

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL DESARROLLO DE
AUTOCONFIANZA DE ADOLESCENTES DE 12 AÑOS DEL
COLEGIO NACIONAL DEL DISTRITO DE TINTAY, AYMARAES
APURIMAC 2019**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN SALUD
MENTAL**

CAROLINA SAAVEDRA ROJAS

**Callao - 2020
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: DRA. ANA ELVIRA YAMUNAQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 171-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 21 de Agosto del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

AGRADECIMIENTO

A la universidad Nacional del Callao, por contribuir a mi
Desarrollo profesional.

A la Dra. Arcelia Olga Rojas Salazar, quien con su ejemplo de
perseverancia y desarrollo profesional me ha motivado a seguir
superándome.

A mis docentes por compartir sus experiencias adquiridas
durante el recorrer de su vida profesional.

Mag. Vanessa Mancha Álvarez

Finalmente a mi coordinadora Dra. Mercedes Lulilea Ferrer
Mejía que ha permitido el término de mi trabajo académico.

INDICE

_Toc45454092

INTRODUCCIÓN	3
capítulo I: descripción de la situación problemática.....	7
Capítulo II: Marco teórico	10
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	10
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	12
2.2 Marco teórico:.....	14
2.2.1 Teorías de enfermería	14
Dorothea E. Orem	21
Callista Roy	23
2.2.2 Adolescencia:	25
Teorías sobre adolescencia:	28
Etapas de la adolescencia.....	33
Factores de riesgo en los adolescentes	34
2.2.3 Autoconfianza.....	35
Ventajas de la autoconfianza	39
teorías sobre la autoconfianza (25) (28)	41
a. Teoría de la autoeficacia de Bandura	41
2.4 Definición de términos:.....	44
Capítulo iii. Plan de intervención.....	47
MODELO DE PLAN DE INTERVENCION.....	47
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	47
3.2. OBJETIVOS	48

3.2.1 OBJETIVO GENERAL	48
3.2.2 OBEJTIVOS ESPECIFICOS	48
3.3 Metas.....	49
3.4 Programación de Actividades:.....	50
3.5 Recursos:	53
3.6 Cronograma:	55
Evaluación.....	58
Conclusiones.....	59
Recomendaciones.....	60
referencia bibliográfica	62
ANEXOS	67

INTRODUCCIÓN

Según CAMPANO, J.E. (2018) (1) La autoconfianza se define como la concientización del valor propio que cada persona debe poseer de sí misma y por ende la capacidad innata que tiene el ser humano de auto reconocerse y también la manera de actuar frente a situaciones complicadas como una situación de conflicto y diferentes eventos de diferente índole situacional de la vida cotidiana (resiliencia) (1).

Según la OMS 2020 (2) la adolescencia es el periodo comprendido entre 10 y 19 años, es una etapa compleja de la vida, que marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios fisiológicos, psicobiológicos, biopsicosociales, intelectuales y sociales. Se clasifica en; la primera precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre 15 y 19 años de edad. Es donde se adquiere la madurez de la capacidad sexual para reproducirse, implica muchos cambios para el adolescente, que incluye el aumento de peso y estructura, hay un aumento rápido de la capacidad vital pulmonar, la cual es mayor en los varones (2)

Siendo la etapa más vulnerable y dificultoso en la que se define la personalidad, por la que cada día fallecen más de 3000 adolescentes (es decir, 1,2 millones de muertes anuales) en su mayoría se podrían evitar o prevenir dichas muertes mejorando los servicios de salud, la educación y los servicios sociales (2)

Según UNICEF (2018) (3) la adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años dicha etapa de vida se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento, desarrollo y de cambios. En el Perú en el 2016 el 12,7% de las adolescentes de 15 a 19 años estaban embarazadas, en algunas zonas de la selva este porcentaje llegó al 30,6% y el 71,1% culminaron oportunamente la educación secundaria. En 2014 el 34,2%

de las adolescentes no estaban cubiertas por ningún seguro médico. El 81,3% de adolescentes entre 12 y 17 años, manifestaron en 2015 que alguna vez en su vida fueron víctimas de violencia psicológica o física.. En algunas zonas de la Amazonía este porcentaje llegó a 43,6%. Con respecto al 57,3% de las y los adolescentes en conflicto con la ley y que cumplen alguna medida socioeducativa, se encuentran privados de su libertad (3)

En el año 2010, se contabilizaban 110 millones de adolescentes de 10 a 19 años viviendo en América Latina y el Caribe. Ellos representaban el 18,7% de la población total. Los países con más del 20% de adolescentes eran; El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Haití, Bolivia, Paraguay y Jamaica. También, se registraban 163 millones de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años viviendo en América Latina y el Caribe. Los cuales constituían el 27,5% de la población total de la región (3).

Según la OPS (4) La adolescencia es un período de alta vulnerabilidad, tanto física, psicológica como social e influyen factores y conductas que pueden tener consecuencias potencialmente graves para su vida actual y futura. Según la influencia de factores biológicos, psicológicos, culturales, socioeconómicos, políticos, étnicos y raciales, en especial en ausencia de derechos; afectando de manera desigual a adolescentes, incluso a quienes que residen en una misma localidad que los hacen vulnerables (4).

Según OPS (5) El informe de la comisión de The Lancet sitúa a los países de América del Norte en la categoría de predominancia de Enfermedades No Transmisibles, así como también a Argentina, Chile, Perú y Uruguay. La mayoría de los otros países sudamericanos, centroamericanos y del Caribe están en la categoría de exceso de lesiones. Unos pocos países, entre ellos Guatemala y Haití, están en la categoría de cargas múltiples Cada año mueren en la Región de las Américas alrededor de 80 000

adolescentes de 10-19 años y 150 000 jóvenes de 15-24 años. Por término medio, entre el 70% y el 80% de estas muertes se producen entre los varones (5)

Según el MINSA 2017 (6) La adolescencia se considera a aquella cuya edad oscila entre los 12 y 17 años de edad, El Perú se encuentra en un proceso de transición demográfica, con una reducción de sus tasas de natalidad y un incremento de la esperanza de vida al nacer. Según el INEI, en 2015, la población de 10 a 19 años constituía el 18.6% de la población peruana, y será 17.4% en 2021. En términos absolutos, esta población se reducirá de 5'801,691 en 2015 a 5'778,585 en 2021 (6)

En el Perú según el INEI del 2019 (7), se encuentran en la etapa de la adolescencia un 33.7% (3 millones 486 mil) (6). En 2015, la tasa de analfabetismo en la población de 15 a 19 años de edad se encontraba en 0.7%, por debajo del promedio nacional, asimismo, la tasa bruta y la tasa neta de asistencia escolar, en la población de 12 a 16 años edad, se encontraban en 93.5% y 83.4% respectivamente, aunque con diferencias significativas por quintiles de ingreso, 73.5% en el quintil de menores ingresos y 90.1% en el de mayores ingresos. La tasa de asistencia a la educación superior, de la población de 14 a 24 años de edad, también ha tenido un incremento, habiendo llegado, en el 2015, a 18.1% para la educación universitaria y a 8.9% para la superior no universitaria. El porcentaje de mujeres que acceden a educación superior es mayor que el de hombres (19.5% y 16.8% respectivamente), así como la educación superior no universitaria (9.3% y 8.4% respectivamente) (7)

El presente trabajo académico titulado “INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN EL DESARROLLO DE AUTOCONFIANZA DE ADOLESCENTES DE 12 AÑOS DEL COLEGIO DEL DISTRITO DE TINTAY, AYMARAEAS APURIMAC 2019”, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería para mejorar la autoconfianza en adolescentes y

tengan la capacidad de Autoestima y desarrollo de resiliencia mejorar así la calidad de vida de la persona adolescente y el nivel educativo.

El presente informe final de investigación consta de siete apartados; **I**: planteamiento del problema, que incluye la determinación del problema, formulación del problema, objetivos y justificación, **II**: incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **III**: considera las variables e hipótesis, así como la operacionalización de variables, **IV**: metodología; **V**: cronograma, **VI**: presupuesto y el **VII**: referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Durante los últimos años, se ha observado adolescentes con niveles muy bajas de autoconfianza generando depresión, miedo, falta de autoestima, ansiedad, entre otros. De esta manera muchos adolescentes pueden llegar hasta el suicidio por el simple hecho de no aceptarse o enfrentar sus retos, el cual suele tener consecuencias negativas que pueden terminar con el abandono escolar, embarazo en adolescentes, los problemas de adaptación, conducta (delincuencia), alcoholismo y muy bajo rendimiento académico (1) (3)

La OMS En el 2015 más de dos terceras partes de estas muertes ocurrieron en países de ingresos medianos y bajos de África y Asia Sudoriental. Las principales causas de muerte entre los adolescentes son los accidentes de tránsito, las infecciones de las vías respiratorias bajas y el suicidio. Muchos de estos adolescentes no tienen acceso a los servicios básicos de Salud, preventivo promocional y asistencia sanitaria ya sean porque estos no existen o por que los adolescentes los desconocen (2)

UNICEF refiere que en el 2012 las tres principales causas de mortalidad entre los adolescentes a nivel mundial son los traumatismos causados por el tránsito (accidentes de transporte terrestre), el VIH/sida y el suicidio. Se estima que fallecieron 1,3 millones de adolescentes en todo el mundo. (3)

Las principales causas de muerte entre los adolescentes y jóvenes de la Región de las Américas y del Caribe son: homicidio, suicidio y accidentes de transporte terrestre (5).

En el Perú en el 2014 las principales causas de mortalidad en adolescentes y jóvenes por sexo grupo de edad (número total de defunciones y tasa de mortalidad ajustada por 100 000 habitantes) los **varones** por agresión (homicidios) 3.29%,tomores malignos de tejido

linfático 3.24%, influenza y neumonía 2.93%, septicemia 2.30%, accidentes que dificultan la respiración 2.26%, ahogamiento 1.92%, lesiones autoinflingidas intencionales (suicidio) 1.46%, las **mujeres** influenza y neumonía 2.52%, tumores malinos 2.52%, accidentes que dificultad de La respiración 2.12%, septicemia 2.12%, lesiones autoinflingidas 1.87%, ITU 0.84%, envenenamientos accidentales 0.70%, agresión homicidios 0.66%. (5)

En la revista Perú 21 indica que en el Perú existen 10 millones 338 mil niños de 0 a 17 años de edad, de los cuales, el 51% (5 millones 269 mil) son varones y el 49% (5 millones 69 mil) mujeres. El 33.7% (3 millones 486 mil) entre 12 y 17 años y está en la adolescencia. (8)

Lima alberga el mayor número de niños y adolescentes de 0 a 17 años en todo el país, con 2 millones 937 mil menores, seguido de Piura, con 655 mil niños; La Libertad, con 622 mil niños; Cajamarca, con 539 mil niños, y Puno, con 524 mil niños. (8)

El departamento con el menor número de niños es Madre de Dios, que solo alberga 48 mil menores de 0 a 17 años. (8)

Se ha observado que los adolescentes de 12 años sufren un gran choque en esta etapa de vida; uno que empieza a pasar de la pubertad a la adolescencia y el otro cambio es el paso de la primaria hacia la secundaria (que empezaran a tener un docente por curso, tendrán que enfrentar algunos abusos de parte de los mayores, aparte que tienen que enfrentar los cambios que presentan su organismo) y muchos de estos cambios lo enfrentan solos como pueden. (9)

Algunos de los padres de familia no son instruidos y no saben cómo ayudar a sus hijos por desconocimiento, por ser iletrados y que los tiempos cambiaron de antes a hoy (9)

Siendo un problema actual y creciendo como un problema de la salud mental y pública, todo esto traen de la primera escuela que es el hogar por las distintas situaciones que pasan en la familia desde la manera como fueron concebidos (hijos no planificados), como viven con maltrato, alcoholismo, abandono, esto influyendo muchas veces en la autoconfianza. (2) (6)

Con respecto al centro educativo secundario de Tintay cuenta con 121 adolescentes de 12 a 17 años con 11 meses 30 días, de los cuales hay 66 mujeres y 60 varones, adolescentes entre los 12 años hay 32 adolescentes de los cuales 14 son mujeres y 18 varones todos asisten al centro educativo sin excepción. (9)

Con el objetivo de Desarrollar un plan de intervención de enfermería en el desarrollo de autoconfianza de adolescentes de 12 años del colegio del Distrito Tintay – Aymaraes – Apurímac 2019.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

OJEDA, Z E; CÁRDENAS, M V. (2017) (10) desarrollaron el proyecto de investigación “el nivel de autoestima en adolescentes entre 15 a 18 años” en la ciudad de Cuenca – Ecuador para optar Licenciada en Ciencias de la Educación en la especialización de Psicología Educativa, siendo la autoestima un factor determinante para el desarrollo del adolescente en cuanto a su personalidad, salud mental y adaptación al medio. Se ha utilizado un enfoque cuantitativo, con una investigación de tipo exploratoria-descriptiva. El grupo de estudio estuvo conformado por 246 adolescentes, hombres y mujeres escolarizados de la ciudad de Cuenca evaluados mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados obtenidos indican que existen niveles altos de autoestima con un 59% y no se hallaron diferencias significativas entre los niveles de autoestima por edad y género (10) .

SÁNCHEZ, SS.(2016) (11) realizó la investigación "autoestima y conductas autodestructivas en adolescentes (estudio realizado con adolescentes de 14 a 17 años en el instituto IMBCO de Nebaj, quiché)", para optar el título de licenciada en psicóloga clínica la cual fue realizada con el diseño descriptivo tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la autoestima y conductas autodestructivas que los adolescentes del Instituto Mixto de Educación Básica por Cooperativa con Orientación Ocupacional manejan. La primera variable se midió a través de la prueba Escala de Autoestima (EAE), se pudo determinar que los adolescentes manejan un alto nivel de autoestima, así mismo para la segunda variable se utilizó una escala de likert la cual reflejó que la mayoría de los sujetos de estudio tienen un nivel medio de tendencia a conductas autodestructivas. Se trabajó con una población de

50 estudiantes adolescentes de 14 a 16 años de edad de género masculino y femenino cursantes de primero, segundo y tercero básico para lo cual se utilizó el instrumento para el registro de datos test EAE, tipo de investigación descriptivo, diseño observación directa, metodología estadística correlacional, De acuerdo a los resultados obtenidos a través de la presente investigación se comprueba que existe una relación no significativa de 0.28 entre la autoestima y las conductas autodestructivas, la correlación lineal estadística hecha concluye que una variable no determina en mayor significación a la otra. Con un nivel de confianza de 99% (11)

ALVARADO, AK.; LOPEZ, ZD.(2020) (12) De Título de “la autoestima y el desarrollo psicosocial de los estudiantes de 8vo año de educación básica de la unidad educativa “cap. pedro óscar salas bajaña”. para optar el Título de licenciado en psicología educativa, la cual fue realizada con el diseño descriptivo, en la que se buscó describir como la autoestima influye en el desarrollo psicosocial de los estudiantes, se aplicaron dos baterías de test a los educandos para medir los niveles de autoestima y habilidades psicosociales y en base a estos resultados se utilizó un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo), entre las técnicas e instrumentos de recolección de información es la observación, encuesta, entrevista y pruebas psicológicas, la metodología usada es el deductivo, científico, estudio de caso y análisis – síntesis. (12)

La población con la que se trabajaron ciertos alumnos de 8vo año de la Unidad Educativa “Cap. Pedro Oscar Salas Bajaña”. Los que permitieron obtener datos reales y objetivos. Está conformada por 25 estudiantes, 25 padres de familia y 12 estudiantes entre niños y niñas. De los cuales con un muestreo de 3 estudiantes entre niños y niñas que hace el 12%, 4 docentes que hacen el 33% y 3 madres de familia que hacen el 12%. (12)

El Tipo de muestreo utilizado es no probabilístico – intencional, al final se pudo determinar la influencia de la autoestima sobre el desarrollo psicosocial y se constató la importancia de considerar el área emocional como un factor fundamental para lograr la educación integral; y al indagar sobre los antecedentes teóricos de las dos variables de estudio se reafirmó la relevancia de la Autoestima y el Desarrollo Psicosocial en los procesos de aprendizaje (12)

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

WONG, CX. (2018) (13) con su trabajo de investigación “Autoestima en adolescentes, según tipo de gestión educativa, de dos colegios de secundaria de Trujillo” para obtener el título de licenciada en Psicología, con la finalidad de Determinar las diferencias de autoestima en adolescentes, según tipo de gestión educativa, de dos colegios de secundaria de Trujillo uno particular y otro privada. Se utilizó la escala de Autoestima de Coopersmith, cuyas áreas evaluadas fueron así mismo, social – padres, hogar – padres y escuela, es de tipo de investigación No experimental, diseño de investigación descriptivo comparativo, población estuvieron constituida por el total de estudiantes de cuarto y quinto grados del nivel de educación secundaria, 144 de la Institución Educativa Pública y 55 de la institución Educativa Privada del distrito de Trujillo, matriculados en el año escolar 2016, la muestra que se usó es igual al tamaño de la población por tratarse de poblaciones relativamente pequeñas para el interés de la investigación; y la técnica que se usó fue la psicométrica, se hace uso de la prueba U de Mann Whitney, la comparación de la Autoestima en adolescentes de Instituciones Educativas pública y privada de la ciudad de Trujillo en la que se llega a la conclusión que no hay mucho la diferencia significativa que predomina el nivel de autoestima promedio y en segundo lugar en el nivel de autoestima alto. Aunque los estudiantes de la I.E. Pública registran un promedio algo inferior (97.9) frente a (105.5) en la I.E. Privada. Con respecto en la comparación del

área Hogar Padres de la Autoestima en adolescentes de Instituciones Educativas Pública y Privada de la ciudad de Trujillo, no se detectó diferencia significativa entre los adolescentes, presentando promedios respectivos de 170.0 y 165.8. (13).

SOTO, JG.(2016) (14), en su investigación “Agresividad y autoestima en estudiantes de 4to y 5to de nivel secundario de cinco instituciones educativas del Distrito de Comas”, para ser licenciada en psicología, tiene como objetivo determinar la relación entre agresividad y autoestima en adolescentes , con una población de 369 estudiantes de ambos sexos de 14 a 17 años, usó un enfoque metodológico cuantitativo, que corresponde al diseño no experimental, de corte transversal, dentro de la clasificación descriptiva correlacional. Para el recojo de información se utilizó el Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith, (SEI) versión escolar y el Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry. Los resultados indican que existe relación entre agresividad y autoestima en estudiantes de 4to y 5to de nivel secundario de cinco Instituciones Educativas del distrito de Comas, 2016. se calculó la confiabilidad a través del alfa de Crombach teniendo como resultado 0,83 y así mismo el Test de autoestima de Coopersmith con una validez de contenido igual a 1 y una confiabilidad de 0,74 por medio del KR 20. Se concluyó que existe correlación muy significativa inversa ($r=-0.63$) entre agresividad y autoestima en los adolescentes de 4to y 5to de secundaria. El nivel de agresividad principal de los adolescentes es alto en el 57% y el nivel de autoestima resaltante de los adolescentes es muy bajo, el cual se observa en el 61%. (14)

PAUCAR, MJ; BARBOZA, SM.(2018) (15) Con trabajo de investigación de título “Nivel de autoestima de los estudiantes de la institución educativa 9 de diciembre de pueblo nuevo chincha- 2017”. Para optar el título de segunda especialidad profesional de psicología educativa y tutoría. El trabajo de investigación es no experimental, de tipo básico,

nivel descriptivo, de corte transversal, el método general científico y método específico descriptivo. La muestra estuvo conformada por 133 alumnos de la Institución Educativa en estudio. La técnica para la variable fue la psicometría y el instrumento el Test de Copersmith. (15)

De los 133 estudiantes de muestra, 90 de los estudiantes que hacen el 67.7% del tercer grado de la Institución educativa tienen una autoestima física Baja, y 43 de los estudiantes que hacen el 32.2% que tienen autoestima física media. Con respecto a la autoestima general de los estudiantes 107 estudiantes que hacen el 80,5% tienen una autoestima general Baja, y los 26 estudiantes restantes que hacen el 19.5% que tienen autoestima general media. Con respecto a la autoestima de competencia académica 118 estudiantes que hacen el 88,7%, tienen una Autoestima de Competencia Académica Intelectual media, y 15 estudiantes que hacen un 11,3% tienen una Autoestima de Competencia Académica Intelectual baja. En promedio 50 estudiantes que equivale a un 37,6% tiene una autoestima emocional baja y 47 alumnos que hacen el 35,3% tienen una autoestima emocional media y 87 alumnos que hacen el 65,4 % tienen una Autoestima media al relacionarse con padres y profesores. (15)

2.2 Marco teórico:

2.2.1 Teorías de enfermería

Dorothea E. Orem (16) presenta la teoría general de enfermería, teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí:

- Teoría de autocuidado.
- Teoría del déficit autocuidado.
- Teoría de los sistemas de Enfermería.

Como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería. (16) (17)

Orem refiere que el autocuidado es una deber humana reguladora y que cada individuo debe aplicar con el propósito de conservar su vida y su estado de salud, los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de la labor de las personas han sido conformados por la actividad del autocuidado que pueden beneficiarse con las prestaciones del profesional de enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano ⁽¹⁶⁾ (17).

El autocuidado debe formarse y emplear de forma considerada y continúa en el tiempo, con respecto a los adolescentes siempre debe estar de acuerdo a las etapas de crecimiento, desarrollo, estados de salud, características sanitarias, factores del entorno y los niveles de consumo de energía. (16) (17)

Esta teoría sugiere que la enfermería como ciencia es una labor humana articulada, que ayuda a las personas a satisfacer las necesidades , cuando no pueden hacerlos solos, plantean soluciones de problemas para el autocuidado a través de una actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella. (17) (16)

La inserción de las teorías y sus postulados en los programas de estudio de enfermería, han hecho posible que se incremente el pensamiento científico sobre los problemas del cuidado. Para el logro de mejores niveles de satisfacción en este ámbito, la observación y evaluación constante de la calidad de los servicios de enfermería, la medida de la importancia de establecer pautas o sistemas que refuercen científicamente el trabajo de la enfermera sobre el déficit de autocuidado. (16) (17)

La teoría del autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos por el tiempo vivido, orientada hacia un objetivo que es la sobrevivencia. Dicha conducta existe en situaciones concretas de la vida de cada persona dirigida sobre sí mismas, hacia los demás y/o hacia el entorno, para poder regular los factores que afectan a su desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (16) (17)

Dicha teoría establece los requisitos de autocuidado, es parte de la valoración de la persona, es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que todo individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorothea E Orem propone tres tipos de requisitos: (es eficaz y fomenta la independencia)

a) Requisito Autocuidado Universal.- los que precisan todos los individuos para preservar su funcionamiento integral como persona humana.

b) Requisito Autocuidado del Desarrollo, surgen como resultado de los procesos del desarrollo, Ej. El embarazo, la menopausia o los estados que afectan el desarrollo humano Ej. La pérdida de un ser querido o del trabajo.

c) Requisito Autocuidado de Desviación de la Salud Ej. Los que se derivan de traumatismos, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida, hábitos

Factores condicionantes básicos: son todos aquellos factores internos o externos que afectan a las capacidades de las personas, también afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural,

factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida ,factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos. ⁽¹⁶⁾ (17).

Según lo antes expuesto se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. (16) (17)

Autores como Benavent, Ferrer plantean que la teoría de Dorothea E Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiadas y validadas en la práctica de la enfermería, por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades del autocuidado. (16) (17)

Metaparadigmas:

Persona: La persona es un ser que tiene funciones biológicas, racional, social, pensante y con potencial. Con capacidad para autoconocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, el ser humano tiene la capacidad de reflexionar sobre sus propias experiencias y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado.

Salud: Es una circunstancia que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Entorno: Son todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

Enfermería: El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, con la finalidad de ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de uno mismo o de otros. Es un servicio humano que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus necesidades debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Miriam Paula Marcos Espino en su artículo expone que los cuidados de enfermería son con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener labores de autocuidado para conservar la salud, la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta para reincorporarse a la sociedad. (16) (17)

La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría del déficit de autocuidado es el núcleo del modelo de Orem, es una correlación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. (17) (16)

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo y en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de

autocuidado. La persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería. (16) (17)

Dorothea E Orem utiliza la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que verdaderamente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado. (16) (17)

Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada, capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños, adolescentes y otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no ponen en funcionamiento. Ejemplo cuando el miedo y la angustia impiden que busque ayuda aunque la persona sepa que la necesita. (16) (17)

El cuidar de uno mismo: Es el proceso de autocuidado que se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en si misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, norma culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir un deseo y el compromiso de continuar con el plan, (16) (17)

Limitaciones del cuidado: Son aquellas barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros. (16) (17)

El aprendizaje del autocuidado: El aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son obligaciones humanas. Es muy necesario continuar los pasos a seguir para el autocuidado, aplicando lo aprendido. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación

aportan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda y puede determinarse mediante la observación.

Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son:

1. Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
2. Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
3. Acciones expresivas interpersonales.
4. Secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son:

1. Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.
2. Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo ⁽¹⁶⁾ (17).

Por ello, la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para:

1. Asegurar información válida y fidedigna para describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos.
2. Analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente.

La enfermera (o) estudia de cómo pueden ayudar a los pacientes en la realización de las actividades del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se identifican las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, puede identificarse y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas. Que son atendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo.

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Dorothea E Orem que es una relación entre las necesidades humanas tales como la necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ejemplo: Cuadripléjico, La atención a un paciente pos operado de una cardiopatía congénita. Que puede ser atendido solo por la enfermera y con ayuda del paciente. (16) (17)

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros (as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo. (16) (17)

La teoría de los sistemas de enfermería:

Dorothea E. Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

- La Enfermera.
- El paciente o grupo de personas.

Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería. Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.

Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Sistema totalmente compensador: Es cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total del profesional de enfermería. Ejemplo 1. Los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente. (16) (17)

Sistema parcialmente compensador: Es cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. Como desplazarse hasta el baño o vestirse. El paciente está mucho más comprometido en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción. (16) (17)

Sistema de apoyo educativo: Es cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado. ⁽¹⁷⁾ (16).

El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado. (16) (17)

En Cuba, las aportaciones de Dorothea E. Orem pueden contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población, si se toma en cuenta que los principales problemas de salud como la obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial ¹⁷, requieren de cambios en el estilo de vida para disminuir las complicaciones y evitar que aumente la población con alguna discapacidad. (16) (17)

La teoría de los sistemas propuesta por Dorothea E Orem se vincula estrechamente con los niveles de atención de enfermería aplicados en Cuba.

Lo que da a conocer Dorothea E Orem con su teoría, es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre, además de ofrecer un conocimiento teórico para que estos profesionales expliquen los diferentes fenómenos que pueden presentarse en el campo de la salud. (16) (17)

No todos los profesionales de enfermería abordaron con claridad que, para cuidar de otros, antes es necesario cuidar de sí mismo. (16) (17).

Callista Roy (18) considera al ser humano un ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos. Sus aspectos más importantes son:

- Concepto de aceptación.
- Concepto de sistema adaptativo.

Para Callista Roy la salud es un estado y un proceso de ser y llegar a ser integrado y total. Según ella es importante que cuando este estado se desajuste, la persona pueda adaptarse y recuperar su salud.

(19) Propone un modelo de adaptación para la persona que consiste en reaccionar positivamente ante los cambios que se producen en el entorno, este modelo comprende 3 estímulos:

- Focales.(los que enfrentan de manera inmediata)
- Contextuales.(que son todos los demás estímulos presentes)
- Residuales.(los que la persona ha experimentado en el pasado)

El modelo de Callista Roy dice que en la persona tienen cuatro modos de adaptación y la función de la enfermera es ayudar en las cuatro:

- a.- En primer lugar, Modo Fisiológico básica y físico de adaptación.
- b.- segundo lugar, Modo de adaptación del auto-concepto (autoimagen).
- c.- En tercer lugar, Modo de Adaptación de función del rol (dominio del rol).
- d.- Cuarto lugar, Modo de adaptación de la interdependencia.

La responsabilidad del profesional de enfermería consiste en ayudar o facilitar la adaptación de la persona, mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación, modificando el entorno que le rodea, de forma que está protegida y ayudarle a usar sus capacidades. Se debe valorar las 4 áreas en cada paciente identificando comportamientos positivos y negativos. Valora a los pacientes de acuerdo a los dos niveles:

- Valoración de comportamientos positivos y negativos.
- Valoración de los estímulos que causan las reacciones positivas y negativas. (18) (19)

Metaparadigmas: persona, entorno, salud y enfermería.

El modelo de adaptación fue conceptualizado por primera vez por Callista Roy quien se refiere a la adaptación como el proceso y al resultado por los que la personas tienen la capacidad de sentir y de pensar; como un individuo y que se consigue cuando la persona reacciona de un modo positivo ante los cambios que se producen en su entorno. El nivel de adaptación se ve determinado por el conjunto de estímulos focales, contextuales y residuales. (19) (18)

Dicho estímulos activan los subsistema de afrontamiento cognitivo se relacionan con procesos emocionales.

Los procesos de afrontamiento son modos adquiridos de actuar ante los cambios que se han producido a nuestro alrededor es por ello que usamos mecanismos innatos (procesos inmediatos que no se piensan) y mecanismos adquiridos (se crean de las experiencias ya vividas).

Partiendo de una revisión histórica, de los principios filosóficos y científicos que sustentan el modelo, se abordan conceptos como:

Persona.- Al cual Roy lo define como un sistema adaptable, un ser biopsicosocial que forma un sistema unificado, en constante búsqueda de equilibrio. Que comparten un mismo destino en común con el universo.

Salud.- Que lo define como un ser integrado y completo. Es la adaptación resultante de éxito obtenido al hacer frente a los productores de tensión.

Entorno.- Que lo define como Condiciones, circunstancias e influencias externas que afectan el desarrollo de la persona. Los cuales orientan el cuidado, teniendo en cuenta la autodeterminación de la persona y los mecanismos que emplea para lograr su adaptación.

Enfermería.- Manipulación de los estímulos para facilitar el éxito del enfrentamiento.

El modelo de adaptación propuesta por Callista Roy es una manera de pensar acerca de las personas y su entorno. Ayuda a priorizar a la atención y los retos de la enfermera para ayudar al paciente a sobrevivir a la transformación. (19) (18)

2.2.2 Adolescencia:

FLAMMER AUGUSTO, ALSAKER FRANCOISE D. 2018 (20)
Históricamente los primeros estudios con respecto a la adolescencia

aparecen en 1904, etimológicamente la palabra adolescencia proviene del verbo latino “adolecer” que quiere decir crecer, desarrollarse. En si la adolescencia sería aquel que está creciendo y el adulto es quien ya ha crecido.

Las diferencias sexuales que existen entre niños(as) empiezan en la 12va semana de embarazo. Tras el nacimiento los seres humanos, solo se diferencian por los órganos sexuales. Al llegar la pubertad, las gónadas sexuales estimuladas por las hormonas gonadotrofinas producidas en la hipófisis y que a su vez son e licitadas por la hormona liberadora de gonadotrofina producida por el hipotálamo van a comenzar a producir cambios en el cuerpo de los chicos y las chicas marcando grandes diferencias y madurando. El incremento en estatura es uno de los primordiales cambios de la pubertad, comenzando en las extremidades y acaba en el tronco. Las chicas dan el estirón y maduran antes que los chicos. (2)

Cambios externos en la pubertad (Alsaker y Flammer):

CHICOS:

- 1- Crecimiento de testículos, escroto y la aparición de vello púbico.
- 2- Crecimiento de pene, vello facial e incremento de la musculatura.
- 3- Eyaculación o polución espontanea.
- 4- Estirón, vello en axilas y voz más grave.

CHICAS:

- 1- Crecimiento de pechos, vello púbico.
- 2- Aumento de grasa corporal.
- 3- Modificación de órganos sexuales (agrandan el útero, la vagina, el clítoris y los labios) al mismo tiempo el estirón llega a su fin, la menarquia y la madurez sexual.

Pubertad.- Es un proceso de maduración biológico en los genes de nuestra especie. El primer determinante del (estirón) adolescente es la Herencia genética recibida de nuestros padres, el inicio de la pubertad viene determinado por un aumento significativo en los niveles de estas sustancias respecto a la infancia, influyendo de manera directa en una diversidad de cambios físicos (21)

Diferencias en el desarrollo puberal:

La pubertad es un hecho biológico e influenciado por aspectos psicosociales. (20)

- **Tendencia secular del crecimiento.-** Es el adelanto de la edad como la maduración sexual provocada por la mejora en la alimentación, la salud y los hábitos de vida. En la actualidad, la edad media de la menarquia está en los 13 años en Europa y en los 12 en EEUU. (22)
- **Alimentación, peso corporal y actividad física.-** existe una clara relación entre el peso y el inicio de la maduración mediana por la hormona leptina. Alimentación y actividad física son elementos principales en el inicio de la maduración sexual.
- **Ejemplo:** la anorexia provoca amenorrea. La actividad física extrema el retraso de la menarquia.
- **Algunas implicaciones psicológicas de los cambios puberales.-** la pubertad tiene una importante repercusión en la

psique de los chicos y chicas. La adolescencia tienen como finalidad la adaptación a los roles de adultos.

A nivel micro, los cambios físicos harán creer una apariencia externa adulta. Esto provocará que los adultos traten al adolescente como adulto y no como niño lo que provocará un impacto psicológico afectando la autoestima del adolescente. (20) (22)

Teorías sobre adolescencia:

STANLEY HALL (1844 – 1924) Es considerado como el precursor del estudio científico de la adolescencia a partir de la publicación en 1904 con la obra “Adolescence” de dos volúmenes, aplicó la teoría evolucionista de Darwin al momento de considerar el desarrollo adolescente. Hall reconocía que en la adolescencia los factores ambientales jugaban un papel mayor que en periodos anteriores y que era necesario contemplar activamente la interacción entre la herencia y las influencias ambientales para determinar el curso del desarrollo de los jóvenes en este periodo. La idea principal de Hall fue identificar la adolescencia como periodo dominado por los conflictos, cambios y turbulento claramente diferenciado de la infancia. (20) (22)

Perspectiva del psicoanálisis:

ANNA FREUD.- Según Sigmund Freud, La adolescencia es una etapa secundaria del desarrollo de la personalidad teniendo que solucionar el complejo de Edipo o de complejo de Electra, en cambio su hija Anna Freud estudia detalladamente esta etapa de la Adolescencia, considerando como clave para el desarrollo y que es una de las etapas más decisivas en la vida de una persona.

Freud aclara que existen dos tipos de mecanismos de defensa específicos para esta etapa evolutiva;

intelectualización o racionalización.- Es cuando se minimiza la ansiedad no implicándose personalmente en aquellas cuestiones que les corresponden al adolescente. Dicho adolescente toma distancia emocional del problema que tiene, tomándolo de forma racional como si dicho problema no le afectase ej.: pensando y analizando en profundidad las ideas, causa de algo o las cuestiones éticas.

Ascetismo.- minimiza la ansiedad, quedándose encerrado en su habitación, renunciar a sus viejas costumbres sociales, rehuir de la compañía de amigos y familiares, cultivar un perfil solitario bajo el pretexto de que no siente interés alguno por las actividades que se le proponen, sobre todo aquellas que parecen ser las preferidas de los demás, le permite al adolescente no implicarse en situaciones que le generan ansiedad. Rechazando las tentaciones renunciando a estar con sus compañeros, no participando en actividades de tiempo libre y rechazando relaciones sexuales. (20) (22)

Anna Freud asegura también que, a pesar de todo y en determinados momentos, los adolescentes dejan escapar sus impulsos, caracterizando así la adolescencia como una etapa ambivalente y de conducta impulsiva.

PETER BLOS.- Es conocido en EEUU como el Mr. Adolescente, lo centro sus investigaciones en el estudio de la etapa del desarrollo. Destacaremos las dos aportaciones que el hizo y que todavía al día de hoy, siguen vigentes: división de la adolescencia en etapas y el proceso de individuación.

La división de la adolescencia en 5 etapas.

1. Pre-adolescencia.
2. Adolescencia temprana: El (la) adolescente vuelve a ser atraído por el progenitor del sexo opuesto, pretendiendo tener amistades más íntimas con personas del mismo sexo.

3. Adolescencia propiamente dicha: Amistades relegadas por las relaciones amorosas.
4. Adolescencia tardía: Es la consolidación de la identidad sexual del
5. Individuo como del yo.
6. Post-adolescencia.

El proceso de individuación: Implica disolución afectiva de los padres, el logro de la Autonomía y la confianza en sí. El adolescente lograra tener sus propias ideas sin depender de los padres, para conseguir dicha independencia el adolescente se rebela contra las ideas de los progenitores poniéndolos entre paréntesis. Tras este paréntesis acepta las normas de los padres en algunos casos por el contrario adopta normas y éticas diferentes. (20) (22)

Erikson: Estudio el desarrollo global de las personas, convirtiéndose en uno de los grandes precursores de las teorías del ciclo vital. En su concepción del desarrollo de la identidad durante la adolescencia establece ocho etapas que suponen su evolución del YO. Cada uno de los estudios está formado por dos polos uno positivo y otro negativo. Estos polos los genera la sociedad y la elección de un polo u otro depende de esta sociedad. El paso de un estudio a otro sucede cuando el individuo supera una crisis o dialéctica entre distintos polos.

En la adolescencia los chicos deben enfrentarse a la dicotomía entre identidad y confusión de roles:

Identidad: sentido integrado de continuidad y coherencia a los largo de la vida.

Confusión de roles: no tener muy claro quien se es y que papel se desempeña en la vida.

Moratoria: tiempo que necesita el adolescente para realizar la integración de los logros adquiridos en etapas anteriores. (20) (22)

El siguiente periodo: intimidad frente a aislamiento, se construirá sobre el primero. Estas etapas son paralelas en el caso de las chicas.

Desarrollo de la teoría de la identidad adolescente:

James Marcia.- Desarrolla la teoría de Erikson bajo el indicio de que el logro de la identidad consiste en la ambivalencia entre el polo de la confusión o la identidad resuelta y en el grado en que los chicos han explorado el mundo y han logrado comprometerse en diferentes dominios de la vida (política, religión, trabajo, relaciones íntimos, amistad y el rol de género).

Marcia sugiere 4 estatus de identidad que surgen de la combinación de dos dimensiones, crisis de identidad y compromiso vocacional, ideológico o personal.

Los cuatro niveles son:

- Identidad de logro: sin compromiso, si crisis
- Moratoria: no compromiso, si crisis.
- Identidad hipoteca: si compromiso, no crisis.
- Identidad difusa: no compromiso, no crisis.

Al inicio de la adolescencia el chico se situación en el estatus de difusión de la identidad. Posteriormente pasa la moratoria y finalmente se lograra la identidad. Los que no pasan la etapa de crisis o moratoria tendría una identidad hipotecada.

Tareas evolutivas Robert Havighurst.- Elabora una teoría que abarca todo el ciclo vital. En las diferentes etapas del desarrollo, se debe hacer frente a una serie de tareas evolutivas provenientes de tres fuentes:

1. La maduración física.
2. Las presiones culturales o expectativas de la sociedad sobre la persona.

3. Los valores y las aspiraciones individuales.

Algunas de estas tareas son paralelas a las que ya hemos descrito en autores anteriores (independencia emocional de los padres o la formación de relación maduras)

6 – 12 años: A esta edad el chico (a) va a establecer relaciones de amistad con iguales. Debe lograr una imagen de sí mismo compleja, estructurada y un pensamiento determinado. Aprender habilidades académicas básicas y jugar en equipo.

12 – 18 años: en esta etapa el adolescente va a aceptar su cuerpo y aprender a usarlo, formara relaciones más maduras con ambos sexo de forma igual. adoptar un rol social masculino o femenino, independizarse emocionalmente de los padres. Prepararse para el mundo profesional, para la vida en pareja y familia, adquirir valores y sistemas éticos, desear y lograr una conducta socialmente responsable. (20) (21)

La situación actual: J.C. Coleman.- Coleman dividió el estado de situación de la adolescencia en dos visiones:

1.- la idea de la adolescencia como tormenta y drama defendida por HALL y ANA FREUD.

2.- los estudios de tipo sociológico que se empeñaban en demostrar que la adolescencia pasaba sin mayores problemas. Acercándonos a la teoría focal de Coleman vemos 3 cuestiones que hace que no esté conforme con ninguna de las dos visiones anteriormente descritas:

1.- la tormenta y drama es una teoría con poca base puesto que los psicoanalistas utilizaban muestras sesgadas.

2.- las conductas delictivas, consumo de drogas, son noticia saliente para los medios.

3.- las investigaciones con grandes muestras sobreestiman las respuestas que los adolescentes dan sobre su buen ajuste y sentimientos internos positivos, ya que alguien que lo esté pasando mal no lo va a transmitir tan fácilmente. Coleman si ve problemas con los padres, problemas cotidianos.

Etapas de la adolescencia (23)

- **Adolescencia temprana** (10 a 13 años).- Durante esta etapa los niños suelen comenzar a crecer más rápido, también el crecimiento de vello en las axilas y en la zona genital, el desarrollo de los senos en las mujeres y el aumento del tamaño de los testículos en los varones. Por lo general empieza uno o dos años antes en las niñas, que en los varones y puede ser normal que algunos cambios comiencen tan pronto como a los 8 años para las niñas y a los 9 años para los varones. Muchas niñas tienen su primera menstruación alrededor de los 12 años, en promedio de 2 a 3 años después del comienzo del desarrollo de los senos.

Estos cambios corporales pueden generar curiosidad y ansiedad en algunos, como el inicio de la pubertad puede ser un momento difícil para los niños transgénero.

Los adolescentes más jóvenes tienen ideas concretas y extremistas, con respecto a los pre adolescentes sienten una mayor necesidad de privacidad.

- **Adolescencia media** (14 a 17 años).- Los cambios físicos que comenzaron en la pubertad continúan durante la adolescencia media, la mayoría de los varones comienzan su "crecimiento repentino" y continúan los cambios relacionados con la pubertad. Es posible, por ejemplo, que se les quiebre la voz a medida que se les va agravando, le sale acné. A esta edad a muchos de los

adolescentes les surge el interés en las relaciones románticas y sexuales, muchos jóvenes en su adolescencia media discuten más con sus padres porque luchan por tener más independencia. Es más probable que pasen menos tiempo con la familia y más tiempo con los amigos, les preocupa mucho su aspecto y la presión de los pares, el cerebro sigue cambiando y madurando en esta etapa, pero aún hay muchas diferencias entre la forma de pensar de un joven en su adolescencia media y de un adulto.

- **Adolescencia tardía (18 A 21 AÑOS).**- Los jóvenes en la adolescencia tardía por lo general ya completaron el desarrollo físico y alcanzaron la altura definitiva que tendrán como adultos. Para esta edad suelen tener más control de sus impulsos y pueden sopesar los riesgos y recompensas mejor y con más precisión. En comparación con los jóvenes en la adolescencia media, se separan más de su familia, tanto física como emocionalmente. No obstante, muchos restablecen una relación "adulta" con sus padres, considerándolos personas de su mismo nivel a quienes pedir consejos y con quienes hablar de temas serios, en vez de una figura de autoridad.

Factores de riesgo en los adolescentes.- A diferencia de lo que sucede en los niños, en los adolescentes en la medida que aumenta la edad, se incrementa la mortalidad. La prevención primordial y la promoción de factores generales y específicos de protección evitan y controlan los daños y trastornos en la salud del adolescente. Algunos de estos factores de protección incluyen la educación, la nutrición, las inmunizaciones, el ejercicio físico, el tiempo libre justo, la promoción de las actividades familiar, la atención al desarrollo emocional, las oportunidades de trabajo y el desarrollo de cambios en las legislaciones favorables para el niño y el adolescente. En los servicios de salud se debe promover la prevención del cáncer pulmonar, la prevención de los embarazos

precoces, de las infecciones de transmisión sexual y de los accidentes y la evaluación de los patrones de crecimiento y desarrollo.

2.2.3 Autoconfianza

Autoconfianza según autores:

según Mendoza; (24) este es otro pilar básico de la autoestima, y se refiere a creer en ti, a saber que puedes lograr lo que te propones, que tienes lo necesario para cumplir tus sueños y que estás en la actitud correcta. Sin embargo, la autoconfianza no se refiere a la creencia irracional y fantasiosa que todo lo puedo, sino que se fundamenta en el conocimiento a sí mismo(a), ya que sabes qué tienes, pero también cuáles son tus limitaciones y qué aspectos de tu vida debes trabajar para poder cumplir tus metas. Confiar en sí mismo implica que sepas qué eres y qué no eres, pero siempre confiando que eres capaz de ser

según Nicolás; (25) es el convencimiento de que uno es capaz de lograr un objetivo, realizar con éxito una tarea o elegir el enfoque adecuado para Realizar un trabajo o resolver dificultades. Incluye mostrar confianza en las propias capacidades (por ejemplo, ante nuevas dificultades), Decisiones y opiniones, para ejecutar con éxito la conducta requerida y producir un determinado resultado. En el ámbito deportivo se utiliza con frecuencia para referirse a la percepción que tiene la persona sobre su capacidad para enfrentarse a una determinada tarea.

La autoconfianza no es lo mismo que la autoestima, dado que esta última es una evaluación emocional sobre el propio valor del individuo; en cambio la autoconfianza refiere específicamente a la capacidad de lograr algún objetivo, cuyo meta análisis sugiere que es similar a la generalización de la autoeficacia. (25)

Abraham Maslow y otros psicólogos posteriores han enfatizado la necesidad de distinguir entre la autoconfianza como una característica

generalizada de la personalidad y la autoconfianza con respecto a una tarea, habilidad o desafío específico (es decir, autoeficacia). La autoconfianza normalmente se refiere a la autoconfianza general. (25)
(26)

El psicólogo ALBERT BANDURA define de la autoeficacia como "la creencia en la capacidad de tener éxito en situaciones específicas o realizar una tarea"⁴ y, por lo tanto, es el término que se refiere con mayor precisión a la autoconfianza específica. Estos dos tipos de autoconfianza están correlacionados entre sí, y por esta razón se pueden combinar fácilmente. (27)

Según Pulido (2011) la autoconfianza consiste en tener un planteamiento mental positivo sobre lo que va a suceder, esta puede traducirse en expectativas realistas sobre un fin que se persigue o desea conseguir, y de lo cual se está convencido de lograr. Pulido refiere que los psicólogos del deporte definen como autoconfianza a la creencia de que se puede realizar satisfactoriamente una conducta deseada, lo que equivale a la suposición de que el éxito se va a conseguir. También puede decirse que ésta es un determinante del rendimiento, pero no de la competencia o habilidad del deportista. (28)

Historia de la autoconfianza: (24) (25)

En 1890, el filósofo WILLIAM JAMES en sus Principios de Psicología escribió: "Cree en lo que está dentro de tus necesidades, ya que solo con esa creencia se llena tu necesidad. Ten fe en que puedes lograrlo con éxito, y tus pies estarán nerviosos por su logro", expresando así que la autoconfianza podría ser una virtud. (6)

Ese mismo año, EL DR. FREDERICK NEEDHAM en la apertura de la sección de psicología del British Medical Journal elogió el progreso de un asilo para pacientes con problemas mentales al aumentar la autoconfianza de estos mediante el ofrecimiento de una mayor "libertad

de acción". Actividades tales como el ejercicio prolongado y los pasatiempos, eran generadores de autoconfianza a tal punto que no solo favorecía a la cordura del paciente sino también a promover un menor tiempo de recuperación. (25) (27)

Con la llegada de la PRIMERA GUERRA MUNDIAL, los psicólogos elogiaron la autoconfianza como un gran antídoto contra la tensión nerviosa, el miedo y el terror. Esto fue argumentado así ya que los soldados en el campo de batalla eran capaces de cultivar un cuerpo fuerte y saludable al mismo tiempo que adquirían una mayor autoconfianza mientras luchaban. En el momento cumbre del Movimiento por la Templanza de la década de 1920, los psicólogos asociaron a la autoconfianza la capacidad de los hombres para quedarse en casa y cuidar de la familia cuando no estaban trabajando. (26)

Durante la Gran Depresión, PHILIP EISENBERG y PAUL LAZERFELD notaron cómo un repentino cambio negativo en las circunstancias, especialmente la pérdida de un empleo, podría llevar a una menor autoconfianza, pero más comúnmente si la persona desempleada cree que la culpa del desempleo es suya. También señalaron que si los individuos no tienen un trabajo lo suficientemente largo, se vuelven apáticos y pierden toda autoconfianza. (26)

En 1943, ABRAHAM MASLOW en su artículo "Una teoría de la motivación humana" argumentó que un individuo solo estaba motivado para adquirir autoconfianza después de haber logrado lo que necesitaba para la supervivencia fisiológica, de seguridad, el amor y la pertenencia. Afirmó que la satisfacción de la autoestima lleva a sentimientos de autoconfianza que, una vez alcanzados, conduce a un deseo de autorrealización (24)

La autoconfianza influye sobre: (25) (27)

1) **Las emociones positivas:** influye activando estas emociones positivas, lo que permitirá que el sujeto se sienta más seguro de sí mismo,

más tranquilo y relajado en condiciones de presión, y un estado mental que le permita ser más enérgico.

2) **Motivación:** influye aumentando la motivación del sujeto, ya que supone que si hace las cosas bien hechas, conseguirá su objetivo, lo que le motiva para el futuro a conseguir dichos objetivos. Se crea el ímpetu psicológico, lo cual crea en el deportista una actitud positiva de nunca ceder, y remontar las adversidades.

3) **Concentración:** influye facilitando la concentración, ya que cuando una persona siente confianza, su mente se halla bajo menos presión, y se libera para concentrarse en la tarea en cuestión, ya que no se fijará en si lo hace mal o bien, sino simplemente en hacerlo como sabe.

4) **Objetivos:** influye en la medida que las personas seguras de si mismas, tienden a establecerse objetivos estimulante y a esforzarse y luchar por conseguirlos. Por tanto la confianza permite lanzarnos objetivos cada vez más altos y lograr el máximo potencial.

5) **Esfuerzo:** la confianza influye aumentando el esfuerzo, ya que la cantidad y duración del esfuerzo realizado en busca de un objetivo, depende en gran parte de la confianza. Esto es porque los deportistas que creen en si mismos, son muy persistentes y no se rinden nunca, dando el máximo esfuerzo para conseguir el objetivo.

6) **Resistencia física:** al igual que el esfuerzo influye aumentándola, ya que la confianza en sí mismo, hace reducir los síntomas del agotamiento, tanto físico como mental, produciendo que el cuerpo este en las mejores condiciones para conseguir esas metas.

7) **Estrategia de juego:** la confianza afecta a estas estrategias, porque los deportistas seguros de sí mismos, juegan para ganar, lo cual produce que no tengan miedo de correr riesgos y asumen el control de la

competición. En cambio si no tienen confianza, juegan para no perder, lo que produce que sean indecisos ya que tratan de no cometer errores.

8) **Habilidad para manejar la presión:** La confianza al aumentar las emoción es positivas, motivación y concentración, hace que el jugador se relaje mentalmente, ya que al confiar en sí mismo, no se crea en torno a si mismo un estado de presión sobre lo que sucede a su alrededor, compitiendo más relajado y con menor presión.

9) **Probabilidad de lesionarse:** influirá disminuyendo la probabilidad de lesión, ya que esta se corresponde en gran medida del grado de motivación, concentración y predisposición del jugador.

La confianza óptima.- Equivale a estar convencido de que se pueden alcanzar los objetivos marcados invirtiendo un gran esfuerzo en ello. Los objetivos han de ser realistas y convencernos así realmente de que se pueden conseguir. Se pueden cometer errores o perdidas de concentración, u otras situaciones adversas en determinados momentos, pero si la confianza en sí mismo es la óptima, ayudara a afrontar estas adversidades manteniendo un gran esfuerzo en busca de ese objetivo. Cada persona es diferente y presentara un grado óptimo de confianza, pero el problema deriva de cuando se produce la falta de confianza o el exceso de confianza.

Ventajas de la autoconfianza: (25) (26)

La autoconfianza es la clave para llevar a cabo nuestro máximo nivel en una partida, estudio, entrevista de trabajo o evento deportivo. Los deportistas seguros creen en sí mismos, por lo que se sienten seguros para llevar a cabo una jugada, alcanzando así su máximo potencial. Los deportistas menos seguros de sus capacidades dudan sobre sí mismos, sean buenos o no por lo cual no logran su máximo potencial.

SEGÚN P. L. LINARES: “si anticipamos que va a suceder algo, en realidad estamos ayudando a que suceda. Las profecías autorrealizadas negativas son barreras psicológicas que provocan un círculo vicioso: la expectativa del fracaso conduce a un fracaso real, lo que rebaja el auto imagen e incrementa las perspectivas de fracasos futuros”.

Por esto, un jugador con poca autoconfianza, cuando piensa que una bola a la que va a tirar es muy importante de quitar, el pensamiento negativo del fallo le lleva a este. En cambio, un jugador con mucha autoconfianza piensa que la bola que tiene que quitar es muy importante para ganar, en vez de pensar que es importante para no perder. El segundo jugador tendrá más posibilidades de quitar la bola, ya que se sentirá más seguro de ello.

Las ventajas de la autoconfianza son: (25) (28)

1.- Si tenemos autoconfianza estaremos más relajados ante la posible presión, por lo que tendremos un pensamiento positivo. Un jugador confiado estará más relajado a la hora de lanzar una bola, mientras un jugador con poca confianza se siente como ‘agarrado’ a la hora de jugar la bola.

2.- Estaremos más concentrados cuando estemos confiados en nosotros mismos, porque no prestaremos atención a otras tareas o estímulos. Cuando estamos desconfiados tendemos a preocuparnos sobre aprobación o desaprobación de los demás o a pensar demasiado en fallos pasados. Por esto podemos concluir que la concentración y la autoconfianza están interrelacionadas y una interviene en la otra.

3.- Una persona segura de sí misma se establece grandes objetivos, mientras que al contrario, la persona desconfiada tiende a ponerse objetivos muy bajos. Los jugadores que suelen quedar en los primeros puestos en las competiciones suelen tener al comienzo del campeonato expectativas positivas, ya que sienten confiados para obtener la victoria

en el mismo y esto le lleva a obtener autoconfianza y rendir al máximo durante todas las partidas.

4.- Una persona con autoconfianza nunca da por perdida una partida, su frase típica sería: “hay que llegar a trece para ganar”. Muchos jugadores cuando llevan un tanteo muy adverso tienden a dar por perdida la partida, debilitando su concentración o perdiendo totalmente la confianza. Aunque suele suceder que cuando el equipo que va perdiendo empieza a puntuar, este va cogiendo confianza y aumentando su rendimiento, mientras que los aventajados empiezan a perder confianza y a salirles las cosas mal.

Limitaciones de la autoconfianza (25) (26)

Las limitaciones más destacadas que presenta la autoconfianza son las siguientes:

1. no sustituye a la incompetencia, solo ayudará al deportista hasta cierto punto.
2. los niveles de autoconfianza responden a la Teoría de “u” invertida.
3. la zona óptima corresponde a un punto donde se está convenciendo de poder alcanzar el objetivo siempre que se emplee un esfuerzo para ello.
4. el punto de inflexión dependerá de la propia persona.

TEORÍAS SOBRE LA AUTOCONFIANZA (25) (28)

Dos son las principales teorías que han abordado este tema: la autoeficacia de Bandura y el modelo de confianza de Vealey:

a. Teoría de la autoeficacia de Bandura (1977)

Para Bandura existe una unión de tres factores básicos que influyen en el rendimiento óptimo del sujeto:

- factores personales-cognitivos.
- factores ambientales.

- factores conductuales.

De tal modo que los juicios de valor que poseemos sobre nosotros mismo influyen en nuestra ejecución (emociones).

Dos son las expectativas que nos planteamos antes de la acción: eficacia, si poseemos la creencia de superar una prueba, y resultados, si poseemos la creencia que un comportamiento inducirá a un tipo u otro de resultados. Para formarnos nuestras expectativas de si lograremos o no superar una prueba asegura Bandura que 4 son las fuentes posibles;

- capacidad de ejecución.
- Aprendizaje por observación de otras personas.
- Persuasión verbal.
- Nivel de activación fisiológica.

Bandura propone un modelo para evaluar la autoconfianza basándose en un microanálisis, es decir, en mediciones de cada tarea y en tres dimensiones:

- Magnitud.
- Fuerza.
- Generalidad.

Ejemplo: Se le pregunta al deportista si se siente capaz de realizar una tarea y en qué medida (1-100), y a mayor puntuación obtenida mayores expectativas poseerá el deportista.

b.- Modelo de confianza de Vealey (1986)

Vealey definió la confianza como “la creencia o el grado de certeza que los individuos poseen acerca de su habilidad para tener éxito en el deporte”.

Este programa se basa en dos tipos de confianzas: Rasgo y Estado.

La Confianza Rasgo: Es el grado de creencia que normalmente tenemos sobre nuestra habilidad para tener éxito en el deporte.

La Confianza Estado: es la confianza que poseemos en un momento particular sobre nuestra habilidad para tener éxito en el deporte. Es decir, como si habláramos de confianza general-específica respectivamente.

El planteamiento de Vealey es sólo aplicable al ámbito deportivo, mientras que el de Bandura surge de la teoría cognitiva.

Para medir la autoconfianza de un sujeto Vealey propone tres instrumentos:

- Confianza rasgo.
- Confianza estado.
- Confianza orientación competitiva.

En los dos primeros se le pregunta al deportista el grado de realización óptima que obtendrá en ámbitos como concentración, consecución de metas, preparación para la competición,... Mientras que en el tercer instrumento se estudia la orientación hacia obtener unos buenos resultados o hacia la victoria.

Personas que poseen la competencia

- Puede enfrentar fracasos o rechazos y a pesar de todo actuar productivamente.
- Enfrentan su problema directa y personalmente y no dejan problemas sin resolver.
- No se retractan frente posturas u opiniones contrarias, defienden sus ideas de manera asertiva con expresión adecuada y respeto al otro.

- Conocen sus capacidades y confían en ellas y en sus posibilidades.
- Se muestran confiados en sus conocimientos y en la forma de resolver los problemas.
- Manifiestan seguridad en su comportamiento, toman riesgos moderados y calculados.

Están siempre motivados por alcanzar un mejor resultado, trabajan sin supervisión.

Personas que no poseen la competencia:

- Evitan confrontarse con las personas cuando existe un problema.
- No tienen seguridad para defender sus ideas frente a posturas opuestas.
- Evitan los desafíos o los abandonan aun cuando eso signifique no terminar el trabajo.
- Dudan de sus habilidades y expresan falta de confianza en ellas.
- No consiguen dirigirse a la raíz del problema.
- Actúan solo cuando están completamente seguras, no toman riesgos aunque sean moderados e involucren un beneficio económico importante.
- Son incapaces de exigir un trato respetuoso.
- Buscan la supervisión en el trabajo.
- Reaccionan de manera soberbia en la interacción con otros.

2.4 Definición de términos:

Intervención: (29) Según la Dra Mara, es la acción y efecto de intervenir. Intervenir puede tratarse del hecho de dirigir los asuntos que corresponden a otra persona o entidad.

Enfermería: La enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina que en el último siglo y particularmente. Según la Facultad de Enfermería de la Universidad de Moscú, en Rusia, es la «ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual» (30)

Intervención de enfermería: Según Bruner, “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”. Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas. (30)

Autoconfianza: (26)según Wikipedia hace referencia a la confianza en sí mismo respecto a determinados atributos, tales como habilidades para la vida, toma de decisiones, poder, entre otros. también puede ser percibida como una creencia positiva que consiste en la convicción de poder lograr lo que uno desea hacer en el futuro.

Adolescente: (31) Es la etapa que llega después de la niñez y que abarca desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo, se trata de un cambio de cuerpo y mente, pero que no sólo sucede en el propio adolescente, sino que también se relaciona con su entorno.

Autoestima: según PÉREZ, Es un sentimiento valorativo de nuestro conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que forman la personalidad. Dicho sentimiento puede cambiar con el tiempo a partir de los cinco o seis años de edad, un niño comienza a formar el concepto sobre cómo es visto por el resto de la gente. (32)

Autoconcepto: Según MEDOZA (24) Se refiere a todas las creencias que tienes de ti mismo(a), es lo que piensas de ti, sobre tu esencia, lo que eres, tus características, tus capacidades, entre otras cosas.

Autoconocimiento: según MEDOZA (24) Es conocerse a sí mismo es vital para el amor propio. Por esa razón, el autoconocimiento es el fundamento para generar una evaluación y valoración objetiva de ti, y para que sepas quién eres y de qué eres capaz. Además, la aceptación se basa también en el conocimiento.

Autoimagen: Según MEDOZA (24) Se refiere precisamente a cómo te ves a ti, qué tanto te gustas y te agradas. La autoimagen se refiere a varios aspectos, el más inmediato es el aspecto físico, donde tú te miras al espejo y sientes que estás ante una persona con una belleza propia, así a los otros les guste o no. un elemento fundamental para el amor propio es gustarse a sí mismo.

Autoaceptación: Según MEDOZA (24) finalmente, el 5º pilar fundamental de la autoestima es la aceptación de sí mismo(a). No basta con tener un concepto bueno de sí mismo(a), conocerse muy bien, tener una buena autoconfianza y gustarse mucho, hay que aceptar todos estos aspectos. La aceptación es respetarse y comprender todo lo que eres, tanto lo bueno como las limitaciones y defectos.

CAPÍTULO III. PLAN DE INTERVENCIÓN

MODELO DE PLAN DE INTERVENCIÓN

3.1 JUSTIFICACIÓN

La OMS considera la adolescencia de 10 a 19 años de edad en donde se adquiere la madurez de la capacidad sexual para reproducirse, implica muchos cambios para el adolescente, que incluye el aumento de peso y estructura, hay un aumento rápido de la capacidad vital pulmonar, la cual es mayor en los varones (2)

Siendo la etapa más vulnerable y difícil en la que se define la personalidad, por la que cada día fallecen más de 3000 adolescentes (es decir, 1,2 millones de muertes anuales) en su mayoría se podrían evitar o prevenir dichas muertes mejorando los servicios de salud, la educación y los servicios sociales (2)

El UNICEF En el Perú en el 2016 el 12,7% de las adolescentes de 15 a 19 años estaban embarazadas, en algunas zonas de la selva este porcentaje llegó al 30,6% y el 71,1% culminaron oportunamente la educación secundaria. En 2014 el 34,2% de las adolescentes no estaban cubiertas por ningún seguro médico. El 81,3% de adolescentes entre 12 y 17 años, manifestaron en 2015 que alguna vez en su vida fueron víctimas de violencia psicológica o física.. En algunas zonas de la Amazonía este porcentaje llegó a 43,6%. Con respecto al 57,3% de las y los adolescentes en conflicto con la ley y que cumplen alguna medida socioeducativa, se encuentran privados de su libertad (3)

Refiere que el Perú se encuentra en un proceso de transición demográfica, con una reducción de sus tasas de natalidad y un incremento de la esperanza de vida al nacer. Según el INEI, en 2015, la población de 10 a 19 años constituía el 18.6% de la población peruana, y

será 17.4% en 2021. En términos absolutos, esta población se reducirá de 5'801,691 en 2015 a 5'778,585 en 2021 (6)

El INEI 2019 (7), que en el Perú existen 10 millones 338 mil niños de 0 a 17 años de edad, de los cuales, El 33.7% (3 millones 486 mil) entre 12 y 17 años se encuentran en la etapa de la adolescencia.

Con respecto al centro educativo secundario de Tintay cuenta con 121 adolescentes de 12 a 17 años con 11 meses 30 días, de los cuales hay 66 mujeres y 60 varones, adolescentes, entre los 12 años hay 32 adolescentes de los cuales 14 son mujeres y 18 varones todos asisten al centro educativo sin excepción. (9)

3.2. OBJETIVOS

3.2.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar el plan de intervención de enfermería en el desarrollo de autoconfianza de adolescentes de 12 años del colegio del distrito de Tintay, Aymaraes Apurímac.

3.2.2 OBEJTIVOS ESPECIFICOS

1. Coordinación con el equipo multidisciplinario confines del desarrollo en la atención integral del adolescente.
2. Sensibilizar a padres de familia para el apoyo de desarrollo de la autoconfianza de los adolescentes.
3. Sensibilizar a docentes para el apoyo en el desarrollo de la autoconfianza de los adolescentes.
4. Coordinar con el tutor del salón para Implementar el programa de desarrollo de autoconfianza en los talleres del curso de tutoría.
5. Promover un plan de ejercicios de desarrollo de autoconfianza en los adolescentes sencillos para que puedan realizar en casa

3.3 Metas

Al culminar el plan de desarrollo de autoconfianza en el adolescente se alcanzara un 80% de mejoría.

3.4 Programación de Actividades:

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Reuniones de coordinación con equipo multidisciplinario	Reunión realizado	Equipo comprometido	90% profesional capacitado	julio	Enfermera responsable
Actualización de sala situacional	Sala organizada	Sala instalada	100% datos actualizados	Agosto	Personal de salud responsable
Sensibilizar a padres de familia para el apoyo de desarrollo de la autoconfianza de los adolescentes.	Sesiones psico-educativas Sesiones demostrativas	2 sesiones psico-educativas. 2 sesiones demostrativas	El 100% de los padres que logren comprender la importancia del desarrollo de la autoconfianza en la adolescencia.	45 minutos de sesiones psico-educativas. 2 horas de sesiones demostrativas.	Lic. carolina

Sensibilizar a docentes para el apoyo en el desarrollo de la autoconfianza de los adolescentes	Sesiones psico-educativas Sesiones demostrativas	3 Sesiones psico-educativas. 2 sesiones demostrativas	El 100% de los docentes que logren comprender la importancia del desarrollo de la autoconfianza en la adolescencia	45 minutos de sesiones psico-educativas. 2 horas de sesiones demostrativas.	Lic. carolina
Coordinar con el tutor del salón para Implementar el programa de desarrollo de autoconfianza en los talleres del curso de tutoría.	Reuniones realizados	Equipo comprometido	90% de docentes que son tutores aceptan incluir los talleres de autoconfianza en el curso de tutoría.	Julio	Enfermera responsable
Elaboración de materiales sencillos con ejercicios simples de desarrollo de autoconfianza para realizar en casa	Dípticos y trípticos	5 dípticos y/o trípticos	El 100% de los padres y adolescentes obtienen la información respectiva		Enfermera responsable

Ejercicios para desarrollar la autoconfianza en los adolescentes;	Sesiones psico-educativas	16 sesiones demostrativas	El 90% asiste a las sesiones	1 hora por sesión	Lic. carolina
---	---------------------------	---------------------------	------------------------------	-------------------	---------------

3.5 Recursos:

Materiales:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Dípticos	35 unidades
Trípticos	35 unidades
Películas de superación	5 unidades
Videos de ejercicios	10 unidades
Videos de música	10 unidades
Colchonetas	32 unidades

Humanos: Se debe contar con un equipo interdisciplinario:

NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESIONAL
Danilo R. Llacuachaqui Salazar	Médico Cirujano
Linda E. Larrea Ascue	obstetra
Juan Carlos Ccoicca Huarancca.	Lic. En Enfermería
Carolina Saavedra Rojas	Lic. En Enfermería.
Santiago Bedia Forton	Tec. En Enfermería.
Licia Tello Paniura	Tec. En Enfermería
Alicia Lizarme Valverde	Tec. Laboratorio
Yesman Ayerve Llamocca	Tec. De Farmacia.

NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESIONAL
Nildo Salcedo Alarcón.	Director
Hermenegildo Contreras Espinoza.	Docente
Leonardo Alzamora Barrientos.	Docente
Manuel Hilarión Pillaca Ortega.	Docente
Walter Octavio Alarcón Contreras.	Docente
Claudia Soto Merma.	Docente
Anali Pimentel Maldonado.	Docente
Luisa Guadalupe Ayllon Sotomayor.	Docente
Pablo Calixto Ccana.	Docente
Hermelinda Flores Puga.	Docente
José Anastacio Barrientos Valdez.	Docente
Rosa Otilia Salguero Allauca.	Docente
Cerafin Huillcahuma Vásquez.	Docente
Artemio Príncipe Sifuentes.	Docente

3.6 Cronograma:

ACTIVIDADES	MESES 2019					
	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
ADMINISTRATIVAS						
Reuniones de coordinación	x					
Actualización de la sala situacional		x				
CAPACITACIÓN						
Capacitación/ sensibilización a docentes			X			
Capacitación/ sensibilización a padres de familia				x		
Reuniones de coordinaciones con tutores para la implementación de programa de desarrollo de autoconfianza en los talleres del curso de tutoría.			x			
PREVENTIVO - PROMOCIONALES						
Elaboración de materiales para las sesiones psicoeducativa.			x	x		
Atención a demanda a los padres de familia				x	x	X

Atención de horario diferenciado de adolescentes					x	X
Visitas domiciliarias	x	x	X	x	x	X
Sesiones demostrativas de desarrollo de autoconfianza del adolescente (intra y extra murales)	x	x	X	x	x	X

3.7 Ejecución

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Reuniones de coordinación con equipo multidisciplinario.	Desarrollo de reuniones programadas con el equipo multidisciplinario.	La capacitación permanente permite mejorar las habilidades, competencia y capacidades del profesional de enfermería.
Actualización de sala situacional	Responsabilidad para la elaboración de la sala situacional	Los datos estadísticos permite el apoyo para la toma de decisiones y una intervención en el avance de las metas

Sensibilizar a padres de familia para el apoyo de desarrollo de la autoconfianza de los adolescentes.	Sensibilización a los padres de familia de los adolescentes con empatía logrando una buena relación, entre el personal de salud y padres de familia.	Es fundamental para poder realizar las intervenciones para poder trabajar con los padres de familia y ayudaren el desarrollo de la autoconfianza del adolescente.
Sensibilizar a docentes para el apoyo en el desarrollo de la autoconfianza de los adolescentes	Sensibilización a los docentes con empatía logrando una buena relación, entre el personal de salud y los docentes.	Es fundamental para poder realizar las intervenciones para poder trabajar con los docentes y ayudar en el desarrollo de la autoconfianza del adolescente.
Ejercicios para desarrollar la autoconfianza en los adolescentes	El adolescente recibe el paquete de atención integral en las sesiones y controles de rutina del adolescente.	La atención integral es la herramienta fundamental del área adolescente para brindar una atención en salud y mejorar la calidad de vida.
Elaboración de materiales sencillos con ejercicios simples de desarrollo de autoconfianza para realizar en casa	El horario diferencia para la atención del adolescente es muy importante para poder dar privacidad al adolescente	En el horario diferenciado la entrevista y/o consulta es personalizado y nadie se entera de lo que aqueja al adolescente
	Desarrollo de las sesiones psicoeducativa y demostrativas en el auditorio del Establecimiento de salud y en visitas domiciliarias	Las sesiones son el método educativo (aprender haciendo) que permite el aprendizaje mediante la práctica en tres momentos: antes, durante y después de las actividades demostrativas.

Evaluación

- Se logró las reuniones programadas al equipo multidisciplinario.
- Se implementó la sala situacional del adolescente.
- Se logró sensibilizar a los padres de familia con empatía, carisma y buen trato teniendo una buena relación efectiva.
- Se logró sensibilizar a los docentes con empatía, carisma y buen trato teniendo una buena relación efectiva.
- Motivar a los padres de familia a ayudar a desarrollar la autoconfianza en sus hijos adolescentes.
- Orientar sobre la importancia del desarrollo de la autoconfianza en adolescentes.

Conclusiones

1.- En la intervención de enfermería se logró la Coordinación con el equipo multidisciplinario confines del desarrollo en la atención integral del adolescente.

2.- Se logró sensibilizar a los padres de familia sobre la importancia del desarrollo de la autoconfianza en adolescentes, participando un total de 99% de padres citados.

3.- Se logró sensibilizar a los docentes responsables de las asignaturas con respecto a la intervención en los adolescentes en el horario de tutoría.

4.- Se logró coordinar con el tutor del salón para implementar el programa de desarrollo de auto-confianza.

5.- Se logró comprometer a los docentes y padres de familia para realizar sesiones psico - educativos y demostrativos con los adolescentes para el desarrollo de su autoconfianza, participando el 90% de estudiantes y padres.

Recomendaciones

Se recomienda la realización con el equipo multisectorial, para el beneficio de las y los adolescentes de nuestra Distrito:

Establecimiento de salud y/o consultorios:

- 1.- Implementar la normatividad vigente del 2019 de la atención integral del adolescente en el Establecimiento de salud.
- 2.- Considerar el paquete de la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en la autoconfianza, con adaptaciones a la realidad nacional.
- 3.- Propiciar que el equipo multidisciplinario trabaje en coordinación con los docentes de la institución educativa del Distrito para mejorar la autoconfianza en los adolescentes.
- 4.- Realizar el proceso de autoevaluación, según el avance de las sesiones para reforzar en ciertos puntos.
- 5.- Implementar planes de mejoramiento continuo, para mejorar el desempeño del responsable y del equipo multidisciplinario institucional y apegarse por la calidad de los servicios.
- 5.- Establecer mecanismos de información y/o comunicación con los adolescentes, padres de familia y docentes.

Redes de salud y micro redes:

- 1.- Se debería implementar la normatividad vigente de la atención integral del adolescente en el ámbito de su responsabilidad.
- 2.- Propiciar la conformación de comités y/o equipo especializados en temas de Autoestima (autoconfianza, autoimagen, autoconcepto, autoconocimiento, autoaceptación) para la mejor calidad de vida de adolescentes.

3.- Se debería monitorear y evaluar el desarrollo de la autoconfianza en adolescentes de acuerdo a los estándares e indicadores de la calidad de vida que presentan en la jurisdicción de la unidad ejecutora. En los 55 Establecimientos de salud que se encuentran en la jurisdicción de la Red de Salud Aymaraes, como el Centro de Salud Tintay del Distrito Tintay esto contribuirá a estandarizar la evaluación de la atención integral del adolescente. Para el mejoramiento continuo de la calidad de los procesos de atención.

5.- A los directivos de la UNIDAD EJECUTORA, implementar acciones de mejora en los procesos de atención para el reporte sobre adolescentes que no acuden al horario diferenciado DEL EE.SS.

Dirección de la I.E. Secundario Tintay:

1.- Al Director de la UGEL Aymaraes implementar la asesoría especializada con profesionales en psicología que permitan enfrentar correctamente problemas de autoestima(autoconfianza)los estudiantes adolescentes, en instituciones educativas vulnerables.

2.- Al Director de la Institución educativa de Tintay, promover el desarrollo de programa de especialización en manejo de problemas de autoestima(autoconfianza) orientado a estudiantes de la institución que dirige.

3.- A los Docentes de la institución educativa, de nivel secundario de Tintay, implementar el uso de talleres o programas que permitan la mejora de la autoconfianza en los estudiantes con limitaciones en esta problemática.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Campano Reyes JE. nivel de autoestima y el rendimiento escolar en los estudiantes de secundaria. tesis mag. Lima: univercidad cesar vallejo.
2. OMS. health for the worlds adolescents. [Online]; 2020. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
3. UNICEF. ADOLESCENTES Y JÓVENES EN AMERICA LATINA Y CARIBE. [Online]; 2015. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-04/UNICEF_Situacion_de_Adolescentes_y_Jovenes_en_LAC_junio2105.pdf.
4. OPS. scielo cuba:Las condiciones de salud de las Américas. [Online]; 2020. Acceso 08/01/2013 de 06/01/2013de 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002.
5. OPS. ESTADO ACTUAL DE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS. [Online]; 2018. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:K1DZEaCfZj8J:https://www.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/part-two-the-current-status-of-the-health-of-adolescents-and-youth-in-the-americas.html+&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>.
6. MINSA. DOCUMENTO TACNICO SITUACIÓ:N DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES EN EL PERÚ. PRIMERA EDICIÓN ed. JOURNAL , editor. LIMA: SINCO Diseño E.I.R.L; 2017.

7. INEI. ESTADO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA. [Online]; 2019. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_ninez-y-adolescencia-oct-nov-dic2019.pdf.
8. INEI. PERÚ 21. [Online]; 2019. Disponible en: <https://peru21.pe/peru/inei-peru-existen-10-millones-338-mil-ninos-402571-noticia/>.
9. SALUD PD. REGISTRO DE SALUD DEL ADOLESCENTE. LO QUE REGISTRO EN EL CUADERNO DE TRABAJO DEL AREA DE SALUD DEL ADOLESCENTE EN SU OPORTUNIDAD Y ALGUNOS QUE DEREPEENTE NO SE HAYA REGISTRADO.
- 1 OJEDA PEREZ ZE, CARDENAS CUESCA MV. NIVEL DE 0. AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES ENTRE 15 A 18 AÑOS. TESIS LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN EN EL ESPECIALIDAD DE PSICOLOGIA EDUCATIVA. CUENCA - ECUADOR: UNIVERSIDAD DE CUENCA.
- 1 SANCHEZ TELLO SS. AUTOESTIMA Y CONDUCTAS 1. AUTODESTRUCTIVAS EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS. QUINCHE: IMBCO, NEBAJ.
- 1 ALVARADO CACERES AK, LOPEZ GUADALUPE ZD. LA 2. AUTOESTIMA Y EL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE LOS ESTUDIANTES DE 8VO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA "CAP. PEDRO OSCAR SALAS BAJAÑA". TESIS DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA. GUAYAQUIL: UNIVERSIDAD LAICA VICENTE ROCAFUERTE, FACULTAD DE EDUCACIÓN. <http://repositorio.ulvr.edu.ec/handle/44000/3573>.
- 1 WONG CORONADO CX. AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES,

3. SEGUNTIPO DE GESTION EDUCATIVA, DE DOS COLEGIOS DE SECUENDARIA DE TRUJILLO. TRUJILLO: UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO, TRUJILLO.

1 SOTO MORAN JG. AGRESIVIDAD Y AUTOESTIMA EN
4. ESTUDIANTES DE 4TO Y 5TO DE NIVEL SECUNDARIO DE CINCO INSTITUCIONES EDUCATIVAS. TESIS LICENCIADA EN PSICOLOGIA. COMAS - LIMA: UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO, HUMANIDADES.

1 PAUCAR SANTIAGO MJ, BARBOZA DÁVILA SM. MIVEL DE
5. AUTOESTIMA DE LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 9 DE DICIEMBRE DE PUEBLO NUEVO chincha - 2017. TESIS DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y TUTORÍA. HUANCVELICA: UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA, FACULTAD DE EDUCACIÓN.

1 NARANJO HERNANDEZ Y, CONCEPCIÓN PACHECO JA,
6. RODRIGUEZ LARREYNAGA M. SCIELO CUBA; La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. [Online]; 2020. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es.

1 NARANJO HERNADEZ Y, CONCEPCIÓN PACHECO JA,
7. RODRIGUEZ LARREYNAGA M. LA TEORÍA DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: DOROTHEA E. OREM. GACETA MEDICA ESPIRITUANA. 2017; 19(3).

1 MORENO FERGUSSON ME, ALVARADO GARCIA AM. APLICACIÓN
8. DEL MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY EN LATINOAMERICA. RESEACHGATE. 2009; 9.

1 DÍAZ DE FLORES L, DURÁN DE VILLALOBOS MM. ANALISIS DE
9. LOS CONCEPTOS DE MODELO DE ADAPTACIÓN. SCIELO. 2013;
2(1).

2 FLAMMER A, ALSAKER D. The Adolescent Experience. I ed.
0. Routledge , editor. Europa y america: psychology press; 2018.

2 Wikipedia Cd. Adolescencia. [Online].; 2020. Acceso 5 de julio de 2020.
1. Disponible en:
<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Adolescencia&oldid=127357714>.

2 DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA SEGÚN DISTINTOS AUTORES.
2. PSICOCODE. 2018.

2 MD, FAAP ALLEN B, DO,WATERMAN H. ADOLESCENCIA.
3. HEALTHYCHILDREN.ORG/PEDIATRICS, AMERICAN ACADEMY OF.
2019.

2 MENDOZA VELEZ G. COMPONENTES DE LA AUTOESTIMA.
4. AUTOAYUDA. 2018.

2 NICOLÁS MARÍN A. AUTONFIANZA Y DEPORTE. EFDEPORTES.
5. 13;(128).

2 Wikipedia cd. Autoconfianza. Wikipedia, la enciclopedia libre. 2020.
6.

2 Wikipedia cd. Autoeficacia. Wikipedia, la enciclopedia libre. 2020.
7.

2 Rodas Quijibir E. Autoconfianza y su correlación en la adaptación del
8. trabajador en la realización de nuevas tareas. tesis psicóloga
Industrial Organizacional. Retalhuleu: UNIVERSIDAD RAFAEL

LANDIVAR.

2 MARA DANIEL P. DISCAPACIDAD: TENSIONES ENTRE LA
9. OPRESIÓN Y LAS PRACTICAS LIBERADORAS, ANALISIS DESDE EL
SUR GLOBAL. TESIS DOCTORAL. BUENOS AIRES, ARGENTINA:
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, TRABAJO SOCIAL
GLOBAL- GLOBAL SOCIAL WORK. ISSN.

3 WIKIVERSIDAD CONTRIBUTORS. CURSO DE ENFERMERIA.
0. WIKIVERSIDAD. 2018.

3 ESPAÑOLA RA. [DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 23.^a
1. ed.]; 2020..

3 PEREZ PORTO J. [Copyright © - Definicion.de]; 2008-2020..
2.

3 OJEDA PEREZ Z, CARDENAS CUESCA V. EL NIVEL DE
3. AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES ENTRE 15 A 18 AÑOS.
ECUADOR:, CUENCA.

3 UNESCO. Global Education Monitoring Report – Gender Report:
4. Building bridges for gender equality. [Online]; 2019. Disponible en:
<http://www.unesco.org/open-access/terms-use-ccbysa-en>.

3 TINTAY CDS. CUADERNO DE REGISTRO DEL AREA
5. ADOLESCENTE. DICHO CUADERNO SE ADAPTO PARA PODER
HACER SEGUIMIENTO A LOS ADOLESCENTES CON EL PAQUETE
DE ATENCION Y HOY EN DIA SE ESTA HACIENDO USO PARA VER
COMO VA EL DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA.

ANEXOS

INTERVENCIÓN 1

Demuestra seguridad básica de sí mismo. Trabaja con muy poca necesidad supervisión, eventualmente requiere apoyo de otros. Muestra confianza en sí mismo en ámbitos esperables, demuestra seguridad básica ante los demás.

Obstáculos y creencias que interfieren el Desarrollo.-

Responda estas preguntas. Si su respuesta es sí a alguna de ellas, significa que en usted existe ese obstáculo para el desarrollo de la competencia, por lo que deberá trabajar para superarlo.

Preguntas	Si	No
¿Siente que le faltan habilidades necesarias para desempeñarse bien y desarrollar su confianza?		
¿Considera que carece del conocimiento o de la experiencia necesaria para defender con fuerza sus opiniones?		
¿Considera que su rol carece de poder o importancia?		
¿Se ve a sí mismo/a menos competente de lo que es?		
¿Considera que sus habilidades no pueden ser mejoradas o desarrolladas?		
¿Tiende a culparse por los errores sin considerar la situación u otras influencias?		
¿Le resulta difícil manejar los fracasos y/o superar el miedo?		
¿Le resulta difícil juzgar objetivamente su desempeño?		
¿Se preocupa demasiado de cómo lo perciben los demás y esto le genera ansiedad?		
¿Su preocupación por hacer las cosas a la perfección perjudica su autoconfianza en sus habilidades?		

Guía de Autorreflexión

Si responde negativamente alguna de las siguientes preguntas, entonces usted no ha alcanzado el Nivel 1 de la Competencia y debe trabajar para desarrollarlo.

PREGUNTAS	si	no
¿Se muestra seguro de sí mismo?		
¿Tiene confianza en sus capacidades y habilidades para realizar el trabajo?		
¿Trabaja de forma autónoma? ¿Realiza su trabajo con muy poca o sin necesidad de supervisión?		

Guía de Ejercicios para Reflexionar

Haga una lista de los recursos internos (capacidades, habilidades, características de personalidad, conocimientos) que usted tiene y que le sirven para realizar su trabajo de manera eficiente.

Guía de Ejercicios para Reflexionar

Haga una lista de los recursos internos que necesita desarrollar para realizar su trabajo con excelencia y alcanzar mejores resultados. Señale las acciones que puede tomar para desarrollar esos recursos.

Guía de actividades para realizar en el trabajo

1. Observe el comportamiento de personas que demuestran confianza en sí mismos. Modele la forma en que se presentan, el lenguaje no verbal que utilizan como: gestos, postura corporal, entonación de la voz, proyección de entusiasmo y energía, y también la forma en que se expresan verbalmente. Adecue lo que sea útil a su estilo personal.
2. Cuando le pidan feedback o una opinión, pida información para poder formular una respuesta bien fundamentada. Sea claro y preciso cuando exprese sus ideas, evitando repeticiones y comentarios sobre temas ajenos.

3. Identifique a las personas o situaciones que le producen inseguridad y en las cuales no puede tener un comportamiento asertivo. Escriba los pensamientos que tiene en estas ocasiones y detecte aquellos que son intimidatorios. Ataque los pensamientos negativos con ideas más racionales y mensajes positivos. Por ejemplo, si tiene miedo de cometer errores frente a alguien en particular, piense en otras interacciones que han sido exitosas y en las que se ha sentido cómodo. Evoque esa sensación. También, repítase a sí mismo que toda interacción es una nueva oportunidad de aprendizaje.

4. Antes de enfrentar una situación, planifique sus acciones y ensaye mentalmente la expresión de sus ideas y el comportamiento que quiere demostrar hasta tenerlo perfectamente claro en todos sus aspectos.

INTERVENCIÓN 2:

Guía de Autorreflexión

Si responde negativamente alguna de las siguientes preguntas, entonces usted no ha alcanzado el Nivel 2 de la Competencia y debe trabajar para desarrollarlo.

Preguntas	si	no
¿Se declara seguro de sus propias capacidades y conocimientos y se considera entre los mejores en su puesto?		
¿Confía en su propio juicio al tomar acuerdos con clientes internos o externos?		
¿Se muestra seguro cuando debe resolver situaciones frente a clientes internos y externos?		
¿Confía en sus propias ideas y las transmite tratando de convencer a otros?		
¿Trabaja con plena autonomía?		

Guía de Ejercicios para Reflexionar.- Piense en el nivel de desarrollo profesional y los conocimientos que domina en la actualidad, relacionados con su área laboral. Conteste las siguientes preguntas:

¿cuales son sus debilidades y cuales son sus fortalezas?
¿que nivel de desarrollo presente em comparación em comparación con los colegas de su área?
¿que acciones podria tomar para superar sus debilidades?

Guía de Ejercicios para Reflexionar Piense en su forma de comportarse habitualmente en su trabajo y en reuniones con sus colegas, clientes internos y externos, colaboradores y jefaturas. Conteste las siguientes preguntas:

¿ Es capaz de transmitir seguridad em sus conocimientos y demostrar lo que realmente sabe? ¿en que lo percibe?

¿lograr que escuchen sus ideas y opiniones? ¿de que forma lo hacen?
¿demuestra en forma explicita su capacidad profesional y experiència? ¿en que lo persibe?
Escriba una conclusión a partir de esta reflexión

Guía de Actividades para realizar en el Trabajo

En las áreas donde tenga especial experiencia o acceso a información privilegiada, actúe como un experto y exprese sus habilidades con confianza de manera de transmitir seguridad en la información.

Dirija su comportamiento de acuerdo a ideas y juicios en los que crea firmemente, en lugar de seguir las ideas de otros sólo por “seguir la corriente”, ser condescendiente o evitar el conflicto.

En las reuniones contribuya con ideas propias, tomando la iniciativa para presentarlas sin esperar a que le pidan su opinión.

Desarrolle un plan para comunicar sus ideas. Planifique la presentación de sus ideas, mantenga la flexibilidad para estar abierto a las opiniones diferentes. Identifique las posibles preguntas a su presentación y busque las respuestas apropiadas.

Confíe en sus ideas y defiéndalas aunque sean impopulares, pero sin caer en el ataque o la agresividad. Evalúe las ventajas y desventajas de sus ideas, contrástelas con otros puntos de vistas desde esta perspectiva. Revise las fortalezas y debilidades de sus ideas y de las de otros cuando no se sienta plenamente seguro.

INTERVENCIÓN 3.

Guía de Autorreflexión.- Si responde negativamente alguna de las siguientes preguntas, entonces usted no ha alcanzado el Nivel 3 de la Competencia y debe trabajar para desarrollarlo.

Preguntas	Si	No
¿confía en su capacidad para tomar decisiones y acepta la responsabilidad?		
¿resuelve y toma decisiones con facilidad aun em situaciones dificiles de alta incertidumbre o con poca información?		
¿se atreve a assumir riesgos calculados?		

Guía de Ejercicios para Reflexionar.- Piense en una persona conocida por usted que muestra gran asertividad para tomar decisiones en situaciones de alta incertidumbre o con poca información. Analice el comportamiento habitual de esta persona en este tipo de situaciones. Conteste las siguientes preguntas:

¿que características son destacables para ud. Em el comportamiento que presenta esta persona cuando enfrenta este tipo de situaciones?
¿que tipo de reacccción emocional presenta esta persona em este tipo de situaciones?

¿cual es su forma de proceder para resolver el problema?
¿que efecto tiene el comportamiento de esta persona sobre los demas involucrados?

Guía de Ejercicios para Reflexionar.-

¿que cosas te gustaria incorporar o aprender del comportamiento de esta persona? ¿que podria hacer para lograrlo?

Piense en su capacidad para tomar decisiones. Conteste las siguientes preguntas:

¿confia em su critério personal para tomar decisiones? ¿en que situaciones le resulta más facil?
¿necessita consultar permanentemente a otros antes de decidir? ¿por que?

¿le toma demasiado tiempo tomar una decisión? ¿por qué?

Guía de Ejercicios para Reflexionar

¿se retracta frecuentemente de las decisiones tomadas? ¿em que tipo de situaciones le sucede eso?
¿cual es su forma de proceder para tomar decisiones?
¿teme assumir la responsabilidad de tomar una decisión? ¿por que?
Escriba una conclusión a partir de esta reflexión.

Guía de Actividades para realizar en el Trabajo.-

1. Desarrolle un método para tomar decisiones. Tome en cuenta experiencias pasadas, negativas y positivas, para saber cómo debe y no debe actuar en cada caso. Visualice situaciones nuevas.
2. Identifique a una persona dentro de la organización que sea reconocida como un buen negociador, y que destaque por sus habilidades

asertivas en la toma de decisiones. Analice cómo lleva a cabo este proceso, visualice pautas de acción y considere aquellos aspectos que le faltan por desarrollar.

3. Antes de decidirse por un plan de acción, asegúrese que los resultados que el plan pretende alcanzar sean coherentes con la estrategia y valores de la organización. Relacione los objetivos de su plan de acción con el logro de los objetivos organizacionales del negocio.

4. Promuévase a sí mismo como un coordinador y moderador de los procesos de toma de decisiones de su área. Use las conversaciones informales, reuniones y memos para informar a otros del desarrollo de procesos decisionales que puedan afectar su trabajo.

5. Cuando se le presente un problema, no tema responder inmediatamente. Pida información sobre los antecedentes para generar una respuesta bien fundamentada. Mientras más informado esté, más confianza tendrá de elegir un curso de acción apropiado, y será eventualmente más defendible. Adecue el tiempo que dedica a obtener información de acuerdo a la importancia de la situación.

6. En situaciones críticas, concéntrese en su respuesta y en ser especialmente eficiente. Evite repeticiones y comentarios sobre problemas ajenos a la situación.

7. En situaciones de conflicto, enfrentelos oportunamente, no evite el conflicto. Cuando participe resolviendo un conflicto grupal, mantenga la mente abierta, pero haga un buen análisis de la información que se presenta. Escuche los diferentes puntos de vistas y mantenga sus creencias. Manifieste sus conclusiones después de entender todas las posiciones. Actúe en forma positiva, profesional y con respeto.

INTERVENCIÓN 4:

Transmite confianza a otros. Actúa con plena confianza en si mismo, transmitiendo una imagen de seguridad que genera confianza a los

demás. La convicción que transmite se sustenta en bases sólidas en cuanto a capacidad y visión.

Guía de Autorreflexión.-

Si responde negativamente alguna de las siguientes preguntas, entonces usted no ha alcanzado el Nivel 4 de la Competencia y debe trabajar para desarrollarlo.

Preguntas	Si	No
¿impacta a las personas como alguien capacitado, respetable y con autoridad?		
¿transmite sus ideas con fuerza y logra convencer a otros?		
¿Actúa com naturalidade reflejando plena confianza em ejecución de sus acciones?		

Guía de Ejercicios para Reflexionar.- Piense en la imagen que usted proyecta frente a sus compañeros. Conteste las siguientes preguntas:

¿Qué imagen cree usted que proyecta frente a estas personas?
¿se siente satisfecho con la imagen que tiene estas personas de usted? ¿en qque sí y een que no?
¿Qué ha hecho o hace usted para ganar un prestigio y matener el respeto y la confianza de estas personas?
¿Qué podría hacer para mejorar aún más su imagen frente a estas

personas?

Guía de Ejercicios para Reflexionar.- Piense en su habilidad para hacer presentaciones y exponer sus ideas. Conteste las siguientes preguntas:

¿se siente cómodo haciendo presentaciones o defendiendo su postura frente a otros?¿actua con naturalidad?¿en que tipo de situaciones se siente menos cómodo?
¿Qué tipo de sentimientos le genera este tipo de situaciones?
¿Cómo controla sus sentimientos de ansiedad cuando surgen?
¿tiene facilidad para transmitir sus ideas?¿se considera un buen comunicador?¿en que lo nota?

Guía de Ejercicios para Reflexionar.-

¿utiliza técnicas de presentación y persuasión de manera eficiente? ¿que tipo de técnicas utiliza?
¿como evalua la credibilidad de su discurso?
¿como podría mejorar su habilidade para transmitir sus ideas y producir um impacto de los demas?

INTERVENCIÓN 5:

Guía de Autorreflexión.- Si responde negativamente alguna de las siguientes preguntas, entonces usted no ha alcanzado el Nivel 5 de la Competencia y debe trabajar para desarrollarlo.

preguntas	Si	No
¿Enfrenta desafíos, ve los problemas como retos o trabaja en situaciones conflictivas que otros no tomarían?		
¿Disfruta con las situaciones exigentes y busca nuevas responsabilidades?		
¿expresa sus opiniones con claridad, tacto y seguridad, incluso cuando está en desacuerdo con sus superiores o clientes?		

Guía de Ejercicios para Reflexionar.- Revise los dos últimos años de experiencia laboral. Escriba todos los proyectos y actividades importantes, que representaban un gran reto o desafío en su oportunidad, en los cuales se ha visto involucrado por iniciativa propia.

Guía de Ejercicios para Reflexionar.-

¿Cuántas veces en los últimos dos años se ha confrontado con un superior o un cliente influyente, defendiendo su postura o punto de vista?. Escriba las situaciones más importantes, la forma en que enfrentó la situación, el resultado final de la discusión y las consecuencias posteriores.

Terapia de relajación

Definición: La terapia de relajación es un modelo terapéutico, multidimensional incluye aspecto físico, mental y emocional de la persona. Este modelo sirve como herramienta para responder eficazmente a los agente estresores. Objetivos de utilizar las terapias de relajación:

1. Aprender a utilizar los recursos internos que tenemos.
2. Aprender destrezas únicas para prevenir o reducir los efectos o síntomas causados por el stress.
3. Aprender a disfrutar de los efectos relajantes de la respiración y la relajación, reduciendo así la tensión muscular.
4. Promover la salud física, mental, emocional y espiritual de la persona.

Terapia de Relajación Instantánea: Implementación de la Técnica: 15 minutos

Objetivos: - Crear conciencia del contraste que existe entre la tensión y la relajación muscular. - Localizar mentalmente las diferentes áreas del cuerpo y observar la diferencia entre ambos estados (tensar y aflojar grupos musculares).

Aplicación: - Posición cómoda, espina dorsal recta, pies en el piso (no cruzados) ojos cerrados - Inhale y levante la pierna derecha (ángulo de 45 grados)

- Contraiga los músculos y aguante la respiración por 5 segundos
- Exhale mientras relaja los músculos y la pierna vuelve a su lugar inicial.
- Inhale y levante la pierna izquierda (ángulo de 45 grados)
- Contraiga los músculos y aguante la respiración por 5 segundos.
- Exhale mientras relaja los músculos y la pierna vuelve a su lugar inicial.
- Inhale mientras contrae los músculos de ambos muslos en conjunto con las piernas y ambos pies. - Aguante la respiración por 5 segundos.
- Exhale mientras relaja los músculos de los muslos, las piernas y pies.

- Inhale mientras contrae los músculos de abdomen, muslos, piernas y pies.
- Aguante la respiración por 5 segundos.
- Exhale mientras relaja los músculos de la cintura hacia abajo.
- Inhale mientras contrae los músculos del pecho, abdomen, muslos, piernas y pies - Aguante la respiración por 5 segundos.
- Exhale mientras relaja los músculos del pecho y de la cintura hacia abajo.
- Inhale mientras contrae los músculos de los brazos, manos y dedos.
- Aguante la respiración por 5 segundos.
- Exhale mientras relaja los músculos de los brazos, manos y dedos
- Inhale mientras contrae los músculos de la cara, ojos, boca y el resto del cuerpo.
- Aguante 5 segundos.
- Exhale mientras relaja los músculos de todo su cuerpo. Abra lentamente los ojos.

Nota: Pregunte al final ¿Cómo se siente?

Terapia de respiración diafragmática: Implementación de la técnica 15 minutos.

Objetivos: - Reducir la tensión muscular y el estrés acumulado

- Aumentar la absorción de oxígeno en la parte inferior de los pulmones
- Tonificar y masajear órganos internos
- Aprender a disfrutar los efectos relajantes y terapéuticos de este tipo de respiración.

Dar las siguientes sugerencias:

- Escuchar los ruidos cercanos sin que nos causen molestia.
- Observar este momento de conexión entre el cuerpo y mente.

Aplicación:

- Posición cómoda, espina dorsal recta, pies en el piso (no cruzados), mano derecha en el abdomen (una pulgada abajo del ombligo), mano izquierda cae naturalmente sobre el muslo, ojos cerrados.
- Inhale por la nariz lenta y profundamente, concentrándose en el movimiento del abdomen que se infla a medida que entra el aire y se desinfla cuando se exhala por la nariz.
- Mueva el abdomen uniformemente... continuamente... rítmicamente... hacia arriba... y hacia abajo...
- Ponga atención a su respiración y note... que su postura empieza a cambiar. - Note como la espina se alarga y se relaja, se extiende naturalmente cuando inhala...
- Inhala... y note que... cuando exhala... toda la tensión de su cuerpo se desaparece... se desvanece...
- Imagine que cuando exhala... estas removiendo tensión acumulada en el cuerpo.
- Imagine que cuando inhala se llena de energía sanadora. Abra lentamente los ojos.

Nota: Pregunte al final ¿Cómo se siente?



Adolescentes interrelacionándose y mostrando su autoconfianza en los deportes.



Adolescentes saliendo de paseo por el día de la salud mental



Adolescentes demostrando su autoconfianza en la expoferia.



Adolescente demostrando las habilidades de baile en público.



CLAUSURA DEL CURSO DE TUTORIA SOBRE EL TEMA DE AUTOCUIDADO.