lograr cambios de comportamiento implica tres componentes principales, la capacidad, la motivación y la oportunidad; esta última se ve representada por el contexto de las personas, donde las políticas resultan fundamentales para poder permitir, dar sustento o apoyo a las distintas intervenciones que se quieran llevar a cabo para lograr un cambio en el comportamiento (18).

La OMS (19) en su informe sobre la salud en el mundo, concuerda en que las políticas públicas poseen un gran potencial en cuanto a garantizar la salud de las comunidades. Para que esto se logre, las mismas deben ser planeadas con intervenciones dirigidas o basadas en las características que posea su público objetivo, de forma que el enfoque de las mismas aumente las capacidades de los individuos y sean más sostenibles en el tiempo. Es decir, estudiar los factores protectores, permitiría determinar áreas de oportunidad en las personas, desde las cuales se puede trabajar y así tener mejores resultados de salud.

Desarrollar este tipo de investigaciones desde enfermería, es fundamental, debido a que los y las profesionales en enfermería pueden ejecutar acciones de promoción de la salud, desde las cuales, contribuyen al cuidado de las personas y su calidad de vida por medio del empoderamiento de la persona y su familia para la adopción de cambios en el estilo de vida (20).

Si bien la promoción de la salud es una función esencial de la salud pública, la cual es definida como “acción colectiva del estado y la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de los individuos” (21), la enfermería al ser reconocida como una disciplina profesional de carácter social y humanístico que cuida la vida, salud, padecimientos, enfermedad y muerte de las personas; es capaz de trabajar desde esta área (22).

De igual modo, la enfermería abarca cuidados que se prestan a las diversas personas en todos los contextos, incluyendo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como los cuidados a enfermos, personas discapacitadas y moribundos (23).

Desde enfermería se pueden llevar a cabo actividades en cumplimiento de la función de la promoción de la salud, las cuales se dirigen a transformar los comportamientos de los individuos, focalizando sus estilos de vida y localizándolos en el ambiente de la comunidad donde se encuentran (24).

Por su parte, el Consejo Internacional de Enfermería, establece dentro de las funciones esenciales de enfermería la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación y la participación en la política de salud, las cuales se cumplen de manera parcial con la realización de este estudio (23).

Desde la disciplina, la realización de este trabajo aporta a la promoción de la salud desde un ámbito político, poniendo en evidencia el compromiso y la responsabilidad de la participación activa de enfermería en dicho ámbito con el fin de favorecer la salud de la población. De esta manera, se cuenta con la posibilidad de marcar la diferencia en cuanto a la toma de decisiones eficaces y sostenibles sobre la salud de las personas.

Es importante destacar que el presente estudio permite aumentar el conocimiento disciplinar, principalmente en la rama de la enfermería comunitaria, la cual, permite, desde un enfoque poblacional y orientado a la comunidad, dirigirse a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, muerte y discapacidad de toda una población. A su vez, aumenta las

habilidades de comunicación y liderazgo del profesional de enfermería y permite la creatividad para resolver problemas en la comunidad donde se pone de manifiesto la autonomía (25).

La práctica de enfermería en salud comunitaria incorpora capital social y recursos en la comunidad y trabaja hacia soluciones para condiciones de salud, riesgos y problemas; depende en gran medida del proceso sistemático de diseñar y entregar servicios de salud y atención de enfermería para promover la salud de toda una comunidad. El principal objetivo es ayudar a una comunidad a proteger y preservar la salud de sus miembros, mientras que se busca promover el autocuidado entre individuos y familias (25).

De esta manera se desempeñan los roles de clínico, defensor, colaborador, consultor, consejero, educador, investigador y administrador de casos donde se cumple con las demandas de atención en donde las familias e individuos se encuentran integrados centrándose en ellos para alcanzar las metas en toda la comunidad. Esta atención se dirige hacia el cuidado personal, condiciones y opciones de vida saludable (25).

A su vez, es necesario enfatizar en la importancia que tienen los gobiernos locales como actores sociales en salud. Estos tienen la capacidad de influir socialmente en los determinantes de la salud al tener un enfoque poblacional donde moldea sus servicios a las necesidades de la población (26).

El liderazgo de un gobierno local es fundamental para mejorar la salud en las comunidades; estos deben estar estrechamente involucrados en el desarrollo y la implementación de estrategias locales para el bienestar de sus habitantes (26).

Por esto, las acciones realizadas desde la Casa Municipal de la Salud en el Cantón de Cartago, tales como la creación del diagnóstico, ponen en evidencia la capacidad y el poder que tienen los gobiernos locales para mejorar el bienestar de las personas. Además, al ser esta la única Casa de Salud y Accesibilidad a nivel nacional, las acciones aquí realizadas pueden ser un ejemplo para otros gobiernos locales en el país.

Desde el Módulo Intervención de Enfermería con la Adulterez Sana, desarrollado en dicha Casa Municipal, se evidenció la prevalencia de individuos con enfermedades crónicas que pueden ser evitadas en otras personas, si se ejercen acciones de promoción de la salud y prevención, por lo cual, surge la iniciativa de abordar los comportamientos y estilos de vida en esta población.

Aunado a esto, en la población costarricense se presenta así mismo, una alta prevalencia de enfermedades crónicas, principalmente enfermedades cardiovasculares.

En la Encuesta Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular (27) del año 2014 en personas mayores de 20 años, como su nombre lo indica, se presentan y analizan diversos factores determinantes de enfermedades cardiovasculares. Uno de los factores presentados, es la diabetes, la cual presenta una prevalencia de 10,0% la diagnosticada y una prevalencia de 2,8% la no diagnosticada. Por otro lado, se presenta la hipertensión arterial, con una prevalencia general de hipertensión arterial diagnosticada de 31,2% y 5,0% la no diagnosticada; así mismo, se muestra la prevalencia de dislipidemia diagnosticada la cual es de un 25,0%. La encuesta dejó en evidencia, además, la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población en general, las cuales fueron 36,8% y 29,4%, respectivamente (27), lo cual se puede encontrar ligado con el tipo de dieta de los costarricenses, quienes poseen un alto consumo de grasas, bajo consumo de verduras y bebidas muy azucaradas (28).

Para el análisis de la alimentación, en la encuesta (27) se evaluó el consumo de frutas y verduras como condición asociada a las enfermedades crónicas y de riesgo cardiovascular. La encuesta evidenció que, para ambos sexos en la población mayor de 19 años, el 35,9% de la población tuvo un consumo de 5 o más porciones de frutas o verduras al día, con la mayor prevalencia en el grupo de edad de 65 y más años que evidenció 38,3%. Dentro de la población masculina la prevalencia de 5 o más porciones de frutas o verduras al día fue de 41,9% y dentro de la población femenina fue de 29,9%. En el grupo de edad con mayor prevalencia de 5 al día fue de 40 a 64 años para los hombres (42,9%) y de mayores o iguales a los 65 años para las mujeres (36,1%).

Por otra parte, la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad se puede relacionar con la prevalencia general de actividad física. Según la Encuesta Actualidades 2016 de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica (29), un 7,0% de los costarricenses (de 18 años o más) practican actividades físicas con una intensidad alta y 28,0% con una moderada, mientras que el resto, un 65,0% mostró un nivel de actividad física que los clasifica como personas inactivas o sedentarios. Así mismo, en la encuesta se indica que un 45,7% de las personas permanecen sentadas de una a cuatro horas en el día y un 27,6% de cuatro a siete horas.

Es necesario mencionar que, trabajar o ejercer acciones relacionadas con la promoción y prevención de la salud, no solo implica los factores mencionados anteriormente, también, se incluye el trabajo relacionado con la salud mental de las personas. En la I Encuesta Centroamericana sobre Condiciones de Trabajo y Salud (2011) (30), se reportó que en Costa Rica el 20% de los trabajadores y trabajadoras están expuestos a altas exigencias psicosociales y poca posibilidad de decidir y opinar sobre la forma de desarrollar el trabajo.

La misma encuesta arrojó como resultado que un 37% de la población entrevistada percibe mayor afectación en su salud mental, con respecto a su salud física, lo que puede ser influenciado por aspectos laborales, como lo son: problemas para conciliar el sueño, sensación constante de tensión en el trabajo, incapacidad para enfrentar y solucionar los problemas, prevalencia de sentimientos de tristeza, depresión y desvalorización (30).

Los datos mostrados anteriormente evidencian lo trascendental de conocer y abordar los estilos de vida saludable, con acciones de promoción y prevención de la salud, en una población que aún se encuentra en una edad relativamente temprana, como lo es la trabajadora. El tener este tipo de estadísticas, permite realizar un análisis que pueda llevar a conocer los fenómenos de interés para su investigación.

Por último, cabe destacar la importancia de desarrollar estudios desde una teoría de enfermería, puesto que, estas, según Cisneros (31), al ser un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir un fenómeno de interés para la disciplina, se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, porque facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado, además, estas facilitan la organización del conocimiento del investigador y fortalecen la disciplina desde el conocimiento científico.

La investigación se pretende elaborar a partir de la teoría de mediano rango de enfermería “Autogestión individual y familiar” de los autores Polly Ryan y Kathleen J. Sawin (3), debido a que, los aspectos que estudia la misma permiten explicar y establecer las relaciones del fenómeno de interés actual. Además, esta posee los conceptos específicos para la comprensión del mismo.

Esta se llevará a cabo desde el área de investigación estudio del cuidado de enfermería y desde la línea de gestión del cuidado, debido a que, con la realización de la misma, es posible

llegar a conocer o comprender aspectos específicos de la población -en este caso los factores protectores- de manera que, con dicho conocimiento, se pueda llegar a mejorar la salud o cuidado de las personas.

Finalmente, es importante señalar que, si bien hay estudios que plantean la relación entre ingenio (resourcefulness) y los estilos de vida o comportamientos saludables en las personas, estos han sido realizados con cada uno de estos factores de manera independiente. Además, no existen a nivel de la provincia investigaciones sobre cuáles son específicamente los factores protectores presentes en su población.

## **Planteamiento del problema**

### ***Declaración Del Problema***

Existen diversos factores que influyen en los resultados de salud de las personas. Dentro de estos se encuentran factores sociales y personales como el capital social y el ingenio (resourcefulness). Dichos factores han sido poco estudiados tanto a nivel nacional como internacional.

Dado lo anterior surge la importancia de analizar los mismos con el fin de que el conocimiento generado sobre estos pueda ser utilizado tanto por profesionales en salud, como por distintas entidades como los gobiernos locales, con el objetivo de promover el bienestar de la población.

### ***Preguntas de investigación***

1. ¿Cómo es el capital social, ingenio (resourcefulness) y los comportamientos de autogestión de la población trabajadora de la Municipalidad de Cartago?
2. ¿Cuál es la relación entre el ingenio (resourcefulness) y los comportamientos de autogestión de la población trabajadora de la Municipalidad de Cartago?

### ***Objetivos***

#### ***Objetivo general:***

Analizar los factores protectores del contexto y los comportamientos de autogestión de la población trabajadora de la Municipalidad de Cartago.

#### ***Objetivos específicos:***

1. Describir el capital social de la población trabajadora de la Municipalidad de Cartago.
2. Identificar el nivel de ingenio (resourcefulness) de la población trabajadora de la Municipalidad de Cartago
3. Identificar los comportamientos de autogestión de la población trabajadora de la Municipalidad de Cartago

4. Establecer las relaciones entre ingenio (resourcefulness) y los comportamientos de autogestión de la población trabajadora de la Municipalidad de Cartago.

### ***Hipótesis***

Existe una relación entre el ingenio (resourcefulness) y la adopción de comportamientos de autogestión en la población trabajadora de la Municipalidad de Cartago.

En el caso del capital social, para el propósito de este estudio, no se establecerá una relación entre este y la adopción de comportamientos de autogestión, ni el ingenio (resourcefulness) dado que el instrumento de recolección de datos de capital social no ofrece un resultado total que permita generar una relación con las otras variables, por lo cual, este solamente será descrito.

## Capítulo II: Marco Referencial

### Marco Empírico

En el siguiente apartado se describen distintos artículos relacionados con la temática. Se incluyen artículos sobre investigaciones acerca de autogestión, capital social, ingenio (resourcefulness), así como la relación de este último con los comportamientos de autogestión.

#### *Estudios Sobre Comportamientos De Autogestión*

En el artículo: “Self-management across chronic diseases: Targeting education and support needs.” de los autores Bartlett, Lambert, McCusker et al (32) se quiso identificar cuales grupos con enfermedades crónicas diferían en la frecuencia entre tareas de autogestión y autoeficacia; así como comparar las características de los comportamientos de autogestión.

Estos autores plantean que la autogestión implica acciones y comportamientos necesarios para proteger y promover la salud y controlar los efectos físicos, emocionales y sociales de la enfermedad crónica. Por su parte, los programas que involucran la autogestión ayudan a las personas con enfermedades crónicas a adquirir las habilidades y la confianza para administrar su salud e interactuar con los proveedores de atención médica (32).

La participación en grupos sobre la autogestión de su enfermedad permite que aumente la confianza en habilidades de autogestión y la capacidad para auto controlar las enfermedades crónicas y mejorar los resultados (32).

Las necesidades y habilidades de autogestión varían según la condición y el impacto en la vida cotidiana. Estas necesidades de autogestión evolucionan en el transcurso de vivir con una enfermedad crónica, particularmente cuando la salud se deteriora (32).

De acuerdo con el estudio se identificó que los comportamientos de autogestión en personas que tienen enfermedades crónicas con un bajo nivel socioeconómico son más desafiantes ya que tienen menos conocimiento sobre sus afecciones, presentan una menor adherencia al tratamiento, tienen más factores de riesgo (exceso de peso, sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol) y baja alfabetización en salud. Esta baja alfabetización en salud se ha relacionado con una pobre autogestión en varias enfermedades y la pobre autogestión con tasas altas de morbilidad y un mal funcionamiento físico, social y emocional (32).

Por otro lado, en el artículo “Patient Self-Management Support: Novel Strategies in Hypertension and Heart Disease” de Bosworth, Powers y Oddone (33), se destaca como la autogestión del paciente es un componente crucial de una atención médica efectiva para la hipertensión y las enfermedades cardíacas. El paciente tiene que ser colaborador en todo el proceso y son necesarios métodos que mejoren la capacidad de autogestión y su confianza en sus decisiones y tareas diarias.

Estas decisiones diarias se refieren a los comportamientos de autogestión. Este es definido como la capacidad del individuo para manejar los síntomas, el tratamiento, las consecuencias físicas y psicosociales y los cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una afección crónica. Todas las personas con hipertensión utilizan comportamientos de autogestión, pero se cuestiona el hecho de que tan bien lo hacen y cuál es la influencia que ejerce la autogestión en la experiencia de la persona en el proceso de enfermedad y en los resultados en salud (33).

La autogestión es más que el simple cumplimiento de recomendaciones ya que también incorpora el manejo psicológico y social de vivir con una condición crónica. Según estos autores consta de los siguientes componentes: participar en actividades que promueven la salud física y psicológica, interactuar con los proveedores de atención médica y adherirse a las recomendaciones de tratamiento, monitorear el estado de salud y tomar decisiones relacionadas con la atención, y controlar el efecto de la enfermedad en la salud física, psicológica y funcionamiento social (33).

En esta revisión se destaca que los estudios realizados en individuos con afecciones crónicas demuestran que muchos pacientes luchan con la autogestión y por lo tanto sufren un control inadecuado de la enfermedad, una calidad de vida reducida y un bienestar psicológico deficiente. Esta capacidad de autogestión de los pacientes puede verse influenciada por las demandas de sus enfermedades y sus circunstancias sociales y económicas (33).

Un objetivo importante en el apoyo de la autogestión en el paciente es proporcionarle habilidades para resolver problemas y reconocer los desafíos en el manejo de las enfermedades crónicas y generar un plan para forjar soluciones. Los programas que buscan la autogestión se centran en ayudar a las personas a desarrollar la autoeficacia y la confianza para llevar a cabo el cambio de comportamiento necesario para alcanzar el objetivo deseado y que participen activamente en el manejo de su propia afección (33).

Por otro lado, Duprez, Beeckman, Verhaeghe y Van Hecke (34) realizaron un estudio correlacional donde se quería explorar el comportamiento auto percibido de las enfermeras de apoyar la autogestión de los pacientes y su asociación con los factores socio estructurales relacionados con la persona. Este fue medido con el instrumento “Autoeficacia y rendimiento en el apoyo de la autogestión”.

Los autores definen en este artículo la autogestión como la provisión sistemática de educación e intervenciones de apoyo por parte del personal de atención médica para aumentar las habilidades y la confianza de los pacientes en el manejo de sus problemas de salud, incluida la evaluación regular del progreso y los problemas, el establecimiento de objetivos y el apoyo para la resolución de problemas (34).

Se menciona que la autogestión no es solo una cuestión de proporcionar información y enseñar habilidades o técnicas relacionadas con una condición específica. El apoyo en la autogestión también proporciona habilidades de resolución de problemas para ayudar a las personas a integrar la condición crónica en la vida diaria; así como el facilitar la participación de los individuos en el manejo diario de su condición crónica requiere de una fuerza laboral bien calificada (34).

De acuerdo con estos autores, se definen las competencias de autogestión de la persona en torno a un modelo denominado 5A. Este proporciona un marco clave para las actividades de autogestión que son: evaluar, asesorar, acordar, ayudar y organizar (34).

En la fase de evaluación se exploran las creencias de los pacientes acerca de vivir con la afección crónica y la motivación de los pacientes para controlar su afección. En la fase de asesoramiento, se proporciona información personalizada, lo que se considera una condición previa para la toma de decisiones informada. En la fase de acuerdo, se establecen objetivos de colaboración. En la fase de asistencia, los pacientes pueden adaptar sus actividades diarias a las demandas de la afección crónica. Durante la fase de organización, se organiza la atención de seguimiento. El papel del profesional es de asociación con el paciente para facilitar y motivar la participación de las personas en el manejo diario de su salud (34).

Además, mencionan como algunas teorías aportan a los comportamientos y el manejo de la autogestión. En la teoría social cognitiva se asume que la autoeficacia es un precursor importante

del comportamiento de una persona, esta es la creencia que las personas tienen en su propia capacidad para realizar con éxito alguna tarea. En este estudio consideran que la autoeficacia de las enfermeras está relacionada de una manera positiva con el apoyo que den sobre los comportamientos de autogestión (34).

Así mismo, la teoría social cognitiva supone que los factores socio estructurales influyen en el comportamiento. En este estudio consideran que la disponibilidad de tiempo percibida por las enfermeras, el apoyo del equipo, el conocimiento propio, la capacitación que reciban en autogestión y la prioridad que le den a la misma están asociados con comportamientos de autogestión (34).

La teoría del comportamiento planificado supone que alguien que tiene una actitud positiva hacia un comportamiento es más favorable para realizar ese comportamiento. Por lo cual, en este estudio se esperaba que las actitudes de las enfermeras hacia el apoyo en autogestión estén asociadas con los comportamientos de autogestión de los usuarios. Se esperaba que la motivación de los pacientes para autocontrolar su condición, el conocimiento de los pacientes para autocontrolarse, las capacidades de los pacientes para tomar decisiones y la necesidad de apoyo de los pacientes estén asociadas con los comportamientos de autogestión de las enfermeras y lo que ellas transmitan (34).

Finalmente, concluyen que en el apoyo en los comportamientos de autogestión se centra en una atención orientada a la persona, lo cual es el núcleo de la profesión de enfermería y permite tener una posición única en el apoyo de la autogestión de sus pacientes. En general, este estudio indica brechas importantes en el apoyo de autogestión actual de las enfermeras.

La enfermería todavía tiene un camino por recorrer en aspectos de la participación de los pacientes en el manejo de la condición crónica. Además, se destaca que la complejidad en el apoyo de la autogestión con su papel central en la participación de los pacientes parece requerir cierto nivel de avance de los profesionales como las enfermeras, que se puede obtener mediante capacitación o educación.

## ***Estudios Sobre Capital Social***

En una revisión sobre el concepto del capital social denominado “Capital Social: debates y reflexiones en torno a un concepto polémico” del autor Capdevielle (35) se describe como el concepto de capital social, que también es denominado como redes sociales, adquirió peso en las ciencias sociales latinoamericanas desde los años noventa con influencia de organismos internacionales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano (35).

Se ha caracterizado a las redes sociales como relaciones sociales informales y personales entre miembros de diferentes unidades domésticas que intercambian bienes y servicios con poca mediación monetaria; principalmente este concepto se ha utilizado más para ejemplificar a familias pobres. El capital social cobra importancia fundamental en la medida en que se trata de comprender y explicar un conjunto de prácticas que son implementadas por un grupo de familias que poseen un escaso volumen de capital económico y cultural, y que se ven enfrentadas a resolver todas las exigencias de su cotidianidad (35).

Desde el concepto de capital social se tiene diversas visiones como la comunitaria, la visión de las redes, la institucional y la sinérgica. Desde la visión comunitarista, que es sostenida por los organismos internacionales, se asocia el capital social con la capacidad de la sociedad de auto-gestionarse a través de organizaciones locales tales como clubes, asociaciones y grupos cívicos y se ha sostenido el hecho de que el capital social es inherentemente bueno; en consecuencia su presencia siempre tiene un efecto positivo en el bienestar de la comunidad (35).

Desde la visión de las redes se destaca dos cuestiones: por un lado, la importancia que tiene el fortalecimiento de los lazos intracomunitarios y como esto da un fuerte sentimiento de identidad y, por otro, la necesidad de construir lazos intercomunitarios susceptibles de traspasar barreras étnicas, de género, de status socio económico. A los primeros se les suele llamar capital social "que une", término conocido como “bonding” y a los segundos, capital social que produce puentes, término acuñado como “bridging”. De este modo, el capital social de un grupo o de una "comunidad" se compondría de distintas combinaciones posibles de estos dos componentes verticales y horizontales (35).

La visión institucional sostiene que la vitalidad de las redes comunitarias y de la sociedad civil es, en gran parte, el resultado de su contexto político, legal e institucional. Es por esto por lo que, la capacidad de los diferentes niveles de grupos sociales para movilizarse por intereses

colectivos depende, precisamente, de la calidad de las instituciones formales con las cuales funcionan (35).

Desde la visión sinérgica se unifica la visión que privilegia los ámbitos institucionales con aquella de las redes. El objetivo es buscar las condiciones que estimulan sinergias de desarrollo, por ejemplo, las alianzas profesionales dinámicas, y relaciones entre y dentro de burocracias estatales y diversos actores de la sociedad civil (35).

En esta revisión se plantea que autores como Coleman desde el año 1990 destacaron que el capital social es un medio o un recurso que facilita a los individuos la consecución de sus propios intereses y que es inherente a la estructura de las relaciones sociales. A partir de la realización de favores, el capital social adopta la forma de obligación y es a través de esta que el individuo alcanza sus propios objetivos, procurando que la retribución se produzca en el momento más conveniente para él. Además, la posibilidad de aparición de esta forma de capital social queda sujeta a diversos factores, entre ellos el grado de confiabilidad del entorno social, las necesidades actuales de los individuos y el grado de cercanía de las redes sociales (35).

Es así como las redes son explicadas desde esta perspectiva, a través de las interacciones concretas y reales entre individuos. Es la interacción la que, en un primer momento, genera un vínculo y, por lo tanto, es la estructura de esa interacción la que, en principio, contiene elementos que pueden constituir al capital social, porque presupone cooperación y coordinación. La acción de los individuos ocurre en contextos institucionalizados que regulan y dan permanencia a las interacciones; cuando los individuos se apropian de estos elementos, se constituye el capital social (35).

Por su parte, autores como Putnam en el año 1995 plantea al capital social como un instrumento de análisis macro, como un atributo de las comunidades, y no ya simplemente como un recurso de carácter individual. Desde esta perspectiva el capital social es definido como aspectos de la organización social tales como confianza, normas y redes, que pueden mejorar la eficiencia de una sociedad al facilitar la acción coordinada. Así mismo, destaca que la confianza, la reciprocidad, las redes sociales y el compromiso cívico, comprenden las dimensiones del fenómeno que logra explicar por qué ciertas comunidades alcanzan mayores niveles de desarrollo económico y democrático que otras (35).

Por otro lado, autores como Bourdieu definen al capital social como conjunto de recursos actuales o potenciales que están ligados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de interconocimiento. A su vez, como la pertenencia a un grupo donde no están solamente dotados de propiedades comunes, sino que están también unidos por lazos permanentes y útiles (35).

Finalmente, se ha utilizado más el concepto desde la perspectiva teórica de Bourdieu donde el capital social es un recurso (y, por ello, una fuente de poder) que puede invertirse, que puede perderse y que puede reconvertirse en otras especies de capital, cuando las condiciones estructurales lo permiten (35).

En el artículo titulado “El capital social en la construcción de vínculos comunitarios” del autor Ojeda (36) en el año 2019, se presenta un estudio sobre el capital social comunitario del barrio Colinas de Pilar, de la ciudad de Pilar, Paraguay que caracteriza los tipos de capital social de sus pobladores y como están constituidas sus redes sociales.

En la comunidad seleccionada para el estudio se encuentran asentados 132 hogares con un total de 528 pobladores, de los cuales se obtuvo una muestra de 50 familias mediante un sistema no aleatorio, previo criterio de inclusión para la selección de los actores sociales mayores de edad más resaltantes del barrio, activistas sociales, miembros de comisiones vecinales, maestros, agentes policiales, jubilados, amas de casa y agricultores, a quienes se administró el cuestionario (36).

Esta investigación es de tipo descriptiva con enfoque cuantitativo, de diseño observacional y corte transversal. La técnica de recolección de datos utilizada fue la encuesta basada en el cuestionario para la medición del capital social del Banco Mundial. (SG-IQ) (36).

Para efectos de este estudio se utiliza la caracterización realizada por Woolcock y Narayan, donde se distinguen tres tipos de capital social, en donde se resalta que estos tres tipos de capital social pueden, cada uno, facilitar el acceso a otros activos y la satisfacción de ciertos objetivos de vida (36).

El primero es el capital social de unión que son las redes familiares, de amistad cercana y de vecindad, comunidad. Involucra nexos con pocas personas; y en términos geográficos son nexos con personas que viven muy cerca (36).

El capital social de puente, que son las redes organizacionales como juntas vecinales, de comunidades de campesinos, de madres solteras, y otras formas federativas de organización entre grupos similares (36).

El capital social de escalera son las redes entre grupos y personas de distinta identidad y distintos grados de poder sociopolítico. Nexos que crean relaciones medianamente consolidadas entre personas, comunidades y agencias públicas o no gubernamentales externas que facilitan el acceso a esferas políticas, a recursos de agencias externas, al apoyo de estas agencias en momentos de crisis o amenaza, u otros (36).

Por su parte, las variables observadas en esta investigación fueron Grupos y Redes; Confianza y Cohesión social; Acción colectiva y Cooperación. Entre los resultados principales se destaca que en la investigación realizada se encontraron los diferentes tipos de capital social: de unión, de nexo o puente y escalera. La red primaria que incluye los principales lazos son los familiares, a los que recurren en casos de experimentar problemas, se catalogan dentro del capital social de unión lo que se demuestra en los resultados de la encuesta que indican que casi las  $\frac{3}{4}$  partes confían netamente en la familia para contar sus problemas (36).

Con relación a la variable que mide la confianza en los demás, al ser preguntados los encuestados en quienes confiaría para contar sus problemas una mayoría del 58,4 % indico que la familia, un 25 % señaló que recurre a amigos, mientras que un 8,4 % contesto que recurre a vecinos, otros encuestados (4,1 %) señalo que al líder religioso e igual porcentaje (4,1 %) manifestó que a compañeros de trabajo (36).

Del listado de personas e instituciones solicitadas en la encuesta, los pobladores contestaron sobre el grado de confianza depositado en ellos, en sus respuestas, la familia ocupa el primer lugar, más del 90 % indica que la familia goza de mucha confianza, la policía goza de poca o ninguna confianza, igualmente, el Intendente, Gobernador u otro servicio público gozan de poca o nula confianza, por lo que se puede inferir que la confianza institucional está condicionada por la percepción de eficacia de las instituciones. Los pobladores confían moderadamente, en vecinos, compañeros los pobladores confían moderadamente, en vecinos, compañeros de trabajo y los amigos (36).

Estos resultados denotan que la primera contención es la familia, y es en los familiares que en este barrio tienen más confianza (capital social de unión), y en segundo orden los amigos, muy pocos recurren a los vecinos lo que indica que se debe ampliar la red de relaciones entre vecinos. En esta sección ningún encuestado expuso que recurre a funcionarios públicos, de lo que se infiere la nula confianza en las autoridades (36).

El capital social tipo puente se da en este barrio en las relaciones de los pobladores con los amigos en mayor porcentaje, y vecinos en menor porcentaje, basado en características comunes de compromisos y sentimientos moderados de conectividad, tales como el respeto, confianza y colegiabilidad que puede existir entre las personas (36).

El capital social de escalera es donde se interacciona con grupos o instituciones externas, donde existen relaciones desiguales, entre personas con casi nulas tipologías comunes, limitado contacto personal y, normalmente, diferencias en el nivel de posición de recursos. Este hecho puede encaminar vínculos de cooperación y brindar enlaces de colaboración y generar grandes chances de realizar labores conjuntas, por lo que se conectan con otros actores de la sociedad con mejor economía y poder pues se abren a otros grupos con cuotas mayores de recursos y poder; lo que se demuestra a través del estudio realizado en el barrio Colinas de Pilar, donde casi la mitad de la pobladores señalaron que los proyectos fueron liderados por la Municipalidad u otras organizaciones (36).

Los resultados de este estudio demuestran que los vecinos encuestados del Barrio Colinas de Pilar establecen relaciones más fuertes con personas o grupos dentro de la misma comunidad, es decir, con familiares con características similares y en un menor nivel con grupos o instituciones externas a la comunidad que les proporcionarían mayor acceso a beneficios (36) .

Finalmente, este autor menciona que el capital social es mayor en aquellos lugares donde las imposturas del clientelismo disminuyen; donde se vota y se elige y en donde las ayudas, las redes y la cohesión tienen un valor positivo y no negativo. En contrapartida, hay déficit en los valores más propios del capital social: confianza, pluralismo, empoderamiento, acción colectiva e información (36).

En el artículo titulado “Capital social versus vacío de poder. Análisis de la construcción del capital social en los municipios de Palenque y Puebla” de los autores Blázquez y Sosa, (37)

del año 2018 se analizó el capital social de las ciudades de Palenque y Puebla utilizando el Cuestionario Integrado para la Medición del capital social del Banco Mundial.

En primera instancia, establecieron el concepto de capital social grupal como las relaciones de confianza y solidaridad al interior de un grupo social que determinan su capacidad de actuar colectivamente para resolver problemas y necesidades comunes. También como el conjunto de relaciones de cooperación que se pueden establecer en un grupo social y que buscan prioritariamente resolver problemas colectivos para incrementar el bienestar común de sus miembros (37).

Se exploró la construcción de dicho capital como un mecanismo generador de acción y organización de los pobladores. Se estableció un acercamiento a las diversas dimensiones que componen el capital social y se identificó los niveles de confianza, solidaridad, cooperación, acción colectiva, empoderamiento, y demás indicadores que permiten ponderar la magnitud y calidad de este activo social entre los habitantes (37).

Entre algunos de los resultados se encuentran. De acuerdo con los datos recabados entre los habitantes del municipio de Palenque, se observa que únicamente alrededor del 22% de los encuestados manifestaron tener confianza hacia sus vecinos, mientras que el restante 78% tienen una opinión negativa o en el mejor de los casos neutra sobre el poder confiar en las personas que viven en su misma colonia o comunidad. En el caso del municipio de Puebla, el 47.1% de los encuestados expresaron confiar en sus vecinos, mientras que el 35.3% se mantuvo neutro y el 17.7% tiene una opinión negativa. Estos datos tan contrastantes, desmienten la idea generalizada de que en los municipios pequeños o de características principalmente rurales, como lo es el municipio de Palenque, se tenga mayor confianza entre los habitantes y por tanto mayor capital social que les permita unirse y enfrentar juntos problemas o amenazas comunes (37).

En Palenque, el 50% de los encuestados manifestaron un parcial o total desacuerdo sobre confiar en sus vecinos, lo cual no parece aplicarse para el caso de la confianza y la solidaridad entre las familias ya que muchas de las entrevistas realizadas a informantes clave de dicho municipio, permitieron percibir que las familias tienen mayor convivencia, cohesión, y solidaridad, por lo que debe hablarse más bien de capital social familiar (37).

Estos autores destacan que este capital social familiar puede ser una fortaleza para utilizar por parte del gobierno en cuanto a programas que involucren a familias más que a grupos sociales. El propósito debe ser evitar que el capital social siga perdiéndose y evitar que la sociedad civil se debilite y pierda su capacidad de respuesta ante los abusos del gobierno, de otros grupos sociales y sobre todo del crimen organizado (37).

Se debe revisar qué aspectos están desgastando o destruyendo el débil tejido social y erradicarlos. Incluso conocer cómo los diferentes tipos de violencia social, gubernamental, intrafamiliar o de otro tipo pueden estar dañando la confianza entre los miembros de una comunidad (37).

Sobre la solidaridad entre los habitantes de las comunidades, se observa que, en Palenque, alrededor del 45% manifestó que los vecinos no están dispuestos a ayudar cuando es necesario. Cerca del 38% manifestaron un parcial o total acuerdo sobre el hecho de que los vecinos están dispuestos a ayudar. En Puebla, el 35.3% indicó que no existe esa disponibilidad, mientras que el 47.1% señaló que consideran que sus vecinos si están dispuestos a ayudar (37).

Estos autores mencionan que la solidaridad es uno de los indicadores más importantes del capital social y ambas encuestas evidencian un reducido nivel de solidaridad y capital social. En México y los países latinos en general cuentan con niveles muy bajos de capital social lo cual explica en gran medida los grandes e históricos rezagos que no se han podido superar precisamente por la existencia de una sociedad débil e incapaz de imponerse ante los intereses de la clase política y la clase empresarial (37).

Con relación a la cooperación que es otro indicador muy importante del capital social, en el municipio de Palenque se observa que alrededor del 37% de los encuestados manifestaron un parcial o total desacuerdo sobre la afirmación de que en su comunidad los vecinos se organizan y trabajan unidos para resolver problemas comunes. Otro 36%, es decir un porcentaje casi idéntico opina que efectivamente los vecinos si se organizan y trabajan unidos para resolver problemas comunes. En el caso del municipio de Puebla, el 35.3% manifestó que la comunidad no se organizaba, mientras que el 23.4% considera que si hay organización para solucionar los problemas y el 41.2% se mantuvo neutro (37).

Se puede pensar entonces que también la cooperación comunitaria es deficiente o se encuentra muy disminuida. Un indicador deficiente o bajo de cooperación puede afectar no tan sólo la capacidad de la comunidad para enfrentar amenazas comunes, sino que incluso se puede ver reflejado en dificultad para gestionar diversos apoyos del gobierno hacia la comunidad (37).

Sobre la respuesta o actitud de los vecinos ante invitaciones para organizarse, en Palenque se puede observar que alrededor del 40% de los encuestados manifestaron que a los vecinos de su comunidad no les interesa organizarse y no responden ante las invitaciones en ese sentido. Otro 42% señaló que más bien lo que sucede es que nunca o casi nunca se les invita. En el caso de Puebla, el 41.1% señaló que no hay interés en sus vecinos para organizarse y el 29.4% señaló que desconocían que alguien llevara a cabo reuniones de este tipo (37).

Estos resultados denotan el bajo índice de organización de los pobladores en ambos municipios. Esto es un dato para considerar, pues a través de la organización comunitaria se puede establecer un contrapeso ante las decisiones gubernamentales que afectan a la población, ya que una sociedad organizada siempre tiene mayor capacidad de exigir resultados a sus autoridades y de supervisarlos (37).

En cuanto al indicador de la confianza, estos autores establecen que la confianza de la sociedad hacia sus autoridades es otro de los indicadores más importantes que inciden en el capital social. A mayor confianza en las autoridades, se puede pensar en mayores niveles de capital social, y por el contrario la desilusión sobre la actuación de las autoridades o funcionarios públicos afecta gravemente las redes de solidaridad y cooperación social que constituyen el cimiento del capital social (37).

En Palenque se observa que únicamente poco más del 26% de los encuestados tienen algún grado de confianza hacia las autoridades o funcionarios municipales, mientras que el restante 74% más bien tienen desconfianza hacia las autoridades o funcionarios municipales o bien desconocen su actuación. El caso de Puebla es concordante con el de Palenque, el 5.9% confía en las autoridades municipales, mientras que el 64.7% manifestó dudar de las autoridades y el 29.4% se mantuvo neutro (37).

En Palenque se aprecia que únicamente el 27% de los encuestados manifiesta tener algún grado de confianza hacia el gobierno estatal. El restante 73% manifiesta más bien desconfianza

hacia los funcionarios y autoridades del gobierno estatal, incluyendo un porcentaje que no emitió su opinión por desconocimiento o desvinculación total con el asunto, aunque también ese 3% pudo haber omitido su respuesta por temor a ser sancionados lo cual indica un alto grado de desconfianza. En Puebla, el 5.9% señaló confiar en las autoridades estatales, mientras que el 64.7% desconfían de las autoridades estatales y el 29.4% se mantuvo neutro (37).

Con relación a la acción colectiva se observa que tanto en el municipio de Palenque como en el de Puebla, la participación de la comunidad en actividades de beneficio colectivo es reducida. En ambos municipios la percepción de los encuestados sobre la posibilidad de que los vecinos se organicen para resolver algún problema presentó bajos índices de probabilidad (37).

En el caso de Palenque, únicamente el 17% de los encuestados consideraron que existen posibilidades altas de que los vecinos se organicen y cooperen para resolver algún problema o amenaza grave que se presente y afecte su calidad de vida. En cambio, el 44% consideró que las posibilidades de cooperación de los vecinos son bajas o nulas. El restante 39% se abstuvieron de opinar. En el caso de Puebla, el 70.6% señaló que eran bajas las posibilidades de que los vecinos se organizaran, mientras que el 23.5% planteó que si existe posibilidad de organización y el 5.9% se mantuvo neutro (37).

La facilidad con que se presenta o no la comunicación al interior de un grupo social y el flujo de información al interior del mismo son otros de los indicadores principales o dimensiones del capital social. En esta investigación, la comunicación y la información se midieron a través de la probabilidad que perciben los habitantes de enterarse oportunamente de algún programa o situación que les permitiera mejorar sus condiciones de vida (37).

En el caso del municipio de Palenque se observa que poco más del 33% de los encuestados manifestó que tenía posibilidades altas o muy altas de enterarse de alguna situación de ese tipo. Asimismo, poco más del 27% señaló que las posibilidades de enterarse oportunamente eran regulares, y únicamente alrededor del 9% consideraron que tenían bajas o muy bajas posibilidades de enterarse de una situación benéfica del tipo señalado. Finalmente, alrededor del 30% se manifestaron en el sentido de no saber si se enterarían o no de una situación así. En el caso de Puebla, la percepción de los encuestados muestra que no confían en enterarse oportunamente, tan solo el 23.5% señaló que existía una alta posibilidad, el 47.1% señaló que moderadamente, el

23.5% consideró que existen muy bajas posibilidades y el 5.9% expresó que no sabría si se enteraría o no de la existencia de dichos programas (37).

La cohesión social es otra de las dimensiones a través de las cuales se mide el capital social y se refiere al grado en el que los miembros de un grupo social conviven y se relacionan amigablemente entre ellos. Para medir este indicador se preguntó el número de veces que en el último mes se había reunido el encuestado con otros habitantes de su localidad para convivir, platicar, comer o beber algo, ya sea en una casa o en un lugar público. En el municipio de Palenque, alrededor del 58% de los encuestados señalaron haberse reunido o convivido por lo menos en una ocasión durante el último mes con otros habitantes de la localidad, lo cual demuestra un importante grado de cohesión. Sin embargo, debe destacarse que en la mayoría de los casos la convivencia se presenta a nivel de los grupos familiares ampliado y no necesariamente con miembros de la comunidad que no sean familiares (37).

Esta situación lleva a pensar que debe separarse el concepto de capital social grupal o comunitario de otros tipos de capital social como son el capital social familiar del que no existe mención o antecedente en la literatura. El caso de Puebla se distingue notablemente de los datos arrojados en el municipio de Palenque, pues tan solo el 33.3% señaló haberse reunido al menos una vez, mientras que el 66.7% señaló no haber convivido ni una sola vez con los habitantes de la localidad para comer o beber algo (37).

El grado de satisfacción de los habitantes de una comunidad por las condiciones generales de su vida y de su familia, constituye uno de los indicadores relacionados a la dimensión de empoderamiento que es parte de la medición del capital social. En el municipio de Palenque los habitantes tienden a sentirse satisfechos o muy satisfechos con su vida y su familia, poco más del 49% de los encuestados manifestó sentirse muy satisfecho con su vida y su familia, mientras que cerca del 20% manifestó sentirse satisfecho en parte. Asimismo, únicamente alrededor del 5% manifestaron sentirse insatisfechos o frustrados en cuanto a su vida personal o familiar. En el caso de Puebla los datos fueron concordantes, el 62.5% se siente satisfecho en parte, el 18.8% regular y tan solo el 18.8% señaló que se sentía frustrado en ese ámbito (37).

El empoderamiento es una de las dimensiones del capital social que refleja la percepción de los miembros de un grupo social sobre el poder y los derechos que tienen para cambiar o mejorar las condiciones en las que viven, es decir para mejorar su entorno en el sentido más amplio, a su

favor. En el municipio de Palenque se observa que alrededor del 23% de los encuestados consideran que tienen algo o mucho poder y derechos para cambiar el entorno político, económico, social, institucional, físico, etc. a su favor y mejorar sus condiciones de vida. El restante 77% consideran que sus posibilidades de incidir en el entorno son mínimas o inexistentes. En el caso de Puebla, el 46.6% considera tener todos o algunos derechos y poder, mientras que el 53.4% señaló que tiene pocos o ningún derecho ni poder. Se observa entonces que el propio ciudadano se siente incapacitado para incidir en la transformación de su comunidad y por tanto es más proclive a desarrollar mayores niveles de frustración (37).

La acción política es también un indicador importante de los niveles de capital social de una comunidad, se refiere a la intensidad o la frecuencia con la cual los miembros de la comunidad participan en actividades colectivas que tienen como fin presionar a las autoridades o funcionarios públicos para que éstos actúen a favor del grupo social y mejoren sus condiciones de bienestar. En el caso del municipio de Palenque este indicador es regular o bajo, ya que, alrededor del 61% de los encuestados manifestaron que en ninguna ocasión en el último año habían participado en un acto de este tipo, pero el restante 39% manifestaron que ellos o alguien de su hogar había participado por lo menos en una ocasión en actividades de ese tipo en el último año. En el municipio de Puebla, la encuesta arrojó indicadores semejantes, el 56.3% señaló que en el año no han participado en ninguna acción y el 43.9% puntualizó que participó al menos una vez (37).

Finalmente, el nivel de civismo prevaleciente en una comunidad se considera también un indicador importante del capital social. Normalmente esta dimensión se ha medido a través de la frecuencia con la cual se ejerce el voto de tal forma que, a menor índice de votación, es decir a mayor índice de abstencionismo, se considera que existe menor civismo, es decir menores niveles de ciudadanía. En el caso del municipio de Palenque, se observa que alrededor del 54% de los encuestados no votaron en las últimas elecciones. En el caso de Puebla, el 12.5% señaló no haber votado, mientras que el 87.5% contestó que sí participó. Los índices recolectados en Palenque denotan graves deficiencias con relación a la participación electoral, probablemente originado por decepciones constantes de las autoridades hacia los ciudadanos lo que ha generado pérdida de confianza en el sistema político y electoral vigente (37).

Como conclusiones de esta investigación se destaca que tanto en el municipio de Palenque como en el de Puebla existen bajos índices de capital social. Las sociedades de ambos municipios

muestran, por un lado, un desgaste en la legitimidad de las instituciones que no se ha solventado por la organización de la sociedad ni la construcción de capital social. A diferencia de esto, se sostiene que esta pérdida de credibilidad ha generado vacíos de poder que no son llenados por las autoridades ni por la sociedad civil, sino por grupos del crimen organizado (37).

De manera concordante, ambos municipios manifestaron que no hay solidaridad, cooperación ni organización entre los vecinos. En los dos predominó la sensación de no tener derechos ni poder, es decir, la población no se siente empoderada para ejercer cambios en su comunidad. Esto se suma a la baja confiabilidad que los pobladores tienen en las autoridades municipales, estatales, federales, en la policía y en los partidos políticos, lo cual evidencia un debilitamiento de las instituciones, problema que no encuentra un contrapeso en una sociedad civil organizada; sino que esta pérdida de legitimidad se genera ante una población desorganizada, dividida y sin poder (37).

Por otro lado, en un artículo titulado “El capital social en universitarios de Cartagena. Confianza, acción colectiva, empoderamiento y acción política\*” de los autores González y Palacio, (38) del año 2016 se indagó sobre las características del capital social en universitarios con base en la confianza, la acción colectiva, el empoderamiento y la acción política, mediante el cuestionario integrado para la medición del capital social del Banco Mundial.

Esta es una investigación de tipo cuantitativa con un diseño descriptivo a partir de una población conformada por estudiantes de la Corporación Universitaria Rafael Núñez de la ciudad de Cartagena, en disciplinas de las ciencias de la salud, las ciencias sociales y humanas, las ciencias administrativas y contables y la ingeniería de sistemas; de allí se seleccionaron 353 universitarios (38).

González y Palacio mencionan que el capital social cobra sentido cuando se permite el análisis de las características de la vida social traducidas en normas de reciprocidad, redes, asociatividad, confianza y compromiso cívico que mejoran la eficacia de la sociedad y facilitan la acción coordinada (38).

El capital social desempeña un papel importante en el estímulo de la solidaridad mediante acciones colectivas, el uso comunitario de recursos y una mayor participación en los asuntos públicos. Implica inferir en ese grado de confianza, de normas de comportamiento cívico, consenso

moral y niveles de asociatividad, representado en un sistema de redes que construyen los sujetos de una sociedad, generando así riqueza y fortaleciendo el tejido social, basados en el cumplimiento de las normas y en la confianza y la capacidad de trabajar en grupos u organizaciones a fin de lograr objetivos comunes (38).

En cuanto a los resultados, se eligieron tres dimensiones para ser analizadas: la confianza y solidaridad, acción colectiva y cooperación y el empoderamiento y acción política. En la primera dimensión, esta se encontró representado con 53,8 % de desconfianza y de 46,2% de confianza. Estos niveles de desconfianza personal se ven reflejados en el hecho de que el 62,1 % considera que en su barrio se debe estar alerta o alguien se aprovechará (38).

Otro hallazgo significativo estiba en que el 98 % de las personas en su barrio está dispuesta a ayudar cuando es necesario; el resto asume una posición neutra o de desacuerdo. Si se hace una comparación global entre las distintas manifestaciones de confianza en diferentes tipos de personas, se observa que los estudiantes universitarios de Cartagena confían en una proporción mayor en profesores (9,1 %) y enfermeras/médicos (8,5 %), y desconfían en extraños (79,3 %) y en los partidos políticos (54,4 %) (38).

En cuanto a la dimensión de acción colectiva y cooperación el 70,8 % expresó que el año anterior no trabajó con personas de su barrio para beneficio de la comunidad, evidenciando con ello baja asociación para el trabajo comunitario y bajo compromiso hacia sus comunidades; contribuyendo a que el capital social sea bajo. Con respecto a la cooperación, se encontró que para la búsqueda de soluciones a problemas concretos las personas colaborarían (73,3 %) y las probabilidades de que se organicen para ayudar a la comunidad ante un hecho desafortunado es del 77,6 % (38).

En cuanto a la dimensión del empoderamiento y acción política se da un significativo reconocimiento de su área individual y se mantiene un control eficiente sobre las decisiones (81,9 %), por encima del sentimiento de no control que se percibe (18,2 %). El concepto sobre la influencia para los cambios en sus contextos comunitarios y hacer que su barrio sea un mejor lugar para vivir, se ve disminuido en los universitarios, debido a que el 70,2 % considera que tienen poca o ninguna influencia (38).

Como parte de las conclusiones destacaron que, en la dimensión de confianza y solidaridad, se reflejan valores de solidaridad, pero sigue débil la confianza social e institucional, especialmente aquella que representa la figura estatal muy vinculada a falta de transparencia, respeto y lealtad, lo que resulta en una visión negativa de los dirigentes (38).

También mencionaron en la dimensión de acción colectiva y participación que, en la organización de la comunidad para ayudar ante un evento desafortunado, se da una notable percepción de que pueden esperar ayuda del otro, lo que patentiza el vínculo y la confianza social que se genera en los colectivos comunitarios (38).

La cooperación y organización en grupos en los cuales se inscribe el estudiante universitario, lo que constituye un factor fundamental de capital social. El compromiso cívico caracteriza una comunidad cívica; es decir, una sociedad en la que los ciudadanos están dispuestos a la confianza y a la solidaridad y manifiestan un interés por los asuntos públicos siempre y cuando se den elementos de confianza social y un fortalecimiento institucional como garantía de la gobernabilidad democrática (33).

Como parte de la tercera dimensión estudiada concluyen que los universitarios de Cartagena presentan indicadores de baja asociatividad, conciencia política y empoderamiento colectivo, lo que hace que se vea disminuido el capital social (38).

Por último, estos autores mencionan que la disminución de capital social genera una desconfianza horizontal y vertical y el tejido social no se ve fortalecido ni se evidencia apropiación de sus miembros en la capacidad de trabajar juntos en grupos u organizaciones a fin de lograr objetivos comunes. Por lo tanto, recalcan el papel del Estado mencionando que este debe recuperar la confianza e influir de manera más directa para la creación del capital social mediante la educación. Las instituciones educativas no transmiten simplemente capital humano sino también las reglas y normas implícitas, las cuales son asumidas por los miembros de la sociedad en la que se enmarca (38).

En síntesis, se ha encontrado un vacío del conocimiento sobre estudios del capital social, principalmente en estudios de tipo cuantitativo; la búsqueda se ha enfocado en investigaciones que utilicen el instrumento “Cuestionario integrado sobre el capital social” del Banco Mundial. Las investigaciones aquí presentadas, tienen en común, que han sido hechas a nivel comunitario por lo

que se destaca como es preponderante la investigación del capital social en esta área, principalmente a nivel latinoamericano y como en otras áreas de salud por ejemplo, este concepto no ha sido utilizado.

### ***Estudios Sobre Capital Social y Comportamientos De Autogestión***

En el artículo “Chronic illness self-management: A mechanism behind the relationship between neighbourhood social capital and health” de los autores Waverijn, Heijmans y Groenewegen (39), se destaca que el capital social proporciona los recursos que benefician a la autogestión, principalmente de las personas con enfermedades crónicas.

Estos autores mencionan que el capital social se define por los recursos que se desarrollan a través de las relaciones sociales. Así mismo, el capital social individual consiste en recursos inherentes en las relaciones entre individuos específicos. En el artículo se incluye el término del capital social en la comunidad que se describe como los recursos que están disponibles para quienes pertenecen a una comunidad determinada, independientemente de las relaciones que mantengan con los otros (39).

El capital social puede beneficiar la salud, por ejemplo, promoviendo la difusión de información de la salud y estimulando el control sobre los comportamientos en salud. Adicionalmente, procesos psicosociales como sentimientos de seguridad y ser respetado puede influir positivamente en la salud con las personas con más capital social. Esto está relacionado con los cambios en salud de las personas que tienen una enfermedad crónica debido a que es posible que los recursos de la comunidad beneficien la salud de las personas porque contribuyen a la autogestión de las mismas (39).

La autogestión es vista como una tarea predominante de las personas y su red social. Implica todo el apoyo desde los lazos más cercanos como los amigos y familiares hasta los vecinos de una comunidad, en donde se pueden beneficiar con los recursos generados (39).

Estos recursos podrían beneficiar la forma en que las personas manejan los ajustes al estilo de vida y cómo logran integrar una enfermedad crónica en los roles existentes de su vida diaria. Uno de estos recursos en comunidades con mayor capital social es el acceso a la información (39).

Esto puede beneficiar la autogestión de una persona con enfermedad crónica a través del manejo de información práctica sobre los servicios requeridos, el apoyo a las ideas de las

municipalidades, lo brindado a través de las redes sociales y grupos de apoyo, hasta cambios en el estilo de vida. Además, el control social de esa información en las comunidades puede promover la adopción de comportamientos saludables. Así mismo, comunidades con mayor capital social pueden a través de diversos sentimientos ayudar a las personas a superar las barreras de autogestión que se presenten (39).

Se determinó que la autogestión es un mecanismo detrás del capital social y su relación con la salud y que los recursos del capital social pueden beneficiar a las personas con enfermedades crónicas basadas en sus desafíos de autogestión y las necesidades de apoyo que presenten (39).

En el artículo “The influence of social networks on self-management support: A metasynthesis.” de los autores Vassilev, Rogers, Kennedy y Koetsenruijter (40) reconocen que el manejo de las enfermedades crónicas no es sólo individual, sino que es un proceso colectivo donde la red social, que es parte del capital social del individuo, hace una contribución considerable para mejorar los resultados de salud para las personas.

Estos autores destacan que la autogestión es un proceso colectivo, emprendido dentro de las redes sociales y comunidades personales que requiere la movilización de recursos sociales. La forma en que las personas interactúan con los demás conduce a cambios en su contexto y a renegociar sus roles e identidades en las relaciones con los demás. También se ha demostrado que las experiencias personales de otras personas ayudan en las decisiones tomadas sobre el manejo de alguna enfermedad (40).

Los comportamientos de salud y el cambio en el estilo de vida se propagan a través de redes sociales y las mismas contribuyen al manejo de la condición a largo plazo a través de acciones, actividades prácticas y emocionales y el trabajo de apoyo que realizan los miembros de una red social (40).

En el artículo se plantea que el compartir conocimientos y experiencias dentro de una comunidad personal puede proporcionar a las personas la sensación de no estar solos y ofrece una valiosa oportunidad para intercambiar ganancias y reforzar el conocimiento existente relevante para una condición lo que puede motivar a cambios o participación en el estilo de vida al agregar nuevas actividades o comportamientos en autogestión (40).

Así mismo Ehsan, Klaas, Bastianen y Spini (41) en su artículo “Social capital and health: A systematic review of systematic reviews, destacan que aún no se tiene claro en qué aspectos específicos el capital social influye en la salud.

Se ha asociado al capital social con resultados positivos en salud, pero también puede tener relaciones negativas con la salud. Con el capital social se puede tener un acercamiento desde la cohesión social propuesto por Coleman en 1990 que consideraba que el capital social era el nivel de confianza y reciprocidad entre los miembros de la comunidad. Este puede existir tanto horizontalmente (en el mismo nivel) como verticalmente (entre individuos, grupos e instituciones), y afecta las estructuras sociales (41).

Por su parte, estos autores mencionan que hay diferentes dimensiones del capital social que se enmarcan en los enfoques de cohesión y de red para la salud: cognitiva, estructural, de unión, puente y enlace. El tipo cognitivo se refiere a la percepción de confianza, reciprocidad, normas y valores dentro de una comunidad. El estructural se refiere a la cantidad de relaciones y membresía en instituciones que pueden unir a individuos y grupos. El de unión se refiere a los recursos sociales que un individuo puede obtener a través de redes cercanas o grupos con características sociodemográficas similares. El de puente se refiere a los recursos a los que se puede acceder desde redes o grupos con diferentes características y el capital social de enlace conecta a individuos y grupos dentro de jerarquías de poder y autoridad (41).

El capital social tiende a tener lugar en diferentes entornos. Tres entornos comunes para observar el capital social y la salud se encuentran dentro de las familias, en el lugar de trabajo y en varios contextos del vecindario o comunidad (41).

Los contextos vecinales pueden incluir una variedad de instituciones y organizaciones que están disponibles localmente, y actividades, como clubes vecinales, grupos de ejercicio físico u organizaciones religiosas. El capital social puede consistir en vínculos más o menos formales como empleador-empleado, amigos y conocidos dentro de los mismos entornos (41).

Dentro de las revisiones sistemáticas se encontró datos claves del capital social y su relación con la salud. En individuos desfavorecidos el capital social de unión mejoró la salud, mientras que el de puente y estructurales se asociaron con peores resultados de salud. Además, se

ve al capital social como protector en salud, principalmente en enfermedades mentales y cardiovasculares y en niveles de mortalidad (41).

Por otro lado, en el artículo se indica que hay comportamientos que pueden indicar mala salud, pero a su vez el comportamiento humano se rige por elementos sociales; por lo que los comportamientos de salud pueden indicar simultáneamente la salud y el entorno social de un individuo (41).

Las personas con un capital social más alto pueden ser más alentadas a buscar ayuda si sus redes notan que necesitan ayuda. Al mismo tiempo, es posible que las personas con redes de apoyo más altas no necesiten buscar ayuda formal, ya que ya tienen soporte disponible. Los resultados de salud tienen consecuencias muy sociales que también pueden afectar el capital social. Por ejemplo, las personas con enfermedades mentales o VIH / SIDA pueden enfrentar más estigmatización debido a su enfermedad y, por lo tanto, tienen un capital social reducido (41).

Finalmente, concluyen que hay evidencia de que el capital social está asociado con una mejor salud. De acuerdo con las revisiones los aspectos cognitivos y estructurales del capital social a menudo predecían una buena salud, aunque esta última parecía variar más según el contexto. El tipo de capital social llamado de unión y el de puente predijeron una buena salud en general, pero podrían predecir una peor salud dependiendo del contexto y los grupos a los que pertenecen las personas. También, que los indicadores del capital social son protectores contra la mortalidad a su vez que las relaciones sociales (41).

### ***Estudios Sobre Ingenio (Resourcefulness)***

Lai, Zauszniewski, Tang, Hou y Su (42) realizaron un estudio que tuvo como objetivo probar el efecto mediador de las creencias personales en la relación entre el ingenio (resourcefulness) y el funcionamiento adaptativo. El estudio incluyó un diseño transversal con 187 participantes adultos que padecían de depresión, en el sur de Taiwán.

Estos autores plantean que los pacientes con depresión tienen dificultades para realizar tareas diarias y satisfacer sus propias necesidades de cuidado personal. Estos déficits en el funcionamiento adaptativo se ven alterados por alteraciones en creencias personales específicas que reflejan el proceso de regulación de las cogniciones. Por su parte, la teoría de Rosenbaum sobre el ingenio (resourcefulness) revela que el funcionamiento adaptativo está influenciado por

el ingenio (resourcefulness) aprendido, mientras que este está asociado con el proceso que regula las cogniciones (42).

Este último autor declaró que el ingenio (resourcefulness) aprendido es un repertorio adquirido de cogniciones y comportamientos y un compendio de habilidades de afrontamiento que se utilizan para lidiar con efectos potencialmente perturbadores de las cogniciones de un individuo, emociones, sensaciones y procesos mentales en la realización de actividades diarias. Este repertorio es un conjunto de comportamientos bien aprendidos y cogniciones que implican el autocontrol de los eventos internos y la verbalización de sentimientos personales que están en interacción constante con el entorno social y físico (42).

Estos autores destacan que cuando un individuo se encuentra con una situación estresante, estas las habilidades de afrontamiento bien aprendidas pueden ayudarlo a responder adecuadamente. Al mismo tiempo, el ingenio (resourcefulness) aprendido puede ser modificado por las experiencias y la capacitación de la persona (42).

Además, la autora Zauszniewski menciona que el ingenio (resourcefulness) aprendido ha jugado un papel importante en la prevención o gestión de pensamientos negativos y sentimientos perturbadores que podrían conducir a depresión, en la promoción de la salud mental en familiares de personas con problemas mentales graves enfermedades y en la ejecución de actividades diarias apropiadas en pacientes con depresión. Un nivel alto de ingenio (resourcefulness) puede reducir el estrés y ser esencial para mantener un estilo de vida y una actitud saludable (42).

Estos autores plantean que cuando se hace uso del ingenio (resourcefulness) este implica mantener un pensamiento positivo para la resolución de problemas y de creer en la capacidad de uno para manejar la adversidad. Las personas con habilidades efectivas de ingenio (resourcefulness) aprendido son capaces de regular los efectos disruptivos de eventos negativos internos como emociones perturbadoras como depresión y ansiedad, cogniciones negativas, reacciones fóbicas y dolor físico (42).

Además, se ha demostrado que las personas con un alto nivel de ingenio (resourcefulness) pueden estar en mejores condiciones para enfrentar situaciones difíciles y manejar tareas estresantes, que aquellas con un bajo nivel, de una manera más adaptativa; así como tener mejor calidad y satisfacción con la vida (42).

En este estudio, los autores propusieron lo siguiente. El efecto mediador de las creencias personales sobre la relación entre ingenio (resourcefulness) aprendido y el funcionamiento adaptativo debe estar respaldado satisfaciendo las siguientes tres condiciones: 1. el ingenio (resourcefulness) aprendido debería predecir significativamente las creencias personales; 2. el ingenio (resourcefulness) aprendido y las creencias personales deberían predecir significativamente el funcionamiento adaptativo, y 3. la predicción del funcionamiento adaptativo por el ingenio (resourcefulness) aprendido se volvería no significativo o la varianza del funcionamiento adaptativo explicada por el ingenio (resourcefulness) aprendido sería menor que las creencias personales cuando estas entren en el modelo predictivo (42).

Por lo tanto, los resultados del estudio fueron obtenidos por una correlación de Pearson, en donde el ingenio (resourcefulness) aprendido estuvo relacionado significativamente al funcionamiento adaptativo y a las creencias personales; así como las creencias personales relacionadas con el funcionamiento adaptativo. También se mostró como el ingenio (resourcefulness) aprendido predijo de una manera significativa y positiva las creencias personales (42).

Adicional a eso, ambos, el ingenio (resourcefulness) aprendido y creencias personales eran predictores significativos del funcionamiento adaptativo, contabilizando un 59% de varianza en el funcionamiento adaptativo. Además, los adultos con depresión que tenían un mayor ingenio (resourcefulness) y creencias personales positivas mostraron un mejor funcionamiento adaptativo. Por último, descubrieron como la correlación directa entre el ingenio (resourcefulness) aprendido y el funcionamiento adaptativo se debilitó cuando se controlaba las creencias personales; lo que indicó este resultado fue que la relación entre el ingenio (resourcefulness) aprendido y el funcionamiento adaptativo estaba mediado de una manera significativa por las creencias personales (42).

En síntesis, se encontró que el ingenio (resourcefulness) aprendido afecta directamente las creencias personales y el funcionamiento adaptativo en una dirección positiva en adultos con depresión. Además, que las creencias personales mediaron significativamente los efectos del ingenio (resourcefulness) sobre el funcionamiento adaptativo. Estos resultados demostraron un importante efecto de las creencias personales sobre la relación entre el ingenio (resourcefulness) aprendido y funcionamiento adaptativo. Lo que va en línea con los estudios de la autora

Zauszniewski donde reconoce que individuos con un nivel alto de ingenio (resourcefulness) pueden manejar de una manera efectiva pensamientos negativos e influenciar las creencias personales (42).

Como parte de las conclusiones del estudio, estos autores destacan que estos resultados apoyan diversas teorías donde se sugiere que los pacientes con depresión que tienen creencias personales más positivas donde reflejan puntos de vista positivos sobre uno mismo, el mundo y el futuro, tuvieron mejor funcionamiento en sus tareas diarias, incluido el autocuidado, actividades personales, habilidades vocacionales e interacciones sociales (42).

Por su parte, las interrelaciones entre estas dimensiones reflejan la interacción de los cuatro conceptos de meta-paradigma de enfermería demostrando la influencia del ambiente interno (creencias personales) en la salud mental (funcionamiento adaptativo) e identificando potencialmente intervención de enfermería útil (es decir, enseñar habilidades de ingenio (resourcefulness) con cognición positiva) para personas con depresión (42).

Este tipo de intervención puede incluir estrategias para resolver problemas y habilidades de pensamiento positivo que puedan ayudar a las personas que sufren de la depresión a mejorar su capacidad de funcionar bien en sus actividades diarias.

En última instancia, los resultados de este estudio confirman el efecto mediador de las creencias personales sobre la relación entre el ingenio (resourcefulness) aprendido y el funcionamiento adaptativo (42).

En el artículo titulado “Predeath Grief, Resourcefulness, and Perceived Stress Among Caregivers of Partners With Young-Onset Dementia” de los autores Ruckert, Bekhet, Garnier y Frenn, (43), del año 2019 se investigó los efectos moderadores del “resourcefulness” personal y social en la relación entre el “predeath grief” (PDG) y el estrés percibido de los cuidadores de parejas diagnosticadas con demencia. Para ello, se obtuvo una muestra de 104 cuidadores mayores de 18 años y uno de los instrumentos utilizados es el de “Resourcefulness Scale”.

Los resultados de este estudio demostraron que hubo una alta correlación positiva entre el PDG y el estrés percibido de los cuidadores. Esto se relaciona con el hecho de que el bienestar de los cuidadores es impactado negativamente por el PDG cuando las demandas de cuidado aumentan. Estos cuidadores reportaron niveles altos de estrés (43).

En cuanto al ingenio (resourcefulness) personal este no se encontró que moderara la relación entre el PDG y el estrés percibido. Los ítems de esta escala abordan las habilidades de afrontamiento como la visualización y la gestión del tiempo que pueden o no haberse aprendido y que se puede derivar del “resourcefulness” social o la búsqueda de ayuda. La demencia consiste en una serie de pérdidas continuas, estas olas de pérdidas llegan sin permitir que el cuidador se ajuste completamente a la pérdida previa. Esta progresión de la enfermedad puede no permitir que el cuidador desarrolle las habilidades necesarias del ingenio (resourcefulness) personal al pasar de una crisis a la otra (43).

Por su parte, la moderación positiva del ingenio (resourcefulness) social y la búsqueda de ayuda en la relación entre el PDG y el estrés percibido en los cuidadores significó en el estudio que al aumentar el ingenio (resourcefulness) social, la relación entre ambos también aumenta. Los resultados demostraron que los cuidadores con niveles altos de ingenio (resourcefulness) social que buscan recursos y servicios para satisfacer sus necesidades pueden experimentar altos niveles de frustración aumentando su PDG y el estrés percibido (43).

Además, se demostró que el ingenio (resourcefulness) es un factor protector que mejora la resiliencia entre los cuidadores. Así como la capacidad de auto ayuda y la búsqueda de ayuda son comportamientos importantes para manejar situaciones estresantes y enfrentar eventos adversos. Estudios previos han demostrado que las habilidades de ingenio (resourcefulness) son un factor protector que permite mejorar la adaptación y el bienestar (43).

### ***Estudios Sobre Ingenio (Resourcefulness) Y Autogestión***

Kennett, O'Hagan y Cezer (44) mencionan que el tener habilidades del ingenio (resourcefulness) aprendido es el componente clave para la autogestión y la prevención de los problemas de salud. Personas con esta habilidad hacen uso de instrucciones positivas, métodos de resolución de problemas, retrasan gratificación inmediata y reconocen que se requiere un esfuerzo considerable para regular y minimizar los impactos negativos que los eventos disruptivos tienen en su funcionamiento.

Este tipo de habilidades no impide que las personas desarrollen malos hábitos o proporcionen soluciones a todos los problemas, pero cuando están motivados para hacer cambios o adaptarse a las adversidades, tienen más éxito en el logro de sus objetivos, ya sea solos o con la ayuda de otros.

El ingenio (resourcefulness) es considerado como un importante predictor clave de la adopción de estilos de vida saludable (44).

En este estudio se tomó como muestra personas que pertenecían a un programa multidisciplinario de manejo del dolor crónico y restauración funcional en Ontario, Canadá. Utilizaron una escala tipo Likert llamada “Programa de autocontrol” (SCS por sus siglas en inglés) para medir el nivel de ingenio (resourcefulness). Estaban interesados en ver cuál era la expresión del ingenio (resourcefulness) a través de la descripción de los participantes de su experiencia en el programa y con la adopción de estrategias de autogestión recomendados. La investigación dio como resultado cuatro grandes temas con su respectivo análisis (44):

**Detalle De Técnicas.** En este se determinó que los participantes con nivel bajo de ingenio (resourcefulness) tenían una expresión pobre y una dificultad para contextualizar su situación e información. En cambio, los participantes con un nivel alto demostraron que estaban animados y llenos de detalles sobre la información obtenida en la clínica.

**Introspección Y Emociones.** El discurso de los participantes con un nivel alto de ingenio (resourcefulness) reflejó una mayor capacidad para examinar los pensamientos, deseos y emociones internas y se utilizó como una herramienta para la aceptación y el cambio. En cambio, los que presentaron un nivel bajo no se evidenció esto en su discurso.

**Uso De Apoyo.** Las personas con un alto nivel de ingenio (resourcefulness) buscaron, apreciaron y crearon diferentes formas de apoyo mientras que las de un nivel bajo requerían de un apoyo continuo e incluso dependían más de la clínica del dolor.

**Aceptación y continuar hacia adelante.** Se demostró que las personas con un nivel mayor de ingenio (resourcefulness) aceptaban más sus niveles de dolor, las limitaciones que trajo a sus vidas y los comportamientos de autogestión que se impusieron. Las personas que obtuvieron niveles más bajos tenían momentos más difíciles para la autogestión y la disciplina.

Este artículo establece la relación entre las estrategias de autogestión. La introspección y la emoción permiten aceptación, que a su vez permite el uso constructivo del apoyo social y la promulgación de estrategias activas, y a veces creativas, para participar en actividades significativas. Sin aceptación, la autogestión efectiva del dolor, en este caso, mediante el uso de estrategias de afrontamiento efectiva y los apoyos sociales son poco probables (44).

Por otro lado, Zauszniewski, Musil, Burant y Au (45) en su estudio “Resourcefulness Training for Grandmothers: Preliminary Evidence of Effectiveness”, examinaron los efectos del entrenamiento en “resourcefulness” para disminuir el estrés, los síntomas depresivos y mejorar la calidad de vida. Para realizar el estudio, se utilizó una muestra por conveniencia de 102 abuelas que criaron nietos menores de 18 años y lo hubiesen hecho por al menos 6 meses.

El entrenamiento en ingenio (resourcefulness) fue brindado por intervencionistas entrenadas, que eran graduadas en enfermería o estudiantes de trabajo social, durante sesiones individuales de 40 minutos. Las habilidades de resourcefulness aprendido incluyeron las estrategias de autoayuda como la organización de actividades diarias, realizar declaraciones positivas, reformulación positiva, exploración de ideas nuevas y cambios en las respuestas habituales al estrés. Las habilidades de resourcefulness social incluyen la confianza (relying on) en la familia y los amigos, el intercambio de ideas con otros y la búsqueda de ayuda profesional o a expertos (45).

Los resultados del estudio indicaron que el entrenamiento en ingenio (resourcefulness) ayudó a mejorar la salud y el bienestar de las abuelas, ya que se dieron cambios positivos en la medición del estrés percibido, los síntomas depresivos y la calidad de vida, hallazgos que son consistentes con la teoría de “resourcefulness”, la cual sugiere que el ingenio (resourcefulness) personal y social está asociado con procesos reguladores que involucran componentes afectivos y cognitivos como el estrés y los indicadores de calidad de vida (45).

Huang, Gui, Wan, Gong, Wang, Yan, et al (46) realizaron un estudio en el cual se investigó el ingenio (resourcefulness), (entendido en este estudio como la habilidad integral para responder o hacer frente por sí solo a las tareas rutinarias y adquirir apoyo externo cuando sea necesario), la búsqueda de beneficios (búsqueda de efectos positivos y beneficiosos en situaciones adversas) y los síntomas de distrés en pacientes con carcinoma nasofaríngeo, durante el tratamiento con radioterapia y se analizó la relación entre ellos. Así mismo, se evaluaron los efectos del entrenamiento en resourcefulness en el resourcefulness, la búsqueda de beneficios y los síntomas de distrés.

En el estudio participaron 304 personas que completaron tres de escalas de medición: la escala de “resourcefulness”, la escala de búsqueda de beneficios para adultos y el Inventario de síntomas de MD Anderson -Cabeza y cuello. De igual manera, estos pacientes completaron un

cuestionario estandarizado que colectaba información sociodemográfica como género, edad, nivel educativo, ocupación, entre otros (46).

Además, se seleccionaron otros 88 pacientes no incluidos en los 304 anteriores para realizar la intervención en entrenamiento en ingenio (resourcefulness), de los cuales se seleccionaron 44 al azar para formar parte del grupo de control y el resto, para formar el grupo de intervención, sin embargo, cuatro pacientes de cada grupo no completaron el estudio por distintas razones (46).

La intervención consistió en cuatro etapas; en la primera de ellas se brindaron brochures educativos a los pacientes, en la segunda, se realizó un plan de cuidado semanal con el modelo ciclo de Deming: Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PDCA por sus siglas en inglés) y se realizó una guía de su implementación; en la tercera etapa, se evaluó el plan y se reajustó de nuevo utilizando el PDCA. La cuarta y última etapa, se basó en establecer las rutas de enfermería y proporcionar servicios de información (46).

Los pacientes que participaron en la intervención presentaron características como la conciencia de la importancia de la autorregulación de las condiciones mentales y de vida en la recuperación de la enfermedad, entre otras. Además, el entrenamiento en ingenio (resourcefulness) ayudó a los pacientes a reflexionar más sobre el proceso de vida y a utilizar las habilidades de resolución de problemas para replantear el futuro (46).

Los resultados de este estudio sugieren que el entrenamiento en ingenio (resourcefulness) aumenta el nivel de ingenio (resourcefulness), ayuda a estabilizar las emociones negativas, mejora la búsqueda de beneficios, mejora el crecimiento personal, reduce las complicaciones locales del tratamiento, aumenta la habilidad de hacer frente a la enfermedad y promueve el proceso de rehabilitación (46).

En un estudio similar llamado “The impact of learned resourcefulness on quality of life in type II diabetic patients: across sectional correlational study” (47), se evaluó la relación entre distintas características demográficas, factores relacionados con la enfermedad y el “resourcefulness” aprendido con la calidad de vida de pacientes diabéticos.

Para realizar el estudio, se utilizó una muestra de 105 pacientes, que iban de los 18 a 65 años. La calidad de vida fue medida con el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF, el

cual se divide en cuatro secciones: salud física, estado psicológico, relaciones sociales y características sociales, por su parte el ingenio (resourcefulness) en este caso fue medido utilizando la escala de autocontrol de Rosenbaum (47).

Los resultados del estudio muestran que aquellos pacientes con mayor ingenio (resourcefulness) tienen un mayor control de su enfermedad, al presentar un mejor control metabólico; además se muestra que el resourcefulness, aumenta la capacidad de lidiar con pensamientos o comportamientos negativos (47).

En síntesis, se ha encontrado un vacío del conocimiento en referencia a artículos que indiquen una relación específica entre el ingenio (resourcefulness) y los comportamientos de autogestión como tal. Además, hay pocos artículos donde se mencione al capital social y su influencia en la autogestión. No se ha encontrado investigaciones similares a esta a nivel nacional ni internacional.

## **Marco Teórico**

### ***Teoría De La Autogestión Individual Y Familiar De Ryan Y Sawin (2009)***

La presente investigación, utiliza como base una teoría de enfermería de rango medio, las cuales son una colección de ideas relacionadas que están enfocadas en una dimensión limitada de la disciplina de enfermería. En este caso la teoría a utilizar es la Teoría de Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin (2009).

Dicha teoría se ocupa de la autogestión individual y familiar, la cual hace referencia a la incorporación de comportamientos saludables al diario vivir del individuo y la familia, los cuales se pueden relacionar con una patología crónica o con comportamientos en salud (48). La misma, plantea que la autogestión es un fenómeno complejo y dinámico con 3 dimensiones: contexto, proceso y resultados.

**Dimensión del contexto.** Se incluyen en esta dimensión los factores de protección y de riesgo, los cuales abarcan factores específicos de la condición, entornos físicos y sociales y características individuales y familiares. Los factores específicos de la condición son aquellas características fisiológicas, estructurales o funcionales de la afección, su tratamiento o prevención de la afección que afecta la cantidad, el tipo y la naturaleza de los comportamientos necesarios para la autogestión. Los factores ambientales son físicos o sociales e incluyen factores como el

acceso a la atención médica, la transición de un proveedor de atención médica o entorno a otro, transporte, vecindario, trabajo, escuela, cultura o capital social. Los factores individuales / familiares son aquellas características del individuo y la familia directamente, dentro de estos se encuentran el estado cognitivo, procesamiento de la información, cohesión, ingenio (resourcefulness), entre otros (3).

**Dimensión del proceso.** Según esta teoría descriptiva, es más probable que las personas participen en los comportamientos de salud recomendados si tienen información y adoptan creencias de salud consistentes con el comportamiento, si desarrollan habilidades de autorregulación para cambiar sus comportamientos de salud y si experimentan facilitación social que influye positivamente y los apoya a participar en comportamientos preventivos de salud.

**Dimensión del resultado.** Los resultados en esta teoría son proximales y distales. Los primeros tienen que ver con la participación real en comportamientos autogestión específicos de una afección, riesgo o transición, además de comportamientos relacionados con el control de los síntomas y las terapias farmacológicas, así como los costos asociados al uso de la atención médica. Los segundos se dividen en tres categorías principales: estado de salud; calidad de vida o bienestar percibido y costo de salud, tanto directo como indirecto.

Las tres dimensiones, se encuentran interrelacionadas. Los factores en la dimensión de contexto afectan la capacidad del individuo y la familia para participar en la dimensión del proceso y así tener un impacto directo en los resultados (3).

Según la teoría, la autogestión conduce a la mejora en los resultados de salud, a una mayor calidad de vida, la disminución de gastos de atención de salud y de la demanda de los servicios de salud y además contribuye al estado de salud, bienestar y a la salud general de la sociedad (3).

Esta teoría amplía el enfoque del cambio de comportamiento de salud para enfermedades crónicas, al potencial para incluir el cambio de comportamiento de salud requerido para la promoción de la salud, es decir según la teoría, la autogestión implica la preparación de las personas para asumir la responsabilidad de controlar sus enfermedades crónicas o participar en actividades de promoción de la salud (3).

## ***Teoría Resourcefulness y Calidad de Vida Zauszniewski (2006)***

Uno de los factores protectores del contexto incluidos en la teoría, es el ingenio (resourcefulness) Este concepto, fue introducido por primera vez desde hace cuatro décadas y ha ido evolucionando principalmente en su aplicación en la enfermería y la salud. Meichenbaum en el año 1977 inició el concepto de ingenio (resourcefulness) aprendido, el cual hace referencia a una colección de habilidades cognitivas y conductuales que se utilizan para lograr, mantener o recuperar la salud. Para Meichenbaum, el mismo incluía tres componentes: el automanejo, la resolución de los problemas y la regulación de las emociones y el autocontrol (49).

Por su parte, Rosenbaum en el año 1983 estableció cuatro componentes del ingenio (resourcefulness) aprendido: el uso de auto expresiones positivas, la resolución de problemas, el retraso de la gratificación y la autoeficacia percibida. Posteriormente en el año 1993 reconceptualizó su pensamiento para identificar tres dimensiones del ingenio (resourcefulness) aprendido en donde el auto control es el punto central. Destacó el autocontrol reparador, que está dirigido a reanudar el funcionamiento normal que se ha interrumpido, el autocontrol reformador, que está dirigido a interrumpir la habitual forma de funcionamiento y adopción de un nuevo comportamiento y el autocontrol experiencial, que involucra la participación activa en las actividades personales (49).

Posteriormente, conceptualizaciones del ingenio (resourcefulness) aprendido lo caracterizaron a este como un conjunto de habilidades que se pueden aprender ya sea de una manera formal como informal. Sin embargo, estas habilidades se restringieron desde un enfoque en la autoayuda o en el uso de los propios esfuerzos y recursos (lo que es considerado como ingenio (resourcefulness) personal) para lograr objetivos sin depender de otros (49).

Esto puesto que para conseguir objetivos como lograr, recuperar y mantener una salud óptima no se puede hacer hincapié exclusivamente en las estrategias de autoayuda; es decir en los recursos internos ya que hay momentos en los que confiar solo en uno mismo puede ser insuficiente o inapropiado y dar lugar a resultados desfavorables. Es por esto que, los autores Nadler, Rapp, Shumaker, Schmidt, Naughton, y Anderson en el año 1998 introdujeron el concepto de ingenio (resourcefulness) social (49).

De estos antecedentes surge la teoría de “resourcefulness” y calidad de vida de la Dra. Zauszniewski. Esta es una teoría de mediano rango en la cual se conceptualiza el resourcefulness como: “the ability to independently perform daily tasks (personal resourcefulness) and to seek help from others when unable to function independently (social resourcefulness)” (50).

La misma menciona cuatro constructos principales: los factores contextuales previos, los reguladores de procesos, el ingenio (resourcefulness) y los indicadores de calidad de vida. Los factores contextuales pueden ser intrínsecos o extrínsecos. Los factores intrínsecos son intrapersonales y emergen del ambiente interno. Estos son las características demográficas (edad, género, raza / etnia), número de afecciones crónicas y presencia de síntomas (49).

Los factores extrínsecos incluyen el tamaño de la red social, el apoyo social y la orientación de la atención médica; estos son extra personales y provienen del entorno externo. Los reguladores de procesos son variables intervinientes que pueden mediar o moderar los efectos de los factores intrínsecos y extrínsecos sobre el ingenio (resourcefulness) personal y social; estos pueden ser factores que pueden ser cognitivos, afectivos, motivacionales y volitivos (49).

Los indicadores de calidad de vida son resultados positivos de salud de recursos personales y sociales, que pueden incluir funcionamiento adaptativo, satisfacción con la vida, salud percibida, bienestar psicológico, funcionamiento físico y prácticas positivas de salud (49).

Un componente único de esta teoría es que incluye la capacitación del ingenio (resourcefulness) como una intervención. La investigación empírica en varias poblaciones de adultos, incluidos personas mayores, ha demostrado la efectividad del entrenamiento en ingenio (resourcefulness) que influye en los reguladores de procesos y los indicadores de calidad de vida. Además, la investigación ha demostrado que el capacitarse en esta área ha resultado en un mayor uso de las habilidades del ingenio (resourcefulness) personal y social (49).

Esta teoría se basa en una conceptualización de dos formas de ingenio (resourcefulness): el personal, conceptualizado como autoayuda y el social como la búsqueda de ayuda. Estos dos tipos de ingenio (resourcefulness) pueden influir en los efectos de los reguladores del proceso y en los indicadores de calidad de vida (49).

Según la teoría, las habilidades cognitivo-conductuales son complementarias e igualmente importantes para alcanzar, mantener o recuperar la salud a pesar de que haya situaciones adversas.

Las personas con un mayor ingenio (resourcefulness) son más capaces de lidiar con desafíos o situaciones de una manera más adaptativa y constructiva que personas con poco ingenio (resourcefulness); también tienen una mejor calidad de vida y mayor satisfacción con la vida. Además, se ha demostrado que aquellos que tienen un alto ingenio (resourcefulness) tanto personal como social tienen un mejor funcionamiento adaptativo y menos ansiedad y depresión que los que tienen solo o un alto ingenio (resourcefulness) personal o uno de tipo social (6).

El ingenio (resourcefulness) personal está constituido por las habilidades de autoayuda para hacer frente de manera independiente a las tareas diarias y el estrés que puede estar involucrado en completar las mismas. Incluye el uso de un marco cognitivo, pensamiento positivo, resolución de problemas, establecimiento de prioridades y planificación anticipada (6).

El ingenio (resourcefulness) social incluye la búsqueda de ayuda de otros cuando por alguna razón no se puede funcionar independientemente. Las fuentes formales de ayuda pueden incluir profesionales médicos, legales, financieros y organizaciones comunitarias como hospitales, clínicas. Las fuentes informales incluyen familiares y amigos (6).

Un mayor ingenio (resourcefulness) está asociado con una mejor calidad de vida, satisfacción con la vida y mayor capacidad de lidiar con situaciones adversas de manera más constructiva (49).

Los indicadores de calidad de vida son resultados positivos de salud de recursos personales y sociales, que pueden incluir funcionamiento adaptativo, satisfacción con la vida, salud percibida, bienestar psicológico, funcionamiento físico y prácticas positivas de salud (49).

Por su parte, las habilidades específicas del ingenio (resourcefulness) incluyen la confianza en los familiares o amigos, el intercambiar ideas con otros, el buscar ayuda profesional, organizar actividades diarias, usar un diálogo interno positivo, replantear la situación positivamente, cambio de la reacción habitual y explorar nuevas formas. Las primeras tres habilidades incluyen conductas de búsqueda de ayuda, que son parte del ingenio (resourcefulness) social y las últimas cinco involucran estrategias de autoayuda, que son parte del ingenio (resourcefulness) personal. De acuerdo con la teoría estas habilidades deben ser reforzadas y practicadas, no solo aprendidas a través de enfoques individualizados o grupales (6).

## **Marco Conceptual**

En este apartado se hace referencia a algunos conceptos importantes para una mejor comprensión de esta investigación, tales como capital social y el estilo de vida.

### ***Capital social***

Se refiere a los recursos como información, ideas y apoyo que las personas son capaces de adquirir en virtud de sus relaciones con otras personas. Estos recursos se consideran de tipo social en el sentido de que solo son accesibles en y a través de estas relaciones, a diferencia de lo físico (herramientas, tecnología) o capital humano (educación, habilidades), que son esencialmente propiedad de los individuos (8).

La estructura de una red determinada que es el quién interactúa con quién, con qué frecuencia y en qué términos, tiene una gran influencia en el flujo de recursos a través de esa red. Aquellos quienes ocupan puestos estratégicos clave en la red, especialmente aquellos cuyos lazos abarcan importantes grupos, se puede decir que tienen más capital social que sus pares, precisamente porque su posición en la red les da mayor acceso a más y mejores recursos (8).

Así mismo, el concepto de capital social es aplicable a la naturaleza y el alcance de la participación de los individuos en varias redes informales y organizaciones cívicas formales. Este se usa para caracterizar a las muchas y variadas formas en que los miembros de una comunidad interactúan; desde chatear con vecinos o participar en actividades recreativas hasta unirse a organizaciones ambientales y partidos políticos. Además, una gama de problemas sociales como el crimen, la salud, la pobreza y el desempleo están ligados con el capital social o la falta del mismo (8).

Hay diferentes formas de capital social. Uno, es el de los vínculos con personas que son similares en términos de sus características demográficas, como miembros de la familia, vecinos, amigos cercanos y compañeros de trabajo, otro el de los lazos con personas que no comparten muchos de estas características y el que se crea entre las personas en puestos de autoridad como representantes públicos e instituciones privadas (8).

Por su parte, en el capital social se abarca varias dimensiones. Entre estas se encuentra los grupos y sus redes, la confianza y solidaridad, acción colectiva y cooperación, información y comunicación, cohesión social e inclusión, empoderamiento y acción política (8).

La dimensión de los grupos y redes considera la naturaleza y el alcance de la participación de un miembro del hogar en varios tipos de organizaciones sociales y redes informales, y el rango de contribuciones que uno da y recibe de ellos. También considera la diversidad de los miembros de un grupo dado, cómo se selecciona el liderazgo y cómo la participación de un individuo ha cambiado con el tiempo (8).

La dimensión de la confianza y la solidaridad busca obtener datos sobre la confianza hacia los vecinos, clave proveedores de servicios y extraños, y cómo estas percepciones han cambiado con el tiempo (8).

En la dimensión de la confianza y la solidaridad se explora cómo los miembros del hogar han trabajado con otros en su comunidad en proyectos conjuntos y / o en respuesta a una crisis. También considera las consecuencias de violar las expectativas de la comunidad (8).

En la dimensión de la comunicación e información se reconoce a esta última como fundamental para ayudar a las comunidades, e incluso a las más pobres, a tener una voz más fuerte en asuntos que afectan su bienestar. En esta categoría se explora las formas y medios por los cuales los hogares reciben información sobre las condiciones del mercado y los servicios públicos, y el alcance de su acceso a la infraestructura de comunicaciones (8).

En la dimensión de cohesión social e inclusión se destaca que las comunidades no son entidades individuales, sino que son caracterizadas por diversas formas de división y diferencia que pueden conducir al conflicto. Se intenta identificar la naturaleza y el alcance de estas diferencias, los mecanismos por los cuales son gestionados y qué grupos están excluidos de los servicios públicos clave (8).

Finalmente, en la dimensión de empoderamiento y acción política los individuos están facultados en la medida en que tienen una medida de control sobre instituciones y procesos que afectan directamente su bienestar. Se explora la felicidad personal de los miembros del hogar, eficacia y capacidad de influir tanto en eventos locales como en resultados políticos más amplios (8).

### ***Estilos de Vida***

El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las

interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (51). La construcción de estos comportamientos se ve influida por la educación en el hogar, el medio que rodea a las personas, y la educación formal (52).

Las personas pueden tener patrones de comportamientos (estilos de vida) que fomenten la salud, es decir poseen factores protectores de la salud o pueden poseer patrones que los expongan a factores de riesgo y que se asocian a un aumento de la vulnerabilidad ante la enfermedad, una salud deficiente o a lesiones (52).

Al ser los estilos de vida, el resultado de la interacción entre distintos componentes, las acciones que busquen mejorar la salud de los individuos a través de un cambio en estos, deben ser dirigidas no solo a los individuos, sino, también a las condiciones sociales de vida que lo afectan, con el fin de poder generar un cambio y mantenimiento en los patrones de comportamiento (52).

Pender en su modelo de Promoción de la Salud, (1996) presenta un esquema que envuelve constructos de la teoría de expectativas-valores y la teoría cognitivo-social, para determinar lo multidimensional de los rasgos individuales y como interaccionan estos con su ambiente para mejorar los resultados en salud (17). Según este modelo, “la conducta promotora de salud es un resultado determinado por características y experiencias individuales previas, y por cogniciones y afectos relativos a comportamientos específicos” (17).

Pender en su Instrumento “Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud”, evalúa el estilo de vida saludable o conductas saludables de las personas a través de seis dimensiones:

**Responsabilidad En Salud.** Implica un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar. Esto incluye prestar atención a su propia salud, la educación de uno mismo acerca de la salud y el ejercicio de informarse y buscar ayuda profesional (53).

**Actividad Física.** Implica la participación regular en actividades ligeras, moderadas y/o vigorosas. Esto puede ocurrir dentro de un programa planificado y controlado por el bien de la aptitud y la salud o incidentalmente como parte de la vida diaria o las actividades de ocio (53).

**Nutrición.** Esta dimensión implica la selección, conocimiento y consumo de alimentos esenciales para el sustento, la salud y el bienestar. Se incluye la elección de una dieta diaria saludable consistente con directrices de la Guía Pirámide de Alimentos (53).

**Crecimiento espiritual.** Centrado en el desarrollo de los recursos internos, que se logra a través de trascender, conexión y desarrollo. Trascendiendo nos pone en contacto nuestros seres equilibrados, nos da la paz interior y nos abre a la posibilidad de crear nuevas opciones para llegar a ser algo más allá de quién y qué somos. Conexión es la sensación de armonía, plenitud, y la conexión con el universo. El desarrollo implica maximizar el potencial humano para el bienestar a través de la búsqueda de sentido, la búsqueda de un sentido de propósito, y trabajar hacia las metas de la vida (53).

**Relaciones interpersonales.** Este implica la utilización de la comunicación para lograr una sensación de intimidad y cercanía significativa, en lugar de más casuales con los demás. La comunicación consiste en el intercambio de ideas y sentimientos a través de mensajes verbales y no verbales (53).

**Manejo del estrés.** Implica la identificación y movilización de los recursos psicológicos y físicos para controlar eficazmente o reducir la tensión (53).

### ***Substrucción Teórica***

Con el fin de unificar de manera estructural y funcional los elementos de las dos teorías empleadas en la presente investigación se llevó a cabo una substrucción teórica (Ver figura 1).

El modelo que se plantea para el desarrollo de la presente investigación comprende el uso de la Teoría de la Autogestión Individual y Familiar propuesta por Ryan y Sawin en el 2009 y la Teoría de Resourcefulness y Calidad de vida de la Dra. Zauszniewski del año 2006.

De acuerdo con la Teoría de Autogestión Individual y Familiar, la autogestión es un fenómeno complejo y dinámico con tres dimensiones: contexto, proceso y resultados. En la dimensión del contexto se incluyen los factores de protección y de riesgo, los cuales abarcan factores sobre el ambiente físicos y sociales y características individuales y familiares. El capital social es considerado como uno de los factores protectores sobre el ambiente físico y social y el ingenio (resourcefulness) es considerado como parte de las características individuales y familiares.

En la dimensión del resultado se considera que los resultados son proximales y distales. En esta investigación se hace uso de resultados proximales porque tienen que ver con la participación real en comportamientos de autogestión específicos de una afección, riesgo o transición. Estas dimensiones se encuentran interrelacionadas. Los factores en la dimensión de contexto afectan la capacidad del individuo y la familia para participar en la dimensión del proceso y así tener un impacto directo en los resultados.

A su vez, la Teoría de Resourcefulness y Calidad de Vida tiene cuatro constructos principales: los factores contextuales previos (pueden ser intrínsecos o extrínsecos), los reguladores de procesos, el ingenio (resourcefulness) y los indicadores de calidad de vida. Para la presente investigación se hace uso de tres constructos, los factores contextuales extrínsecos, indicadores de calidad de vida y el ingenio (resourcefulness). En estos factores extrínsecos se incluye el tamaño de la red social y el apoyo social, lo que se puede considerar como capital social y se considera a los comportamientos de autogestión como parte de los indicadores de calidad de vida.

Estas variables fueron medidas con tres instrumentos respectivamente. La variable de capital social se midió con el Cuestionario Integrado para la medición del capital social, el ingenio fue medido con la Escala de Ingenio y los comportamientos de autogestión con la Escala Estilo de Vida Promotor de la Salud II.

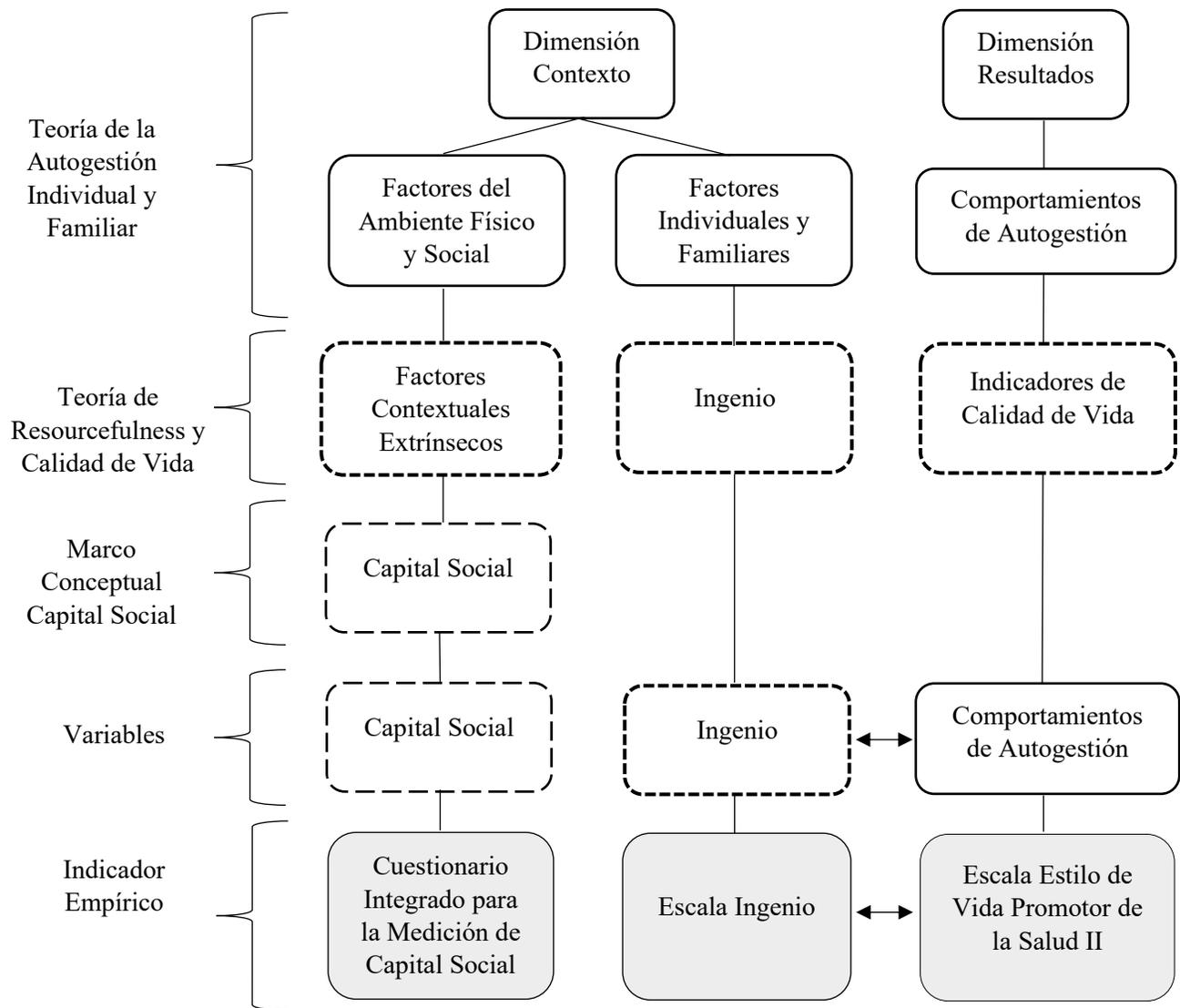


Figura 1. Substrucción Teórica.  
Fuente: Elaboración propia (2021)

## **Capítulo III: Metodología**

En este capítulo se expondrá la metodología utilizada para la realización de esta investigación, la cual consta de la modalidad del trabajo final de graduación, el diseño de investigación, la población y la muestra, las variables y los instrumentos de recolección respectivos, el análisis de los datos y las consideraciones éticas que rigen la misma.

### **Modalidad De Trabajo Final de Graduación**

De acuerdo con el Consejo de la Universidad de Costa Rica en el reglamento de trabajos finales de graduación (2020) la tesis de graduación es un trabajo de investigación científica para ampliar, profundizar y aportar conocimiento e información novedosa sobre un tema teórico o práctico en un área del conocimiento (54).

### **Diseño de investigación**

Esta es una investigación de tipo cuantitativa, correlacional, descriptiva y transversal. La investigación tiene un abordaje o enfoque de tipo cuantitativo, el cual implica un conjunto de procesos secuenciales y probatorios (55). Este enfoque utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías (55).

La investigación cuantitativa es un proceso sistemático, riguroso, objetivo y formal para generar una información numérica acerca del mundo. Esta es llevada a cabo para describir nuevas situaciones, fenómenos o conceptos, examina relaciones entre las variables y determina la eficacia de tratamientos o intervenciones sobre resultados de salud seleccionados en el mundo (56).

Uno de los tipos de investigación cuantitativa es la de tipo correlacional. Esta consiste en la investigación sistemática de las relaciones entre dos o más variables. Al realizar un estudio de este tipo se miden las variables seleccionadas en una muestra y después se usa la estadística correlacional para determinar las relaciones entre las variables del estudio (56).

Por otro lado, el objetivo de una investigación correlacional descriptiva es describir la relación entre variables más que inferir una relación de causa y efecto, es decir, se describen fenómenos que están interrelacionados sin inferir una causalidad (57). Las investigaciones

correlacionales son frecuentemente un medio eficiente para recolectar una gran cantidad de datos acerca de un problema.

La investigación de tipo correlacional continuará desempeñando un papel crucial en la investigación en áreas como enfermería, medicina y ciencias sociales porque muchos problemas interesantes en esos campos no son susceptibles de experimentación (57).

Además, la investigación será de tipo transversal, en las cuales se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (55). El propósito de las mismas es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (55).

## **Población Y Muestra**

### ***Población***

La población con la cual se desarrolló la presente investigación es la población trabajadora de la Municipalidad de Cartago. La misma consta de un total de 603 personas y se encuentra dividida en 54 departamentos, los cuales 39 son del área Administrativa y 15 son del área Operativa. El área Administrativa consta de 216 personas y el área Operativa cuenta con 387 personas. (Ver Anexo 1)

### ***Muestra***

En esta investigación se utilizó el muestreo por cuotas, este es un tipo de muestreo no probabilístico que utiliza una técnica de muestreo de conveniencia con la característica de que se asegura la inclusión de sujetos susceptibles de encontrarse insuficientemente representados (55).

Las cuotas se tomaron de las dos áreas en las que se divide la municipalidad: el área Administrativa que representa el 35.8% de las personas trabajadoras y el área Operativa que representa el 64.2% de las personas trabajadoras. Cada área se divide en departamentos (Ver Anexo 1). De estas áreas y departamentos se eligieron a las personas participantes del estudio.

El tener personas de ambos departamentos permite tener subgrupos con una mayor diversidad en cuanto al nivel socioeconómico, estrato social, nivel de escolaridad, así como una mayor representatividad de habitantes en el Cantón de Cartago, debido a que los resultados serán utilizados posteriormente para la implementación de políticas en la provincia.

## ***Criterios De Elegibilidad***

### **Criterios de inclusión:**

1. Personas trabajadoras de la Municipalidad de Cartago.
2. Personas que laboren en departamentos del área Administrativa o del área Operativa.
3. Personas que residen dentro del Cantón de Cartago.

### **Criterios de exclusión:**

1. Personas trabajadoras de la Municipalidad de Cartago que tengan menos de seis meses de residir en el Cantón de Cartago.\*
2. Personas trabajadoras de la Municipalidad de Cartago que se encuentren en períodos de vacaciones o incapacidad.

\*Cabe destacar que el primer criterio de exclusión se relaciona con el concepto de capital social en donde se destacan las relaciones entre las personas para adquirir diferentes recursos, así como para que se dé su participación en redes y organizaciones, por lo cual se consideran los 6 meses como un tiempo razonable para que dichas relaciones se puedan establecer.

## ***Tamaño De La Muestra***

El cálculo de la muestra se realizó por medio de un análisis de poder por medio del programa G\*Power 3.1. Para realizar este cálculo se basó en una prueba estadística de dos colas, con un alpha de 0.05, un tamaño de efecto medio (0.3) y un poder de 0.8, el resultado final del tamaño de la muestra es de 82 personas. Para la escogencia a conveniencia de las personas trabajadoras se utilizarán ambas áreas (administrativa y operativa) como cuotas. Además, se calculó que, de las 82 personas necesarias para detectar relaciones entre las variables, 53 personas del Área Operativa representan el 64,2% de la muestra, y 29 personas del Área Administrativa representan un 35,8% de la muestra; lo anterior emula las proporciones reales de la población.

## ***Procedimientos para reclutamiento de la muestra y recolección de Datos***

La recolección de datos se realizó por medio del software LimeSurvey. Se le envió un link a cada persona de la muestra, el cual las dirigió en primer lugar a un apartado de criterios de

elegibilidad, los cuales fueron completados y revisados por medio del mismo software. Su cumplimiento fue un requisito para el despliegue del consentimiento informado y de la encuesta. El consentimiento informado fue realizado por medio del mismo software y la aprobación de este fue un requisito para realizar la encuesta.

La encuesta realizada en dicho software incluyó los cuatro instrumentos de recolección de datos. El link fue enviado a la muestra, desde el correo de la persona contacto de la Municipalidad de Cartago, en fechas a convenir con la institución. Además, con la mayoría de las personas del departamento del Área Operativa y algunas personas del Área Administrativa se realizaron sesiones individuales en el Plantel Municipal y en el Palacio Municipal de la Municipalidad de Cartago, respectivamente, para poder completar la encuesta.

Para determinar la muestra se llevó a cabo un proceso de selección utilizando como filtro los requisitos de participación establecidos, la aceptación o rechazo de la participación en el estudio a través del consentimiento informado y la presencia de datos perdidos como se muestra en la figura 1.

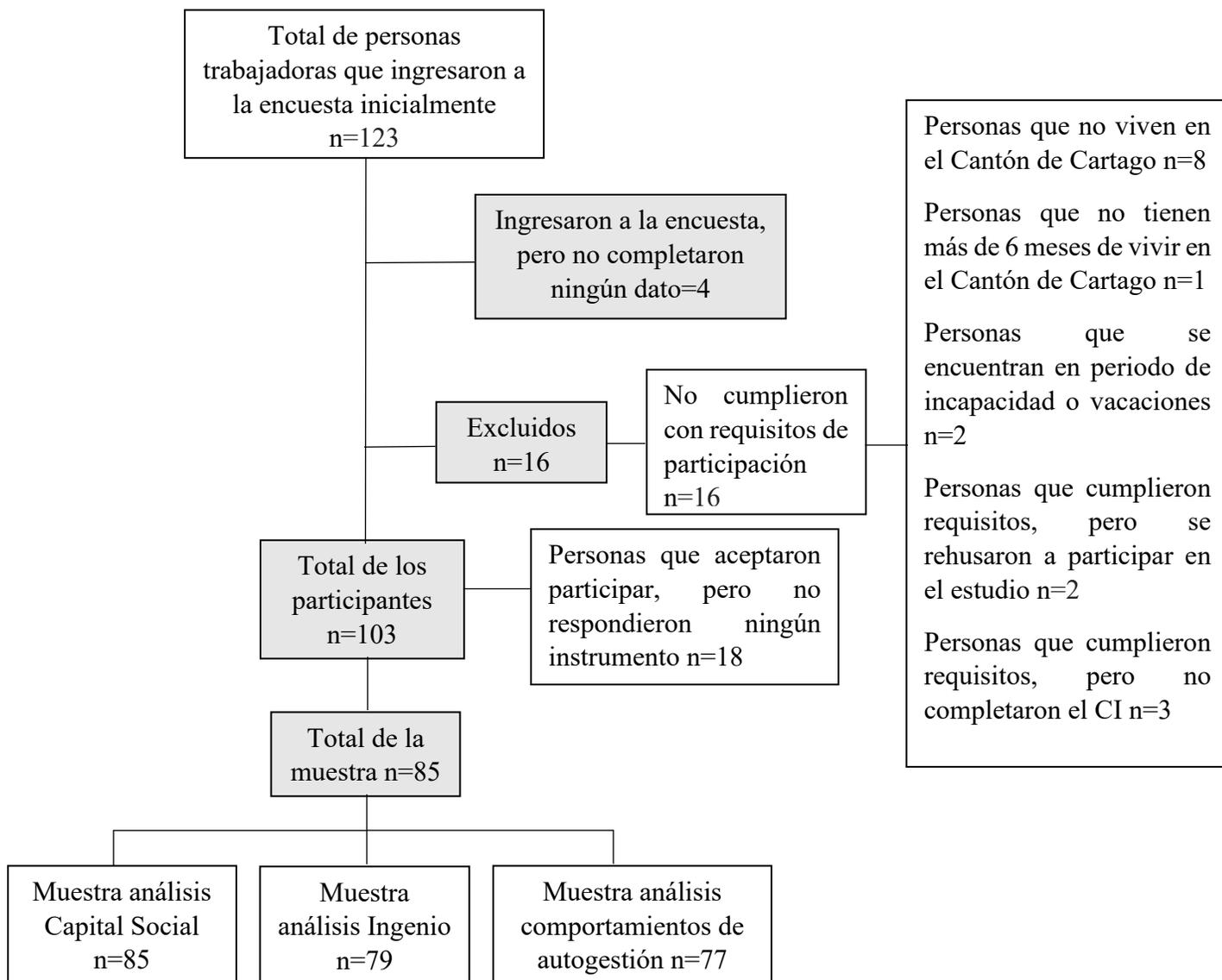


Figura 2. Diagrama de flujo de reclutamiento de la muestra.  
Fuente: Elaboración propia (2020)

**Variables.**

A continuación, se describen variables de interés según su definición conceptual y operacional, dimensiones e indicadores, con sus respectivos números de ítem (ver Tabla 1).

Tabla 1

*Cuadro de operacionalización de las variables*

<b>Variable</b>		
Factores sociodemográficos		
<b>Definición Conceptual</b>		
Son las características demográficas y sociales de la persona.		
<b>Definición Operacional</b>		
Instrumento para determinar los factores sociodemográficos de elaboración propia.		
<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítem #</b>
Características Sociodemográficas	Género	1
	Edad	2
	Nivel educativo	3
	Departamento	4
	Ocupación	5
	Residencia	6
	Estado civil	7
<b>Variable</b>		
Capital Social		
<b>Definición Conceptual</b>		
Recursos como información, ideas y apoyo que las personas son capaces de adquirir en virtud de sus relaciones con otras personas (42).		
<b>Definición Operacional</b>		
Instrumento Cuestionario integrado para la medición de capital social (SC-IQ) (42).		
<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítem #</b>
Grupos y Redes	Cantidad de amigos muy cercanos que tiene en estos días. Personas con las que se siente a gusto, con las que puede hablar de asuntos privados, o a las que puede pedir ayuda.	1
	Si de repente necesitara una pequeña cantidad de dinero equivalente al sueldo de una semana, ¿a cuántas personas más allá de su grupo familiar inmediato podría recurrir y estarían dispuestas a darle este dinero?	2
		3

	<p>Estatus económico de las personas a las que puede recurrir por apoyo económico. Apoyo de vecinos para cuidar a hijos, mascotas o familiares si sale de la ciudad.</p> <p>Personas fuera de la familia a las que puede recurrir en caso de emergencia que demande dinero. Personas que acuden por su ayuda. Estatus económico de las personas que acuden por su ayuda. Confianza en las demás personas. Disposición de ayuda en el vecindario. Confianza en diferentes tipos de personas. Grado de confianza en su vecindario / colonia Forma de contribución en un proyecto de la comunidad</p>	<p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8, 9, 10, 12</p> <p>11, 22</p> <p>13, 14, 15, 16, 17, 18,</p> <p>19, 20</p> <p>21</p> <p>23</p>
Acciones Colectivas y cooperación	<p>Trabajo en conjunto con vecindario para beneficio de la comunidad. Actividades en las que ha trabajado para beneficio de la comunidad. Sanción a personas que no participan en actividades comunitarias. Personas en su vecindario / colonia que contribuyen con tiempo o dinero a los objetivos de desarrollo común. Probabilidad de cooperación de las personas de la comunidad para resolver un problema de esta o para ayudar en un problema desafortunado a alguien de la comunidad. Sentimiento de unión o la cercanía en su vecindario / colonia.</p>	<p>24</p> <p>25, 26, 27</p> <p>29</p> <p>30</p> <p>31, 32</p> <p>33</p>
Cohesión Social e Inclusión	<p>Diferencias en las características de las personas que viven en mi misma colonia. Diferencias que causan problemas. Violencia por problemas en el vecindario. Acceso a servicios esenciales a diferentes grupos de personas. Exclusión en el vecindario. Personas excluidas en el vecindario Participación de los integrantes de la comunidad en actividades de esta. Actividades donde existe exclusión. Razones para no participar en actividades de la comunidad por decisión propia.</p>	<p>34</p> <p>34</p> <p>35</p> <p>36</p> <p>37, 38</p> <p>39</p> <p>40</p> <p>41, 42, 43</p> <p>44</p>

Sociabilidad	Reunión con otras personas en lugares públicos	45
	Visitas al hogar	46
	Visitas a otras personas	47
	Reunión para actividades recreativas	48
	Participación en una fiesta	49
Conflictos y Violencia	Calificación del vecindario	50
	Violencia en el vecindario	51
	Seguridad en la casa	52
	Seguridad en el vecindario	53
	Víctimas de violencia	54, 55, 56, 57
Empoderamiento y acciones y políticos	Cómo se considera como persona	58
	Control y poder en la toma de decisiones	59, 60
	Impacto de la creación de una mejora en su vecindario	61
	Frecuencia con que las personas del vecindario se unen para presentar una petición en conjunto a funcionarios gubernamentales o a los líderes políticos para lograr un beneficio de la comunidad.	62
	Éxito de las peticiones	63,
	Asistencia a reuniones en el vecindario o grupos de discusión pública	64
	Participación en actividades políticas	65, 66, 67
	Notificación de problemas locales	68, 69
	Participación en votaciones	70, 71
	Preocupación del gobierno y líderes locales en preocupaciones expresadas por la gente en la toma de decisiones.	72
	Opinión sobre la honestidad de funcionarios y diferentes organismos	73, 74, 75, 76, 77, 78,
Pago de dinero adicional para que funcionarios hagan las cosas.	80, 81	
Eficacia de los pagos adicionales a funcionarios.	82	
	83	
<b>Variable</b>		
“Resourcefulness” (Ingenio)		
<b>Definición Conceptual</b>		
“Is the ability to independently perform daily tasks (personal resourcefulness) and to seek help from others when unable to function independently (social resourcefulness) (33)		
<b>Definición Operacional</b>		
Instrumento original llamado “Resourcefulness Scale”. Traducido al español como Escala de Ingenio.		

Dimensiones	Indicadores	Ítem #
Ingenio Personal o “Personal Resourcefulness”	<p>Cuando hago un trabajo aburrido, pienso acerca de las partes menos aburridas del trabajo y la recompensa que recibiré una vez que termine. 1</p> <p>Cuando tengo algo que hacer que me provoca ansiedad, trato de visualizar cómo voy a superar mi ansiedad mientras lo hago. 2</p> <p>Al cambiar la forma de pensar a veces puedo cambiar mis sentimientos acerca de casi todo. 3</p> <p>Cuando me estoy sintiendo deprimido, trato de pensar acerca de eventos placenteros. 6</p> <p>Cuando enfrento un problema difícil, trato de llegarle a la solución en una forma sistemática. 7</p> <p>Cuando un pensamiento desagradable me molesta, trato de pensar en algo agradable. 9</p> <p>Cuando estoy deprimido, me mantengo ocupado con cosas que me gustan. 11</p> <p>Cuando encuentro difícil ponerme a hacer algún trabajo, yo busco maneras que me ayuden a hacerlo. 13</p> <p>Para superar los malos sentimientos que acompañan el fracaso, usualmente me digo a mí mismo que esto no es catastrófico y que yo puedo hacer algo al respecto. 15</p> <p>Cuando siento que soy muy impulsivo, me digo a mí mismo “pare y piense antes de hacer algo”. 16</p> <p>Aun cuando estoy muy enojado con alguien, considero mis acciones muy cuidadosamente. 17</p> <p>Cuando necesito tomar una decisión, usualmente encuentro todas las posibles alternativas en lugar de decidir rápida y espontáneamente. 18</p> <p>Cuando me doy cuenta que voy a llegar inevitablemente tarde a una reunión, me digo a mí mismo que debo mantener la calma. 21</p> <p>Cuando me enfrento con muchas cosas por hacer, usualmente planeo mi trabajo. 22</p> <p>Cuando no tengo suficiente dinero, registro mis gastos para presupuestar más cuidadosamente en el futuro. 23</p>	
Ingenio Social o “Social Resourcefulness”	<p>Cuando me siento triste, me ayuda hablar con otras personas. 4</p> <p>Cuando me cuesta tomar una decisión, le pido a alguien que me ayuda a pensar las cosas. 5</p>	

	Cuando siento dolor o malestar, voy al médico, enfermera o profesional de salud.	8
	Cuando me siento confundido, dependo de otras personas para que me ayuden.	10
	Hago lo que otros me dicen en relación con mi salud.	12
	Cuando tengo muchas cosas que hacer, busco a otras personas para que me ayuden a hacerlas.	14
	Si no tuviera suficiente dinero para pagar mis cuentas, le pediría dinero prestado a alguien más.	19
	Cuando estoy enojado, puedo hablar con otros para sacar mis sentimientos.	20
	Cuando me enfrento a una situación en la que no he estado antes, busco a alguien que si ha estado en esa situación.	24
	Cuando tengo que hacer algo que no me gusta, le pregunto a otras personas como es que ellos lo hacen.	25
	Si necesitara ir a algún lugar, le pediría a alguien que me lleve.	26
	Cuando mi energía es baja, estar con otras personas me da más energía.	27
<b>Variable</b>		
Comportamientos de autogestión		
<b>Definición Conceptual</b>		
Comportamientos incorporados en el funcionamiento del diario vivir que protegen y promueven la salud (3)		
<b>Definición Operacional</b>		
Instrumento que mide el grado en que los adultos participan en un estilo de vida que promueve la salud llamado Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud II		
<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítem #</b>
Responsabilidad en Salud	Informe a profesionales de la salud sobre señales inusuales o síntomas extraños.	3
	Lectura o programas acerca del mejoramiento de la salud.	9
	Preguntas para entender instrucciones de los profesionales en salud.	15
	Búsqueda de segunda opinión en caso de duda ante recomendaciones de proveedor servicios de salud.	21
	Discusión cuestiones personales de salud con profesionales de salud.	27
	Examen físico del cuerpo.	33
	Solicitud de información a profesionales de la salud para cuidado de sí mismo.	39
	Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.	45
	Busco orientación o consejo cuando es necesario.	51

Actividad Física	Seguimiento de un programa de ejercicios planificados.	4
	Realización de ejercicios vigorosos.	10
	Realización de actividades físicas livianas a moderadas.	16
	Participación en actividades de recreación.	22
	Realización de estiramientos musculares.	28
	Realización de ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente.	34
	Examinación del pulso Alcance del pulso objetivo	40 46
Nutrición	Dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.	2
	Uso y consumo de azúcar.	8
	Consumo de diferentes porciones de alimentos.	14, 20, 26, 32, 38
	Lectura de etiquetas	44
	Como desayuno	50
Crecimiento Espiritual	Sentimiento de crecimiento y cambio positivo	6
	Propósito en la vida	12
	Visión hacia el futuro	18
	Sentimiento de satisfacción y paz consigo mismo	24
	Trabajo hacia metas de largo plazo	30
	Encuentro de cada día interesante y retador.	36
	Conciencia de lo importante en la vida propia	42
	Unión con una fuerza más grande que uno mismo	48
	Exposición a nuevas experiencias y retos.	52
Relaciones Interpersonales	Discusión de problemas y preocupaciones con personas allegadas	1
	Elogio a los otros por sus éxitos.	7
	Relaciones significativas y enriquecedoras.	13
	Paso del tiempo con amigos íntimos.	19
	Facilidad para demostrar preocupación, amor y cariño a otros.	25
	Tocar y ser tocado(a) por las personas que me importan.	31
	Búsqueda de maneras de llenar necesidades de intimidad.	37
	Búsqueda de apoyo de un grupo de personas que se preocupan por uno.	43
	Acuerdos con otros por medio del diálogo y compromiso.	49
Manejo del Estrés	Duerme lo suficiente.	5

	Tiempo para relajarse	11
	Aceptación de las cosas que no puede cambiar en la vida	17
	Pensamientos agradables al acostarse	23
	Uso métodos específicos para controlar la tensión	29
	Balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos	35
	Práctica de relajación o meditación	41
	Balance para prevenir el cansancio	47

## **Instrumentos Recolección Información**

Se utilizaron cuatro instrumentos para la recolección de los datos:

### ***Cuestionario para recolección de información sociodemográfica***

Este es de elaboración propia. El mismo recolecta los siguientes datos: nombre, edad, sexo, ocupación, departamento de trabajo, residencia, nivel de escolaridad y estado civil.

### ***Cuestionario integrado para la medición de capital social (SC-IQ)***

Esta es una traducción del instrumento llamado “Integrated Questionnaire for the Measurement of Social Capital (SC-IQ)”, creado en el año 2003 por los autores Christiaan Grootaert, Deepa Narayan, Veronica Nyhan Jones y Michael Woolcock. Este se centra en la medición a nivel micro, es decir, a nivel familiar e individual del capital social (Ver Anexo 3). El cuestionario está dividido en seis dimensiones que se convierten en los módulos del cuestionario:

- a) Grupos y redes.
- b) Acciones colectivas y cooperación
- c) Cohesión social e inclusión
- d) Sociabilidad
- e) Conflictos y violencia
- f) Empoderamiento y acción política

Este instrumento, constituido por 83 ítems, se centra en tres conjuntos básicos de indicadores de capital social: la pertenencia a asociaciones y redes (capital social “estructural”, dimensiones 1 y 2), la confianza y la adhesión a normas (capital social “cognitivo”, dimensiones 3 y 4) y la acción colectiva (una medida de respuesta, dimensiones 5 y 6) (58).

Se recomienda para este instrumento un análisis de tipo tabular. El análisis tabular es una manera simple y conveniente para organizar los datos y para extraer la información básica que contienen los datos (58). En el caso del SCIQ, esta información básica se refiere a la medida en que se observa el capital social a través de diferentes tipos de familias y las principales características o dimensiones de este capital social. El análisis de las dimensiones del capital social

debe estar anclada en las distinciones entre capital social “estructural” y capital social “cognitivo” y capital social “enlace” (58).

Los módulos del 1 al 3 del SC-IQ proporcionan la información para calcular las tres medidas básicas de capital social, los módulos de 4 a 6 recogen datos que hacen que sea posible examinar más a fondo ciertos aspectos o manifestaciones de capital social (51).

El módulo 4 recoge datos sobre las fuentes de información y comunicación disponibles para los miembros de la comunidad. Los módulos 5 y 6 brindan un vistazo a dos resultados importantes de capital social: cohesión social e inclusión y el empoderamiento y la acción política (58). El grado de cohesión e inclusión social es uno de los resultados positivos más importantes de la presencia de capital social en una comunidad.

El módulo 5 analiza en detalle varios aspectos de este. La inclusión se evalúa en el contexto del acceso a los servicios importantes, como la educación, la salud y la justicia. Donde las personas son excluidas de los servicios, las razones son probadas y se evalúa la gravedad de la exclusión, sobre todo si la situación ha llevado alguna vez a la violencia. El nivel general de los conflictos y la violencia en la comunidad también se evaluó en un asunto subjetivo, es decir, por las percepciones de los encuestados respecto a la seguridad y el miedo, a ser víctima de la delincuencia. En el lado positivo, un alto nivel de sociabilidad normalmente caracteriza a una comunidad socialmente cohesionada; como tal, el módulo 5 contiene una extensa serie de preguntas acerca de las interacciones sociales del día a día (58) .

El módulo 6 examina el grado en que los encuestados se sienten capaces y participan en la acción política. Mientras que el empoderamiento es un concepto amplio, el enfoque del SC-IQ se centra en el control de las decisiones que afectan directamente a la vida cotidiana. El cuestionario indaga sobre un número de maneras concretas en las que las personas pueden haber tratado de perfeccionar este control, tales como peticiones a los funcionarios públicos, la participación en reuniones públicas y la participación en las elecciones. Además, están incluidas preguntas básicas para evaluar la percepción de la honestidad de los funcionarios del gobierno y de la corrupción (58).

Dicho instrumento es un cuestionario y no una escala, que permite realizar solamente una descripción del capital social. El objetivo de este instrumento es proporcionar un conjunto básico

de preguntas para los interesados en la generación de datos cuantitativos sobre las diversas dimensiones del capital social. Este se basa en una amplia recopilación de datos sobre el capital social, que abarca más de 15 países (58).

Debido a que fue diseñado, en primera instancia, para ser un módulo para encuesta de los estándares de vida, el SC-IQ no recopila datos sobre el capital social en el ámbito de la comunidad. Todas las preguntas están dirigidas a las personas, en el contexto familiar, y el objetivo es obtener información sobre la participación de los miembros de la familia en grupos y asociaciones, las percepciones de la confianza y empoderamiento, la participación familiar en la acción colectiva, etc. Algunas de las preguntas cuestionan sobre la percepción del encuestado de ciertos atributos de la comunidad, tales como la capacidad de la comunidad a unirse para hacer frente a las calamidades o para abordar cuestiones de interés común. Esto es diferente de la recolección de datos a nivel comunitario sobre el capital social (58).

Cada pregunta que se incluye en este documento proviene de un trabajo de investigación previa sobre el capital social en el que se ha demostrado su fiabilidad, validez y utilidad. Además, ha sido objeto de un amplio análisis y crítica por un panel externo de expertos asesores, ha sido previamente probado en el campo, específicamente en Nigeria y Albania en el año 2002. Albania fue elegida porque había pocos casos de Europa Oriental o de Asia Central entre los estudios principales que habían empleado el SC-IQ, Nigeria permitió probar diferentes contextos dentro de un país muy complejo (58).

Para la prueba piloto en Albania, se completaron 257 encuestas en 16 pueblos, los cuales representaban diferentes regiones del país. En Nigeria, un total de 300 hogares fueron entrevistados en el país; en cada uno de los tres estados seleccionados (Adamawa, Enugu y Osun), cinco ciudades fueron visitadas con 20 personas encuestadas en cada localidad (58).

Este instrumento está diseñado para ser empleado por los investigadores, evaluadores y gestores de proyectos y programas, que realizan evaluaciones de la pobreza, encuestas nacionales de capital social, y aquellos que desarrollan las estrategias de reducción de pobreza nacional. Está especialmente diseñado para su incorporación en otras encuestas, como la Encuesta de Medición del Estándar de Vida (EMNV) (58).

La materia prima sobre la que se basa este estudio reúne las lecciones aprendidas de los estudios siguientes (enumerados por orden cronológico) (58):

a) La Encuesta de Capital Social de Tanzania recolectó datos sobre membresías asociativas y la confianza, y está relacionado con el acceso a los servicios y la tecnología agrícola (Narayan y Pritchett, 1999).

b) Un estudio de instituciones locales recolectó datos comparables sobre el capital social estructural en Bolivia, Burkina Faso e Indonesia. El análisis se centró en el papel del capital social para el bienestar del hogar y de la pobreza, el acceso al crédito, y la acción colectiva (Grootaert, 2001).

c) Una iniciativa de capital social patrocinó doce estudios sobre el papel del capital social en proyectos sectoriales y sobre el proceso de creación y destrucción de capital social. Las lecciones empíricas fueron reunidas en dos volúmenes (Gootaert y Bastalaer, 2002a, 2002b).

d) La Encuesta Social en Ghana y Uganda recolectó datos sobre grupos y redes, el bienestar subjetivo, el compromiso político, la sociabilidad, actividades comunitarias, la violencia y el crimen, y las comunicaciones (Narayan y Cassidy, 2001).

e) La evaluación de la pobreza en Guatemala combina un EMNV con un módulo de capital social (Banco Mundial 2003; Ibáñez, Lindert y Woolcock, 2002)

### ***Escala de Ingenio***

Este instrumento (Ver Anexo 4), originalmente denominado “Resourcefulness Scale” fue creado en el año 2006 por la Dra. Jaclene Zauszniewski, en respuesta a la necesidad de medir los dos tipos de ingenio (resourcefulness) descritos en su teoría; el personal y el social. (6) El ingenio (resourcefulness) personal es también conocido como “learned resourcefulness” e involucra estrategias para hacer frente de manera independiente a las tareas diarias y al estrés de completarlas, son habilidades de autoayuda. El ingenio (resourcefulness) social está constituido por la búsqueda de ayuda de otros cuando por alguna razón no se puede funcionar independientemente (6).

Este instrumento consta de 28 ítems de los cuales 16 ítems (1, 2, 3, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 28) pertenecen a la dimensión “Personal Resourcefulness” o Ingenio Personal y 12 ítems (4, 5, 8, 10, 12, 14, 19, 20, 24, 25, 26, and 27) son de la dimensión “Social Resourcefulness”

o Ingenio Social. Las respuestas para cada ítem están organizadas en una escala tipo Likert que se lee de la siguiente manera (6):

5= Muchísimo como yo

4= Mucho como yo

3= Un poco como yo

2= Un poco no como yo

1= Muy poco como yo

0= Para nada como yo

Estas respuestas indican el grado en que cada ítem describe su comportamiento que va desde “muchísimo como yo” (puntuación 5) a “para nada como yo” (puntuación 0). Todos los ítems se califican en una dirección positiva y puntajes altos reflejarían un mayor “resourcefulness” personal y social. Las puntuaciones pueden variar de 0 a 140. La escala ha demostrado una consistencia interna con un alfa de Cronbach de .85 (6).

La evidencia para la validez de constructo fue respaldada por un análisis factorial confirmatorio que indica la presencia de las dos formas de "resourcefulness": los 16 ítems de la subescala de "resourcefulness" personal cargados limpiamente en un factor, mientras que los 12 ítems de la subescala de "resourcefulness" social cargados limpiamente en un segundo factor; ningún ítem tenía cargas cruzadas que excedieran de .30; intercorrelaciones sustanciales entre los dos factores respaldaron aún más la validez de constructo de la escala (6).

Posterior a la autorización expresa de la autora (Ver Anexo 5), este instrumento pasó por un proceso de traducción al idioma español para su uso. Para esto, se utilizó la técnica de “Back translation”, la cual es un procedimiento que se utiliza para evaluar la precisión de la traducción en la investigación. En este procedimiento, una persona nativa del país con el idioma al cual se quiere traducir el texto, lo traduce a dicho idioma; después una persona bilingüe, hablante nativo del idioma de origen del texto, lo traduce nuevamente al idioma original. Posteriormente se comparan las dos versiones, el texto original y el traducido para identificar su compatibilidad y sus diferencias (59).

Luego del proceso de traducción, se realizó una primera prueba piloto del instrumento traducido, de manera virtual, con una cantidad de 5 personas adultas trabajadoras hablantes nativos del idioma español. Esto, con el fin de verificar la comprensión del instrumento, así como para identificar si existía alguna dificultad en alguno de los ítems y cómo lo resolverían, para poder realizar las modificaciones correspondientes en el instrumento.

Según la prueba piloto, se denotó que existían dudas en la interpretación de dos de las preguntas del instrumento, por lo cual se verificó en el documento original del mismo la intención de la autora en dichas preguntas, con el fin de poder aclarar dudas, en caso de ser necesario.

### ***Escala Perfil de estilo de vida promotor de la salud II***

Este instrumento (Ver Anexo 6) fue elaborado a partir del modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (60), el cual expone los elementos más importantes involucrados en la modificación de la conducta de los individuos, así como sus actitudes y motivaciones hacia acciones de promoción de la salud. (52). El modelo muestra cómo las características y experiencias individuales, los conocimientos y los afectos específicos de la conducta, llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud (60).

Es decir, el modelo plantea las relaciones que se generan entre diferentes elementos para crear o modificar una conducta promotora de la salud, la cual es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (60).

Pender y un equipo de investigación, desarrollaron un instrumento para medir esta conducta, el perfil del estilo de vida promotor de salud. Este instrumento mide un estilo de vida promotor general, calculando la media de las respuestas de los individuos, es decir, se realiza una sumatoria de los 52 ítems valorados en escala de Likert, que va de va de nunca, que se puntúa con 1, algunas veces que se puntúa con 2, frecuentemente que se puntúa con 3 y rutinariamente que se puntúa con 4 y posteriormente se divide esta cantidad entre 52. Entre mayor puntaje tenga este promedio, mayor será su estilo de vida promotor.

Además, es posible obtener una media de cada una de las seis dimensiones o subescalas, (61) para la presente investigación se hará uso del resultado del promedio del total de los ítems de la escala, para establecer la relación entre el resourcefulness y los compartimientos de autogestión;

el resultado del promedio de cada subescala se presentará solo de forma descriptiva. Las subdimensiones son:

**Crecimiento Espiritual.** Se enfoca en el desarrollo de recursos internos y es alcanzado a través de la trascendencia, la conexión y el desarrollo, lo cual implica ponerse en contacto con un yo más equilibrado, mayores sentimientos de armonía e integridad y la búsqueda de un significado o propósito.

**Relaciones Interpersonales.** Implica utilizar la comunicación para lograr relaciones significativas, íntimas y de cercanía. Implica compartir pensamientos y sentimientos a través de la comunicación verbal y no verbal.

**Nutrición.** Tiene que ver con la selección y consumo de alimentos correctos para el sustento, la salud y el bienestar.

**Actividad Física.** Participación regular en actividades ligeras, moderadas, vigorosas.

**Responsabilidad en Salud.** Implica un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar. Incluye atención en la propia salud, educarse en salud y hacer búsqueda de asistencia profesional informada.

**Manejo del estrés.** implica la identificación y modificación de recursos físicos y psicológicos para control o reducir efectivamente la tensión.

Originalmente este instrumento fue elaborado en inglés en el año 1996 y validado para su uso con población norteamericana tomando como referencia los resultados del estudio llevado a cabo en 1988, que demostró la capacidad predictiva del modelo para la promoción de las conductas de ejercicio físico, prácticas de nutrición, uso de protección auditiva y supresión de la exposición al humo del tabaco en el entorno, de ahí que los resultados de dicha investigación fueron utilizados para elaborar este instrumento. Para evaluar la validez y fiabilidad del instrumento, se utilizaron los datos de 712 adultos de 18 a 92 años; la validez del contenido fue establecida por revisión de literatura y expertos en evaluación de contenido y la validez de constructo fue apoyada por análisis factorial (52).

El instrumento mostró adecuadas propiedades para la valoración de las conductas promotoras de salud que integran un estilo de vida saludable, con un índice de consistencia interna

de alfa de Cronbach para la escala completa de 0.94, y con un rango de 0.69 para la dimensión “manejo del estrés” a 0.82 para las de “actividad física” y “crecimiento espiritual”. Las subescalas de manejo del estrés, relaciones interpersonales y responsabilidad de la salud tuvieron un alfa de 0.68, 0.77 y 0.78 respectivamente (52).

En el año 2003, el instrumento fue validado al español por Walker y colaboradores sobre una muestra de 541 adultos hispanos residentes en Estados Unidos, fundamentalmente de origen mexicano y con edades comprendidas entre 18 y 81 años, utilizando un método de traducción y traducción inversa, llevado a cabo por profesionales de la salud perfectamente bilingües (52).

Además, la escala ha sido utilizada en población latinoamericana, por ejemplo, en el artículo de Escobar et al (62) “Sentido de coherencia y estilo de vida promotor de la salud en estudiantes del noroeste de México”, estudio descriptivo correlacional, en el cual se analizó la relación del sentido de coherencia y el estilo de vida promotor de la salud en estudiantes de una universidad pública en Sonora, México.

## **Procesamiento De los Datos**

Para el procesamiento de los datos se utilizó el software de análisis estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Este software facilita crear un archivo de datos en una forma estructurada y también organizar una base de datos que puede ser analizada con diversas técnicas estadísticas (63).

## **Análisis De Datos**

Para el análisis de datos del presente estudio, se usó de la estadística descriptiva. Según Salazar y Castillo (64), esta parte de la estadística permite analizar un conjunto de datos para extraer conclusiones válidas únicamente para ese conjunto. Esta permite recoger y resumir una colección de datos de tal manera que las características y relaciones entre los elementos sean fácilmente comprensibles (65).

Además, la estadística descriptiva está compuesta por datos estadísticos de resumen que permiten al investigador organizar los datos de tal forma que contengan un significado y faciliten el conocimiento. Los datos de tipo descriptivo se hallan con el fin de describir la muestra y las variables claves del estudio (56).

Así mismo, al ser el presente estudio de tipo correlacional, su análisis estudia el comportamiento recíproco de dos variables, por lo cual es necesario medir ambas variables de forma simultánea en cada una de las unidades de estudio (66) y utilizar herramientas tales como diagramas de flujo y coeficientes de correlación, los cuales describen cuantitativamente la magnitud y dirección de la relación entre dos variables (57).

Según Polit (57) la correlación entre dos variables puede ser graficada en un diagrama de flujo donde la dirección de la pendiente de puntos muestra la dirección de la correlación; si valores altos en una variable están asociados con altos valores en una segunda variable, se dice que existe una correlación positiva; si valores altos en una variable se asocian a valores bajos en la segunda, se habla de una correlación negativa.

La misma autora menciona que resulta más eficiente expresar la relación entre variables a través de un coeficiente de correlación; dentro de la estadística descriptiva se emplea el coeficiente de correlación de Pearson, el cual estudia la correlación entre dos variables cuantitativas. La  $r$  de Pearson es descriptiva e inferencial. En cuanto a la estadística descriptiva,  $r$  resume la magnitud y la dirección de una relación entre dos variables y como estadística inferencial  $r$  prueba hipótesis sobre correlaciones en la población (57).

Los valores posibles para un coeficiente de correlación van del rango de  $-1.00$  a  $+1.00$ . Cuando el valor del coeficiente es  $+1.00$  significa que la relación entre dos variables es perfecta positiva, es decir una variable aumenta a medida que la otra también; cuando el valor del coeficiente es  $-1.00$  significa que la relación entre dos variables es perfecta negativa, o sea, una variable aumenta a medida que la otra disminuye. Entre más cerca de uno se encuentre el valor del coeficiente, mayor es la correlación, en cambio, si se encuentra más próximo al 0, menor es la correlación, por lo tanto, cuando el coeficiente de correlación es cero, significa que las dos variables no están relacionadas (57).

Para determinar si la correlación es significativa, se utiliza un nivel de significancia, representado por  $\alpha$ , el cual es el riesgo o la probabilidad que se asume como persona investigadora, de equivocarse al rechazar una hipótesis nula cuando en realidad puede ser cierta (67). Los valores del nivel de significancia más comúnmente utilizados son 0.01 y 0.05. Para la presente investigación se hará uso de un  $\alpha$  de 0.05.

Para referirse a la magnitud de una medida de resultado o la fuerza de una relación entre dos variables, generalmente una independiente y otra dependiente, se utiliza el tamaño del efecto, concepto elaborado por Jacob Cohen. Se utiliza una clasificación del tamaño del efecto (pequeño, mediano o grande) dependiendo de los valores de correlación. Los valores de correlación en torno a 0,30 serán los más típicos (mediano), valores por debajo de ese valor serían valores más pequeños que el típico (pequeño) y valores por encima de 0,50 serían valores más grandes que lo típico (grandes) (68).

## **Consideraciones Éticas**

Dentro de las consideraciones éticas de esta investigación se tuvo presente lo establecido en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO en el año 2005 donde se plantea que al realizar una investigación se debe respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos, las libertades fundamentales y la autonomía de las personas participantes. Se respetó su confidencialidad al utilizar los datos solamente con fines investigativos. Además, no hubo conflictos de interés por parte de los investigadores correspondientes.

Para realizar esta investigación, se aplicó de manera previa un consentimiento informado (CI) (Ver Anexo 7) a cada una de las personas participantes. También se cuenta con la autorización y disponibilidad de los encargados de la Casa Municipal de la Salud en Cartago para la realización de la misma.

Por su parte, se cumplió los principios éticos básicos como lo es el respeto a las personas, respeto de su autonomía, el de beneficencia donde se pretende no causar daño y maximizar los beneficios posibles disminuyendo algún daño. Así, como el principio de justicia, en donde los beneficiarios no serán solamente las investigadoras sino la Casa Municipal de la Salud debido a la utilización de estos datos con fines políticos.

En cuanto a los beneficios de la investigación, para el participante individual este como resultado de la participación no obtuvo ningún beneficio directo. Sin embargo, tuvo el espacio para reflexionar acerca de temas relacionados con la salud y participación social. Por su parte, los resultados de esta investigación podrán ser utilizados como base científica diagnóstica para el desarrollo de políticas de promoción de la salud no solamente para la población trabajadora de la municipalidad sino también para los habitantes del cantón de Cartago.

Durante la participación en la investigación las personas podrían sentirse incómodas o preocupadas al completar las preguntas de los diferentes instrumentos de recolección, con información personal. Esto no solo por brindar como tal dicha información, sino que, puede existir temor por parte de los y las participantes a que dichos datos sean utilizados por la institución (Municipalidad de Cartago) en su contra o que les pueda causar algún perjuicio en su trabajo. Además, los y las participantes podrían sentir incomodidad por la extensión que dichos instrumentos presentan.

Con fin de prevenir o reducir dichas incomodidades, los datos fueron recolectados y resguardados de manera confidencial por el grupo investigador y la institución tuvo acceso a los datos recopilados, pero solamente de manera anónima y conglomerada, es decir contaron con la información, sin embargo, no tenían conocimiento de a quién pertenecen o hacen referencia los mismos.

El equipo investigador hizo manejo estricto y confidencial de la información, la cual se almacenó en la base de datos del software Lime Survey y posteriormente se digitalizó en el software SPSS, en el cual se les asignó un código de identificación a los mismos para poder darles confidencialidad.

Los datos fueron almacenados en servicios de almacenamiento de archivos como Drive, Dropbox y además memorias USB que se encontrarán bajo clave. A los datos solo tuvieron acceso las tres investigadoras.

Dicho resguardo se realizará por parte de la directora de la investigación durante el tiempo establecido por la ley 9234. Se hará un manejo confidencial de los resultados cuando sean publicados. En el caso de la Municipalidad de Cartago, esta podrá hacer uso futuro de los resultados, manteniendo el anonimato de los participantes.

Los datos recolectados van a ser utilizados para el desarrollo del Trabajo Final de Graduación, defensa pública del mismo, actividades científicas tales como congresos o elaboración de artículos. En forma agregada y confidencial los datos también podrán ser utilizados a discreción por parte de la Municipalidad de Cartago.

Para la devolución de los resultados del presente proyecto, se tomó en cuenta la defensa pública como una forma de devolución de estos; a la misma se hizo invitación de las personas

claves de la institución donde se desarrolló dicho proyecto, así como de personas involucradas en el mismo.

Además, se convocó a las personas clave y jefaturas de la institución donde se desarrolló dicho proyecto, a la Casa Municipal de la Salud y Accesibilidad de Cartago, con el fin de exponer los resultados. En ambas presentaciones se expuso los resultados de la investigación de manera oral y con uso de materiales audiovisuales. Ambas presentaciones se realizaron durante el primer semestre del año 2021. Además, se envió un resumen de los resultados en formato digital tipo infografía, a los correos de cada participante. Los resultados fueron presentados de forma anónima.

Cabe destacar que para la recolección de los datos y el desarrollo de la investigación se contó con la aprobación de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Enfermería y el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica.

## **Capítulo IV: Resultados**

En el siguiente capítulo se presentan los principales resultados de la información recolectada mediante el Cuestionario para recolección de información sociodemográfica, Cuestionario integrado para la medición de capital social (SC-IQ), Escala de Ingenio y la Escala perfil de estilo de vida promotor de la salud. Esto permitió, en concordancia con los objetivos de la presente investigación, realizar un análisis de las variables estudiadas, describir la variable de capital social y correlacionar la variable de ingenio con los comportamientos de autogestión.

### **Información Sociodemográfica**

La muestra estuvo constituida por 85 personas trabajadoras de la Municipalidad de Cartago, de las cuales en su mayoría fueron hombres. Respecto a la edad, la menor fue de 24 años y la mayor fue de 64 años. Siendo la media de edades de 43.72 (DE: 10.69), la mediana de 45. En cuanto al estado civil la mayoría se encuentran casados y con respecto a la escolaridad prevalecieron la primaria completa y la universidad completa (Ver Tabla 2).

Relacionado con la distribución de la muestra, según el departamento al que pertenecen, un 58.8% forma parte del Área Operativa, mientras que un 41.2% pertenece al Área Administrativa. Existió variedad en las ocupaciones de las personas participantes (Ver Tabla 3), entre las cuales prevalecieron Asistentes, Choferes y Peones.

Tabla 2

*Distribución de participantes según la información sociodemográfica (n=85)*

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<i>Sexo</i>		
Hombre	71	83,5
Mujer	14	16,5
<i>Edad</i>		
24-34	20	23,8
35-44	22	26
45-54	27	32
55-64	16	19
<i>Estado Civil</i>		
Soltero	23	27,1
Casado	40	47,1
Unión libre	9	10,6
Divorciado	12	14,1
Viudo	1	1,2
<i>Escolaridad</i>		
Primaria Incompleta	1	1,2
Primaria Completa	20	23,5
Secundaria Incompleta	12	14,1
Secundaria Completa	11	12,9
Educación Técnica Incompleta	1	1,2
Educación Técnica Completa	8	9,4
Universidad Incompleta	6	7,1
Universidad Completa	19	22,4
Estudios Universitarios de Posgrado (Maestría o Doctorado) Incompletos	3	3,5
Estudios Universitarios de Posgrado (Maestría o Doctorado) Completos	4	4,7

Fuente: Elaboración propia con base en datos de cuestionario para recolección de información sociodemográfica (2020).

Tabla 3  
*Distribución de participantes según departamento y ocupación (n=85)*

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Departamento</i>		
Área Operativa	50	58,8
Área Administrativa	35	41,2
<i>Ocupación</i>		
Chofer	8	9,4
Peones	7	8,2
Secretariado	6	7,1
Asistente	6	7,5
Misceláneos	5	5,9
Digitadores y oficinistas	5	5,9
Encargado de departamentos y directores de área	4	4,7
Administrativo	4	4,7
Maquinaria Pesada	4	4,7
Asesor	3	3,5
Caminos y Calles	3	3,5
Inspectores	3	3,5
Jefaturas	3	3,5
Recolección de basura	3	3,5
Otros	21	35,9

Fuente: Elaboración propia con base en datos de cuestionario para recolección de información sociodemográfica (2020).

## **Capital Social**

A continuación, se presentan los resultados más relevantes que se obtuvieron de la variable capital social. Cabe destacar, que el cuestionario cuenta con varios ítems que abarcan el mismo tópico, unos de una manera general y otros de una forma más específica. Por lo tanto, los resultados mostrados a continuación hacen referencia a los ítems generales, los mismos se muestran según cada una de sus dimensiones.

Además, se seleccionaron los ítems considerados de mayor importancia para uso de la Municipalidad de Cartago tomando en cuenta la información que puede ser de utilidad desde los

alcances de las acciones que se pueden llevar a cabo desde la institución. El resto de los resultados se presentan en anexos (Ver Anexo 8).

### ***Dimensión Grupos y Redes***

Los ítems de esta dimensión consideran la naturaleza y el alcance de la participación de un miembro del hogar en diferentes tipos de organizaciones y redes sociales informales, y el rango de contribuciones que se da y se recibe de ellos. Así como la diversidad de los miembros de un grupo determinado, cómo se selecciona su liderazgo, y cómo la participación de uno ha cambiado con el tiempo (58).

Inicialmente, se presenta la figura 2 en la cual, se observa que un alto porcentaje cuenta con cinco o más personas que considera amigos muy cercanos. Además, se puede ver que un pequeño porcentaje de la muestra no contaban con ninguna.

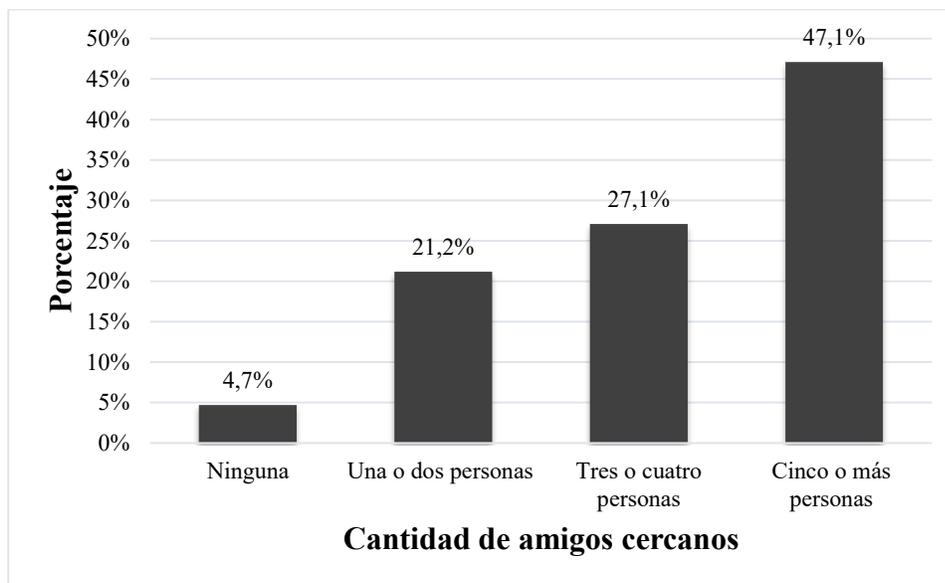


Figura 3 . Porcentaje de personas según cantidad de amigos cercanos, n=85.

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos del cuestionario integrado para la medición de capital social (2020).

Respecto a la cantidad de personas a quien pueden recurrir por dinero, un poco menos de la mitad de la muestra refiere contar con una o dos personas; por otro, existe una cantidad importante de personas que indican que no cuentan con ninguna (Ver Figura 3). Además, cuando

se les preguntó sobre la posibilidad de contar con vecinos si necesitara salir de la ciudad 45 (52,9%) personas mencionaron que definitivamente, 18(21,1%) que probablemente, 9(10,6%) probablemente no y 13 (15,3%) definitivamente no.

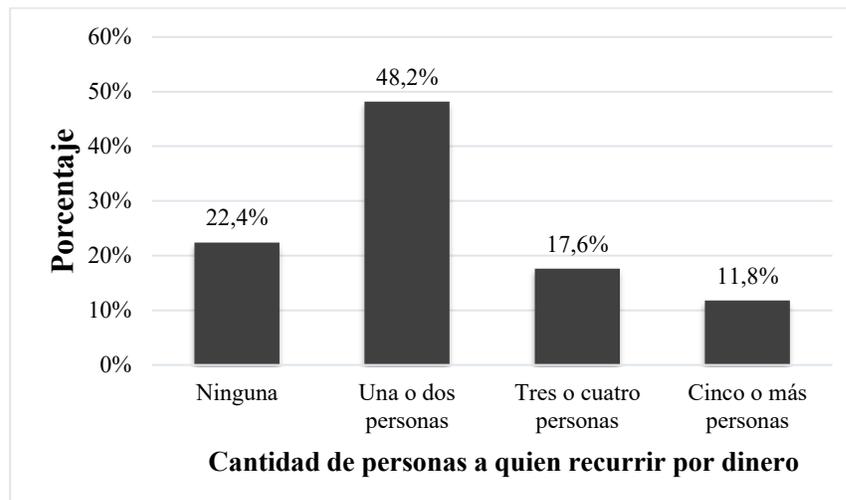


Figura 4. Porcentaje de personas según número de personas a quien recurrir por dinero, n=85.

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos del cuestionario integrado para la medición de capital social (2020).

Al preguntarles sobre la cantidad de personas que acuden a ellos por ayuda con problemas personales, 39 (45,9%) mencionaron que uno o dos personas, 18 (21,2%) dijeron que ninguna, y 14 (16,5%) personas dijeron que tres o cuatro personas, así como cinco o más personas. Sin embargo, en la pregunta sobre la percepción de la confianza en general, 76 (89,4%) de los y las participantes dijeron que se debe ser cuidadoso y solo 9 personas (10,6%) mencionaron que se debe ser confiado.

En el ítem sobre el grado de acuerdo o desacuerdo acerca de la disposición de los vecinos para ayudar en caso necesario, 30 personas dijeron que estaban de acuerdo con este hecho, 27 personas no estaban ni de acuerdo ni en desacuerdo y solamente 4 estaban totalmente en desacuerdo con esta afirmación (ver figura 4).

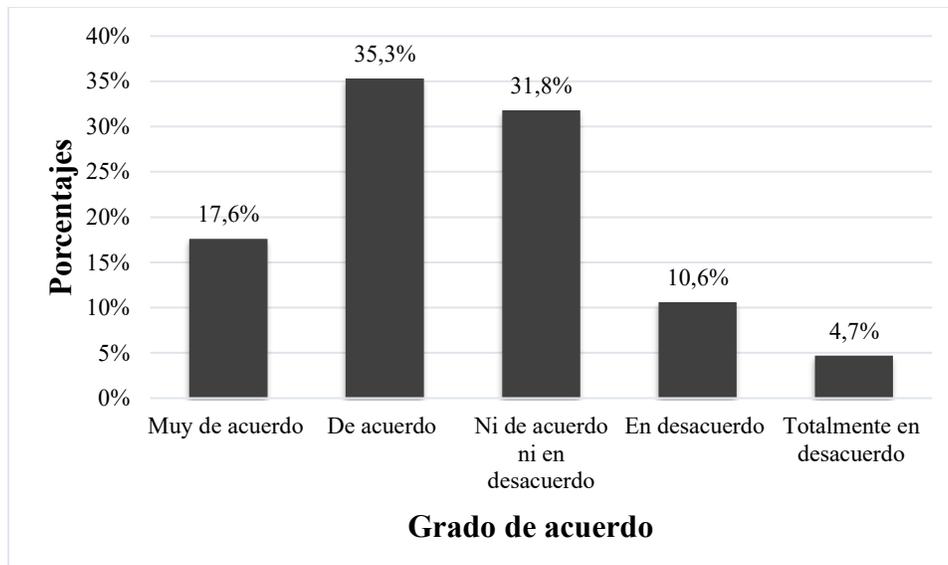
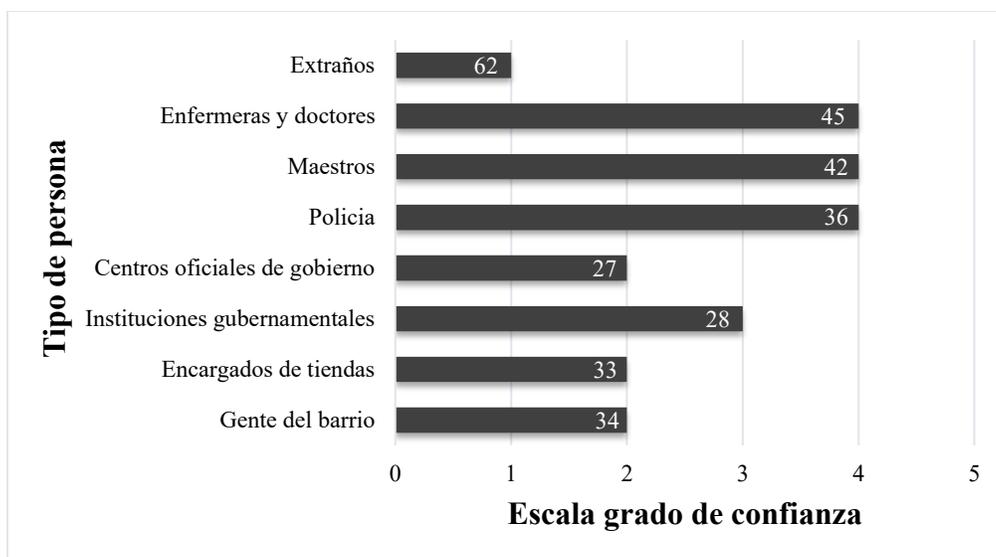


Figura 5. Grado de acuerdo acerca de la disposición de los vecinos para ayudar, n=85.

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos del cuestionario integrado para la medición de capital social. (2020).

Además, se les preguntó acerca del grado de confianza que tenían en distintos tipos de funcionarios, con una escala de: 1 un grado muy pequeño, 2 un pequeño grado, 3 ninguna medida ni pequeño ni grande, 4 en gran medida y 5 en un grado muy grande (Ver figura 5). La figura 5, muestra la moda de las respuestas a esta pregunta, donde se puede observar que prevalece el grado de confianza más alto en la policía, maestros y enfermeras y doctores, siendo en gran medida la respuesta más frecuente respecto a su grado de confianza.



*Nota.* Escala de confianza: 1 un grado muy pequeño, 2 un pequeño grado, 3 ninguna medida ni pequeño ni grande, 4 en gran medida y 5 en un grado muy grande.

Figura 6. Grado de Confianza que se tiene a diferentes tipos de personas, según la escala y la moda. Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos del cuestionario integrado para la medición de capital social (2020).

### ***Dimensión Acciones colectivas y cooperación***

En esta dimensión se explora cómo los miembros de las familias han trabajado con otros en su comunidad en proyectos conjuntos y en respuesta a una crisis (58).

Así mismo, se les pregunta sobre su participación con el vecindario en proyectos comunitarias en los últimos doce meses, donde un alto porcentaje 67,1% responden que no y solamente un 32,9% responden afirmativamente.

De las personas que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior se les consultó sobre cuáles eran las principales actividades que desarrollaban (Ver Tabla 4). Prevalció la opción de arreglos y mantenimiento con un 27,1%, seguido de actividades sobre coordinación en diferentes comités y proyectos comunales con un 20% y actividades relacionados con el medio ambiente (15,7%), entre las que destacan la siembra de plantas, la limpieza del mismo y la recolección de basura.

Tabla 4

*Distribución de personas según las principales actividades en beneficio de la comunidad (n=85)*

<b>Actividades</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<i>Arreglos y mantenimiento</i>	19	27,1
<i>Coordinación</i>	14	20,0
<i>Medio ambiente</i>	11	15,7
<i>Limpieza</i>	7	10,0
<i>Recolecta de víveres y económico</i>	5	7,1
<i>Otros</i>	4	5,7
<i>Religiosas</i>	3	4,3
<i>Alcantarillado</i>	3	4,3
<i>Salud</i>	2	2,9
<i>Seguridad</i>	2	2,9
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia con base en datos de cuestionario para recolección de información sociodemográfica (2020).

Al consultarles sobre la probabilidad de ayuda que existe en la comunidad ante un evento desafortunado, la mayoría percibe que es muy probable y algo probable, la ayuda en la comunidad. (Ver Figura 6).

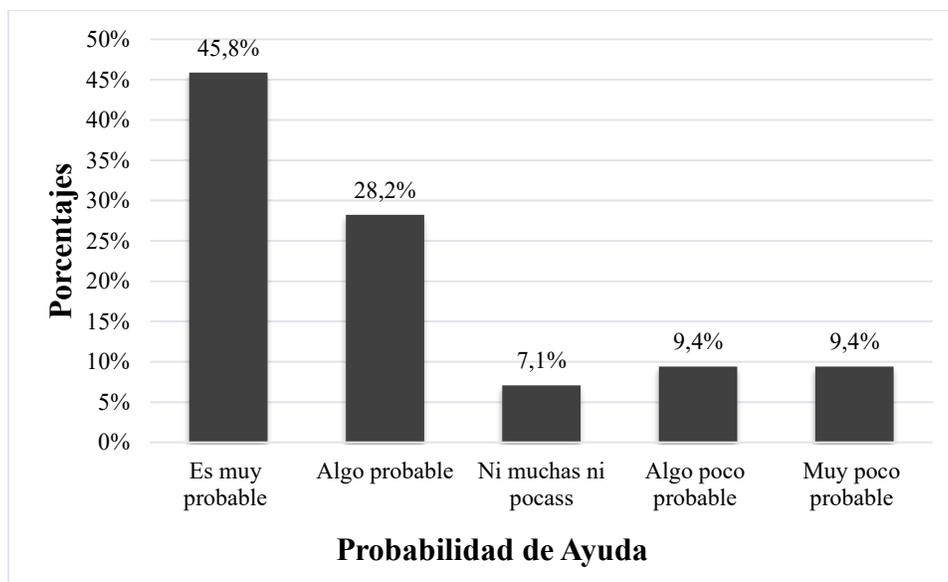


Figura 7. Probabilidad de ayuda de la comunidad ante evento desafortunado, n=85.

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos del cuestionario integrado para la medición de capital social (2020).

### ***Dimensión Cohesión social e inclusión***

En esta dimensión se busca identificar la naturaleza y alcance de estas diferencias en las comunidades que pueden llevar a un conflicto, los mecanismos por los que se gestionan los mismos, y la existencia de grupos que estén excluidos de los servicios públicos esenciales (58).

A la pregunta sobre si consideraban que las diferencias de las personas causan problemas, un 63,5% dijeron que sí los causan y un 36,5% dijeron que no los causan. Así mismo, se les consultó sobre cuáles son las dos diferencias que causan mayor problema. Dentro de las que indicaron como número 1, se posicionan las diferencias de estatus social con un mayor porcentaje (12,9%) y entre las que indicaron como número 2, la de mayor porcentaje (11,8%) fueron las diferencias de riqueza por posesiones materiales.

### ***Dimensión Sociabilidad***

Los ítems de esta dimensión recogen datos sobre fuentes de información y comunicación en los miembros de la comunidad (58).

En la tabla 5 se refleja la cantidad de veces que se han reunido con otras personas no familiares en un lugar público, en donde 49 personas respondieron que en el último mes no se han reunido con ninguna persona, seguido de 29 personas que respondieron que se han reunido de 1 a 4 veces y solamente 2 personas se han reunido de 12 a 15 veces. Esto es similar cuando se les pregunta por las personas no familiares que han visitado su hogar en el último mes, en donde 49 personas responden que ninguna y solamente 2 personas mencionaron que de 9 a 10 veces.

Cabe destacar que las respuestas a los ítems de esta dimensión pueden presentar un sesgo dada la situación social pandémica, por la que atraviesa el país al momento de la aplicación del cuestionario, la cual exige distanciamiento social entre personas de diferentes hogares.

Tabla 5

*Número de veces en el último mes que se ha reunido con otras personas no familiares en un lugar público. (n=85)*

<i>Número de veces</i>	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Ninguna</i>	49	57,6
<i>1 a 4</i>	29	34,1
<i>5 a 7</i>	2	2,4
<i>8 a 11</i>	3	3,6
<i>12 a 15</i>	2	2,4
<b><i>Total</i></b>	85	100

Fuente: Elaboración propia con base en datos de cuestionario para recolección de información sociodemográfica (2020).

### ***Dimensión Conflictos y violencia***

En esta dimensión se evalúa la percepción de las personas respecto a la seguridad y al miedo (58). Al consultarles sobre como califican su barrio en relación con la violencia, un porcentaje alto (62,4%) dijo que muy tranquilo, mientras que, un porcentaje muy bajo (3,5%), consideraban a su barrio como moderadamente violento. Además, más de la mitad de los y las participantes (52,9%) mencionan que la violencia de su barrio en comparación con la de hace cinco años se ha mantenido (Ver Figura 7).

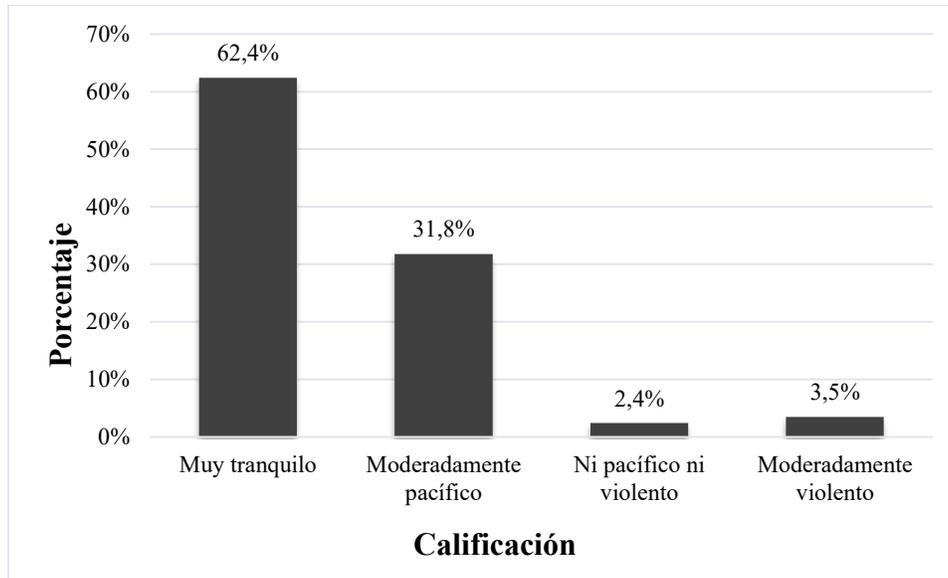


Figura 8. Calificación personal del barrio en relación con la violencia, n=85.

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos del cuestionario integrado para la medición de capital social (2020).

### ***Dimensión Empoderamiento y acciones políticas***

Esta dimensión abarca la capacidad de tomar decisiones y el empoderamiento, así mismo considera actividades de participación política como peticiones públicas, votación en elecciones entre otras. Además, explora el sentido de la felicidad (58).

En cuanto al ítem sobre qué tan feliz se siente como persona, un porcentaje alto (60%) respondió que muy feliz y un porcentaje muy bajo (5,9%) se considera ni feliz ni infeliz (Ver figura 8).

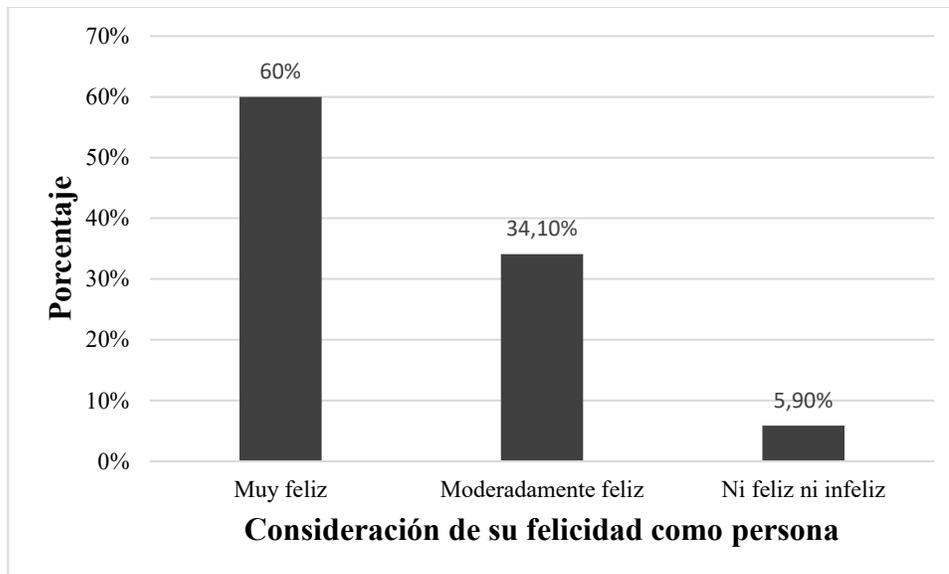


Figura 9. Distribución de las personas según la consideración de su felicidad como persona, n=85. Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos del cuestionario integrado para la medición de capital social (2020).

Respecto a la consulta del control que tienen sobre la toma de decisiones que afectan la vida diaria, las respuestas con mayor porcentaje fueron tener control sobre la mayoría de las decisiones (54,1%) y sobre algunas decisiones (22,4%) en comparación a una minoría (1,2%) que respondió que no tenía control. Similar a esto, en el ítem sobre el sentimiento de poder para la toma de decisiones que cambien el curso de su vida, un 51,8% se siente muy capaz y un 38,8% indica ser totalmente capaz; por su parte, un 3,5% se siente muy incapaz.

En la figura 9 se muestra la frecuencia con la que las personas del vecindario se unieron para presentar una petición en conjunto a funcionarios gubernamentales o a líderes políticos para lograr un beneficio de la comunidad. En esta se puede observar que las personas respondieron en primer lugar que se han reunido para estas peticiones algunas veces (41,20%), y como segundo lugar predominó la opción de nunca (38,80%).

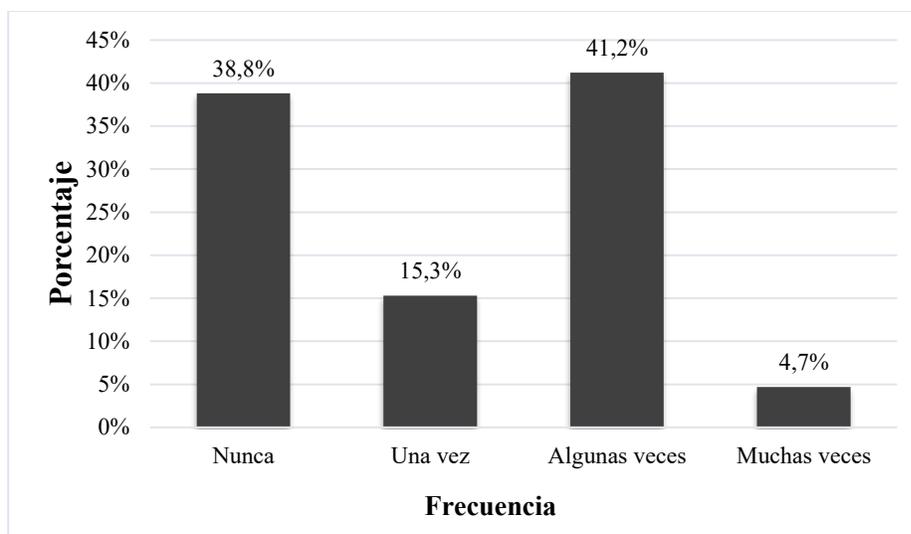


Figura 10. Frecuencia de unión para peticiones a funcionarios gubernamentales o líderes políticos para beneficios en la comunidad, n=85.

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos del cuestionario integrado para la medición de capital social (2020).

Con respecto a la asistencia a reuniones de la colonia, junta vecinal, audiencia o grupos de discusión pública, 60% de las personas respondieron que no asistían y un 40% indicaron que sí lo hacían. Además, se les preguntó sobre la percepción que tenían de la medida en que el gobierno local y líderes locales toman en cuenta sus preocupaciones en la toma de decisiones, donde predominó la respuesta de un poco 62.4%, seguido de mucho 18,8% y no, es absoluto, también con un 18.8%.

Por su parte, la figura 10 se describe la percepción sobre la honestidad de los funcionarios del gobierno local donde la mayoría (36,5%) indicó que los considera mayormente honestos, sin embargo, un porcentaje considerable (25,9%) los perciben como ni honestos ni deshonestos. Además, se les consultó sobre la honestidad de otro tipo de funcionarios, dando como resultado la percepción de mayor honestidad en enfermeras y doctores, mayormente honesto (45,9%) y maestros y escuelas, muy honesto (54,1%).

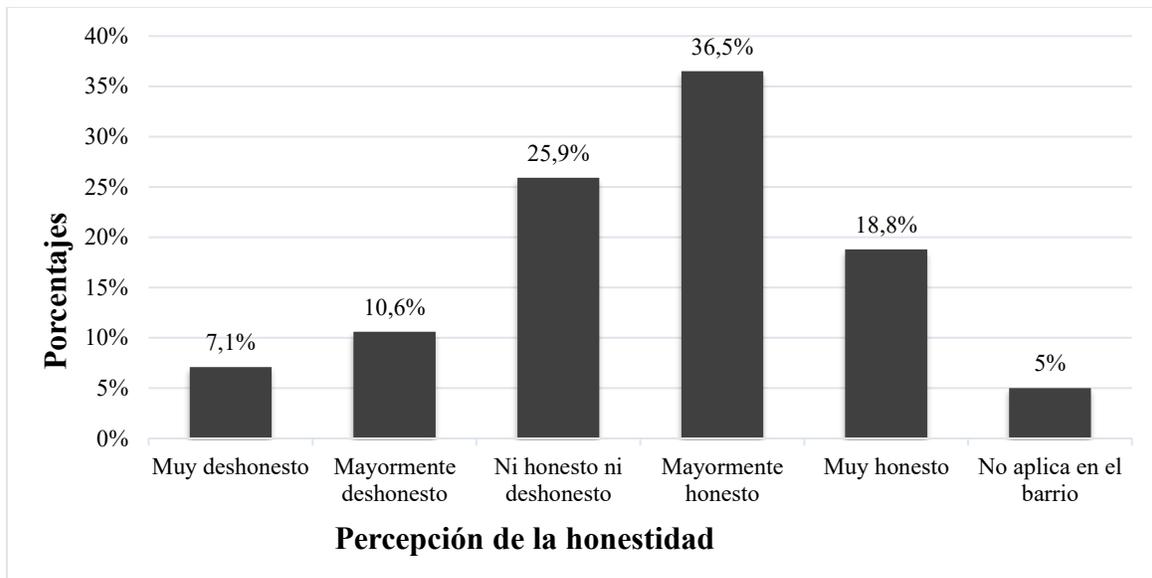


Figura 11. Percepción de la honestidad de funcionarios(as) del gobierno local, n=85.

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos del cuestionario integrado para la medición de capital social (2020).

### Ingenio (Resourcefulness)

En la tabla 6, se pueden observar los datos descriptivos referentes a la Escala de Ingenio. A partir de esto, se puede inferir que tanto el ingenio personal, el ingenio social y el ingenio total tienen tendencia a ser altos.

Tabla 6  
*Estadística descriptiva del ingenio o resourcefulness*

	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Rango</i>	<i>Mín-Máx</i>	<i>Mín-Máx Posible</i>
<i>Ingenio Personal</i>	57,9	12,8	59	21-80	0-80
<i>Ingenio Social</i>	37,1	9,8	50	9-59	0-60
<i>Ingenio Total</i>	95,0	19,4	97	40-137	0-140

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos de la escala de ingenio (2020).

Sobre los puntajes de las subescalas de ingenio (resourcefulness) personal y social los promedios mostrados en la tabla 6, denotan que las personas que participaron cuentan con un ingenio personal más alto en comparación con el ingenio social.

### **Comportamientos de autogestión**

En la tabla 7 se pueden apreciar los datos estadísticos referentes a los comportamientos de autogestión medidos con la Escala Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud II, a través de sus diferentes dimensiones. Se destacan los puntajes promedios obtenidos en cada una de las dimensiones de la Escala, donde se resalta la dimensión de crecimiento espiritual como la que obtuvo el puntaje promedio más alto, seguido del manejo del estrés. Por su parte, la dimensión con el puntaje más bajo fue la de actividad física.

Además, según los datos presentados en la tabla 7, se puede observar que de las personas que contestaron la encuesta, en promedio estas obtuvieron menos de la mitad del puntaje total que se puede obtener en la escala.

Tabla 7

*Estadística Descriptiva Dimensiones Escala Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud*

<b><i>Dimensiones</i></b>	<b><i>Media</i></b>	<b><i>DE</i></b>	<b><i>Rango</i></b>	<b><i>Mín- Máx</i></b>	<b><i>Mín-Máx Posible</i></b>
<i>Responsabilidad en salud</i>	13,3	5,1	25	2-27	1-36
<i>Actividad Física</i>	10,2	5,7	22	1-22	1-32
<i>Nutrición</i>	12,9	5,2	24	1-25	1-36
<i>Crecimiento Espiritual</i>	19,5	5,1	20	7-27	1-36
<i>Relaciones Interpersonales</i>	15,9	4,2	19	6-25	1-36
<i>Manejo del Estrés</i>	16,6	4,8	19	5-24	1-32
<i>Estilo de Vida Promotor Total</i>	88,5	24,9	111	29-140	1-208

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos de la *Escala Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud* (2020).

## **Correlaciones**

En este apartado se describen las correlaciones encontradas entre las variables de ingenio (resourcefulness) y los comportamientos de autogestión (estilo de vida promotor de la salud), tanto las contenidas en los objetivos de esta investigación, como las que no, dado que se presentan correlaciones que, a pesar de no estar en los objetivos e hipótesis, por su relevancia, vale la pena describirlas. Estas correlaciones se pueden visualizar en la Tabla 8.

Tabla 8  
Correlaciones de Pearson entre las variables del estudio

<b>Variables</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
1. <i>Ingenio Personal (n=79)</i>	1									
2. <i>Ingenio Social (n=79)</i>	.45**	1								
3. <i>Ingenio Total (n=79)</i>	.89**	.80**	1							
4. <i>Responsabilidad en Salud (n=76)</i>	.51**	.19	.42**	1						
5. <i>Actividad Física (n=77)</i>	.49**	.08	.36**	.69**	1					
6. <i>Nutrición (n=77)</i>	.41**	.27*	.40**	.58**	.53**	1				
7. <i>Crecimiento Espiritual (n=77)</i>	.50**	.32**	.49**	.59**	.45**	.56**	1			
8. <i>Relaciones Interpersonales (n=77)</i>	.49**	.23*	.43**	.75**	.60**	.66**	.71**	1		
9. <i>Manejo del Estrés (n=77)</i>	.42**	.15	.35**	.56**	.53**	.64**	.71**	.67**	1	
10. <i>Estilo de Vida Promotor de Salud (n=76)</i>	.57**	.24*	.49**	.84**	.78**	.80**	.81**	.88**	.83**	1

Fuente: Elaboración propia (2020).

\*\* p<0,01 (bilateral)

\* p<0,05 (bilateral)

### ***Correlaciones entre variables principales y sus dimensiones***

Referente a los comportamientos de autogestión (estilo de vida promotor de salud), la cual era la correlación principal contenida en la hipótesis de este estudio, se evidenció una correlación significativa positiva entre el ingenio personal ( $r=.57, p<0,01$ ), social ( $r=.24, p<0,05$ ) y total ( $r=.49, p<0,01$ ); en donde el tamaño del efecto es grande para el ingenio personal y total y pequeño para el social. Lo cual indica que, a mayor ingenio total, personal y social, se presenta un mayores comportamientos de autogestión. El poder estadístico final con el que se contó para detectar esta relación fue de 0.99 para un alpha de 0.05, un tamaño de efecto de .498 y un n de 76 personas.

En cuanto a las correlaciones entre ingenio (resourcefulness) y cada comportamiento de autogestión, se presentan de la siguiente manera. La correlación entre el ingenio total y la responsabilidad en salud ( $r=.42, p<0,01$ ) es significativa positiva, con un tamaño de efecto mediano, es decir, a medida que aumenta el ingenio aumenta la responsabilidad en salud. La relación entre el ingenio personal y la responsabilidad en salud es una correlación significativa positiva ( $r=.506, p<0,01$ ), con un tamaño de efecto grande, lo que significa que, a mayor ingenio personal, mayor responsabilidad en salud. Sin embargo, no se presenta una correlación significativa entre el ingenio social y la responsabilidad en salud.

Se presentaron correlaciones significativas positivas entre el ingenio total ( $r=.36, p<0,01$ ), el ingenio personal ( $r=.49, p<0,01$ ) y la actividad física, con un tamaño de efecto mediano, por lo tanto, se supone que a medida que los y las participantes del estudio presentan mayor ingenio total y personal, realizan mayor actividad física. De manera contraria, no se presentó relación entre el ingenio social y la actividad física.

Siguiendo con las correlaciones, existen correlaciones significativas positivas entre el ingenio total ( $r=.40, p <0,01$ ), el ingenio personal ( $r=.46, p<0,01$ ), el ingenio social ( $r=.27, p<0,05$ ) y la nutrición. Las correlaciones, presentan tamaños de efecto entre mediano y pequeño, por tanto, parece ser que, a mayor ingenio total, personal y social, las personas tienen una mejor nutrición.

Se observaron correlaciones significativas positivas entre el ingenio total ( $r=.49, p<0,01$ ), personal ( $r=.50, p<0,01$ ) y social ( $r=.32, p<0,01$ ) y el crecimiento espiritual, con tamaños de efecto entre grande y mediano. Lo anterior indica que, a mayor ingenio, tanto total como social y personal, se presenta un mayor crecimiento espiritual.

En cuanto a la correlación entre el ingenio y las relaciones interpersonales, se tienen correlaciones significativas positivas entre el ingenio total ( $r=.43$ ,  $p<0,01$ ), el ingenio personal ( $r=.48$ ,  $p<0,05$ ), el ingenio social ( $r=.23$ ,  $p<0,05$ ) y las relaciones interpersonales, con tamaños de efecto entre mediano y pequeño. Por lo que se destaca que ante mejores relaciones interpersonales mayor es el ingenio personal, social y total de los participantes.

Con relación al manejo del estrés, esta presenta correlaciones significativas con el ingenio personal y el ingenio total. En el ingenio total se da una correlación positiva ( $r=.43$ ,  $p<0,01$ ) así como en el ingenio personal ( $r=.42$ ,  $p<0,01$ ), ambos con un efecto de tamaño mediano. Lo que parece señalar que cuando las personas manejan su estrés, estas presentan un mayor ingenio personal y total. No se presentó correlación entre el manejo del estrés y el ingenio social

### ***Correlaciones adicionales***

Se encontraron algunas correlaciones significativas positivas entre los comportamientos de autogestión:

1. Responsabilidad en salud y actividad física ( $r=.69$ ,  $p<0,01$ ), tamaño de efecto grande; las personas que tienen mayor responsabilidad en salud hacen más actividad física.
2. Nutrición con la responsabilidad en salud ( $r=.58$ ,  $p<0,01$ ) y la actividad física ( $r=.53$ ,  $p<0,01$ ), ambas con un tamaño de efecto grande; las personas que tienen una mejor nutrición, tienen mayor responsabilidad en salud y actividad física.
3. Crecimiento espiritual con responsabilidad en salud ( $r=.59$ ,  $p<0,01$ ), nutrición ( $r=.56$ ,  $p<0,01$ ) y actividad física ( $r=.45$ ,  $p<0,01$ ); las dos primeras dimensiones con un tamaño de efecto grande y la última con uno de tipo mediano. A mayor crecimiento espiritual, mayor responsabilidad en salud, mejor nutrición y más actividad física.
4. Relaciones interpersonales con responsabilidad en salud ( $r=.75$ ,  $p<0,01$ ), actividad física ( $r=.60$ ,  $p<0,01$ ), nutrición ( $r=.66$ ,  $p<0,01$ ) y crecimiento espiritual ( $r=.71$ ,  $p<0,01$ ); todas con un tamaño de efecto grande. A mayores relaciones interpersonales mayor responsabilidad en salud, actividad física, crecimiento espiritual y mejor nutrición.
5. Manejo del estrés con responsabilidad en salud ( $r=.56$ ,  $p<0,01$ ), actividad física ( $r=.53$ ,  $p<0,01$ ) nutrición ( $r=.64$ ,  $p<0,01$ ), crecimiento espiritual ( $r=.71$ ,  $p<0,01$ ) y relaciones interpersonales ( $r=.67$ ,  $p<0,01$ ), todas con un tamaño de efecto grande. A mayor manejo

del estrés, mayor responsabilidad en salud, actividad física, crecimiento espiritual, mejores relaciones interpersonales y mejor nutrición.

6. Estilo de vida promotor de salud con responsabilidad en salud ( $r=.84, p<0,01$ ), actividad física ( $r=.78, p<0,01$ ), nutrición ( $r=.80, p<0,01$ ), crecimiento espiritual ( $r=.81, p<0,01$ ), relaciones interpersonales ( $r=.88, p<0,01$ ) y manejo del estrés ( $r=.83, p<0,01$ ); todas presentan un tamaño de efecto grande. Lo que significa que, si todas estas variables aumentan, el estilo de vida promotor también aumentará.

Adicionalmente, existe una correlación significativa positiva ( $r=.45, p<0,01$ ) entre el ingenio (resourcefulness) social y personal, con un tamaño de efecto mediano, lo que indica que, a mayor ingenio social, mayor parece ser el ingenio personal de los y las participantes.

Se encontró una correlación significativa positiva ( $r=.89, p<0,01$ ) entre el ingenio total y el ingenio personal, con un tamaño de efecto grande, lo cual indica que a medida que la primera variable aumenta, la otra también. Finalmente, respecto a la correlación entre ingenio total e ingenio social ( $r=.80, p<0,01$ ), esta tiene un tamaño de efecto grande, lo que quiere decir que a medida que la primera variable aumenta, el ingenio social también lo hace.

## Capítulo V: Discusión

En este capítulo se analizaron los resultados descritos del capítulo anterior desde las teorías empleadas, las investigaciones del marco referencial y estudios consultados recientemente. Esto buscó dar respuesta a los objetivos planteados y a las preguntas e hipótesis de la presente investigación.

Como se ha mencionado anteriormente, esta investigación cuenta con tres objetivos descriptivos que corresponden a las variables de capital social, ingenio (resourcefulness) y comportamientos de autogestión, el cuarto objetivo es de tipo correlacional. Dado lo anterior, en este apartado las mismas se van a discutir en el orden de dichos objetivos; antes de realizar esto, se van a discutir algunos datos generales encontrados.

### Datos Sociodemográficos

Existen pocos estudios relacionados con las variables estudiadas y el personal trabajador municipal, por lo cual la discusión de estos datos se realizó con estudios de temáticas similares que resultaron útiles para contrastar los resultados encontrados.

En una investigación realizada con personas trabajadores operarios de una institución pública en México (69) se destaca que la mayor cantidad de personas son hombres, lo cual coincide con la presente investigación. Una posible explicación de este resultado es que la composición de la muestra estuvo conformada en su mayoría por trabajadores del Área Operativa donde se requiere un mayor esfuerzo físico dado que se realizan trabajos más pesados, como por ejemplo choferes, peones que realizan labores de limpieza de vías y alcantarillado y misceláneos; en este tipo de trabajos, que requieren un considerable esfuerzo y que tienen altos riesgos de accidentabilidad, predomina la población masculina (69).

Con respecto a la edad, en diversos estudios consultados (69, 70, 71) sobre personas trabajadoras en instituciones públicas, en los cuales, la edad de la muestra presenta una media de 40 años, con rangos de edad que rondan entre los 22 años como mínimo y los 61 años como máximo, siendo el de mayor cantidad de personas entre 32 y 50 años.

Los datos anteriores, son similares a los encontrados en estos estudios donde la media de edad fue de 43 años y predominaron las edades de 35 a 54 años. Se puede inferir entonces que la muestra está constituida por población de adultez temprana e intermedia , lo que resulta favorable debido a que les quedan años de trayectoria laboral en los cuáles se pueden abordar diversos aspectos de interés para la institución.

En relación con el estado civil, se encontró que la mayoría de las personas de la muestra se encuentran casadas, lo cual coincide con estudios realizados en personas trabajadoras de municipalidades (69, 72). Así mismo concuerda que en segundo lugar predominan las personas con un estado civil soltero.

En cuanto a la formación académica se encontró que la mayoría de los trabajadores presentaban primaria completa, aspecto que podría estar relacionado con la composición de la muestra, dado que, en su mayoría está constituida por personal del área operativa. En segundo lugar, se presenta un porcentaje alto en un nivel de escolaridad de universidad completa, lo cual corresponde con información encontrada en otros estudios de población trabajadora (71).

Diversos estudios indican que el nivel de escolaridad o la formación académica, es importante en relación al trabajo, dado que aquellas poblaciones que presentan un mayor nivel de escolaridad, poseen un potencial humano importante que puede ser capacitado y orientado en temas específicos para bienestar propio y de la empresa, lo cual contribuye al mejoramiento organizacional (69). Así mismo, se presenta una relación entre la situación laboral y la educación, debido a que el tipo o calificación del empleo y los ingresos pueden incrementar a medida que aumenta el nivel educativo, es decir a mayor nivel educativo, es posible desempeñarse en puestos más calificados (73).

## **Capital Social**

El capital social es una de las medidas del entorno social y se ha probado que está asociado con una variedad de resultados en salud incluyendo la salud física desde la auto evaluación de la salud y la obesidad hasta la salud mental con el manejo de la depresión y la ansiedad (74). Este provee de redes, soporte emocional y psicológico y además fomenta el intercambio de información; el mismo funciona como un buffer o amortiguador contra el estrés, las molestias diarias, enfermedades y depresión, a través de la provisión de cuidado y asistencia. Además, altos niveles de capital social crean sentimientos de bienestar y pertenencia (75).

### ***Grupos y Redes***

La característica intrínseca del capital social es su incorporación en las relaciones entre las personas u organizaciones. Por lo que el surgimiento del capital social está sujeto al tipo de redes sociales que se conformen; si estas relaciones son basadas en confianza, cooperación, y reciprocidad en conjunto con normas y valores comunes van a generar capital social (76), el capital social depende de la fuerza que tienen los lazos interpersonales, caracterizados por las obligaciones mutuas, las expectativas y la reciprocidad (77).

A partir del surgimiento de relaciones lo suficientemente estrechas es posible la aparición de un sistema de normas y sanciones, que influirá positivamente en el desarrollo y la continuidad de las relaciones (76). Además, estas relaciones son un recurso que los individuos pueden utilizar a fin de lograr mejoras en su bienestar, de ahí la importancia de los vínculos y redes que estos establecen en su vida, para de igual manera utilizarlos como recursos a futuro en sus vidas profesionales y personales (77).

Los individuos invierten en relaciones sociales y acceden a los recursos inmersos en estas para generar un beneficio individual; la agregación de estos beneficios también contribuye a la comunidad. Por lo tanto, las personas realizan inversiones en sus relaciones con otros esperando un beneficio futuro en el nivel individual lo que da lugar a externalidades positivas para el conjunto de la comunidad (78).

Lo anterior destaca la importancia de tener relaciones estrechas tanto familiares como de amigos, situación que se evidenció en la población en estudio la cual considera que cuenta con amigos muy cercanos; esto resulta positivo pues es un aspecto que suma al capital social. Un alto capital social, también mejora la probabilidad de retornos como acceder a mejores trabajos, mejora

la salud mental, se tienen mayores retornos afectivos y además se ve relacionado con el accionar económico de los individuos (77).

Una de las preguntas realizadas a la población en estudio, hizo referencia a la cantidad de personas a las cuales podían recurrir en caso de necesitar dinero, si bien estas indicaron contar con amigos muy cercanos, cuentan con pocas personas a las cuales recurrir en tiempos de necesidad económica. Esto puede resultar contradictorio puesto que las acciones de los individuos relacionadas con la parte económica muchas veces no se encuentran ligadas a la racionalidad en sí, sino, se encuentran más ligadas a una motivación para el intercambio que se basa en relaciones de confianza, reciprocidad y otros elementos como los de tipo sociocultural y políticos (77).

Siguiendo la línea de las relaciones, diferentes estudios refieren que los enlaces con los vecinos forman parte importante de los componentes del capital social. Mata (79) indica que los vínculos entre el capital social y el acto de ayudar entre vecinos son complejos y que se refuerzan mutuamente. En esta investigación se logró identificar que existe confianza y disposición entre los vecinos para realizar actos de ayuda cuando sea necesario, como por ejemplo contar con estos para cuidar sus casas en caso de necesitar salir de la ciudad, lo que concuerda con un estudio del marco teórico donde se menciona que un alto porcentaje de los encuestados manifestaron que los vecinos estaban dispuestos a ayudar (39).

Se ha encontrado que los beneficios del capital social están relacionados con la voluntad de un individuo de cooperar (79) y en el caso de los vecindarios y comunidades, estas se ven beneficiadas por la cooperación de todas sus partes, lo que les permite a los individuos obtener ventajas de ayuda, comprensión y camaradería (80). Además, existe evidencia de que los lazos sociales del hogar con los vecinos pueden ser beneficiosos para los miembros de dicho hogar (80) por ejemplo, la toma de decisiones a nivel individual está influenciada por el grado de capital social acumulado entre vecinos, el cual se ve afectado por los lazos que estos tienen (80).

Cabe destacar que se presenta un alto porcentaje de personas que mencionaron que otras acuden a ellos por ayuda con problemas personales, aspecto que podría inferirse como un signo de confianza, sin embargo, los y las participantes también mencionan que deben ser cuidadosos en el trato con otras personas y tienden a confiar más en gente ajena como lo son funcionarios de salud y de educación de su comunidad, que en sus propios vecinos. Esta desconfianza coincide con otros estudios de capital social donde la tendencia es a la desconfianza generalizada (39). Así mismo,

en otros estudios se evidenció que se tiene mayor confianza en maestros y enfermeros y que no se confía tanto en la policía y los centros de gobierno, situación que difiere con los encuestados(as) de esta investigación (38), esta confianza a su vez está condicionada por la percepción de eficacia que se tenga sobre las instituciones (36).

Mironova (82) indica que la confianza se define como la expectativa de los miembros de una comunidad de que los demás participantes de la comunidad se comporten de manera relativamente predecible y honesta y cumplan con una serie de reglas generales. La literatura menciona que el grado de confianza en los demás es una decisión individual, y que seleccionar en quien se tiene mayor confianza, va a depender de los beneficios y costos esperados de confiar en los demás (83). Así mismo, este nivel de confianza va a depender de otras variables como el género, la educación, las experiencias pasadas, las normas, los valores, la calidad de las instituciones, entre otras (83).

El nivel de confianza de una sociedad es un condicionante de la prosperidad, grado de desarrollo y de su capacidad competitiva, como una medida del capital social acumulado por medio de normas de reciprocidad de las cooperaciones exitosas (78). Rodríguez (78) menciona que a través de la inversión en la creación de confianza o de redes, tanto los agentes individuales como los colectivos, pueden aumentar su capital social y acceder a información valiosa o aumentar su capacidad de desarrollo.

Se plantea también que la confianza interviene en la relación de un individuo con el mundo y facilita la unión de las experiencias pasadas, presentes y futuras de la persona en un acto integrado de vida y actividad e igualmente establece en cierta medida sus comportamientos, las decisiones que toma, sus objetivos y tareas o dicho de otra manera, el grado de confianza en su entorno social, va a determinar su percepción de la realidad y su nivel de satisfacción con esa realidad (82).

### ***Acciones colectivas y cooperación***

La decisión de participar en algún proyecto es explicada por diferentes incentivos como los recursos físicos y simbólicos, interacciones interpersonales que transmiten conocimientos, recursos que se ponen en movimiento y que favorecen el logro de metas individuales y colectivas. Entre los desincentivos, está el asumir numerosos costos durante esa participación (84)

Las personas participan en proyectos o en asociaciones debido a procesos de toma de decisiones racionales en donde influyen las interacciones entre sus características personales, sus condiciones de vida, sus preferencias y ciertos incentivos tangibles o intangibles dependiendo de las condiciones presentadas (84).

En el caso de la población en estudio, la misma presenta una poca participación en proyectos de tipo comunitario, puesto que más de la mitad no participaban. Resultados similares se presentaron en un estudio de Cartagena, en donde se preguntó a los encuestados si habían trabajado con personas de su barrio para beneficio de su comunidad, a lo cual el 70,8 % expresó que el año anterior no trabajó con personas de su barrio para beneficio de la comunidad, evidenciando con ello baja asociación para el trabajo comunitario y bajo compromiso hacia sus comunidades, lo cual según los autores resta al capital social (38).

El capital social asume la cooperación como una virtud social y una forma tangible de resultado o una manifestación del mismo, con potencial para movilizar recursos económicos para un individuo o vecindario (grupo) en una sociedad (85). El comportamiento cooperativo puede estar impulsado por metas y expectativas, pero la confianza también puede ser un factor que afecte la cooperación (85). Aunado a esto, la participación a nivel comunitario puede contribuir a que se tengan programas comunitarios más eficientes y lograr el objetivo de la generación de los ingresos a través de la implementación de obras sociales y cualquier proyecto productivo, que se pueden traducir en beneficios económicos y estabilidad social (86).

Por su parte, en esta investigación se evidenció que hay una alta probabilidad de que la comunidad ayude en eventos desafortunados, lo que concuerda con un estudio en donde un gran porcentaje de la población encuestada está dispuesta a ayudar cuando sea necesario en su comunidad (36). González y Palacio (38) mencionan que, en la organización de la comunidad para ayudar ante un evento desafortunado, se da una notable percepción en el sentido de que pueden esperar ayuda del otro, lo que patentiza el vínculo y la confianza social que se genera en los colectivos comunitarios, así como empodera a los miembros de la misma a buscar objetivos comunes (86)

La participación en redes como un sistema de trabajo intercomunitario, en la que participan comunidades vecinas en los proyectos comunitarios y de cooperación les otorga un valor social importante en la consecución y cumplimiento de los objetivos locales. Así también, el papel que

juegan las organizaciones comunitarias en el desarrollo local se visibiliza en la confianza que adquiere la población en ellas, y, en consecuencia, se constituye como un elemento favorecedor del capital social (87).

### ***Cohesión social e inclusión***

La cohesión social se define como los factores que tienen un impacto en la capacidad de una sociedad de estar unida para la consecución de un objetivo común (88) y se refiere tanto a la eficacia de los mecanismos instituidos de inclusión social como a los comportamientos y valoraciones de los sujetos que forman parte de la sociedad (89). Entre los mecanismos de inclusión social se encuentran el empleo, los sistemas educativos y políticas de fomento de equidad, bienestar y protección social (89). Los comportamientos y valoraciones de los sujetos abarcan ámbitos como la confianza en las instituciones, el capital social, el sentido de pertenencia y solidaridad, la aceptación de normas de convivencia y la disposición a participar en proyectos colectivos (89).

Respecto a la inclusión, se sabe que las características individuales y del vecindario proporcionan una base para medir el capital social (85). Similar a esto, Laurence (90) menciona que una manera de medición de la cohesión social es a través de medidas de las relaciones entre minorías y mayorías, así como de las actitudes de aceptación y hostilidad. E indica que una de las claves para mantener la cohesión social es un clima mutuo de entendimiento y respeto entre las diferencias de los individuos (90).

Se ha demostrado que los vecindarios o comunidades más heterogéneas experimentan menos niveles de confianza, interacciones y lazos más informales entre miembros de la comunidad y en la participación en organizaciones, aspectos que afecta de manera negativa al capital social (79). Sobre esto, como se observó en los resultados, la población encuestada menciona que en general, los miembros de sus comunidades no son muy diferentes entre sí en cuanto a sus características, sin embargo, mencionan que las pequeñas diferencias que existen sí son generadoras de problemas.

Lo anterior es importante puesto que los problemas generados por las diferencias pueden afectar las relaciones de confianza y reciprocidad en las comunidades, así como el logro de objetivos en común, dicho de otra manera, afecta la cohesión social (88). Las diferencias de sexo, etnia, lugar de residencia o edad en grupos amplios y variados permiten conocer con mayor detalle

las ventajas o desventajas que presentan determinados grupos sociales en el acceso al capital social, a los recursos que transitan a través de este, a un mayor logro de status o a mejores ingresos (91).

### ***Sociabilidad***

La construcción de la sociabilidad o la pertenencia a un grupo dotado de propiedades comunes y unidas por lazos permanentes y útiles tienen el objetivo de crear recursos entre ellos, que se asocian con la participación en comunidades, así como con las redes sociales que se forman (92). La construcción de capital social parte de la capacidad de los actores para establecer diferentes relaciones fuera de su grupo de pertenencia, las conexiones o vínculos que se logren formar entre los individuos suponen una ventaja a la hora de obtener información pues el relacionarse con diversas personas posibilita un mayor número de contactos y por ende mejores posibilidades para el logro de objetivos (92).

En el caso de las personas encuestadas, al preguntar sobre el número de veces que se han reunido con otras personas no familiares en su hogar, los hogares de otros o en lugares públicos, se denota que este tipo de encuentros ha sido mínimo, situación que se podría relacionar con el contexto mundial actual por la pandemia.

Esta pandemia ha alterado la cotidianidad de las personas en los países afectados, y en especial sus dinámicas sociales. Estas relaciones sociales y los modos de interacción habitual se han rearticulado a raíz de las medidas de excepción, distanciamiento y aislamiento social que se han establecido. Incluso, este aislamiento social percibido entendido como esa discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y percibidas, se ha asociado a peor salud física, mental e incluso a mayor mortalidad (93).

Es importante destacar que el aislamiento social se considera como una falta de capital social, e implica un despojamiento de las redes de relaciones sociales, y una privación de aquellos bienes derivados de la pertenencia a dichas redes. Este aislamiento social lleva a la soledad, que se deriva de una pérdida de vínculos sociales (94).

Además, implica una erosión en los soportes relacionales del individuo y del entorno social, una degradación progresiva de la participación social, ausencia de interacción recreacional, falta de soporte de amigos y familiares, dificultad para expresar sentimientos personales a otras personas lo que lleva a una sociabilidad débil (94).

Lo anterior es importante al ver la sociabilidad como un componente del capital social, puesto que este radica en las interacciones y es un activo que reside en los vínculos entre las personas y no en ellas (95), por tanto, se podría decir que, para mantener el capital social, es necesaria la sociabilidad.

Además, cabe destacar que la sociabilidad se encuentra relacionada también con la comunicación y la posibilidad de obtener información a través de otros individuos, sobre lo cual Seid (95) menciona que el potencial de información de las relaciones sociales puede implicar beneficios a partir de lo que saben los contactos y facilitar el acceso a oportunidades, sin tener que entablar relaciones de reciprocidad necesariamente. Este flujo de información a través de la red de conexiones de comunicación tiene un lugar central en la concepción del capital social (96). Los vínculos y conexiones que se crean entre individuos, comunidades e instituciones proporcionan las vías para que la información y las ideas fluyan entre ellos. Estas prácticas comunicativas propician la participación comunitaria y cívica, así como la integración social y acción colectiva (96).

La recopilación de la información es costosa, por lo que los lazos que se establecen proporcionan el medio eficaz para hacerlo, así como una manera de proporcionar información que facilite la acción. Estos vínculos son un potencial informativo que hace entender al capital social como esa estructura de comunicación basado en vínculos formales e informales (96).

### ***Conflictos y Violencia***

La violencia es el resultado de varios factores sociales, comunitarios e individuales que interactúan de una manera compleja. El riesgo de violencia se ve afectado por comportamientos y antecedentes personales, los vínculos establecidos con familiares o amigos, bajos niveles socioeconómicos y factores comunitarios como el capital social (97).

En la prevención de la violencia se ha apuntado por la construcción y el fortalecimiento del capital social debido a su capacidad para proporcionar control social e involucrar a los ciudadanos en la participación social (97).

La violencia está asociada con un nivel reducido de capital social. Además, las conexiones sociales generadas entre individuos incluidas las oportunidades para la participación activa de los miembros y las organizaciones de la comunidad son un factor protector importante contra el comportamiento violento (97).

En un estudio sobre la violencia en Honduras se demostró que las personas que viven en barrios de baja confianza reportan tasas de violencia más altas que las que viven en barrios con alta confianza. Estos resultados indicaron que el capital social, principalmente el que se asocia más con confianza, normas, valores y actitudes compartidas, es un factor protector contra la violencia debido a la dinámica de protección mutua en la comunidad y la prevalencia de solidaridad y confianza entre la comunidad (97). Así mismo, la exposición a la violencia puede afectar el nivel de capital social percibido, por lo que personas que han estado expuestas a la violencia se sienten menos seguras y por lo tanto tienen niveles bajos de capital social y viceversa (97).

En esta investigación la percepción de la violencia en el barrio es baja y la percepción de su seguridad en el mismo, es alta, además la mayoría de los individuos mencionaron no haber experimentado manifestaciones de violencia en los últimos meses, por lo que se puede inferir que se sienten más seguras y eso propicia un nivel alto de capital social. Esto es similar a un estudio realizado en Brasil (98), donde se demostró una asociación entre el capital social y la violencia, donde se encontró se reportaba menor violencia en los barrios con mayor capital social, lo cual según este estudio implica que a mayor nivel de capital social hay mayor protección contra la violencia y, además, que la violencia erosiona al capital social.

### ***Empoderamiento y acciones políticas***

El empoderamiento se relaciona con la capacidad de tomar decisiones que afectan las actividades diarias y pueden cambiar el curso de la vida de uno, incluidas las acciones políticas; la habilidad para ejercer dicha función se ve influenciada por el bienestar de las personas, es por esto que esta sección explora el sentido de la felicidad, la eficacia personal por la capacidad de las personas para influir en eventos políticos (58).

El concepto de felicidad es definido como el grado en el cual un individuo evalúa la calidad global de su vida presente como un todo positivamente. Una persona es más feliz cuando en su vida predomina la experiencia afectiva positiva sobre la negativa. Se ha encontrado una relación positiva entre el capital social y una serie de variables no económicas, variables que potencialmente aumentan el nivel y la calidad de vida de la población (99).

Diversos estudios como los mencionados por Capponi (100) han concluido que la felicidad de un individuo depende de las buenas relaciones afectivas que ha sostenido a lo largo de la vida. Además, esta es determinada por la calidad de las relaciones interpersonales entre los individuos

principalmente la calidad de la vida familiar y de pareja, sus redes de apoyo social, el clima de confianza en el que viven, la integridad que poseen, la capacidad de los gobernantes que los dirigen y el altruismo con el que se ayudan mutuamente; justamente variables que conforman al capital social. Este mismo autor sostiene que para mejorar los niveles de felicidad en una población se requiere aumentar el bienestar emocional y lo que lo aumenta en una comunidad es el capital social cuyos componentes son las capacidades relacionadas con una determinada cultura y con los valores de la sociedad. Por lo que el aumentar el capital social tiene un alto rendimiento en la generación de la felicidad (100).

Según Rodríguez (101), diversos investigadores han encontrado una influencia positiva entre el capital social y la satisfacción general con la vida. El mismo autor menciona que se ha hecho referencia al capital social como uno de los factores correlacionales más fuertes con el bienestar, incluso más importante que las diferencias económicas cuando se explican las diferencias de satisfacción con la vida. Se ha encontrado una influencia del capital social con la felicidad por su relación también con la salud, el bienestar y el crecimiento económico, así como por su función como instrumento para absorber o hacer frente de una mejor manera a los shocks externos que puedan afectar a las personas (101).

A partir de lo anterior, se podría inferir que las personas encuestadas en el estudio suman al capital social puesto que la mayoría indican considerarse personas felices. Además, podría ser que la calidad de las relaciones familiares y sociales que mantienen sean buenas y efectivas dado que, como se mencionó esto promueve la felicidad individual. Así mismo, se observó que las personas encuestadas presentan un control y un sentimiento de poder alto en cuanto a la toma de decisiones que afectan su vida diaria.

Estos datos son similares a un estudio donde la mayoría de las personas manifestaron que mantienen un control eficiente sobre las decisiones por encima del no control percibido, así mismo prevaleció el sentimiento de poder de cambiar el curso de su vida (38), similar a los resultados de esta investigación.

Esta toma de decisiones se relaciona con el empoderamiento, el cual es entendido como la potenciación y autonomía física, social, económica, política y organizativa en el plano personal, en las relaciones sociales cercanas y en el nivel colectivo (102). Este es capaz de movilizar recursos lo que permite a las personas lograr un capital social positivo (102) y a su vez, el capital social

impulsa un mayor empoderamiento a través del cambio de mentalidades, la consecución de objetivos planteados, el desarrollo de habilidades para negociar y tomar decisiones (103).

Además, el empoderamiento se ve permitido o potenciado por la participación ciudadana, generando un capital social que promueva una mayor calidad de vida (102). La participación es clave en la toma de decisiones y permite reafirmar positivamente el capital social dependiendo del empoderamiento que desarrollen los individuos y se relaciona con este cuando se refuerza los valores de la democracia, los derechos humanos y los derechos sociales de los ciudadanos (102).

Al preguntar sobre la participación ciudadana en actividades comunitarias y de peticiones al gobierno se tuvo como resultado que existe una baja participación, lo cual se relaciona con el tipo de empoderamiento que poseen. Es importante destacar que el empoderamiento puede ser individual y colectivo. El de tipo individual tiene que ver con el control en decisiones de su vida diaria y personal y el de tipo colectivo con el reconocimiento como sujeto activo y colectivo (38). En este caso se puede inferir que los y las participantes de esta investigación tienen un empoderamiento individual importante pero no tanto uno colectivo. Esto es similar a lo planteado por un estudio en donde el empoderamiento está presente más en el plano individual que en el colectivo (38).

Se considera necesario tener un empoderamiento en ambas áreas debido a que la integración con la comunidad y la colaboración en actividades u organizaciones de acciones comunitarias, generarían participación en esferas más amplias de la sociedad y se constituirían por sí mismas en un importante componente del capital social (38). Hays (104) menciona que el capital social se encuentra ligado con las acciones colectivas, tanto en la participación cívica como política. El mismo refiere que los lazos entre vecinos, amigos y compañeros de trabajo ayudan a las personas a ir más allá de las preocupaciones personales y los anima a mirar hacia las necesidades de la comunidad, así como a desarrollar sentimientos generalizados de confianza hacia sus vecinos. Lo anterior también fomenta a que la gente se preocupe más por los problemas sociales y políticos y que trate de ejercer influencia en estos a través de su unión a organizaciones cívicas, así como votando y ejerciendo otras formas de acción política (104), esto puesto que, el tipo de personas con el que los individuos se relacionen puede aumentar o no el compromiso político (105).

En esta investigación se preguntó sobre la percepción de la honestidad en los funcionarios del gobierno local; estos fueron considerados como mayormente honestos. La confianza en las personas del gobierno resulta relevante puesto que esta impacta a su vez en la confianza entre las personas. Un estudio comprobó que la desconfianza política tiene un efecto negativo en la dimensión del capital social confianza interpersonal; el mismo comprobó que cuanto más desconfían las personas en funcionarios políticos o del gobierno, menos confianza tienen en otras personas en general (106).

Existe una relación muy fuerte entre la confianza política y el capital social. La desconfianza política puede llevar a la resistencia por parte de los ciudadanos para cumplir las normas, a una baja eficiencia, a un menor respeto de los valores del régimen político al cual pertenecen y además la estabilidad de las instituciones políticas puede verse afectada (106)

Como parte de la acción política es imprescindible el tipo de imagen social que proyectan los funcionarios (as) debido a que esta impacta la credibilidad y la reputación por el trabajo realizado (107). Pellicer (107) menciona que la imagen de los funcionarios (as) debe ser ejemplo de conducta, cumpliendo con estándares mínimos y exigencias de integridad, dignidad, transparencia y decoro. Las buenas prácticas y hábitos, la relación intrínseca entre ética y reputación conforman la forma de ser del funcionario, ese carácter necesario para ayudar en y desde los diferentes sectores a construir una sociedad decente.

De igual manera, esto impacta en la participación ciudadana en los aspectos políticos, puesto que, si bien la participación en principio es un producto de una acción individual, también es resultado de una percepción que los ciudadanos (as) tienen del sistema político y de las instituciones (108), es decir, las intervenciones gubernamentales influyen en la voluntariedad para la participación y en la confianza (109).

La acción política no es inconsciente, sino que deviene de una reflexión por parte del ciudadano, de un procesamiento de información, que permite obtener una valoración política o social (108). Según lo anterior, se puede denotar que los y las participantes tienen una imagen social positiva de los funcionarios (as) públicos, lo cual es importante porque esto influye en el apoyo a las funciones de los mismos y en el grado de participación que tienen.

Por último, al analizar los resultados de las diferentes dimensiones que posee el capital social se puede inferir que los participantes en esta investigación aumentan su capital social por medio de acciones principalmente a nivel individual pero no tanto con acciones a nivel comunitario, ni con participación ciudadana.

## **Ingenio (Resourcefulness)**

Como se mencionó en el marco teórico el tener ingenio (resourcefulness) implica tener diversas habilidades que impactan la salud debido a que permiten mantener, lograr o recuperar la misma (49). En la presente investigación, se determinó que tanto el ingenio (resourcefulness) total, personal, así como el social tienen una tendencia a ser elevados, siendo el ingenio personal el que presenta una calificación más alta.

Resultados similares se presentaron en un estudio en donde ambos tipos de ingenio, tanto el personal como el social tienden a estar elevados (45). De igual manera en una investigación con pacientes con un trastorno mental, se obtuvieron resultados del ingenio (resourcefulness) personal y social parecidos, ambos con tendencia hacia el alta y con puntajes promedio similares (110). Cabe destacar que, aunque dichos resultados son semejantes a los de esta investigación, las poblaciones de estudio son diferentes.

Lo anterior implica que los y las participantes del presente estudio, hacen uso de estrategias cognitivas, poseen habilidades de resolución de problemas, la habilidad de posponer la gratificación inmediata, lo que implica una autoregulación anticipatoria y la creencia en su habilidad para realizar tareas, la cual se relaciona con la confianza de ejecutar comportamientos o emociones necesarias (110).

Existen estudios que han demostrado que el ingenio personal se ha relacionado con bajos síntomas de depresión, mejor compromiso con comportamientos de autocontrol y mejores habilidades para manejar efectivamente el estrés (111).

El ingenio (resourcefulness) personal es un elemento clave para la autogestión, el alivio y la prevención de los problemas de salud. En el manejo de las demandas de la vida los individuos con este tipo de ingenio hacen uso de auto instrucciones positivas, aplican métodos de resolución de problemas y reconocen que se necesita un esfuerzo considerable para regular y minimizar el impacto negativo que los eventos disruptivos tienen en el funcionamiento individual (44). Además,

el ingenio personal permite organizar las actividades de la vida diaria, hacer frente a las situaciones estresantes de la vida mediante el diálogo interno positivo, remodelar las condiciones de una manera positiva, descubrir nuevos pensamientos y cambiar las reacciones generales del individuo; elementos que se pueden aprender en el transcurso de la vida (44).

En cuanto al ingenio (resourcefulness) social, este se refiere a los comportamientos que un individuo usa para establecer y mantener relaciones de apoyo (112), implica la habilidad de buscar ayuda de otros, ya sea formal o informal cuando se enfrenta angustia por necesidades emocionales e instrumentales insatisfechas (113). Por lo tanto, puede ser que las personas de este estudio presenten dichas características, dado que como se ha mencionado, presentaron un elevado ingenio (resourcefulness) social. Existen estudios en los cuales se ha encontrado una asociación significativa entre este tipo de ingenio (resourcefulness), el apoyo social y el bienestar, mejorando índices de depresión, calidad de vida, niveles de estrés y estado de salud percibido (43, 112, 113).

Esa búsqueda de ayuda que se da con el ingenio (resourcefulness) social se asocia con una mayor recepción de apoyo. Una persona que sabe cómo pedir ayuda, como guiar, cómo reforzar el comportamiento del ayudante, cómo mantener la reciprocidad en la relación y cómo manejar el afecto desagradable asociado con solicitar o recibir ayuda, tendrá más probabilidades de establecer y mantener intercambios de apoyo (112).

Según las investigaciones respecto al ingenio (resourcefulness), se ha demostrado que las personas que tienen un nivel alto de ingenio tanto personal como social tienen un mejor funcionamiento adaptativo, menos ansiedad y menos depresión que aquellas que tienen alto solamente uno de los dos (75). Esto evidencia la importancia de que las personas participantes en esta investigación cuenten con un ingenio social y personal con tendencia a ser altos.

## **Comportamientos de autogestión**

Para alcanzar un adecuado estado físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar el medio ambiente o adaptarse a él (114), esto es posible a través de los comportamientos de autogestión, que permiten que los individuos tengan compromiso en cuanto a la búsqueda y fomento de la salud o de un estilo de vida saludable, por medio de la incorporación de comportamientos saludables en su diario vivir (10, 48).

Los comportamientos de autogestión en esta investigación fueron medidos por medio de la Escala Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud II, la cual mide el estilo de vida promotor a través de diversas dimensiones. En este caso, según los resultados obtenidos, se podría decir que las personas encuestadas en general cuentan con un bajo estilo de vida promotor de la salud. Lo anterior llama la atención puesto que la salud es un compromiso social, siendo los propios individuos los principales agentes responsables de la misma y de conducir y ejecutar las acciones para el mejoramiento de su salud tanto física como mental (114).

Se han realizado estudios utilizando esta escala en personas trabajadoras, los cuales han demostrado que el trabajo y su ambiente laboral, así como hábitos y rutinas tienen un efecto sobre la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores (as). Los trabajadores (as) saludables tienden a mejorar su clima laboral a través de la relación con sus compañeros (as), lo que conduce a mejorar la calidad del trabajo. Esta relación es bastante importante porque permite fomentar una cultura de prevención en las organizaciones y favorecer la adopción de un estilo de vida promotor de la salud (114).

Además, se encontró que la dimensión que más destaca respecto a su estilo de vida promotor es la de crecimiento espiritual. Esto resulta similar en varios estudios donde predomina esta dimensión, seguido de la de relaciones interpersonales y manejo del estrés; de forma contraria se da en esta investigación, dado que estas últimas dimensiones se encuentran en tercer y segundo lugar respectivamente (114, 115, 116).

A pesar de lo anterior, los datos encontrados en este estudio apoyan que las tres dimensiones sobresalientes son crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y manejo del estrés. De manera consistente se encuentra en investigaciones la actividad física como la dimensión de menor puntaje (113, 114, 115), es decir, desde esta área es donde se presenta menor modificación de conductas para ejercer un estilo de vida promotor de salud.

En cuanto a la dimensión del crecimiento espiritual algunos autores hacen énfasis en el término de salud espiritual y la definen en tres dimensiones desde la religiosidad, individualidad y orientado al mundo material (117). La dimensión religiosa es el resultado de la conexión humana y comunicación con un ser espiritual. La dimensión individual tiene que ver con esa conexión humana consigo mismo, desde lo que tiene que ver con el auto escrutinio, examen del significado

de la vida, esperanza, autorrealización, virtudes morales, paz, responsabilidad por uno mismo, equilibrio, trascendencia, valores, actitud y comportamiento en relación con uno mismo (117)

El componente de orientación hacia el mundo material tiene que ver con esa conexión humana con los demás y la naturaleza. Esta crea un sentido de responsabilidad hacia los demás, amor incondicional, armonía con los demás y conocimiento, actitudes y comportamientos en relación con los demás (117). La salud espiritual se trata de la conexión con uno mismo desde la dimensión personal, con los demás desde la dimensión social, con la naturaleza desde la dimensión ambiental y con Dios desde la dimensión trascendental. Las características básicas son el tener un estilo de vida adecuado, una conexión con los demás, preguntarse sobre el significado y propósito de la vida y la trascendencia (117).

Varios estudios han confirmado que la salud espiritual conduce a una mejor salud mental y está relacionada positivamente con la salud física. Este crecimiento que se da en el ámbito espiritual es manifestado en el comportamiento individual de las personas, es dinámico y puede promovido, mejorado o reforzado (117).

Es por esto, que es de suma importancia lo encontrado sobre que los y las participantes de esta investigación tengan niveles altos de crecimiento espiritual, por la influencia que esta ejerce en la salud tanto física como mental. Otros autores argumentan que el crecimiento espiritual es un recurso útil para que los individuos manejen sus problemas (118).

Este desempeña un papel fundamental para ayudar al individuo a ampliar su perspectiva de vida y pueden incluso hacer que los problemas de salud sean menos amenazantes, en parte porque aumenta la conciencia en otros aspectos y así puede enfrentar las crisis de salud en caso de que se presenten. Este involucra a las personas en un pensamiento más positivo y en un proceso de reconocimiento de fortalezas y vías de apoyo (118).

En cuanto a la dimensión del manejo del estrés, se tiene resultados positivos debido a que los resultados indican que los y las participantes de esta investigación tienen un alto manejo del mismo, lo cual se evidencia en aspectos como el dormir lo suficiente, tomar tiempo para relajarse todos los días, aceptar las cosas que no pueden cambiar y el uso de métodos específicos para controlar la tensión. Esto es importante dado que el estrés tiene efectos significativos en las

personas y afecta sus actitudes, comportamientos y relaciones interpersonales, este se forma por el entorno que los rodea y afecta directamente la salud física y mental (119).

Las personas sometidas a estrés tienen dificultades para tener éxito y ser felices, por lo que el manejo del mismo debe estar enfocado a proteger la salud física y mental, la calidad de vida y la eficiencia en la vida diaria (119). Además, se ha afirmado que el estrés tiene una relación directa con enfermedades como la hipertensión, síndrome metabólico, obesidad, comer en exceso y la depresión (120).

De ahí que se vuelve fundamental que los individuos puedan manejar el estrés adecuadamente. Las técnicas de manejo del estrés son aplicables no solo a personas que manifiestan una enfermedad o trastorno, sino también a personas sanas, cuando lo agregan como una práctica de la rutina diaria; esto se convierte en una herramienta eficaz para mejorar la salud resultando en la reducción y prevención de la enfermedad, así como la protección a lo largo de la vida y mejoramiento de la calidad de vida (120).

Por otro lado, como parte de los comportamientos de autogestión es el estado y comunicación con las relaciones interpersonales que se mantienen. Se ha establecido que los individuos que cuentan con una extensa red de vínculos sociales viven más años que quienes disponen de escasos contactos interpersonales (121).

Mejorar las relaciones interpersonales se ha asociado con estilos de vida más saludables, Salandy (122) menciona que en particular el riesgo de enfermedades crónicas, por ejemplo, es mucho más bajo en los individuos que tienen buenas relaciones interpersonales y soporte social, dado que tienen mejores comportamientos de salud. La disponibilidad de un sistema amplio de relaciones sociales satisfactorias se ha relacionado con una menor incidencia de enfermedades crónicas, niveles inferiores de depresión y trastornos psicológicos y mayores niveles de bienestar psicológico y salud física en la población general (121).

La integración que se da en una red de vínculos interpersonales fomenta el sentido de pertenencia y proporciona oportunidades para la participación social, la realización de actividades agradables y el disfrute de experiencias positivas en compañía de otras personas, incrementando la percepción de estabilidad y control del entorno. Además, estas constituyen una importante

fuerza de recursos psicosociales de diversa índole, facilitando información y consejo, ayuda material e instrumental, y apoyo emocional o afectivo (121).

Por su parte, la dimensión de actividad física es el comportamiento de autogestión que menos se presentó en la población trabajadora encuestada. Este hecho es preocupante puesto que es un factor esencial para mejorar la salud física y mental (123). El realizar ejercicio físico regular es la opción más simple para mejorar la salud. Distintos estudios han demostrado que las personas físicamente activas padecen menos enfermedades y tienen una incidencia de afecciones cardíacas, oncológicas y otras enfermedades crónicas significativamente menor que aquellas con hábitos de vida sedentarios (123)

La actividad física también incide en el bienestar psicológico. La condición física se relaciona positivamente con la auto percepción general de la salud, los estados de ánimo positivos y la disminución de sentimientos negativos, la autoestima y se relaciona negativamente con la ansiedad y el estrés percibido. Además, esto es de relevancia en la población trabajadora puesto que se ha observado una relación positiva entre la práctica de ejercicio físico y el rendimiento laboral; la promoción de la actividad física mejora la productividad y disminuye el absentismo (123).

Se denota que, a pesar de que existen áreas en las cuales, en comparación a otras, se obtuvieron resultados más positivos, los y las participantes sí incorporan comportamientos saludables a su diario vivir, encaminados a la preservación de su salud. Estos forman parte de los comportamientos de autogestión y por lo tanto les permite a los individuos mejorar sus resultados en salud, su calidad de vida y en general su bienestar.

### **Asociaciones entre ingenio y comportamientos de autogestión**

En este apartado se presenta la discusión de la asociación entre las variables principales, de manera que se responde a la última pregunta de investigación y a la hipótesis planteada. Según los resultados obtenidos, se determinó que existe una relación positiva entre el ingenio (resourcefulness) y los comportamientos de autogestión, por lo cual se infiere que aquellos participantes que cuentan con mayor ingenio presentan mayor incorporación de comportamientos saludables a su diario vivir.

Esto concuerda con un estudio realizado en donde se obtuvo esta misma relación. En el mismo se destaca que el ingenio (resourcefulness) es un factor importante para promover este tipo de comportamientos. El ingenio es uno de los recursos internos de afrontamiento y permite hacer frente de manera eficaz a situaciones estresantes, facilitando la elección de comportamientos saludables para que los problemas se puedan resolver de una manera adecuada (124).

El ingenio (resourcefulness) es un factor necesario para mejorar el progreso de los comportamientos saludables del individuo y cambiarlo en una dirección deseable, para así fortalecer la función adaptativa del individuo y mejorar la capacidad de gestión de la salud y el mantenimiento de la conducta. Este es un recurso interno del individuo que conduce a un estilo de vida promotor de la salud y por lo tanto implica comportamientos de autogestión (124).

Aunado a esto, la Teoría de La Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin (2009), indica que la autogestión es un fenómeno complejo y dinámico, en el cual interviene el ingenio (resourcefulness) como parte de unos de los factores de protección de una de las dimensiones que establece la teoría sobre la autogestión (3). La misma rescata que el ingenio es un factor que afecta la habilidad de comprometerse con los componentes de dicha dimensión y tiene un impacto directo en los resultados de la autogestión (3).

A pesar de que se ha encontrado poca evidencia que refleje una relación entre las variables de ingenio (resourcefulness) y autogestión, existen diversas investigaciones que muestran que el ingenio promueve comportamientos que llevan a prácticas saludables (125), es decir permite comportamientos de autogestión, dado que como se ha mencionado estos son comportamientos que conducen a efectos positivos en la salud, calidad de vida y bienestar.

Además, aunque de manera inversa, algunos estudios (44, 45, 46) muestran que el entrenamiento en programas de autogestión, aumentan las habilidades que forman parte del ingenio (resourcefulness). Este último motiva a hacer cambios y también ayuda a tener mayor efectividad en el logro de objetivos (44), por lo cual se podría inferir que, si se busca incorporar comportamientos saludables a la vida diaria o comportamientos de autogestión, el ingenio es un factor clave para poder alcanzar esta meta.

Se ha encontrado que el ingenio (resourcefulness) de los individuos es importante para crear habilidades que hagan posible la autogestión. El utilizar las habilidades del ingenio permite

movilizar recursos para encontrar estrategias de autogestión, crear rutinas de autogestión y plantear soluciones innovadoras para problemas relacionados con la autogestión (126).

Actualmente se encuentra en desarrollo un programa de entrenamiento en ingenio (resourcefulness), con el fin de promover la autogestión. La intervención se realiza con padres de niños que dependen de dispositivos tecnológicos médicos que salvan vidas; la misma busca reducir el estrés a largo plazo y mejorar la salud física y mental, así como los resultados de la autogestión, proporcionando instrucción en la búsqueda de ayuda en otros y en ellos mismos (127), o en otras palabras ingenio social y personal.

Las personas con un mayor ingenio tienen una mayor capacidad de mantener la salud en comparación con las personas que tienen un menor ingenio. Además, desarrollan prácticas de estilo de vida más saludables como comer bien, hacer ejercicio con regularidad, manejar mejor las enfermedades crónicas como la diabetes, se adhieren mejor a los regímenes médicos. También los que tienen un mayor ingenio tienen una mejor salud mental, bienestar psicológico y calidad de vida y lidian con el estrés de una manera más adecuada (127).

Cabe destacar que las personas con un mayor ingenio no son inmunes al estrés, enfermedades crónicas o el desarrollo de malos hábitos. Sin embargo, cuando deciden cambiar, generalmente tienen más que las personas con poco ingenio. Este permite determinar estrategias de autogestión que, por ejemplo, pueden ser utilizadas para mejorar la conducta del ejercicio debido a que las personas que tienen mayor ingenio van a tener mayor autogestión y más razones internas para tener comportamientos relacionados con el ejercicio y utilizar mayores procesos de cambio (128).

Así mismo, se debe resaltar que, en algunos de los diferentes comportamientos de autogestión específicos, que fueron analizados a través de las dimensiones del instrumento utilizado, y el ingenio, se encontró una relación positiva más fuerte que en otros. Se destaca que el ingenio total y personal tuvieron resultados positivos con todos los comportamientos de autogestión, sin embargo, el ingenio social, no presentó relación con los comportamientos de manejo del estrés, actividad física y responsabilidad en salud.

En el caso del manejo del estrés, la respuesta que se genere al mismo se ve influenciada por el afrontamiento y el apoyo social o búsqueda de recursos sociales. El afrontamiento, consiste

en todos los esfuerzos cognitivos o conductuales que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas estresantes y/o al malestar emocional asociado a la respuesta del estrés; por su parte el apoyo social, actúa como un recurso que cada individuo va a utilizar o no para afrontar el estrés, por tanto, se podría suponer que la falta de relación entre el ingenio (resourcefulness) social y el manejo del estrés, tiene que ver con que, a pesar de que la parte social entra en juego, el afrontamiento individual, constituye el elemento esencial que emplea el individuo para hacer frente al estrés (129).

Por su parte la práctica de actividad física se encuentra dada por un conjunto de relaciones en el entorno de las personas, sin embargo, el punto de partida es el individuo con las características y preferencias propias que posea (130). Lo anterior, podría explicar la ausencia de relación entre esta y el ingenio (resourcefulness) social, aunado a que la dimensión de actividad física fue una de las dimensiones que obtuvieron resultados más bajos, es decir, los participantes del estudio en general, refirieron realizar poca actividad física.

De manera similar, una posible explicación de la no relación entre ingenio social y responsabilidad en salud es que, si bien en la responsabilidad en salud intervienen diversos factores, es cada persona quien tiene la última palabra sobre las conductas adecuadas para mantener una buena salud a partir de tener toda la información disponible (131). Por tanto, es importante que las personas interioricen su responsabilidad y su capacidad para cuidarse, de manera que busquen recursos, escojan alternativas saludables y establezcan conductas que les permitan mantener una buena salud (132).

Posterior al análisis realizado, con base en los resultados de las asociaciones realizadas y los diferentes estudios consultados, se puede considerar que el ingenio (resourcefulness) es un factor clave para realizar comportamientos de autogestión y ambos tipos de ingenio son importantes para mantener y promover la salud (133). Se puede decir que la hipótesis establecida, se cumple, dado que efectivamente existe una relación entre el ingenio y los comportamientos de autogestión de la población trabajadora de la Municipalidad de Cartago.

Finalmente, es importante que desde la disciplina de enfermería, se tenga conocimiento de esto para poder potenciarlo y así facilitar el cuidado que se brinda a las personas, dado que, como se ha visto, la evidencia científica ha demostrado que los individuos que utilizan tanto el ingenio (resourcefulness) personal como social, tienen los mejores resultados en salud, una mayor

adaptabilidad para hacer frente a las tareas del diario vivir y en general un mejor funcionamiento y satisfacción de vida, así como enriquecen y mantienen su salud física y mental (134).

## **Limitaciones**

- Impacto de la pandemia en la forma de vida de los y las participantes, así como en la interacción social, lo cual podría afectar las respuestas de algunas de las preguntas de los instrumentos utilizados.
- Ausencia de instrumentos Cuestionario Integrado para la Medición del Capital Social, Escala de Ingenio y Escala Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud II validados en población costarricense, aspecto que podría alterar los resultados obtenidos.
- Al recolectar los datos, algunos participantes contaban con poca disponibilidad de tiempo por sus responsabilidades laborales, lo que llevó a recolectar los datos de una manera más apresurada y también pudo haber influido en las respuestas que los mismos brindaran, dado su afán por retirarse.

## Capítulo VI: Conclusiones

En relación con el capital social, fue posible identificar que los y las participantes poseen un capital social que se nutre más desde la parte individual que comunitaria. Esto dado que, si bien los mismos poseen redes sociales, lazos entre personas y confianza, estos se presentan principalmente con personas cercanas que no forman parte de la comunidad como tal. En dichas redes, se genera reciprocidad y sentimientos de ayuda y confianza que les permiten a las personas acudir a ellas en caso de ser necesario. Se determinó que existe poca tendencia a reunirse con otras personas que no formen parte del núcleo familiar, no obstante, la situación actual del mundo por la pandemia debida al SARS-COV2 ha influido en la disminución de las interacciones sociales.

Los resultados obtenidos permitieron reconocer que la participación de las personas participantes en actividades comunales o de su barrio, es baja, así como su percepción de confianza en ellos y entre ellos. Sin embargo, los mismos consideran que tanto ellos como sus vecinos son personas que están dispuestas a ayudar en situaciones específicas y que en ocasiones se presenta cohesión para búsqueda de objetivos en común. Así mismo, se observa que los y las participantes poseen una percepción positiva de sí mismos, puesto que se consideran personas felices y capaces para tener control sobre su vida.

En cuanto a la confianza en distintos tipos de funcionarios de la comunidad, se presenta una percepción de honestidad media en funcionarios del gobierno local y mayor confianza en otros tipos de funcionarios como los profesionales en salud. Se menciona que cuando los participantes o vecinos de la comunidad de los mismos se han unido para realizar peticiones a funcionarios del gobierno local, estas no siempre han sido escuchadas, aspecto que podrían influir en la percepción de su honestidad.

Respecto al ingenio (resourcefulness), las personas presentaron un alto nivel de ingenio total, así como niveles altos de ingenio personal más que el social, esto hace referencia a que se ayudan más por sí mismos en comparación a la ayuda que buscan en otros. Por lo cual, parece ser que tienen habilidades individuales que les permiten analizar, organizar, planificar y tomar mejor sus decisiones, así como tener una mejor resolución de sus problemas y un manejo más adecuado de sus emociones y reacciones.

En cuanto al ingenio social, se evidencia que los individuos tienden a la búsqueda de ayuda profesional o de amistades cuando así lo requieren o presentan algún tipo de necesidad que no pueden solventar independientemente. Son receptivos a esa ayuda y confían en los demás, lo que les permite mantener relaciones en las cuales se dan intercambios de apoyo mutuo.

Referente a los comportamientos de autogestión se presenta que, en los y las participantes de la investigación, estos son incorporados vagamente en su diario vivir, dado que en el día a día, presentan pocos comportamientos saludables que los conduzcan a tener mejoras en sus resultados de salud, en su calidad de vida y que contribuyan a su bienestar y a la salud en general. Lo anterior podría indicar que la manera de funcionar de los individuos presenta un bajo potencial para introducir comportamientos saludables en su vida y por tanto baja responsabilidad en salud. Estos comportamientos pueden tener alguna influencia de la pandemia. Sin embargo, existen áreas de la vida de estos individuos en los que se presenta mayores comportamientos de autogestión como en la parte de crecimiento espiritual y el manejo del estrés, así como otras en las que se presentan menos como la actividad física.

Por otro lado, existe una relación entre el ingenio (resourcefulness) y los comportamientos de autogestión, aspecto que se esperaba según la hipótesis de estudio, en donde se obtuvo que a mayor ingenio mayores comportamientos de autogestión. Lo anterior concuerda con el planteamiento teórico de esta investigación donde se evidenció que el ingenio (resourcefulness) es un componente que promueve el mejoramiento de los comportamientos de autogestión. Según esta teoría tanto el capital social como el ingenio son factores protectores del contexto que influyen en la adopción de comportamientos de autogestión y por tanto en mejores resultados en salud, la calidad de vida y el bienestar.

Todo lo anterior resulta útil para enfermería, puesto que puede ser utilizado como herramientas que permitan realizar intervenciones novedosas y eficaces, a través del fomento y potenciación de los factores protectores estudiados, que mejoran los resultados en salud y la calidad de vida.

La investigación en ingenio (resourcefulness), capital social y comportamientos de autogestión actúa como una guía en enfermería para la toma de medidas concretas, establecimiento de prioridades y uso de recursos para el desarrollo de nuevos programas y campos de actuación que se dirijan al cuidado de las personas.

## **Recomendaciones**

### ***Futuras Investigaciones***

1. Validar los instrumentos Cuestionario integrado para la medición de capital social (SC-IQ), la Escala de Ingenio y Escala Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud II en población costarricense.
2. Desarrollar por parte de los profesionales en salud investigación científica en la temática de autogestión y factores protectores como capital social e ingenio (resourcefulness), para generar mayor y nuevo conocimiento sobre herramientas que puedan ser útiles para las intervenciones y programas que se desarrollan en la práctica.

### ***Municipalidad de Cartago***

1. Incluir un profesional de enfermería como parte del personal de la institución con el fin de realizar acciones que se desprendan de los resultados de esta investigación, las cuales pueden incluir trabajo interdisciplinario, así como otras acciones propias de la disciplina en beneficio del cuidado de la población.
2. Hacer uso de los resultados de esta investigación para identificar las áreas más importantes a abordar con la población meta, de manera que se puedan crear políticas públicas de promoción de la salud que incluyan factores claves que permitan que dichas políticas resulten más eficaces y eficientes.
3. Abogar por el establecimiento de alianzas con profesionales de salud capacitados, especialmente enfermería, en el desarrollo de herramientas que estimulen los comportamientos de autogestión en los trabajadores de dicha institución, de manera que se promueva en ellos una mejor calidad de vida y un mayor bienestar.
4. Seguir incentivando el desarrollo de investigaciones con la población trabajadora y los habitantes del cantón, con el fin de conocer mejor a esta población y satisfacer sus necesidades de una mejora para así promover su desarrollo integral y mejorar su calidad de vida.
5. Mantener alianzas con la Escuela de Enfermería a través de los estudiantes y docentes del Módulo de Intervención de Enfermería en la Adulthood Sana, de manera que los resultados de esta investigación puedan ser útiles para generar programas e intervenciones que

originen beneficios mutuos a la institución y su población meta, así como al aprendizaje y formación de los estudiantes de dicho módulo.

### ***Escuela de Enfermería, UCR***

1. Reforzar la motivación, las competencias y habilidades en la investigación científica de estudiantes y docentes.
2. Ampliar el contenido y el uso de diferentes teorías y modelos de enfermería desde su plan de estudios con el fin de mejorar la comprensión de los fenómenos de interés de la disciplina desde distintos enfoques para enriquecer la investigación y la práctica clínica.
3. Incentivar la investigación científica en la temática de autogestión para desarrollar mayor conocimiento sobre la misma.
4. Continuar con el establecimiento de alianzas con instituciones públicas el país, para propiciar el desarrollo de nuevo conocimiento y evidenciar las capacidades y habilidades de los estudiantes desde su formación académica, que permiten brindar beneficios a la población costarricense.

### ***Colegio de Enfermeras de Costa Rica***

1. Reforzar desde el ámbito institucional y laboral las competencias y habilidades en la investigación científica de docentes y profesionales de enfermería, de manera que se generen investigaciones científicas de calidad para fortalecer la disciplina.

## Referencias Bibliográficas

1. Collins C, Rochfort A. Promoting Self-Management and Patient Empowerment in Primary Care. Intech [Internet]. 2016. Available from: <https://www.intechopen.com/books/primary-care-in-practice-integration-is-needed/promoting-self-management-and-patient-empowerment-in-primary-care>
2. Brady TJ, Anderson LA, Kobau R. Chronic disease self-management support: Public health perspectives. *Frontiers in Public Health*. [Internet]. 2015; 2: 234. Available from: [10.3389/fpubh.2014.00234](https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00234)
3. Ryan P, Sawin K. The Individual and Family Self-management Theory: Nurs Outlook. 2009;57(4):217–25. Available from: [10.1016/j.outlook.2008.10.004](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004)
4. Burke NJ, Joseph G, Pasick RJ, Barker JC. Theorizing social context: rethinking behavioral theory. *Health Educ Behav*. [Internet]. 2009; 36(5):55-70. Available from [doi:10.1177/1090198109335338](https://doi.org/10.1177/1090198109335338)
5. Held M, Cuellar, M. Social Capital and Well-Being: Structural Analyses of Latina Mothers by Nativity. *Maternal and Child Health Journal*. [Internet] 2016; 20(9): 1948–1955. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-016-2010-4>
6. Zauszniewski JA, Bekhet AK. Measuring Use of Resourcefulness Skills: Psychometric Testing of a New Scale. *ISRN Nurs*. [Internet] 2011;1–7. Available from: <https://doi.org/10.5402/2011/787363>.
7. Li X, Theisen A, Seo C, Sibley DS. Resourcefulness: Current Insights and Future Directions for Family Scholars and Clinicians. *Fam J*. [Internet] 2018 Oct 9; 26(4):433–43. Available from: <https://doi.org/10.1177/1066480718806521>
8. Grootaert C, Narayan D, Jones VN, Woolcock M. Measuring social capital: An integrated questionnaire. World Bank Working Paper. [Internet] 2004; 1–53 Available from: [https://www.researchgate.net/publication/292502553\\_Measuring\\_social\\_capital\\_An\\_integrated\\_questionnaire](https://www.researchgate.net/publication/292502553_Measuring_social_capital_An_integrated_questionnaire)
9. Ulug C, Horlings LG. Connecting resourcefulness and social innovation: exploring conditions and processes in community gardens in the Netherlands. *Local Environ*. 2019 Mar 4;24(3):147–66

10. Grady PA, Gough LL. Self-management: A comprehensive approach to management of chronic conditions. *Am J Public Health*. 2014; 104(8): 25–31. Available from: [10.2105/AJPH.2014.302041](https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302041)
11. Amar J, Abello R, Acosta C. Factores protectores: un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud. *Psicología desde el Caribe [Internet]* 2003; 11:107-121. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21301108>
12. OMS. Chapter 4: Determinants (Risk and protective factors) Indicators Why is Collecting Data on Determinants (Risk and protective factors) Important for Managers? [Internet]. 2019. Available from: [https://www.who.int/hiv/pub/me/en/me\\_prev\\_ch4.pdf](https://www.who.int/hiv/pub/me/en/me_prev_ch4.pdf)
13. Bravo N. El capital social como determinante de salud pública. *Revista de Calidad Asistencial*. [Internet]. 2017; 32(6):342-346. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-el-capital-social-como-determinante-S1134282X1730076>
14. Háša S, Brunet-Thornton R, editors. *Impact of Organizational Trauma on Workplace Behavior and Performance*. IGI Global. 2017
15. Bekhet A, Zauszniewski J. Psychometric Properties of the Resourcefulness Scale Among Caregivers of Persons With Autism Spectrum Disorder. *Western Journal of Nursing Research*. [Internet]. 2013; 20(10):1-18. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.860.7038&rep=rep1&type=pdf>
16. Videbeck S. *Psychiatric-mental Health Nursing*. 5ta ed. Estados Unidos. Lippincott Raven. 2010
17. Cid P, Merino M, Stieповich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Rev Méd Chile*. [Internet]. 2006; 134: 1491-1499. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006001200001&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006001200001&script=sci_arttext)
18. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*. [Internet]. 2011 Apr; 23;6(1). Available from: [10.1186/1748-5908-6-42](https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42)
19. OMS. (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: Chapter 4, Políticas públicas para la salud pública; p 65-81. Available from: [https://www.who.int/whr/2008/08\\_chap4\\_es.pdf](https://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf)
20. Bezerra F, Taziana S, Mesquita Lemos A, Costa de Sousa S, de Lima Carvalho C, Carvalho Fernandes A, Santos Alves M. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas

de enfermería *Enferm. glob.* [Internet] 2013; 12(32): 260-269. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000400016&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400016&lng=es&tlng=es).

21. OMS. La Salud Pública en las Américas. Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. 2001 May. Available from: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP\\_Instrumento\\_Medicion\\_Desempeno.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Medicion_Desempeno.pdf)

22. Alzate P. ML. Enfermería y salud pública: un panorama para la reflexión y la acción. *Rev Colomb Enfermería.* [Internet] 2016; 19;7(7):5. Available from: [10.18270/rce.v7i7.1442](http://10.18270/rce.v7i7.1442)

23. International Council of Nurses. Definiciones. [Internet]. Genève. ICN - International Council of Nurses; 2002. Available from: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>

24. Castro A, Leal R. Funciones en salud pública de enfermería y adquisición del conocimiento, departamento del Meta. *Rev Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.* [Internet] 2011; 13(1): 9-26. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145221282002>

25. OMS. A framework for community health nursing education. [Internet] 2010. Available from: [http://apps.searo.who.int/PDS\\_DOCS/B4816.pdf](http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4816.pdf)

26. Department of Health UK. Public Health in Local Government. 2011, Available from: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/216708/dh\\_131904.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216708/dh_131904.pdf)

27. Caja Costarricense del Seguro Social. Vigilancia de los factores de Riesgo Cardiovascular. Segunda encuesta. Editorial Nacional de Salud y Seguridad. [Internet]. 2014. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/informesdegestion/encuesta2014.pdf>

28. Rodríguez I. Dieta de ticos es rica en frutas, grasas y azúcares. *Nación.* [Internet] 2015. Available from: <https://www.nacion.com/ciencia/salud/dieta-de-ticos-es-rica-en-frutas-grasa-y-azucars/RJRFVTJW35CWFCVPD2WGB2YWOE/story/>

29. Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica. Encuesta Actualidades 2016. [Internet]. 2016. Available from: <https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2017/estadistica-encuesta-actualidades-2016-1-1.pdf>

30. Benavides F, Wesseling I, Delclós G, Felknor S, Pinilla J, Rodrigo F. I Encuesta Centroamericana sobre condiciones de trabajo y salud. [Internet]. 2011. Available from: [http://www.saltra.una.ac.cr/images/SALTRA/Documentacion/Informes/Informe\\_I\\_ECCTS\\_cuantitativo.pdf](http://www.saltra.una.ac.cr/images/SALTRA/Documentacion/Informes/Informe_I_ECCTS_cuantitativo.pdf)
31. Cisneros F, Enfermera Especialista G. Introducción a los modelos y teorías de enfermería. [Poyapan]: Universidad del Cuaca; 2002.
32. Bartlett SJ, Lambert SD, McCusker J, Yaffe M, de Raad M, Belzile E, et al. Self-management across chronic diseases: Targeting education and support needs. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2019; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.038>
33. Bosworth HB, Powers BJ, Oddone EZ. Patient Self-Management Support: Novel Strategies in Hypertension and Heart Disease. *Cardiol Clin* [Internet]. 2010; 28(4):655–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccl.2010.07.003>
34. Duprez V, Beeckman D, Verhaeghe S, Van Hecke A. Are person-related and socio-structural factors associated with nurses' self-management support behavior? A correlational study. *Patient Educ Couns*. [Internet]. 2018; 101(2):276–84. Available from: <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S073839911730485>
35. Capdevielle J. Capital social: Debates y reflexiones en torno a un concepto polémico. *Rev Sociol e Polit*. [Internet]. 2014; 22(51):3–14. Available from: [dx.doi.org/10.1590/1678-987314225101](http://dx.doi.org/10.1590/1678-987314225101)
36. Ojeda A. El capital social en la construcción de vínculos comunitarios. *Brazilian J Dev* [Internet]. 2019. 5(11):27136–46. Available from: <http://www.brjd.com.br/index.php/BRJD/article/view/4924/4538>
37. Blázquez E, Sosa J. Capital social versus vacío de poder, Análisis de la construcción del capital social en los municipios de Palenque y Puebla. [Internet]. 2018. Available from: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/12/construccion-capital-social.html>
38. González R, Palacio J. El capital social en universitarios de Cartagena. Confianza, acción colectiva, empoderamiento y acción política. *Revista Guillermo de Ockham*. [Internet]. 2016; 14(2):121-130. Available from: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=a7a50105-dcbc-493d-b786-e006aa523dbd%40sessionmgr101>

39. Waverijn G, Heijmans M, Groenewegen PP. Chronic illness self-management: A mechanism behind the relationship between neighbourhood social capital and health. *Eur J Public Health*. [Internet]. 2017; 27(4):594–9. Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article/27/4/594/2422089>
40. Vassilev I, Rogers A, Kennedy A, Koetsenruijter J. The influence of social networks on self-management support: A metasynthesis. *BMC Public Health*. [Internet]. 2014; 14(1). Available from <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-14-719>
41. Ehsan A, Klaas HS, Bastianen A, Spini D. Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *SSM - Popul Heal* [Internet]. 2019 August; 8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100425>
42. Lai CY, Zauszniewski JA, Tang TC, Hou SY, Su SF, Lai PY. Personal beliefs, learned resourcefulness, and adaptive functioning in depressed adults. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. [Internet]. 2014; 21(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23750803>
43. Ruekert K, Bekhet A, Garnier M, Frenn M. Predeath Grief, Resourcefulness, and Perceived Stress Among Caregivers of Partners With Young-Onset Dementia. *Western Journal of Nursing Research*. [Internet]. 2019; 41(7)
44. Kennett D, O'Hagan F, Cezer D. Learned Resourcefulness and the Long-Term Benefits of a Chronic Pain Management Program. *Journals of Mixed Methods Research*. [Internet]. 2008 Oct; 2(4):317–39. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/2e3a/6c4094361ad86a3405bce9f8af0b2c3dfc2c.pdf>
45. Zauszniewski J, Musil C, Burant C. Resourcefulness Training for Grandmothers: Preliminary Evidence of Effectiveness. *Nurse Health*. [Internet] 2014; 37(1):42–52. Available from: <https://doi.org/10.1002/nur.21574>
46. Huang LF, Gui SJ, Wan YP, Gong FH, Wang D, Yan WJ, et al. Effect of resourcefulness training on symptoms distress of patients with nasopharyngeal carcinoma. *Med Sci Monit* [Internet]. 2018; 24:5624–34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6104554/>
47. Huang C-Y, Perng S-J, Chen H-F, Lai C-Y. The impact of learned resourcefulness on quality of life in type II diabetic patients: a cross-sectional correlational study. *J Nurs Res* [Internet]. 2008; 16(4):264–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19061173>

48. Arce V et al. Análisis de adherencia terapéutica en personas con enfermedad cardiovascular. Un enfoque desde la “Teoría de la autogestión individual y familiar de Ryan y Sawin”, en grupos comunitarios durante el año 2017. [Thesis]. [Costa Rica]: Universidad de Costa Rica, Costa Rica; 2017
49. Zauszniewski JA. Resourcefulness. *Western Journal of Nursing Research*. [Internet] 2016; 1;38(12):1551–1553. Available from: <https://doi.org/10.1177/0193945916665079>
50. Zauszniewski J, Chien-Yu, L, Tithiphontumrong, S. Development and Testing of the Resourcefulness Scale for Older Adults. *Journal of Nursing Measurement*. [Internet] 2006; 14(1):57-68. Available from: <https://doi.org/10.1891/jnum.14.1.57>
51. WHO. Promoción de la Salud: Glosario. *Minist Sanid y Consum* [Internet]. 1998;36. Available from: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
52. Guerrero LR, Salazar AL. Lifestyle and Good Health. *Educere*. [Internet]. 2010;14(48):13–9. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/356/35616720002.pdf>
53. Laguado E, Gómez M. Estilos de vida saludable en estudiantes de enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. *Hacia la promoción de la salud*. [Internet]. 2014; 19(1):68-83. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772014000100006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772014000100006)
54. Consejo Universitario. Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. Universidad de Costa Rica; 2020.
55. Sampieri H, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ta ed. México: Mc Graw Hill, 2014.
56. Grove S, Gray J, Burns N. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6ta ed. Barcelona: Elsevier, 2015
57. Polit D, Tatano C. *Nursing research: principles and methods*. 7ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
58. Banda, A, Peñaflor, A. Cuestionario integrado para la medición de capital social SC-IQ. *Lebret*. [Internet]. 2017; 9:197-239. Available from: <https://issuu.com/cecicastillod/docs/00420>

59. Krosravani Y, Vahid H. Back Translation vs. Collaborative Translation: A Comparative Study of Persian Subtitles in English Movies. *Lebende Sprachen* [Internet] 2013; 58(2): 366–378. Available from: [10.1515/les-2013-0021](https://doi.org/10.1515/les-2013-0021)
60. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. The model of health promotion proposed by Nola Pender. A reflection on your understanding. *Enfermería Univ.* [Internet]. 2011;8(4):16–23. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
61. Walker S, Sechrist K, Pender N. Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health-Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version). *J Nurs Res.* [Internet]. 1995; 22(7):796–811. Available from: <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85349>
62. Escobar-Castellanos B, et al. Sentido de coherencia y estilo de vida promotor de salud en estudiantes del noroeste de México. *Av. Enferm.* [Internet]. 2019; 37(3):313-322. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/78060>
63. IMB. Software IBM SPSS. [Internet]. España. Available from: <https://www.ibm.com/es-es/analytics/spss-statistics-software>
64. Salazar C, del Castillo S. *Fundamentos Básicos de Estadística*. 1er ed. 2018. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13720/3/Fundamentos%20B%C3%A1sicos%20de%20Estad%C3%ADstica-Libro.pdf>
65. Gómez M. *Elementos de Estadística Descriptiva*. 4ta ed. San José: EUNED, 2012, 664p.
66. Taucher E. *Bioestadística*. 3era ed. Chile: Editorial Universitaria. 2014.
67. Fernández P, Pértega D. Significancia estadística y relevancia clínica. *Cad Aten Primaria*. [Internet]. 2001; 8: 191-195. Disponible en: [https://www.fisterra.com/mbe/investiga/signi\\_estadi/signi\\_estadisti2.pdf](https://www.fisterra.com/mbe/investiga/signi_estadi/signi_estadisti2.pdf)
68. Iraurgi I. Evaluación de resultados clínicos (II): Las medidas de la significación clínica o los tamaños del efecto. *Norte de salud mental*. [Internet]. 2009; 34:94-110. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830218.pdf>.
69. Madrid SDPC, Carrillo RF, León JCB De. *Perfil sociodemográfico y estilos de vida saludable en trabajadores de una empresa de agua potable y alcantarillado de México*, 2019.

RECIMUNDO [Internet].;4(1):344–59. Available from:  
<https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/816/1324>

70. Meza M, Miranda G, Núñez N, Orozco U, Quiel S, Zúñiga G. Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en seis grupos poblacionales de una empresa transnacional en el periodo 2005-2008 [Internet]. Available from: [http://enfermeria.cr/revista/docs/Analisis\\_sobre\\_estilos\\_de\\_vida\\_ambiente\\_laboral\\_factores\\_protectores\\_y\\_de\\_riesgo.pdf](http://enfermeria.cr/revista/docs/Analisis_sobre_estilos_de_vida_ambiente_laboral_factores_protectores_y_de_riesgo.pdf)

71. Leitaru N, Kremers S, Hagberg J, Björklund C, Kwak L. Associations Between Job-Strain, Physical Activity, Health Status, and Sleep Quality Among Swedish Municipality Workers. *J Occup Environ Med.* 2019 ; 61(2): E56–60.

72. Angelica BM, Escobar R. Factores que influyen en el grado de satisfacción laboral de los trabajadores de la Municipalidad Provincial de Juli-2018. Universidad Nacional Del Altiplano Facultad De Ingeniería Estadística E Informática Escuela Profesional De Ingeniería Estadística E Informática. 2019. Available from: [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/12115/Reyes\\_Escobar\\_Maritza\\_Angelica.pdf](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/12115/Reyes_Escobar_Maritza_Angelica.pdf)

73. Sendón M. Educación y trabajo: Consideraciones actuales en torno al debate del papel de la educación. *Propuesta Educativa* Número 40. Flacso Argentina E. 2013-Vol 2: 8-31.

74. Chairpersons N, Kimura Y. Social Capital and Health. 2013. [Internet]. Available from: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjrm/61/6/61\\_885/\\_pdf/-char/en](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjrm/61/6/61_885/_pdf/-char/en)

75. Renee N, Craven R, Bodkin G. Measuring Social Capital: The Development of the Social Capital and Cohesion Scale Scale and the Associations between Social Capital and Mental Health [Internet]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/281179016\\_Measuring\\_Social\\_Capital\\_The\\_Development\\_of\\_the\\_Social\\_Capital\\_and\\_Cohesion\\_Scale\\_Scale\\_and\\_the\\_Associations\\_between\\_Social\\_Capital\\_and\\_Mental\\_Health](https://www.researchgate.net/publication/281179016_Measuring_Social_Capital_The_Development_of_the_Social_Capital_and_Cohesion_Scale_Scale_and_the_Associations_between_Social_Capital_and_Mental_Health)

76. Forni P, Castronuovo L, Nardone M. Las organizaciones en red y la generación de capital social. Implicancias para el desarrollo comunitario. *Investigación en Ciencias Sociales.* 2012. [Internet]. Available from: <https://p3.usal.edu.ar/index.php/miriada/article/view/1415>

77. Ferre Z. Capital social y redes. evidencia uruguaya del apoyo inter-hogares. 2011. [Internet]. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-47722011000100008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-47722011000100008)

78. Rodríguez P. El capital social como factor de innovación y desarrollo empresarial en Andalucía [Internet]. 2013. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/261841667\\_El\\_capital\\_social\\_como\\_factor\\_de\\_innovacion\\_y\\_desarrollo\\_empresarial\\_en\\_Andalucia](https://www.researchgate.net/publication/261841667_El_capital_social_como_factor_de_innovacion_y_desarrollo_empresarial_en_Andalucia)
79. Mata F, Pendakur R. Social capital, diversity and giving or receiving help among neighbours. *Soc Indic Res.* 2014 Sep 14; 118(1):329–47.
80. García J. Una definición estructural de capital social [Internet]. Vol. 20. 2011. Available from: <http://revista-redes.rediris.es>
81. Yamamura E. How Do Neighbors Influence Investment in Social Capital? Homeownership and Length of Residence. [Internet]. 2013. Available from: [https://search-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/docview/904239291/fulltextPDF/FA87AA2E5A4A485AP](https://search-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/docview/904239291/fulltextPDF/FA87AA2E5A4A485AP?accountid=28692) Q/1?
82. Mironova AA. Trust, Social Capital, and Subjective Individual Well-Being. *Sociol Res.* 2015;54(2):121–33.
83. Martínez R, Ayala E; Aguayo E. Confianza y capital social: evidencia para México [Internet]. 2015. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-84212015000100003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-84212015000100003)
84. Valdivieso P. Capital Social y Participación, una perspectiva desde el Cono Sur de América: Porto Alegre, Montevideo y Santiago de Chile. [Internet]. *Rev Opinao Pública, Campinas*, vol 18 (1). 2012: 129-153. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/op/v18n1/v18n1a07.pdf>
85. Bashar T, Bramley G. Social capital and neighbourhood cooperation: Implications for development of the urban poor in LDCs. *Urban Stud* [Internet]. 2019; 56(13):2727–45. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0042098018797945>
86. González A, Maldonado J. El Capital Social Comunitario, Una Estrategia Contra La Pobreza En Los Pueblos Indígenas Del Estado De Guerrero. *Universidad Autónoma Indígena de México. Rev Ra Ximhai*, vol. 10 (3). 2014; 119–39.
87. Ayaviri D, Quispe G, Borja M. El Capital Social en el desarrollo local comunitario. Un estudio en comunidades rurales de Bolivia. *Rev Galega Econ* [Internet]. 2017;26(2):77–88. Available from: [https://ideas.repec.org/a/sdo/regaec/v26y2017i2\\_6.html](https://ideas.repec.org/a/sdo/regaec/v26y2017i2_6.html)

88. Bwalya J, Seethal C. Neighbourhood context and social cohesion in Southernwood, East London, South Africa. *Urban Stud* [Internet]. 2016; 53(1):40–56. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0042098014560502>
89. Ferreli R. Cohesión social como base para políticas públicas orientadas a la equidad en salud: reflexiones desde el programa. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 38(4):272–7. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n4/272-277>
90. Laurence J. The Effect of Ethnic Diversity and Community Disadvantage on Social Cohesion: A Multi-Level Analysis of Social Capital and Interethnic Relations in UK Communities on JSTOR [Internet]. 2011. Available from: [https://www-jstor-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/stable/41236573?seq=1#metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www-jstor-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/stable/41236573?seq=1#metadata_info_tab_contents)
91. Rey R. El acceso al capital social y su distribución por clase social. [Internet]. 2017. Available from: [http://jornadas.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2017/10/El-acceso-al-capital-social-y-su-distribuci%C3%B3n-por-clase-social\\_Rafael-Rey.pdf](http://jornadas.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2017/10/El-acceso-al-capital-social-y-su-distribuci%C3%B3n-por-clase-social_Rafael-Rey.pdf)
92. Guevara Cobos E, Parra Ramírez E. Interacciones sociales, pobreza y liderazgo. *Reflexión Política*. 2019; 21(43):151–64.
93. Fontana L. Pandemia y rearticulación de las relaciones sociales. *Revista d'investigació i formació en Antropologia* [Internet]. 2020. Available from: [https://revistes.uab.cat/periferia/article/view/v25-n2-fontana/pdf\\_18](https://revistes.uab.cat/periferia/article/view/v25-n2-fontana/pdf_18)
94. Izcará S, Andrade L. Capital social versus aislamiento social: Los jornaleros migratorios de Tamaulipas. *Rev Geogr Norte Gd* [Internet]. 2012; 52(52):109–25. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-34022012000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34022012000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
95. Seid G. Conceptualizaciones sobre capital social y redes de relaciones sociales. Potencialidades y desafíos para la investigación en estratificación y movilidad social [Internet]. 2012. Available from: <http://jornadassocialogia.fahce.unlp.edu.ar>
96. Rojas H, Shah D, Friedland L. A Communicative Approach to Social Capital [Internet]. 2011. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/230345351\\_A\\_Communicative\\_Approach\\_to\\_Social\\_Capital](https://www.researchgate.net/publication/230345351_A_Communicative_Approach_to_Social_Capital)
97. Sloth N, Skar M, S Almendarez J, Bähr S, Sosa O, Castro J, Nybo A, Modvig J. Social capital and violence in poor urban areas of Honduras- *ClinicalKey* [Internet]. 2014.

Available from: <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/#!/content/playContent/1-s2.0-S1359178914001098?returnurl=null&referrer=null>

98. Vial A, Junges J, Teresa M, Olinto A, Machado P, Pattussi M. Violência urbana e capital social em uma cidade no Sul do Brasil: um estudo quantitativo e qualitativo. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 28(4); 289–97.

99. Aedo J, Oñate E, Jaime M, Salazar C. Social capital and subjective well-being: A study of the role of participation in social organizations in life satisfaction and happiness in Chilean cities. *Rev Anal Econ* [Internet]. 2020; 35(1):55–74. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-88702020000100055&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-88702020000100055&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

100. Capponi R. Convivencia y Felicidad: La importancia del capital social. ProQuest [Internet]. 2019. Available from: <https://search-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/docview/2325717891/fulltextPDF/C773039699314D52PQ/1?accountid=28692>

101. Rodríguez A, Von Berlepsch V. Social Capital and Individual Happiness in Europe. ProQuest [Internet]. 2014. Available from: <https://search-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/docview/1506709715/fulltextPDF/92CD4B9978374B66PQ/1?accountid=28692>

102. Torres J, Pérez Y. El empoderamiento como resultante de la participación ciudadana [Internet]. 2019. Available from: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/10/empoderamiento-participacion-ciudadana.html>

103. Ramírez C, Martínez L, Calderón L. Capital Social y Empoderamiento en mujeres para disminución de pobreza en Colombia. [Internet]. 2016. Available from: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/290/29049487008/index.html>

104. Hays R. Neighborhood Networks, Social Capital, and Political Participation: The Relationships Revisited. *J Urban Aff* [Internet]. 2015; 37(2):122–43. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1111/juaf.12137>

105. La Due R, Huckfeldt R. Social Capital, Social Networks, and Political Participation. [Internet]. 1998; 19(2): 567-583. Available from: <http://capitalintelectual.egc.ufsc.br/wp-content/uploads/2016/05/0162-895X.00118.pdf>

106. Hooghe M, Stolle D. Generating Social Capital Civil Society and Institutions In Comparative Perspective. [Internet].2003. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Dietlind\\_Stolle/publication/241278179\\_Chapter\\_2\\_The\\_Sources\\_of\\_Social\\_Capital/links/00b4951d5e8e3ca935000000.pdf#page=28](https://www.researchgate.net/profile/Dietlind_Stolle/publication/241278179_Chapter_2_The_Sources_of_Social_Capital/links/00b4951d5e8e3ca935000000.pdf#page=28)
107. Pellicer L, Servidores Públicos: El Trabajo Bien Hecho. [Internet]. 2018. Available from: [https://revistainternacionaltransparencia.org/wp-content/uploads/2018/09/jose\\_luis\\_pellicer.pdf](https://revistainternacionaltransparencia.org/wp-content/uploads/2018/09/jose_luis_pellicer.pdf)
108. Hyldely O, Gutiérrez G, Tovar J. Una aproximación a la construcción del concepto de imagen política a través de la teoría de la atribución. Dialnet [Internet]. 2012. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4691799>
109. Schyns, P., Koop, C. Political Distrust and Social Capital in Europe and the USA. Soc Indic Res 96. [Internet]. 2010; 145–167. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-009-9471-4#citeas>
110. Yu C, Lai CY, Chang Y, Wu C, Chung F. The symptoms, resourcefulness and quality of life in community-based patients with schizophrenia. J Clin Nurs [Internet]. 2019; 28(19–20):3582–9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14953>
111. Genc G. Learned Resourcefulness and Burnout Levels of English Teachers [Internet]. 2016. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/291819727\\_Learned\\_Resourcefulness\\_and\\_Burnout\\_Levels\\_of\\_English\\_Teachers](https://www.researchgate.net/publication/291819727_Learned_Resourcefulness_and_Burnout_Levels_of_English_Teachers)
112. Rapp SR, Shumaker S, Schmidt S, Naughton M, Anderson R. Social resourcefulness: Its relationship to social support and wellbeing among caregivers of dementia victims. Aging Ment Heal [Internet]. 1998; 2(1):40–8. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607869856920>
113. Choi N, Marti C, Bruce L, Hegel T. Depression in Homebound Older Adults: Problem-Solving Therapy and Personal and Social Resourcefulness. Behav Ther. 2013; 44(3):489–500. Available from: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S0005789413000245?via%3Dihub>
114. Bernardino E, Aguirre A, Lilia B, Rocha R, Casique L, Manuel J. Health-promoting lifestyle and assertiveness in university workers. [Internet]. Available from: <https://search->

proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/docview/1903495886?rfr\_id=info%3Axri%  
2Fsid%3Aprimo

115. Mellado M, Pérez E, Árcega A, Soriano M, Arrijoja G. Estilo de vida: Precursor de factores de riesgo cardiovascular en adultos sanos. *Revista Mexicana Enfermería Cardiológica*. 2011; 19(2):56-61. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en112b.pdf>

116. Salamanca E. The lifestyles of people attached to Villavicencio's social programmes working as women's health promoters. [Internet]. 2015. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-37092015000200008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-37092015000200008)

117. Ghaderi A, Tabatabaei S, Nedjat S, Javadi M, Larijani B. Explanatory definition of the concept of spiritual health: A qualitative study in Iran. *J Med Ethics Hist Med* [Internet]. 2018; 11(3). Available from: </pmc/articles/PMC6150917/?report=abstract>

118. Eggleston J. Posttraumatic growth in people living with HIV/AIDS: psychological, spiritual and physical health-related outcomes. [Internet]. 2015. Available from: <https://search-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/docview/1721784444?pq-origsite=primo>

119. Boyacı K, Şensoy F, Beydağ KD, Kıyak M. Stress and Stress Management in Health Institutions. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2014; 152:470–5. Available from: <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S1877042814053002?via%3Dihub>

120. Varvogli L, Darviri C. Stress Management Techniques: evidence-based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal* [Internet]. 2011; 5(2): 74-89. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.851.7680&rep=rep1&type=pdf>

121. Pozo C. El papel de las relaciones interpersonales en la salud y el bienestar [Internet]. 2016. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/323546456\\_EL\\_PAPEL\\_DE\\_LAS\\_RELACIONES\\_INTERPERSONALES\\_EN\\_LA\\_SALUD\\_Y\\_EL\\_BIENESTAR](https://www.researchgate.net/publication/323546456_EL_PAPEL_DE_LAS_RELACIONES_INTERPERSONALES_EN_LA_SALUD_Y_EL_BIENESTAR)

122. Salandy S. The effect of physical activity and nutrition on the stress management, interpersonal relationships, and alcohol consumption of college freshmen. *Health Services Research*. [Internet]. 2011. Available from: <https://search-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/docview/897911457/fulltextPDF/E74FB34A2BF84A49PQ/1?accountid=286>

92

123. Calvo M, Gallo S, Majano M, Hernández J. Efecto del ejercicio físico en la productividad laboral y el bienestar. [Internet]. 2011. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235122167023.pdf>
124. Eun Y, Hee K, Mi J. Factores que influyen en el comportamiento de promoción de la salud entre las enfermeras registradas en los hospitales-Estados de humor, ingenio y percepción de la salud. *Revista de la Academia Coreana de Administración de enfermería*. [Internet]. 2011; 17(2): 198-208.
125. Wang F, Payne F. Resourcefulness, academic stress, dispositional optimism, and eating styles among fifth and sixth graders. [Internet]. 2013. Available from: [https://pdfs.semanticscholar.org/1ded/f606ae79493a54ef319f060b232d3ea844a1.pdf?\\_ga=2.35113633.1684218263.1606178333-1853767837.1606178333](https://pdfs.semanticscholar.org/1ded/f606ae79493a54ef319f060b232d3ea844a1.pdf?_ga=2.35113633.1684218263.1606178333-1853767837.1606178333)
126. Audulv Å, Asplund K, Norbergh K-G. Being creative and resourcefuL Individuals' abilities and possibilities for self-management of chronic illness. [Internet]. 2011. Available from: <http://miun.diva-portal.org/smash/get/diva2:410132/FULLTEXT01.pdf>
127. Boebel V. Resourcefulness Intervention to Promote Self-Management. Frances Payne Bolton School of Nursing [Internet]. 2020. Available from: <https://case.edu/nursing/research/resource-tech> <https://case.edu/nursing/research/resource-tech>
128. Marie H. Learned Resourcefulness and Exercise Behaviour: The Development and Validation of the Exercise Resourcefulness Inventory. Google Libros [Internet]. 2012. Available from: [https://books.google.co.cr/books/about/Learned\\_Resourcefulness\\_and\\_Exercise\\_Beh.html?id=ZEg4xQEACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.co.cr/books/about/Learned_Resourcefulness_and_Exercise_Beh.html?id=ZEg4xQEACAAJ&redir_esc=y)
129. Sandín, B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. [Internet]. 2003; 3(1):141-157. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33730109.pdf>
130. National Academy of Sciences. Does the Built Environment Influence Physical Activity? Examining The Evidence. [Internet]. 2005. Available from: <https://escholarship.org/uc/item/9230505j>
131. Puyol A. ¿Quién es el guardián de nuestra propia salud? Responsabilidad individual y social por la salud. *Revista Española de Salud Pública*. [Internet]. 2014; 88(5). Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272014000500003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000500003)

132. Valenzuela L. La salud, desde una perspectiva integral. [Internet].2016. Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte. Núm. 9. Available from: <http://www.revistasiuacj.edu.uy/index.php/rev1/article/view/103>

133. Wang F, Payne F. REsourcefulness, Academic Stress, Dispositional Optimism, And Eating Styles Among Fifth And Sixth Graders. [Internet]. 2013. Available from:<https://search-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/docview/2430627435?pq-origsite=primo>

134. Wang S, Yu Lai C, Chang Y, Huang C, Zauszniewski J, Yu C. The relationships among work stress, resourcefulness, and depression level in psychiatric nurses. Arch Psychiatr Nurs. [Internet].2015; 29(1):64-70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25634877/>

## Anexos

### Anexo 1

Lista de Departamentos en la Municipalidad de Cartago.

**Tabla 1. Área Administrativa**

<b>Departamento</b>	<b>Cantidad de personas</b>
1. Actualización de Datos	4
2. Alcaldía	9
3. Archivo central	4
4. Área Administración Financiera	9
5. Área cultural y comunicación	9
6. Área de Informática	9
7. Área de planeamiento	4
8. Área jurídica	1
9. Área social	4
10. Área Tributaria	4
11. Auditoría	6
12. Biblioteca Virtual	1
13. Bienes Inmuebles	4

14. Cobro Administrativo	12
15. Comercial	13
16. Contabilidad	4
17. Control interno	4
18. Dirección de urbanismo	17
19. Fiscalización	3
20. Gestión atención al ciudadano	2
21. Mitigación de Desastres	1
22. Museo	3
23. Oficina de género	4
24. Oficina de empleo	1
25. Patentes y tarifas	12
26. Planificación urbana	6
27. Plataforma de servicios	3
28. Proveeduría	11
29. Recursos humanos	7
30. Régimen de confianza	3
31. Salud ocupacional	1
32. Secretaría General	7

33. Tesorería	7
34. Unidad GIS	13
35. Unidad resolutora	1
36. Unidad TEC.GEST. VIAL	3
37. Valoración	9
38. Vice alcaldía	1
Total de personas	216

Fuente: Elaboración propia con datos suministrados de la Casa Municipal de la Salud

**Tabla 2. Área Operativa**

<b>Departamento</b>	<b>Cantidad de Personas</b>
1. Alcantarillado sanitario	29
2. Almacén	5
3. Área de acueductos	58
4. Área de operaciones	5
5. Área Seguridad ciudadana y policía municipal	76
6. Aseo de Vías y sitios públicos	38
7. Caminos y calles	36
8. Estacionómetros	11
9. Mercado Plazas y Ferias	11
10. Parques y obras de ornato	9
11. Recolección de basura	59
12. Servicios Generales	24
13. Taller mecánico	4
14. Transportes	6
15. Unidad técnica ambiental	16
Total de personas	387

Fuente: Elaboración propia con datos suministrados de la Casa Municipal de la Salud

## Anexo 2

### Información Sociodemográfica

#### Instrumento de Recolección de Datos Sociodemográficos

##### *Instrucciones:*

A continuación, se le presenta una serie de ítems de información general. Llene por favor cada ítem con la información solicitada, o marque con una X según corresponda.

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo: F: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
3. ¿Qué puesto desempeña usted en este momento en la Municipalidad de Cartago?  
\_\_\_\_\_

4. ¿En cuál departamento se encuentra trabajando actualmente?

Área Operativa: \_\_\_\_\_ Área Administrativa: \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

- \_\_\_\_\_ Primaria completa
- \_\_\_\_\_ Primaria incompleta
- \_\_\_\_\_ Secundaria completa
- \_\_\_\_\_ Secundaria incompleta
- \_\_\_\_\_ Educación técnica incompleta
- \_\_\_\_\_ Educación técnica incompleta
- \_\_\_\_\_ Universidad completa
- \_\_\_\_\_ Universidad incompleta
- \_\_\_\_\_ Estudios Universitarios de Posgrado (Maestría o Doctorado) Incompletos

\_\_\_\_\_ Estudios Universitarios de Posgrado (Maestría o Doctorado) Completos

6. ¿Cuál es su estado civil?

\_\_\_\_\_ Casado

\_\_\_\_\_ Soltero

\_\_\_\_\_ Unión libre

\_\_\_\_\_ Viudo

\_\_\_\_\_ Divorciado

### Anexo 3

## Cuestionario integrado para la medición de capital social (SC-IQ).

### *Instrucciones:*

- a) Lea cuidadosamente cada uno de los ítems y responda marcando con una X solo una de las opciones de respuesta.

### **I DIMENSIÓN: GRUPOS**

1. ¿Diga la cantidad de amigos muy cercanos que tiene en estos días? Cuando con estas personas se siente a gusto, con las que puede hablar de asuntos privados, o a las que puede pedir ayuda.
  - a) Ninguna
  - b) Una o dos personas
  - c) Tres o cuatro personas
  - d) Cinco o más personas
  
2. Si de repente necesitara una pequeña cantidad de dinero equivalente al sueldo de una semana, ¿a cuántas personas más allá de su grupo familiar inmediato podría recurrir y estarían dispuestas a darle este dinero?
  - a) Ninguna
  - b) Una o dos personas
  - c) Tres o cuatro personas
  - d) Cinco o más personas
  
3. Si usted puede recurrir a alguien que le apoye económicamente. Estas personas comparadas con usted tienen un estatus económico:
  - a) Similar
  - b) Más alto
  - c) Más bajo
  
4. Si repentinamente tuviera que salir por uno o dos días de la ciudad ¿Podría contar con alguno de sus vecinos para que le cuidaran a sus hijos, mascotas o a algún familiar?
  - a) Definitivamente
  - b) Probablemente
  - c) Probablemente no

- d) Definitivamente no
5. Si se enfrenta de repente a una emergencia que le demanda dinero a largo plazo, como la pérdida de la persona que es el sostén de la familia o por la pérdida de empleo, ¿cuántas personas que no pertenezcan a su familia estarían dispuestas a ayudarlo?
- a) Ninguna
  - b) Una o dos personas
  - c) Tres o cuatro personas
  - d) Cinco o más personas
6. ¿En los últimos doce meses cuántas personas con problemas personales han acudido a usted por ayuda?
- a) Ninguna
  - b) Una o dos personas
  - c) Tres o cuatro personas
  - d) Cinco o más personas
7. Si le han pedido ayuda. La mayoría de estas personas comparadas con usted tienen un estatus económico:
- a) Similar
  - b) Más alto
  - c) Más bajo
8. En general, ¿diría que la mayoría de la gente es confiable, o que hay que ser cuidadoso en el trato con otras personas?
- a) Se puede ser confiado.
  - b) Se debe ser cuidadoso.

Estas afirmaciones lo describen a usted, según la siguiente escala: Que tan de acuerdo o desacuerdo está con los siguientes enunciados:

<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

9. Se puede confiar en la mayoría de las personas que viven en mi vecindario / colonia.	1	2	3	4	5
10. En mi vecindario/colonia, uno siempre debe estar alerta de que nadie se aproveche de uno mismo.	1	2	3	4	5
11. La mayoría de las personas en mi vecindario/colonia están dispuestas a ayudar si se necesita.	1	2	3	4	5
12. En el vecindario/colonia la gente generalmente no confía entre sí, ni en cuestión de pedir o prestar dinero.	1	2	3	4	5

Se le presentan una serie de enunciados referentes a ¿cuánto confía en diferentes tipos de personas?, indique en qué grado está de acuerdo con que estas afirmaciones lo describen a usted, según la siguiente escala: 1 a 5:

Un grado muy pequeño	En pequeño grado	Ninguna medida ni pequeño ni grande	En gran medida	En un grado muy grande	
1	2	3	4	5	
13. La gente de su colonia/grupo / raza / casta / tribu étnica o lingüística.	1	2	3	4	5
14. Encargados de tiendas.	1	2	3	4	5
15. Instituciones gubernamentales.	1	2	3	4	5
16. Centros oficiales de gobierno.	1	2	3	4	5
17. Policía.	1	2	3	4	5
18. Maestros.	1	2	3	4	5
19. Enfermeras y doctores.	1	2	3	4	5
20. Extraños.	1	2	3	4	5

b) Marque con X la opción que considere que corresponda a su forma de pensar y complete la respuesta cuando sea necesario

21. ¿Cree que, en los últimos cinco años, el grado de confianza en su vecindario / colonia ha mejorado, empeorado, o es el mismo?

- a) Mejorado
- b) Empeorado
- c) Mantenido

22. ¿Qué tanto la gente de su localidad/colonia ayuda a los demás en los últimos días?

- a) Siempre ayuda
- b) Ayuda la mayoría del tiempo
- c) Ayuda algunas veces
- d) Rara vez ayuda
- e) Nunca ayuda

23. Si un proyecto de la comunidad no le beneficiará directamente, pero tuviera beneficios para muchas otras personas en su comunidad / colonia, ¿de qué forma podría usted contribuir en el proyecto?

- a) Tiempo
- b) Dinero
- c) Tiempo y dinero
- d) Ninguno de las anteriores

**II DIMENSIÓN: ACCIONES COLECTIVAS Y COOPERACIÓN**

24. En los últimos doce meses ¿ha trabajado con otros en su vecindario / colonia con algún beneficio para su comunidad?

- a) Sí
- b) No (pase a la pregunta 29)

**¿Cuáles fueron las tres principales actividades de este tipo en los últimos doce meses? ¿La participación en estas voluntaria o necesaria?**

	<b>Voluntaria</b>	<b>Necesaria</b>
25.		
26.		
27.		

28. En los últimos doce meses, cuantos días, usted o cualquier otra persona en su hogar a participado en actividades comunitarias: \_\_\_\_\_
29. ¿Le gustaría que las personas que no participan en actividades comunitarias sean criticadas o sancionadas?
- a) Me gustaría mucho
  - b) Me gustaría algo
  - c) Ni mucho ni poco
  - d) Muy poco
  - e) No me gustaría
30. ¿Qué porcentaje de personas en su vecindario / colonia contribuyen con tiempo o dinero a los objetivos de desarrollo común, tales como (RURAL: la construcción de un tope o la reparación de una carretera; URBANA: reparación de una fuga de agua o el mantenimiento de un centro comunitario)?
- a) Todos
  - b) Más de la mitad
  - c) La mitad
  - d) Menos de la mitad
  - e) Nadie
31. Si hubiese un problema de suministro de agua en su comunidad, ¿qué probabilidades hay de que las personas cooperen para tratar de resolver el problema?
- a) Es muy probable
  - b) Algo probable
  - c) Ni muchas ni pocas
  - d) Algo poco probable
  - e) Muy poco probable
32. Supongamos que algo desafortunado le pasó a alguien en su colonia / vecindario, como una enfermedad grave o la muerte de un padre. ¿Qué tan probable es que algunas personas de su comunidad se reúnan para ayudarlo?
- a) Es muy probable
  - b) Algo probable
  - c) Ni muchas ni pocas
  - d) Algo poco probable

e) Muy poco probable

33. ¿Qué tan fuerte es el sentimiento de unión o la cercanía en su vecindario / colonia?

- a) Muy distante
- b) Algo distante
- c) Ni distante ni cerca
- d) Algo cerca
- e) Muy cerca

### III DIMENSIÓN: COHESIÓN SOCIAL E INCLUSIÓN

34. A menudo hay diferencias en las características de las personas que viven en mí misma colonia / barrio. Por ejemplo, las diferencias de riqueza, ingresos, condición social, origen étnico, raza, casta o tribu. También puede haber diferencias en las creencias religiosas o políticas, o puede haber diferencias debido a la edad o el sexo. ¿En qué medida esas diferencias caracterizan su vecindario / colonia?

- a) Alto grado
- b) En gran medida
- c) Ni en gran o pequeño grado
- d) En pequeña parte
- e) En muy pequeña parte

35. ¿Cree usted que las diferencias de las personas causan problemas?

- a) Sí
- b) No (pase a la pregunta 37)

36. ¿Señale las diferencias número uno y la dos que más a menudo causan problemas? Asigne el número

- a) Las diferencias en la educación
- b) Las diferencias en la tenencia de la tierra
- c) Las diferencias de riqueza por posesiones materiales.
- d) Las diferencias de estatus social.
- e) Las diferencias entre hombres y mujeres.
- f) Las diferencias entre las generaciones más jóvenes y mayores.
- g) Diferencias con/entre los residentes recientes.
- h) Las diferencias en las afiliaciones de los partidos políticos
- i) Las diferencias en las creencias religiosas

- j) Las diferencias en el origen étnico/raza/casta/tribu
- k) Otras diferencias. Especifíquelas: \_\_\_\_\_

37. ¿Los problemas que ha enfrentado su vecindario/colonia los ha llevado a la violencia?

- a) Sí
- b) No

38. ¿Hay grupos de personas en su vecindario / colonia que se les impida o no tener acceso a cualquiera de los servicios esenciales, como escuelas, servicios de salud, justicia, agua y transporte?

- a) Si
- b) No

39. ¿Aproximadamente cuántas personas están excluidas en su vecindario / colonia?

- a) Solo unas pocas personas
- b) Mucha gente, menos de la mitad del vecindario.
- c) Más de la mitad del vecindario

40. ¿Hay alguna actividad de su comunidad en la que no se permite que participen todos los integrantes de su vecindario/colonia?

- a) Sí
- b) No (si elige esta opción pase a la pregunta 44)

Escriba tres actividades en las que no se les permita participar a todos los integrantes de su vecindario/colonia, con las razones que se argumentan

Diferencias	Razones
41.	
42.	
43.	

44. Si usted no ha participado por propia decisión, señale dos razones, asigne la que está en primer término con el número 1 y con el número 2 a la que se encuentra en segundo término:

Pobreza

Ocupación  
La falta de educación  
Género  
Edad  
Religión  
La afiliación política  
Etnia o lengua hablada/raza/casta/tribu  
Otra (especifique): \_\_\_\_\_ Tiempo \_\_\_\_\_

#### **IV DIMENSIÓN: SOCIABILIDAD**

Ahora se van a hacer algunas preguntas acerca de sus interacciones sociales cotidianas

45. En el último mes ¿cuántas veces se ha reunido con otras personas no familiares en un lugar público, ya sea para hablar, para comer o beber algo? \_\_\_\_\_
46. En el último mes ¿cuántas personas no familiares han visitado su hogar? \_\_\_\_\_
47. En el último mes ¿cuántas veces ha ido a visitar a otras personas no familiares a su hogar?  
\_\_\_\_\_
48. En los últimos tres meses ¿cuántas veces se ha reunido con personas para jugar, hacer deporte, u otras actividades recreativas? \_\_\_\_\_
49. ¿Cuántas veces en los últimos doce meses ha participado en una fiesta: familiar / de la localidad / barrio / ceremonia (boda, funeral, fiesta religiosa, etcétera.)? -  
\_\_\_\_\_

#### **V DIMENSIÓN: CONFLICTOS Y VIOLENCIA**

50. En su opinión, su vecindario / colonia se puede calificar como:
- a) Muy tranquilo
  - b) Moderadamente pacífico
  - c) Ni pacífico ni violento
  - d) Moderadamente violento
  - e) Muy violento
51. En comparación con la situación actual, hace cinco años la violencia en su vecindario / colonia, se puede calificar que ha:
- a) Aumentó mucho

- b) Aumentó un poco
- c) Se ha mantenido
- d) Disminuyó un poco
- e) Disminuyó mucho

52. En general, cuando me encuentro solo en mi casa me siento:

- a) Muy seguro
- b) Moderadamente seguro
- c) Ni seguro ni inseguro
- d) Inseguro
- e) Muy inseguro

53. ¿Qué tan seguro se siente al caminar solo por su calle durante la noche?

- a) Muy seguro
- b) Moderadamente seguro
- c) Ni seguro ni inseguro
- d) Inseguro
- e) Muy inseguro

54. En los últimos doce meses, ¿usted o alguien en su hogar ha sido víctima de violencia, tales como asalto o atraco?

- a) Sí
- b) No (si eligió esta opción pase a la pregunta 56)

55. ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

56. En los últimos doce meses ¿ha sufrido robo en su casa o vandalismo?

- a) Sí
- b) No (si eligió esta opción pase a la pregunta 58)

57. ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

## **VI DIMENSIÓN: EMPODERAMIENTO Y ACCIONES POLÍTICAS**

58. En general se considera una persona:

- a) Muy feliz
- b) Moderadamente feliz
- c) Ni feliz ni infeliz
- d) Moderadamente infeliz
- e) Muy infeliz

59. ¿Cuánto control siente que tiene en la toma de decisiones que afectan sus actividades diarias?

- a) No tengo control
- b) Lo ejerzo sobre muy pocas decisiones
- c) Sobre algunas decisiones
- d) Lo tengo sobre la mayoría de las decisiones
- e) Lo tengo sobre todas las decisiones

60. ¿Siente que tiene el poder para tomar decisiones importantes que cambien el curso de su vida?

- a) Totalmente incapaz
- b) Muy incapaz
- c) Ni capaz ni incapaz
- d) Muy capaz
- e) Totalmente capaz

61. En general, ¿qué impacto piensa que tiene la creación de una mejora en su vecindario?

- a) Un gran impacto
- b) Un pequeño impacto
- c) Sin impacto

62. En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia las personas en su vecindario colonia se han unido para presentar una petición en conjunto a funcionarios gubernamentales o a los líderes políticos para lograr un beneficio de la comunidad?

- a) Nunca
- b) Una vez
- c) Algunas veces
- d) Muchas veces

63. ¿Las peticiones que la comunidad hace a funcionarios gubernamentales han tenido éxito?

- a) Sí, lo tuvieron
- b) La mayoría
- c) La mayoría no
- d) Ninguna

<b>En los últimos doce meses ¿ha hecho algo de lo siguiente?</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
64. Asistir a una reunión de la colonia / junta vecinal, audiencia pública, o a un grupo de discusión pública.		
65. Se reunió con un político.		
66. Participó en una protesta o manifestación.		
67. Participó en una campaña de información o elección.		
68. Alertó al periódico, la radio o a la televisión sobre un problema local.		
69. Notificó a la policía o los tribunales de un problema local.		
70. ¿Votó usted en las últimas elecciones locales?		
71. ¿Votó en las últimas elecciones estatales / nacionales /presidenciales?		

72. ¿En qué medida el gobierno local y los líderes locales tienen en cuenta las preocupaciones expresadas por usted y la gente como usted cuando se toman decisiones que lo involucran?

- a) Mucho
- b) Un poco
- c) No, es absoluto

En su opinión, qué tan honestos son los funcionarios y el personal de los siguientes organismos:

<b>Muy deshonesto</b>	<b>Mayormente deshonesto</b>	<b>Ni honesto ni deshonesto</b>	<b>Mayormente honesto</b>	<b>Muy honesto</b>	<b>No aplica en la colonia</b>					
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>					
73. Funcionarios del gobierno local.					1	2	3	4	5	6

74. Líderes tradicionales del pueblo.	1	2	3	4	5	6
75. Doctores y enfermeras en la clínica de salud.	1	2	3	4	5	6
76. Maestros y escuelas oficiales.	1	2	3	4	5	6
77. Miembros de la oficina de correos.	1	2	3	4	5	6
78. Policía.	1	2	3	4	5	6
79. Juez y miembros de la corte.	1	2	3	4	5	6
80. Miembros de negocios.	1	2	3	4	5	6

81. De manera general, considera que la honestidad del gobierno local ha sido...

- a) Mejorada
- b) Deteriorada
- c) Mantenido igual

82. En los últimos doce meses, ¿su hogar tiene que pagar algo de dinero adicional a los funcionarios del gobierno para hacer las cosas?

- a) Sí, a menudo
- b) Sí, de vez en cuando
- c) No (si contestó no, omita dar respuesta a la siguiente información)

83. ¿Los pagos realizados adicionalmente a los funcionarios para conseguir un servicio esperado o resolver un problema han sido eficaces?

- a) Sí, por lo general.
- b) Sí, pero solo de vez en cuando.
- c) Por lo general no

## Anexo 4

### Escala de Ingenio

Traducción: Dra. Ana Laura Solano López

Método: Traducción-retraducción

**Instrucciones:** Por cada uno de los siguientes enunciados que le voy a leer, dígame qué tan característico o descriptivo de usted es cada uno de los siguientes ítems. Escoja una de las siguientes respuestas por cada ítem.

5= Muchísimo como yo

4= Mucho como yo

3= Un poco como yo

2= Un poco no como yo

1= Muy poco como yo

0= Para nada como yo

1. Cuando hago un trabajo aburrido, pienso acerca de las partes menos aburridas del trabajo y la recompensa que recibiré una vez que termine.

5 4 3 2 1 0

2. Cuando tengo algo que hacer que me provoca ansiedad, trato de visualizar cómo voy a superar mi ansiedad mientras lo hago.

5 4 3 2 1 0

3. Al cambiar la forma de pensar a veces puedo cambiar mis sentimientos acerca de casi todo.

5 4 3 2 1 0

4. Cuando me siento triste, me ayuda hablar con otras personas.

5 4 3 2 1 0

5. Cuando me cuesta tomar una decisión, le pido a alguien que me ayuda a pensar las cosas.

5 4 3 2 1 0

6. Cuando me estoy sintiendo deprimido, trato de pensar acerca de eventos placenteros.

5 4 3 2 1 0

7. Cuando enfrento un problema difícil, trato de llegarle a la solución en una forma sistemática.

5 4 3 2 1 0

8. Cuando siento dolor o malestar, voy al médico, enfermera o profesional de salud.

5 4 3 2 1 0

9. Cuando un pensamiento desagradable me molesta, trato de pensar en algo agradable.

5 4 3 2 1 0

10. Cuando me siento confundido, dependo de otras personas para que me ayuden.

5 4 3 2 1 0

11. Cuando estoy deprimido, me mantengo ocupado con cosas que me gustan.

5 4 3 2 1 0

12. Hago lo que otros me dicen en relación con mi salud.

5 4 3 2 1 0

13. Cuando encuentro difícil ponerme a hacer algún trabajo, yo busco maneras que me ayuden a hacerlo.

5 4 3 2 1 0

14. Cuando tengo muchas cosas que hacer, busco a otras personas para que me ayuden a hacerlas.

5 4 3 2 1 0

15. Para superar los malos sentimientos que acompañan el fracaso, usualmente me digo a mí mismo que esto no es catastrófico y que yo puedo hacer algo al respecto.

5 4 3 2 1 0

16. Cuando siento que soy muy impulsivo, me digo a mí mismo “pare y piense antes de hacer algo”.

5 4 3 2 1 0

17. Aun cuando estoy muy enojado con alguien, considero mis acciones muy cuidadosamente.

5 4 3 2 1 0

18. Cuando necesito tomar una decisión, usualmente encuentro todas las posibles alternativas en lugar de decidir rápida y espontáneamente.

5 4 3 2 1 0

19. Si no tuviera suficiente dinero para pagar mis cuentas, le pediría dinero prestado a alguien más.

5 4 3 2 1 0

20. Cuando estoy enojado, puedo hablar con otros para sacar mis sentimientos.

5 4 3 2 1 0

21. Cuando me doy cuenta de que voy a llegar inevitablemente tarde a una reunión, me digo a mí mismo que debo mantener la calma.

5 4 3 2 1 0

22. Cuando me enfrento con muchas cosas por hacer, usualmente planeo mi trabajo.

5 4 3 2 1 0

23. Cuando no tengo suficiente dinero, registro mis gastos para presupuestar más cuidadosamente en el futuro.

5 4 3 2 1 0

24. Cuando me enfrento a una situación en la que no he estado antes, busco a alguien que si ha estado en esa situación.

5 4 3 2 1 0

25. Cuando tengo que hacer algo que no me gusta, le pregunto a otras personas como es que ellos lo hacen.

5 4 3 2 1 0

26. Si necesitara ir a algún lugar, le pediría a alguien que me lleve.

5 4 3 2 1 0

27. Cuando mi energía es baja, estar con otras personas me da más energía.

5 4 3 2 1 0

28. Si encuentro difícil concentrarme en una tarea, la divido en segmentos más pequeños.

5 4 3 2 1 0

## Anexo 5

### Carta autorización para traducción al idioma español del instrumento



CASE WESTERN RESERVE  
UNIVERSITY

FRANCES PAYNE BOLTON SCHOOL OF NURSING

aclene A. Zauszniewski, Ph.D., RN-BC, FAAN  
Kate Hanna Harvey Professor in  
Community Health Nursing  
Case Western Reserve University  
10900 Euclid Avenue  
Cleveland, Ohio 44106-4904  
Phone 216-368-3612  
Fax 216-368-3542  
E-mail jaz@case.edu

November 8, 2019

Ana Laura Solano López, PhD, Licda.  
Enfermera  
Universidad de Costa Rica  
Dear Dr. Solano Lopez,

Thank you for your interest in translating the Resourcefulness Scale (RS) into the Spanish language and validating it for use with the Latino/Hispanic population in general and for exploring resourcefulness in Costa Rican workers. As the developer and owner of the copyright for this scale, I give you my permission to translate the RS. However, please be aware that I cannot assure that previously reported reliability and validity estimates with the English version of the RS will be the same with this translated version.

Attached with this letter, I am providing to you a copy of the instrument, scoring guide, and references for publications describing the theory on which it is based and its reliability and validity. I ask that you not alter the items, scaling, or scoring of the RS without notification and request for further permission.

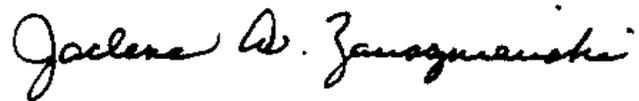
I would encourage you to pursue psychometric testing of the reliability and validity of this translated RS measure and I am available to collaborate with you in publishing those findings and in regard to future use of the scale, interpretation of its scoring, and any analyses of aggregated data obtained from your use of the scale.

Please also note that in the future, after the psychometric findings are published, it is possible that other researchers may contact you to use this translated version of the RS. If that should happen, please direct the individuals to me first in order to obtain

permission from me to use the scale. Then, my letter to them will direct them to you to obtain your permission and a copy of the translated scale.

I wish you success in your use of the RS in your research. Please keep me informed on how it is working. I am available to you for consultation as needed.

Best regards,

A handwritten signature in black ink that reads "Jaclene A. Zauszniewski". The signature is written in a cursive style with a prominent initial 'J'.

Jaclene A. Zauszniewski, PhD, RN-BC, FAAN  
Kate Hanna Harvey Professor in Community Health Nursing  
Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University

## Anexo 6

### Perfil de Estilo de Estilo de Vida Promotor de la Salud II

INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos personales al presente. Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración. Indique la frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta o costumbre, haciendo un círculo alrededor de la respuesta correcta:

**N = nunca, A = algunas veces, M = frecuentemente, o R = rutinariamente**

	nunca	algunas veces	frecuentemente	rutinariamente
1. Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.	N	A	M	R
2. Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.	N	A	M	R
3. Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma inusual.	N	A	M	R
4. Sigo un programa de ejercicios planificados.	N	A	M	R
5. Duermo lo suficiente.	N	A	M	R
6. Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.	N	A	M	R
7. Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.	N	A	M	R
8. Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).	N	A	M	R
9. Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.	N	A	M	R
10. Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora).	N	A	M	R
11. Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.	N	A	M	R
12. Creo que mi vida tiene propósito.	N	A	M	R
13. Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.	N	A	M	R
14. Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.	N	A	M	R
15. Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.	N	A	M	R
16. Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos) 5 o más veces a la semana	N	A	M	R
17. Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	N	A	M	R
18. Miro adelante hacia el futuro.	N	A	M	R
19. Paso tiempo con amigos íntimos.	N	A	M	R
20. Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.	N	A	M	R
21. Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.	N	A	M	R
22. Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).	N	A	M	R

nun  
a  
alg  
nas  
frec  
ent  
rutir  
riar

23. Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.	N	A	M	R
24. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).	N	A	M	R
25. Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.	N	A	M	R
26. Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.	N	A	M	R
27. Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.	N	A	M	R
28. Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.	N	A	M	R
29. Uso métodos específicos para controlar mi tensión.	N	A	M	R
30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.	N	A	M	R
31. Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan.	N	A	M	R
32. Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.	N	A	M	R
33. Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas	N	A	M	R
34. Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y caminar).	N	A	M	R
35. Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.	N	A	M	R
36. Encuentro cada día interesante y retador (estimulante).	N	A	M	R
37. Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.	N	A	M	R
38. Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos y nueces todos los días.	N	A	M	R
39. Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mi misma (o).	N	A	M	R
40. Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.	N	A	M	R
41. Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.	N	A	M	R
42. Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.	N	A	M	R
43. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.	N	A	M	R
44. Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.	N	A	M	R
45. Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.	N	A	M	R
46. Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.	N	A	M	R
47. Mantengo un balance para prevenir el cansancio.	N	A	M	R
48. Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo.	N	A	M	R
49. Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.	N	A	M	R
50. Como desayuno.	N	A	M	R
51. Busco orientación o consejo cuando es necesario.	N	A	M	R
52. Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.	N	A	M	R

© S.N. Walker, K. Sechrist, N. Pender, 1995.

## Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA



VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN  
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfonos:(506) 2511-4201    Telefax: (506) 2224-9367



### FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación, Encuesta)

#### **Factores protectores del contexto y los comportamientos de autogestión en la población trabajadora de la Municipalidad de Cartago**

Nombre de la Investigadora Principal: Dra. Ana Laura Solano.

**A.PROPÓSITO DEL PROYECTO:** El presente trabajo final de graduación busca analizar factores protectores de la salud y comportamientos que permiten tener un estilo de vida saludable en la población trabajadora de la Municipalidad de Cartago. Este será llevado a cabo por estudiantes de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

**B.¿QUÉ SE HARÁ?:** Su participación consiste en completar cuatro cuestionarios. Al aceptar participar en este estudio usted acepta completar dichos cuestionarios y ser lo más sincero posible con sus respuestas. Sus respuestas serán utilizadas por las investigadoras y de manera anónima por la Casa Municipal de Salud.

**C.RIESGOS:** Durante su participación en la investigación podrá sentir incomodidad o preocupación al completar las preguntas de los diferentes cuestionarios. Puede existir temor de que dichos datos sean utilizados por la Municipalidad de Cartago en su contra o que le pueda causar algún perjuicio en su trabajo, sin embargo, la institución tendrá los datos de una manera en la cual no se pueda identificar a quienes pertenecen.

**D.BENEFICIOS:** Como beneficio directo podrá tener el espacio para reflexionar acerca de temas relacionados con la salud y participación social. Como beneficio indirecto los resultados de esta investigación podrán ser utilizados como base científica diagnóstica para el desarrollo de políticas de promoción de la salud no solamente para la población trabajadora de la municipalidad sino también para los habitantes de la provincia de Cartago.

**E.VOLUNTARIEDAD:** La participación en esta investigación es voluntaria y usted puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin perder los beneficios a los cuales tiene derecho, ni a ser castigado de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

**F.CONFIDENCIALIDAD:** Se garantiza el estricto manejo y confidencialidad de la información. Se hará un manejo confidencial de los resultados cuando sean publicados y se podrá hacer uso futuro de los resultados manteniendo el anonimato de los participantes.

**G.INFORMACIÓN:** Si quisiera más información, puede contactarse con Kimberly Gómez Garita al teléfono 86172893 o a Allison Torres Vargas al teléfono 88879279 en el horario de lunes a viernes de 2pm a 5pm. Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfonos 2257-7821 extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

**H.**Usted no perderá ningún derecho por autorizar su participación en este estudio.

## CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de aceptarla. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Según todo lo anterior ¿está de acuerdo en participar en el estudio?

Sí( )

No ( )

## Anexo 8

### Tablas resultados Cuestionario Capital Social

1. Cantidad de amigos muy cercanos	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Ninguna</i>	4	4,7
<i>Una o dos personas</i>	18	21,2
<i>Tres o cuatro personas</i>	23	27,1
<i>Cinco o más personas</i>	40	47,1
<i>Total</i>	85	100

2. Cantidad de personas a quien recurrir por dinero	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Ninguna</i>	19	22,4
<i>Una o dos personas</i>	41	48,2
<i>Tres o cuatro personas</i>	15	17,6
<i>Cinco o más personas</i>	10	11,8
<i>Total</i>	85	100

3. Estatus económico de quienes lo apoyan económicamente	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Similar</i>	42	49,4
<i>Más alto</i>	34	40,0
<i>Más bajo</i>	9	10,6
<i>Total</i>	85	100

4. Probabilidad de contar con vecinos al salir de la ciudad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Definitivamente</i>	45	52,9
<i>Probablemente</i>	18	21,2
<i>Probablemente no</i>	9	10,6
<i>Definitivamente no</i>	13	15,3
<i>Total</i>	85	100

5. Cantidad de personas dispuestas a ayudar frente a una emergencia de dinero	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Ninguna</i>	20	23,5
<i>Una o dos personas</i>	46	54,1
<i>Tres o cuatro personas</i>	14	16,5
<i>Cinco o más personas</i>	5	5,9
<i>Total</i>	85	100

6. Cantidad de personas que acuden por ayuda con problemas personales	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Ninguna</i>	18	21,2
<i>Una o dos personas</i>	39	45,9
<i>Tres o cuatro personas</i>	14	16,5
<i>Cinco o más personas</i>	14	16,5
<i>Total</i>	85	100

8. Percepción confianza en general	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Se puede ser confiado</i>	9	10,6
<i>Se debe ser cuidadoso</i>	76	89,4

9. Grado de acuerdo o desacuerdo con la confianza en los vecinos

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Muy de acuerdo</b>	3	3,5
<b>De acuerdo</b>	23	27,1
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	32	37,6
<b>En desacuerdo</b>	23	27,1
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	4	4,7
<b>Total</b>	85	100

7. Estatus económico personas quienes  
 11. Grado de acuerdo o desacuerdo con el hecho de la disposición de vecinos para **Similar**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Muy de acuerdo</b>	45	47,6
<b>De acuerdo</b>	30	35,3
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	8	9,5
<b>En desacuerdo</b>	9	10,6
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	4	4,7
<b>Total</b>	85	100

13. Grado de confianza con la gente de la colonia/grupo/raza/casta

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Un grado muy pequeño</b>	7	8,2
<b>En pequeño grado</b>	33	38,8
<b>Ninguna medida ni pequeña ni grande</b>	24	28,2
<b>En gran medida</b>	18	21,2
<b>En un grado muy grande</b>	3	3,5
<b>Total</b>	85	100

10. Grado de acuerdo o desacuerdo con el hecho de estar alerta que nadie se aproveche de usted

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Muy de acuerdo</b>	16	18,8
<b>De acuerdo</b>	26	30,6
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	17	20,0
<b>En desacuerdo</b>	20	23,5
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	6	7,1
<b>Total</b>	85	100

12. Grado de acuerdo o desacuerdo con el hecho de la confianza para prestar o pedir dinero

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Muy de acuerdo</b>	9	10,6
<b>De acuerdo</b>	28	32,9
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	27	31,8
<b>En desacuerdo</b>	19	22,4
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	2	2,4
<b>Total</b>	85	100

14. Grado de confianza con los encargados de tiendas

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Un grado muy pequeño</b>	13	15,3
<b>En pequeño grado</b>	33	38,8
<b>Ninguna medida ni pequeña ni grande</b>	26	30,6
<b>En gran medida</b>	12	14,1
<b>En un grado muy grande</b>	1	1,2
<b>Total</b>	85	100

15. Grado de confianza en instituciones gubernamentales

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Un grado muy pequeño</i>	10	11,8
<i>En pequeño grado</i>	24	28,2
<i>Ninguna medida ni pequeña ni grande</i>	27	31,8
<i>En gran medida</i>	22	25,9
<i>En un grado muy grande</i>	2	2,4
<i>Total</i>	85	100

17. Grado de confianza en la policía

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Un grado muy pequeño</i>	8	9,4
<i>En pequeño grado</i>	20	23,5
<i>Ninguna medida ni pequeña ni grande</i>	18	21,2
<i>En gran medida</i>	36	42,4
<i>En un grado muy grande</i>	3	3,5
<i>Total</i>	85	100

19. Grado de confianza en enfermeras y doctores

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Un grado muy pequeño</i>	2	2,4
<i>En pequeño grado</i>	7	8,2
<i>Ninguna medida ni pequeña ni grande</i>	11	12,9
<i>En gran medida</i>	44	51,8
<i>En un grado muy grande</i>	21	24,7
<i>Total</i>	85	100

16. Grado de confianza en centros oficiales de gobierno

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Un grado muy pequeño</i>	10	11,8
<i>En pequeño grado</i>	24	28,2
<i>Ninguna medida ni pequeña ni grande</i>	27	31,8
<i>En gran medida</i>	22	25,9
<i>En un grado muy grande</i>	2	2,4
<i>Total</i>	85	100

18. Grado de confianza en los maestros

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Un grado muy pequeño</i>	3	3,5
<i>En pequeño grado</i>	11	12,9
<i>Ninguna medida ni pequeña ni grande</i>	17	20,0
<i>En gran medida</i>	41	48,2

20. Grado de confianza en extraños

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Un grado muy pequeño</i>	61	71,8
<i>En pequeño grado</i>	19	22,4
<i>Ninguna medida ni pequeña ni grande</i>	5	5,9
<i>En gran medida</i>	0	0
<i>En un grado muy grande</i>	0	0
<i>Total</i>	85	100

21. Nivel de confianza en el barrio en los últimos cinco años	Frecuencia(n)	Porcentaje (%)	22. Grado de ayuda en el barrio en los últimos días	Frecuencia(n)	Porcentaje (%)
<b>Mejorado</b>	25	29,4	<b>Siempre ayuda</b>	19	22,4
<b>Empeorado</b>	21	24,7	<b>Ayuda la mayoría del tiempo</b>	18	21,2
<b>Mantenido</b>	39	45,9	<b>Ayuda algunas veces</b>	21	24,7
<b>Total</b>	85	100	<b>Rara vez ayuda</b>	23	27,1
			<b>Nunca ayuda</b>	3	3,5
			<b>Total</b>	84	98,9

23. Forma de contribución con un proyecto comunitario	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	24. Participación en los últimos doce meses con el vecindario en proyectos de beneficio para comunidad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Tiempo</b>	34	40,0	<b>Sí</b>	28	32,9
<b>Dinero</b>	10	11,8	<b>No</b>	57	67,1
<b>Tiempo y dinero</b>	34	40,00	<b>Total</b>	85	100
<b>Ninguno de los anteriores</b>	7	8,2			
<b>Total</b>	85	100			

25-26-27. Principales actividades en proyectos de beneficio para comunidad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Alcantarillado</b>	3	4,3
<b>Arreglos y mantenimiento</b>	19	27,1
<b>Coordinación</b>	14	20,0
<b>Limpieza</b>	7	10,0
<b>Medio ambiente</b>	11	15,7
<b>Recolecta de víveres y económico</b>	5	7,1
<b>Religiosas</b>	3	4,3
<b>Salud</b>	2	2,9
<b>Seguridad</b>	2	2,9
<b>Otros</b>	4	5,7
<b>Total</b>	70	100

27.1 Tipo de participación en actividades anteriores	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Voluntaria</b>	25	24,3
<b>Necesaria</b>	4	3,9
<b>Total</b>	29	28,2

29. Grado de aceptación ante la sanción o crítica de personas que no participen en actividades comunitarias	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Me gustaría mucho</b>	4	3,9
<b>Me gustaría algo</b>	11	10,7
<b>Ni mucho ni poco</b>	8	7,8
<b>Muy poco</b>	10	9,7
<b>No me gustaría</b>	53	51,5
<b>Total</b>	86	83,6

28. Cantidad días de participación en los últimos doce meses en actividades comunitarias	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>0 días a 5 días</b>	14	1,0
<b>6 días a 10 días</b>	6	1,9
<b>11 días a 15 días</b>	5	1,0
<b>16 días a 20 días</b>	0	0
<b>21 días a 25 días</b>	1	0
<b>26 días a 30 días</b>	1	0
<b>Todos los días</b>	1	1,0
<b>Total</b>	28	4,9

30. Porcentaje de personas en el barrio que contribuyen con tiempo o dinero a los objetivos de desarrollo común	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Más de la mitad</b>	9	8,7
<b>La mitad</b>	16	15,5
<b>Menos de la mitad</b>	10	9,7
<b>Nadie</b>	51	49,5
<b>Total</b>	86	83,4

<i>31. Probabilidad de cooperación en la comunidad para problema de suministro de agua</i>	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Frecuencia(n)</i>		
<b><i>Es muy probable</i></b>	36	35
<b><i>Algo probable</i></b>	20	19,4
<b><i>Ni muchas ni pocas</i></b>	8	7,8
<b><i>Algo poco probable</i></b>	11	10,7
<b><i>Muy poco probable</i></b>	11	10,7
<b><i>Total</i></b>	86	83,6

<i>32. Probabilidad de ayuda de la comunidad ante evento desafortunado</i>	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<b><i>Es muy probable</i></b>	40	38,8
<b><i>Algo probable</i></b>	24	23,3
<b><i>Ni muchas ni pocas</i></b>	6	5,8
<b><i>Algo poco probable</i></b>	8	7,8
<b><i>Muy poco probable</i></b>	8	7,8
<b><i>Total</i></b>	86	83,5

<i>33. Grado de unión o cercanía en el vecindario</i>	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<b><i>Muy distante</i></b>	5	4,9
<b><i>Algo distante</i></b>	22	21,4
<b><i>Ni distante ni cerca</i></b>	23	22,3
<b><i>Algo cerca</i></b>	27	26,2
<b><i>Muy cerca</i></b>	9	8,7
<b><i>Total</i></b>	86	83,5

<i>34. Nivel de diferencias que caracterizan al barrio</i>	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<b><i>Alto grado</i></b>	10	9,7
<b><i>En gran medida</i></b>	20	19,4
<b><i>Ni en gran o pequeño grado</i></b>	28	27,2
<b><i>En pequeña parte</i></b>	23	22,3
<b><i>En muy pequeña parte</i></b>	5	4,9
<b><i>Total</i></b>	86	83,5

<i>35. Creencia de que las diferencias de las personas causan problemas</i>	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Sí	54	52,4
No	33	32
<b>Total</b>	87	84,4

36. 1 Diferencias número dos que causan mayor problema

	Frecuencia(n)	Porcentaje (%)
<i>Las diferencias en la educación</i>	6	7,1
<i>Las diferencias en la tenencia de la tierra</i>	5	5,9
<i>Las diferencias de riqueza por posesiones materiales.</i>	10	11,8
<i>Las diferencias de estatus social.</i>	5	5,9
<i>Las diferencias entre hombres y mujeres</i>	1	1,2
<i>Las diferencias entre las generaciones más jóvenes y mayores.</i>	7	8,2
<i>Las diferencias en las afiliaciones de los partidos políticos</i>	7	8,2
<i>Las diferencias en las creencias religiosas</i>	5	5,9
<i>Otras diferencias</i>	2	2,4
<i>Total</i>	48	56,6

37. Presencia de violencia en el barrio dada por problemas

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Sí</i>	15	14,6
<i>No</i>	72	69,9
<i>Total</i>	87	84,5

38. Presencia de personas en el barrio sin acceso a servicios esenciales

	Frecuencia(n)	Porcentaje (%)
<i>Sí</i>	11	10,7
<i>No</i>	76	73,8
<i>Total</i>	87	84,5

39. Cantidad de personas excluidas en el barrio

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Solo unas pocas personas</i>	77	74,8
<i>Mucha gente, menos de la mitad del vecindario</i>	3	2,9
<i>Más de la mitad del vecindario</i>	6	5,8
<i>Total</i>	86	83,5

40. Existencia de actividad en la que no se permita la participación de todos los integrantes del vecindario

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Sí</i>	8	9,4
<i>No</i>	77	90,6
<i>Total</i>	85	100

41, 42, 43. Frecuencia Porcentaje  
 Actividades en las (n) (%)  
 que no se les permite  
 participar a todas las  
 personas del barrio

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Religiosas</b>	2	25
<b>Deporte</b>	2	
<b>Reuniones comunidad</b>	1	25
<b>Actividad Social</b>	1	12,5
<b>Otras</b>	1	12,5
<b>Total</b>	1	100

44.1 Razón propia Frecuencia Porcentaje  
 número uno por las (n) (%)  
 cuales no se ha  
 participado en  
 actividades del  
 vecindario

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Pobreza</b>	7	8,3
<b>Ocupación</b>	36	42,9
<b>Falta de educación</b>	3	3,6
<b>Edad</b>	1	1,2
<b>Religión</b>	12	14,3
<b>La afiliación política</b>	14	16,7
<b>Etnia o lengua hablada/raza/casta/tribu</b>	1	1,2
<b>Otras razones</b>	11	11,9
<b>Total</b>	85	100

44.1 Otras Frecuencia Porcentaje  
 razones por las (n) (%)  
 cuales no ha  
 participado en  
 actividades del  
 vecindario

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Falta de tiempo para participar</b>	12	14,2
<b>Falta de confianza entre participantes</b>	3	3,6
<b>Desinterés</b>	2	2,4
<b>No especificadas</b>	68	80,1
<b>Total</b>	85	100

44.2 Razón propia Frecuencia Porcentaje  
 número dos por las (n) (%)  
 cuales no se ha  
 participado en  
 actividades del  
 vecindario

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Ocupación</b>	10	15,9
<b>La falta de educación</b>	5	7,9
<b>Género</b>	2	3,2
<b>Edad</b>	10	15,9
<b>Religión</b>	13	20,6
<b>La afiliación política</b>	11	17,5
<b>Etnia o lengua hablada/raza/casta/tribu</b>	1	1,6
<b>Otras razones</b>	11	17,5
<b>Total</b>	63	100

45. Número de Frecuencia Porcentaje  
 veces en el último (n) (%)  
 que se ha reunido  
 con otras personas  
 no familiares en un  
 lugar público

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Ninguna</b>	49	57,6
<b>1 a 4</b>	29	34,1
<b>5 a 7</b>	2	2,4
<b>8 a 11</b>	3	3,6
<b>12 a 15</b>	2	2,4
<b>Total</b>	85	100

46. Número de veces en Frecuencia Porcentaje  
 el último mes que (n) (%)  
 personas no familiares  
 han visitado su hogar

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Ninguna</b>	49	57,6
<b>1 a 2</b>	17	20
<b>3 a 4</b>	5	5,9
<b>5 a 6</b>	10	11,8
<b>7 a 8</b>	2	2,4
<b>9 a 10</b>	2	2,4
<b>Total</b>	85	100

47. Número de veces en el último mes que ha visitado a personas no familiares a su hogar

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Ninguna</b>	52	61,2
<b>1 a 5</b>	29	34,1
<b>6 a 10</b>	2	2,4
<b>11 a 15</b>	0	0
<b>16 a 20</b>	2	2,4
<b>Total</b>	85	100

48. Número de veces en los últimos tres meses que se ha reunido con personas para jugar, hacer deporte, u otras actividades recreativas

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Ninguna</b>	56	65,9
<b>1 a 5</b>	16	18,8
<b>6 a 10</b>	7	8,2
<b>11 a 15</b>	4	4,8
<b>16 a 20</b>	0	0
<b>21 a 25</b>	0	0
<b>25 a 30</b>	1	1,2
<b>31 a 35</b>	0	0
<b>36 a 40</b>	0	0
<b>41 a 45</b>	1	1,2
<b>Total</b>	85	100

49. Número de veces en los últimos doce meses ha participado en una fiesta: familiar / de la localidad / barrio / ceremonia (boda, funeral, fiesta religiosa, etcétera)

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Ninguna</b>	16	18,8
<b>1 a 5</b>	58	68,2
<b>6 a 10</b>	6	7,1
<b>11 a 15</b>	2	2,4
<b>16 a 20</b>	2	2,4
<b>21 a 25</b>	1	1,2
<b>Total</b>	85	100

50. Calificación personal del barrio

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Muy tranquilo</b>	53	62,4
<b>Moderadamente pacífico</b>	27	31,8
<b>Ni pacífico ni violento</b>	2	2,4
<b>Moderadamente violento</b>	3	3,5
<b>Total</b>	85	100

51. *Violencia actual del barrio en comparación con la violencia hace cinco años*

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Aumentó mucho</b>	5	5,9
<b>Aumentó un poco</b>	20	23,5
<b>Se ha mantenido</b>	45	52,9
<b>Disminuyó un poco</b>	7	8,2
<b>Disminuyó mucho</b>	8	9,4
<b>Total</b>	85	100

52. *Nivel de seguridad al encontrarse solo(a) en casa*

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Muy seguro</b>	66	77,6
<b>Moderadamente seguro</b>	15	17,6
<b>Ni seguro ni inseguro</b>	2	2,4
<b>Inseguro</b>	2	2,4
<b>Muy inseguro</b>	0	0
<b>Total</b>	85	100

53. *Nivel de seguridad al caminar solo por el barrio en la noche*

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Muy seguro</b>	26	30,6
<b>Moderadamente seguro</b>	27	31,8
<b>Ni seguro ni inseguro</b>	9	10,6
<b>Inseguro</b>	14	16,5
<b>Muy inseguro</b>	9	10,6
<b>Total</b>	85	100

54. *Violencia como atraco o asalto en la persona o en alguien de su familia en los últimos doce meses*

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Sí</b>	6	7,1
<b>No</b>	79	92,9
<b>Total</b>	85	100

55. *Número de veces en los último doce meses que ha sufrido violencia la persona o alguien de su familia*

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>0 a 2</b>	5	83,3
<b>3 a 4</b>	0	0
<b>4 a 6</b>	1	16,7
<b>Total</b>	85	100

56. *Robo en la casa o vandalismo*

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Sí</b>	5	5,9
<b>No</b>	80	94,1
<b>Total</b>	85	100

57. *Número de veces que ha sufrido de robo en la casa o vandalismo*

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>0 a 2</b>	4	80
<b>3 a 4</b>	1	20
<b>Total</b>	5	100

58. *Consideración de su felicidad como persona*

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Muy feliz</b>	51	60
<b>Moderadamente feliz</b>	29	34,1
<b>Ni feliz ni infeliz</b>	5	5,9
<b>Total</b>	85	100

59. Control sobre la toma de decisiones que afectan la vida diaria	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>No tengo control</b>	1	1,2
<b>Lo ejerzo sobre muy pocas decisiones</b>	3	3,5
<b>Sobre algunas decisiones</b>	19	22,4
<b>Lo tengo sobre la mayoría de decisiones</b>	46	54,1
<b>Lo tengo sobre todas las decisiones</b>	16	18,8
<b>Total</b>	85	100

60. Sentimiento de poder para la toma de decisiones que cambien su vida	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Muy incapaz</b>	3	3,5
<b>Ni capaz ni incapaz</b>	5	5,9
<b>Muy capaz</b>	44	51,8
<b>Totalmente capaz</b>	33	38,8
<b>Total</b>	85	100

61. Opinión del impacto de una mejora en el barrio	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Un gran impacto</b>	57	67,1
<b>Un pequeño impacto</b>	23	27,1
<b>Sin impacto</b>	5	5,9
<b>Total</b>	85	100

62. Frecuencia de peticiones en el vecindario a funcionarios gubernamentales o líderes políticos para beneficios en la comunidad en los último doce meses	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Nunca</b>	33	38,8
<b>Una vez</b>	13	15,3
<b>Algunas veces</b>	35	41,2
<b>Muchas veces</b>	4	4,7
<b>Total</b>	85	100

63. Éxito de las peticiones	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Sí lo tuvieron</b>	18	21,2
<b>La mayoría</b>	23	27,1
<b>La mayoría no</b>	15	17,6
<b>Ninguna</b>	29	34,1
<b>Total</b>	85	100

64. Asistencia a reuniones de la colonia, junta vecinal, audiencia o grupos de discusión pública	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Sí</b>	34	40
<b>No</b>	51	60
<b>Total</b>	85	100

65. Reunión con un político en los últimos doce meses	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Sí</b>	42	50
<b>No</b>	42	50
<b>Total</b>	84	100

66. Participación en protesta o manifestación en los últimos doce meses	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Sí</b>	3	3,5
<b>No</b>	82	96,5
<b>Total</b>	85	100

67. Participación en una campaña de elección o información en los últimos doce meses	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Sí</b>	35	41,2
<b>No</b>	50	58,8
<b>Total</b>	85	100

68. Alertó al periódico, radio o televisión sobre problema local en los últimos doce meses	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Sí</b>	4	4,7
<b>No</b>	81	95,3
<b>Total</b>	85	100

69. Notificación la policía o a tribunales sobre un problema local en los últimos doce meses	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Sí</b>	23	27,1
<b>No</b>	62	72,9
<b>Total</b>	85	100

70. Votación en elecciones locales en los últimos doce meses	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Sí</b>	81	95,3
<b>No</b>	4	4,7
<b>Total</b>	85	100

71. Votación en las elecciones nacionales en los últimos doce meses	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Sí</b>	79	92,9
<b>No</b>	6	7,1
<b>Total</b>	85	100

72. Medida en el gobierno local y líderes locales toman en cuenta sus preocupaciones en la toma de decisiones	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Mucho</b>	16	18,8
<b>Un poco</b>	53	62,4
<b>No, es absoluto</b>	16	18,8
<b>Total</b>	85	100

73. Percepción de la honestidad de los funcionarios del gobierno local	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Muy deshonesto</b>	6	7,1
<b>Mayormente deshonesto</b>	9	10,6
<b>Ni honesto ni deshonesto</b>	22	25,9
<b>Mayormente honesto</b>	31	36,5
<b>Muy honesto</b>	16	18,8
<b>No aplica en el barrio</b>	1	1,2
<b>Total</b>	85	100

74. Percepción de la honestidad de líderes locales	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Muy deshonesto</b>	6	7,1
<b>Mayormente deshonesto</b>	8	9,4
<b>Ni honesto ni deshonesto</b>	33	38,8
<b>Mayormente honesto</b>	21	24,7
<b>Muy honesto</b>	14	16,5
<b>No aplica en el barrio</b>	3	3,5
<b>Total</b>	85	100

75. Percepción de la honestidad de doctores y enfermeras en la clínica de salud.	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Muy deshonesto</b>	2	2,4
<b>Mayormente deshonesto</b>	1	1,2
<b>Ni honesto ni deshonesto</b>	3	3,5
<b>Mayormente honesto</b>	39	45,9
<b>Muy honesto</b>	37	43,5
<b>No aplica en el barrio</b>	3	3,5
<b>Total</b>	85	100

76. Percepción de la honestidad de maestros y escuelas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Muy deshonesto</b>	0	0
<b>Mayormente deshonesto</b>	0	0
<b>Ni honesto ni deshonesto</b>	10	11,8
<b>Mayormente honesto</b>	28	32,9
<b>Muy honesto</b>	46	54,1
<b>No aplica en el barrio</b>	1	1,2
<b>Total</b>	85	100

77. Percepción de la honestidad de los miembros de la oficina de correo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Muy deshonesto</b>	1	1,2
<b>Mayormente deshonesto</b>	1	1,2
<b>Ni honesto ni deshonesto</b>	11	12,9
<b>Mayormente honesto</b>	13	15,3
<b>Muy honesto</b>	29	34,1
<b>No aplica en el barrio</b>	3	3,5
<b>Total</b>	85	100

78. Percepción de la honestidad de la policía	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Muy deshonesto</b>	1	1,2
<b>Mayormente deshonesto</b>	7	8,2
<b>Ni honesto ni deshonesto</b>	19	22,4
<b>Mayormente honesto</b>	34	40
<b>Muy honesto</b>	23	27,1
<b>No aplica en el barrio</b>	1	1,2
<b>Total</b>	85	100

79. Percepción de la honestidad de Jueces y Miembros de la corte	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Muy deshonesto</b>	5	5,9
<b>Mayormente deshonesto</b>	5	5,9
<b>Ni honesto ni deshonesto</b>	17	20
<b>Mayormente honesto</b>	16	18,8
<b>Muy honesto</b>	13	15,3
<b>No aplica en el barrio</b>	29	34,1
<b>Total</b>	85	100

80. Percepción de la honestidad de miembros de negocios	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Muy deshonesto</b>	2	2,4
<b>Mayormente deshonesto</b>	6	7,1
<b>Ni honesto ni deshonesto</b>	34	40
<b>Mayormente honesto</b>	23	27,1
<b>Muy honesto</b>	17	20
<b>No aplica en el barrio</b>	3	3,5
<b>Total</b>	85	100

81. Percepción de cómo ha sido la honestidad del gobierno local	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Mejorada</b>	41	48,2
<b>Deteriorada</b>	20	23,5
<b>Mantenimiento</b>	24	28,2
<b>Total</b>	85	100

82. Pago adicional a los funcionarios del gobierno en los últimos doce meses	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Sí, a menudo</b>	1	1,2
<b>Sí, de vez en cuando</b>	1	1,2
<b>No</b>	83	97,6
<b>Total</b>	85	100