



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Escuela Profesional de Enfermería

Efectividad del programa de rehabilitación psicosocial del MINSA en los niveles de agresividad en pacientes psiquiátricos del Centro Chilpinilla, Arequipa 2025

Tesis presentada por:

Aviega Moscoso, Solange Milen

ORCID: 0009-0000-0022-3667

para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Asesora:

Mg. Chambi Valderrama, Betsy María

ORCID: 0009-0009-1218-1615

Arequipa - Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ENFERMERIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 15 de Junio del 2026

Dictamen: 015184-C-FENFER-2026

Visto el borrador del expediente 015184, presentado por:

2020800282 - AVIEGA MOSCOSO SOLANGE MILEN

Titulado:

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DEL MINSA EN LOS
NIVELES DE AGRESIVIDAD EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO CHILPINILLA,
AREQUIPA 2025**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**29298306 - DIAZ CESPEDES DE BELLIDO SUSANA VICTORIA
DICTAMINADOR**



**29342153 - CUEVA QUISPE CELIA MARCELINA
DICTAMINADOR**



**29532783 - SALAZAR AGUILAR ADELINA VICTORIA
DICTAMINADOR**



EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DEL MINSA EN LOS NIVELES DE AGRESIVIDAD EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO CHILPINILLA, AREQUIPA 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%	4%	2%	3%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María	3%
	Trabajo del estudiante	
2	idoc.pub	1%
	Fuente de Internet	
3	www.frontiersin.org	1%
	Fuente de Internet	
4	doczz.es	1%
	Fuente de Internet	

Excluir citas Apagado Excluir coincidencias < 1%
Excluir bibliografía Apagado

DEDICATORIA

A Dios,

Porque todas esas noches sola no me soltaste me sostuviste con tu mano y me protegiste, me diste la fuerza y la tranquilidad que necesitaba, en momentos donde la ansiedad me consumía, tu mi Señor estuviste ahí.

A mí misma,

Por la valentía de continuar a pesar de las dificultades por la sensibilidad que me permitió sentir cada proceso con intensidad, y por la fortaleza que me impulso a no rendirme ante las dificultades, por cada lagrima que no fue señal de debilidad, sino compromiso con mis metas y mi formación profesional.

Este trabajo es resultado de la disciplina y la capacidad de transformar la vulnerabilidad en resistencia, que este logro me recuerde siempre que soy capaz de alcanzar todo lo que me proponga.

A mis padres, Carol y Favio,

Por formar parte de mi proceso de crecimiento personal y académico, los dos por ser un pilar fundamental en mi desarrollo personal y profesional

A mi familia,

En especial a mi tío Rafael y mis abuelas Leticia y Isabel, les agradezco por todos los consejos sabios y su apoyo incondicional, para mí son una fuente de inspiración lo cual me demostraron que, mediante tu propio esfuerzo y constancia, puedo lograr todo lo que me proponga.

A Diego,

Por apoyarme, motivarme y por ser mi pilar cuando todo parecía imposible, tu amor fue fuerza, impulso y refugio en este camino.

A todos ellos,

Está tesis es mía pero también es de ustedes, de quienes creyeron en mí, me sostuvieron y estuvieron en cada paso de este logro, los amo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por haber estado ahí para mí en los momentos más vulnerables y difíciles en este proceso, por mantenerme fuerte y no rendirme a pesar de los obstáculos.

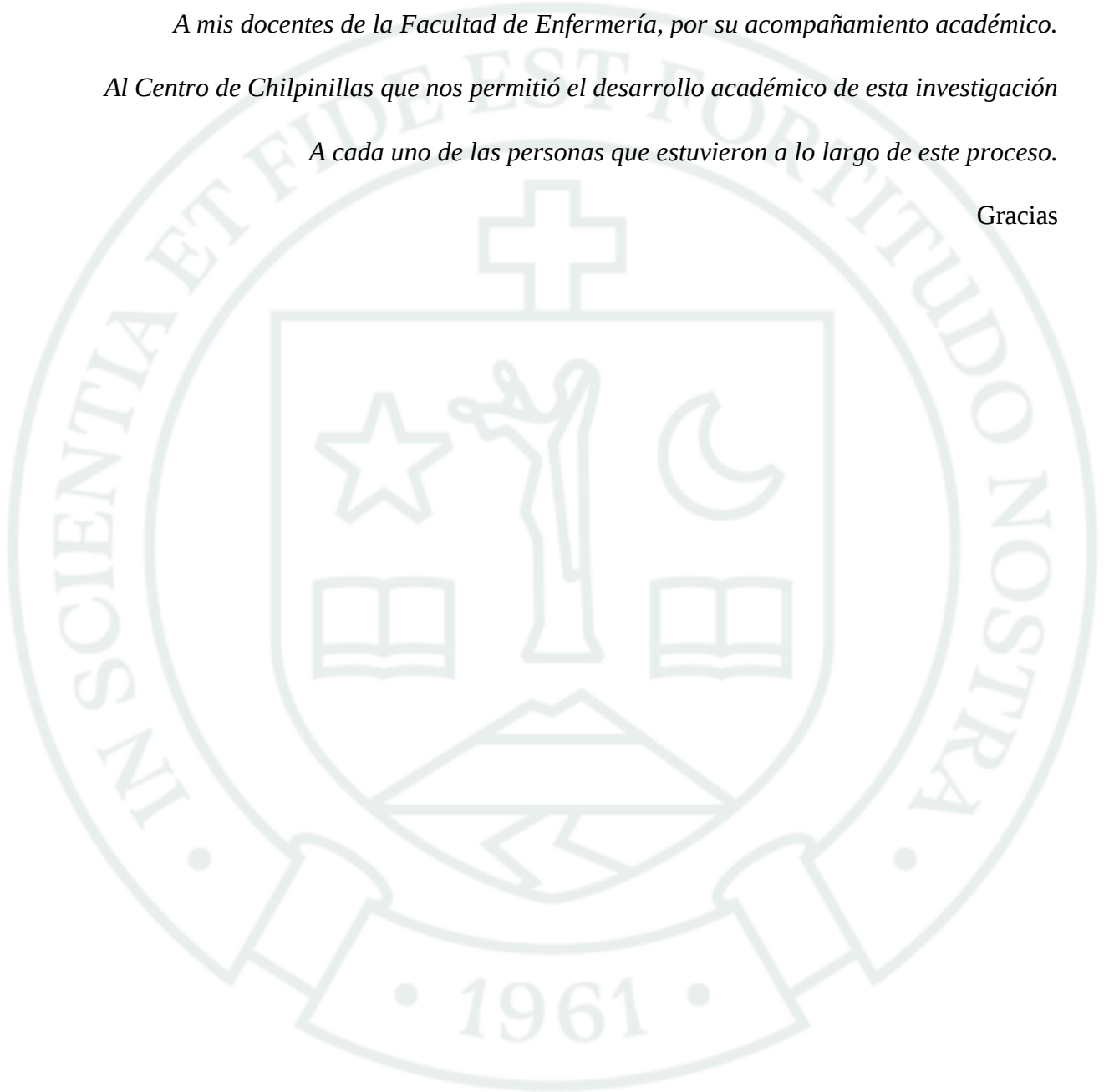
Agradezco a mis padres, que estuvieron ahí en cada paso de este proceso.

A mis docentes de la Facultad de Enfermería, por su acompañamiento académico.

Al Centro de Chilpinillas que nos permitió el desarrollo académico de esta investigación

A cada uno de las personas que estuvieron a lo largo de este proceso.

Gracias



RESUMEN

Evaluar la efectividad del programa de rehabilitación psicosocial en la reducción de los niveles de agresividad en pacientes psiquiátricos institucionalizados del Centro de Atención Residencial Chilpinilla, Arequipa 2025.

La investigación fue de enfoque cuantitativo, con diseño preexperimental de tipo pre–post. La población estuvo conformada por 42 pacientes psiquiátricos con diagnóstico de esquizofrenia internados en el centro mencionado. Para la medición de los niveles de agresividad se utilizó la escala Modified Overt Aggression Scale (MOAS), aplicada antes y después de la intervención psicosocial. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Los resultados evidencian que, antes de la intervención, los pacientes presentaban predominantemente un nivel de agresividad moderado. Posteriormente a la aplicación del programa de rehabilitación psicosocial, se evidenció una disminución del nivel de agresividad hacia un nivel bajo. La comparación entre las mediciones pre y post intervención mostró una diferencia estadísticamente significativa, confirmando una reducción de los niveles de agresividad en la población estudiada.

Se concluye que el programa de rehabilitación psicosocial fue efectivo de manera significativa para la reducción de los niveles de agresividad en los pacientes psiquiátricos institucionalizados, contribuyendo a una mejor regulación emocional y a una convivencia terapéutica más estable dentro del centro de atención.

Palabras claves: Agresividad, rehabilitación psicosocial, pacientes psiquiátricos

ABSTRACT

To evaluate the effectiveness of the psychosocial rehabilitation program in reducing aggression levels in institutionalized psychiatric patients at the Chilpinilla Residential Care Center, Arequipa 2025.

This research followed a quantitative approach with a pre-experimental pre-post design. The population consisted of 42 psychiatric patients diagnosed with schizophrenia residing in the aforementioned center. The Modified Overt Aggression Scale (MOAS) was used to assess aggression levels, applied before and after the psychosocial intervention. Statistical analysis was performed using the Wilcoxon signed-rank test, with a significance level of $p < 0.05$.

The results show that, prior to the intervention, patients predominantly presented a moderate level of aggression. After the implementation of the psychosocial rehabilitation program, aggression levels decreased to a low level. The pre- and post-intervention comparison revealed a statistically significant difference, confirming a reduction in aggression levels within the studied population.

It is concluded that the psychosocial rehabilitation program was significantly effective in reducing aggression levels among institutionalized psychiatric patients, contributing to improved emotional regulation and more stable therapeutic coexistence within the care setting.

Key words: *Aggression, psychosocial rehabilitation, psychiatric patients.*

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO 2

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 3

1.1. Enunciado del problema 3

1.2. Ubicación del problema 3

1.2.1. Análisis y operacionalización de variables 3

1.2.2. Operacionalización de variables 3

1.2.3. Interrogantes de investigación 5

1.2.4. Tipo y nivel de investigación 5

1.3. Justificación 5

2. MARCO TEÓRICO 7

2.1. Programa 7

2.2. Rehabilitación 7

2.3. Programa de rehabilitación 8

2.4. Salud mental y rehabilitación psicosocial 9

2.5. Agresividad 14

2.6. Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental (MACSM) – MINSA:	18
2.7. Rol de enfermería	19
2.8. Teorías de enfermería	19
3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	24
3.1. Nivel internacional	24
3.2. Nivel nacional.....	24
3.3. Nivel local	25
4. OBJETIVOS.....	25
5. HIPÓTESIS.....	25
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	26
1. TÉCNICA E INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	27
1.1. Técnicas.....	27
1.2. Instrumentos	27
1.2.1. Para la variable independiente	27
1.2.2. Para la variable dependiente	28
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	29
2.1. Ubicación espacial.....	29
2.2. Ubicación temporal	29
2.3. Unidades de estudio.....	30
2.3.1. Universo y población.....	30
2.4. Criterios de inclusión.....	30

2.5. Criterios de exclusión.....	30
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
3.1. Organización	31
3.2. Recursos	32
3.2.1. Humanos.....	32
3.2.2. Institucionales.....	32
3.2.3. Materiales	32
3.2.4. Económicos	32
CAPÍTULO III RESULTADOS.....	33
CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

ÍNDICE DE TABLAS

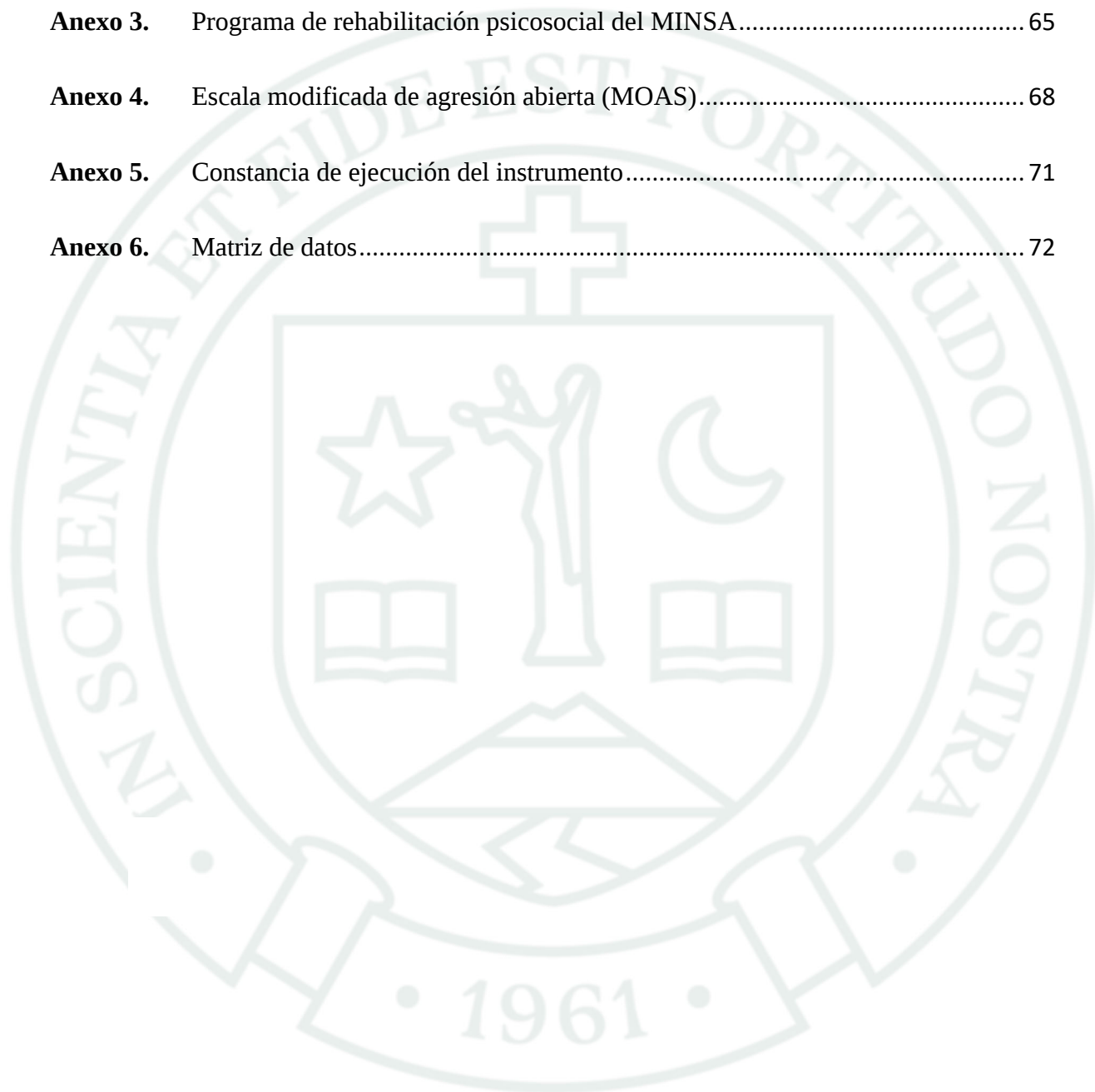
Tabla 1.	Edad	34
Tabla 2.	Sexo.....	35
Tabla 3.	Grado de instrucción	36
Tabla 4.	Lugar de procedencia.....	37
Tabla 5.	Nivel de logro del programa	38
Tabla 6.	Regulación emocional.....	39
Tabla 7.	Habilidades sociales	40
Tabla 8.	Control de impulsos	41
Tabla 9.	Convivencia terapéutica.....	42
Tabla 10.	Niveles de agresividad	43
Tabla 11.	Agresión verbal	44
Tabla 12.	Agresión contra objetos	45
Tabla 13.	Agresión física	46
Tabla 14.	Autoagresión	47
Tabla 15.	Nivel de agresividad antes y después de la aplicación del programa	48
Tabla 16.	Efectividad del programa en los niveles de agresividad antes y después según dimensiones.....	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	.....	34
Figura 2.	.....	35
Figura 3.	.....	36
Figura 4.	.....	37
Figura 5.	.....	38
Figura 6.	.....	39
Figura 7.	.....	40
Figura 8.	.....	41
Figura 9.	.....	42
Figura 10.	.....	43
Figura 11.	.....	44
Figura 12.	.....	45
Figura 13.	.....	46
Figura 14.	.....	47
Figura 15.	.....	49
Figura 16.	.....	51

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1.	Delimitación geográfica.....	63
Anexo 2.	Consentimiento informado.....	64
Anexo 3.	Programa de rehabilitación psicosocial del MINSA.....	65
Anexo 4.	Escala modificada de agresión abierta (MOAS).....	68
Anexo 5.	Constancia de ejecución del instrumento.....	71
Anexo 6.	Matriz de datos.....	72



INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada “Efectividad del programa de rehabilitación psicosocial del MINSA en los niveles de agresividad en pacientes psiquiátricos del Centro Chilpinilla, Arequipa 2025” surge de la necesidad de evaluar intervenciones no farmacológicas que contribuyan al manejo integral del paciente psiquiátrico institucionalizado. En los últimos años, el incremento de conductas agresivas en este tipo de establecimientos ha generado preocupación tanto por la seguridad del entorno terapéutico como por el impacto negativo en la evolución clínica de los pacientes, evidenciando la importancia de implementar estrategias psicosociales orientadas al fortalecimiento de la regulación emocional, el control de impulsos y la convivencia saludable.

El programa de rehabilitación psicosocial del Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental (MACSM), implementado por el Ministerio de Salud del Perú, plantea un enfoque integral y humanizado que promueve la participación activa del paciente en su proceso de recuperación. Evaluar su efectividad en un contexto institucional en el Centro de Atención Residencial Chilpinilla permitirá generar evidencia científica aplicable a la práctica clínica y al fortalecimiento del rol de enfermería en el abordaje terapéutico del paciente psiquiátrico.

En este contexto, la motivación de la presente investigación radica en la necesidad de generar evidencia científica local que permita evaluar la efectividad de dichas intervenciones en escenarios reales de atención, así como en el interés por contribuir al fortalecimiento de estrategias terapéuticas que favorezcan la recuperación y la adecuada convivencia social de los pacientes psiquiátricos.

El contenido de la presente investigación se presenta en capítulos : el capítulo I se ha desarrollado el planteamiento teórico, donde se exponen el problema de investigación, los objetivos, los fundamentos teóricos y los antecedentes investigativos. En el capítulo II el planteamiento operacional, donde se desarrolló la metodología, técnicas e instrumentos empleados, el campo de verificación y la estrategia de recolección de datos. En el capítulo III, el análisis estadístico e interpretaciones de los resultados , donde se ponen los hallazgos obtenidos, además de las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

Efectividad del programa de rehabilitación psicosocial del MINSA en los niveles de agresividad en pacientes psiquiátricos del Centro Chilpinilla, Arequipa 2025

1.2. Ubicación del problema

A. **Campo:** Ciencias de la salud

B. **Área:** Enfermería

C. **Línea:** Salud Mental

1.2.1. Análisis y operacionalización de variables

El presente estudio de investigación consta de dos variables:

- **VARIABLE INDEPENDIENTE:** Programa de rehabilitación psicosocial.
- **VARIABLE DEPENDIENTE:** Niveles de agresividad.

1.2.2. Operacionalización de variables

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS	Sexo	1. Femenino 2. Masculino
	Edad	3. Menos de 40 4. 40 - 49 años 5. 50 - 59 años 6. 60 - 69 años 7. 70 a más años
	Lugar de procedencia	8. Urbano 9. Rural
	Nivel de educación	10. Primario 11. Secundario 12. Superior 13. Analfabeto

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN <i>(Independiente)</i>	Regulación Emocional	14. Dinámica “La pelota del nombre” 15. Juego con globos
	Habilidades sociales	16. Ejercicios de respiración y estiramientos 17. Uso de tarjetas de expresión con caritas
	Control de Impulsos	18. Juego de roles (pedir por favor y gracias) 19. Pintura libre, plastilina o mandalas
	Convivencia terapéutica	20. Armado de rompecabezas 21. Conversación guiada de cierre
NIVELES DE AGRESIVIDAD <i>(Dependiente)</i>	Agresión verbal	22. Insultos, gritos o amenazas
	Agresión contra objetos	23. Golpear paredes 24. Dañar el entorno
	Agresión física contra otros	25. Empujones, golpes 26. Ataque físico
	Autoagresión	27. Conductas de autolesión física

1.2.3. Interrogantes de investigación

- ¿Cuál es el nivel de agresividad de los pacientes psiquiátricos del Centro Chilpinilla, Arequipa 2025?
- ¿Cuál es el nivel de agresividad de los pacientes psiquiátricos del Centro Chilpinilla después de la aplicación del programa de rehabilitación psicosocial del MINSA, Arequipa 2025?
- ¿Cuál es la efectividad del programa de rehabilitación psicosocial del MINSA en los niveles de agresividad de los pacientes psiquiátricos del Centro de Atención Residencial Chilpinilla, Arequipa 2025?

1.2.4. Tipo y nivel de investigación

Tipo: De campo.

Nivel: Cuantitativo, transversal y prospectiva

1.3. Justificación

La agresividad en pacientes psiquiátricos institucionalizados constituye un fenómeno clínico de alta prevalencia y relevancia terapéutica. A nivel mundial, se estima que entre el 10 % y el 20 % de los pacientes hospitalizados por trastornos mentales presentan episodios de agresividad durante su estancia, según reportes de la OMS y estudios multicéntricos en unidades psiquiátricas. La agresividad verbal es el tipo más común (30–40 % de los incidentes), seguida de agresión contra objetos (15–25 %) y agresión física hacia otros (10–15 %).

En el Perú, informes del Ministerio de Salud señalan que uno de cada cinco adultos (20 %) presenta algún problema de salud mental, y que los trastornos psicóticos representan cerca del 20 % de los ingresos en centros especializados. En esta población, aproximadamente 1 de cada 4 pacientes presenta comportamientos agresivos en algún momento del proceso de hospitalización, siendo más frecuentes en personas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo. Esta situación evidencia la necesidad urgente de estrategias terapéuticas efectivas y sostenibles que permitan reducir la agresividad y mejorar la convivencia institucional (1).

El estudio presenta **relevancia científica**, pues estudios internacionales han demostrado que la agresividad en pacientes con esquizofrenia puede alcanzar una prevalencia de 18–25 %, asociada a dificultades control de impulsos y dificultades de regulación emocional (2). La escala MOAS, utilizada en este estudio, permite su medición objetiva, evidenciándose que los programas de rehabilitación psicosocial reducen la agresividad y mejoran habilidades sociales y emocionales. No obstante, en el Perú existe limitada evidencia en poblaciones institucionalizadas, por lo que la aplicación de estos programas favorece la integración social y contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes (3).

También, este estudio cuenta con **relevancia humana**, ya que los pacientes psiquiátricos institucionalizados constituyen un grupo altamente vulnerable, en el cual la agresividad incrementa el riesgo de aislamiento, estigmatización y dificultades de convivencia, afectando su bienestar. Se estima que hasta el 60% ha experimentado ha presentado rechazo social o exclusión social debido a conductas agresivas (4).

Asimismo, el estudio presenta **relevancia contemporánea**, dado que las políticas actuales del MINSA enfatizan la transición del modelo asilar hacia el modelo comunitario, donde la rehabilitación psicosocial juega un papel central. La presente investigación se alinea con los lineamientos del Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018–2021, que prioriza intervenciones basadas en evidencia para reducir conductas disruptivas y mejorar la funcionalidad del paciente (1).

La presente investigación posee **relevancia social**, ya que los pacientes psiquiátricos son una población altamente vulnerable, que frecuentemente enfrenta estigmatización y exclusión. La presencia de agresividad no solo afecta su bienestar individual, sino también la convivencia con otros pacientes, su relación con el personal de salud y su reintegración social. Esta investigación promueve un enfoque humanizado, basado en el respeto, la contención emocional y la rehabilitación activa, beneficiando directamente a los usuarios del Centro Chilpinilla y contribuyendo a mejorar la calidad de la atención en salud mental.

El estudio resulta **viable y factible**, debido a que contamos con acceso al Centro de Atención Residencial Chilpinilla, donde existe una población estable de pacientes

institucionalizados, así como con personal de enfermería capacitado para aplicar el programa y registrar observaciones. Además, los instrumentos de evaluación como la escala MOAS son de fácil aplicación y no requieren equipos costosos, estas condiciones permiten ejecutar el estudio dentro del tiempo establecido y con los recursos disponibles.

La presente investigación, tiene el potencial de generar evidencia científica que ayude a contribuir la mejora de prácticas de enfermería en la salud mental, orientadas en el manejo de conductas agresivas en pacientes psiquiátricos. En este sentido, los resultados obtenidos permitirán servir como base futura para la implementación de programas terapéuticos en otros centros especializados del país. El desarrollo de esta investigación de este tema responde a Mieres profesional y personal por contribuir el mejoramiento de la salud mental en el Perú, promoviendo intervenciones de atención no farmacológica que favorezcan la reintegración social y el respeto a la dignidad de los pacientes psiquiátricos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Programa

Es un conjunto planificado, organizado y sistemático de actividades que buscan alcanzar determinados objetivos dentro de un tiempo y con recursos definidos. En el ámbito de la salud, los programas constituyen estrategias operativas orientadas a prevenir, tratar o rehabilitar problemas específicos, basándose en principios científicos y en políticas institucionales (5). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un programa de salud se caracteriza por tener metas claras, población objetivo, recursos humanos y materiales, procedimientos estandarizados y mecanismos de evaluación que permitan medir su efectividad. En ese sentido, los programas en salud mental buscan modificar conductas, mejorar el bienestar emocional y promover la adaptación social de los pacientes (6).

2.2. Rehabilitación

La rehabilitación se entiende como el proceso mediante el cual una persona con una discapacidad física, mental o social alcanza su máximo nivel posible de funcionamiento, independencia y calidad de vida. Según la Organización Mundial de

la Salud, la rehabilitación no se limita a la recuperación clínica, sino que abarca intervenciones médicas, psicológicas, sociales y ocupacionales destinadas a restaurar habilidades y promover la participación activa del individuo en su comunidad.

En el campo de la salud mental, la rehabilitación busca reducir las limitaciones derivadas de los trastornos psiquiátricos, fortalecer las capacidades personales y sociales, y facilitar la reintegración del paciente a su entorno familiar y social (7).

2.3. Programa de rehabilitación

Un programa de rehabilitación es un proceso estructurado, multidisciplinario y centrado en la persona, cuyo objetivo es optimizar la recuperación funcional, la adaptación a la enfermedad y la calidad de vida de pacientes con discapacidad o tras eventos agudos, como enfermedades cardiovasculares, neurológicas, musculoesqueléticas, entre otras. Se basa en la evaluación integral del paciente, la identificación de necesidades y objetivos personalizados, y la implementación de intervenciones coordinadas por un equipo de profesionales de la salud, que puede incluir médicos, fisioterapeutas, enfermeros, psicólogos, nutricionistas y trabajadores sociales, entre otros (7).

El fundamento teórico de la rehabilitación se apoya en el modelo biopsicosocial, que reconoce la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales en la salud y la discapacidad. La rehabilitación cataliza y asiste la adaptación del paciente a los cambios asociados con la enfermedad, facilitando la recuperación de la función, la autonomía y la participación social. Esto se logra mediante el diagnóstico y formulación precisos, la optimización del entorno, la práctica segura de actividades, la educación y el entrenamiento en autogestión (8).

En la práctica, los programas de rehabilitación incluyen componentes esenciales como el ejercicio físico prescrito, la modificación de factores de riesgo, la educación del paciente y la familia, el apoyo psicosocial y la monitorización de resultados. El plan de tratamiento es individualizado, revisado periódicamente y ajustado según la evolución clínica y los objetivos alcanzados. La participación activa del paciente y la colaboración interdisciplinaria son elementos clave para el éxito del proceso rehabilitador (9).

En resumen, un programa de rehabilitación es un proceso dinámico, personalizado y basado en la mejor evidencia disponible, cuyo propósito es maximizar la funcionalidad y la calidad de vida, facilitando la adaptación integral del paciente a su nueva situación de salud. Existen varios tipos de rehabilitación para la persona. Como: rehabilitación física, neurológica, cardíaca, pulmonar, cognitiva, psicosocial, ocupacional y laboral, así como la rehabilitación sensorial, cada una orientada a responder a necesidades específicas de salud y funcionalidad del paciente (10).

2.4. Salud mental y rehabilitación psicosocial

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad. (11) Esta definición enfatiza que la salud mental no es simplemente la ausencia de trastornos mentales, sino que implica la presencia de factores positivos como la resiliencia, la capacidad de adaptación, el funcionamiento social y la productividad.

Asimismo, la salud mental constituye un pilar fundamental de la salud integral y se encuentra estrechamente relacionada con los determinantes sociales, económicos y culturales que rodean al individuo (7). Factores como la pobreza, la violencia, la inequidad o la falta de acceso a servicios de salud de calidad pueden afectar negativamente este estado, mientras que el apoyo social, la educación y el acceso a recursos comunitarios adecuados funcionan como factores protectores (8). De esta manera, la salud mental debe entenderse como un derecho humano básico y como un elemento indispensable para el desarrollo humano y social

En el contexto latinoamericano, diversos estudios han mostrado que factores como la pobreza, la violencia, la exclusión social y el acceso limitado a servicios de salud mental incrementan la vulnerabilidad de la población. El concepto de salud mental de la OMS también reconoce la importancia de factores protectores como el apoyo social y la autoeficacia, así como la capacidad de recuperación ante la adversidad (12).

Además, la literatura destaca que la salud mental debe entenderse de manera integral, considerando dimensiones emocionales, cognitivas, sociales y funcionales, y que su promoción requiere intervenciones tanto universales como selectivas (13).

Por tanto, la salud mental debe ser entendida de manera integral y dinámica, considerando no solo la presencia o ausencia de enfermedad, sino también los factores protectores como el apoyo social, la autoeficacia y la capacidad de recuperación ante la adversidad— que permiten al individuo mantener un equilibrio funcional en su vida cotidiana (1). Este enfoque integral es la base sobre la cual se desarrollan las políticas actuales de salud mental en el Perú, orientadas a la inclusión, la equidad y la rehabilitación psicosocial (5).

2.4.1. Salud mental

La salud mental constituye un componente esencial de la salud integral y es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de bienestar en el cual el individuo reconoce sus capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad. Esta definición enfatiza que la salud mental no se limita a la ausencia de trastornos, sino que implica un equilibrio dinámico influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales (14).

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que la salud mental es un derecho humano fundamental y un elemento indispensable para el desarrollo social y económico de los países. En este sentido, su promoción requiere un enfoque integral que incluya no solo la atención clínica, sino también intervenciones orientadas a mejorar las condiciones de vida de la población (15).

En el contexto peruano, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) reconoce la salud mental como un componente prioritario de la salud pública, destacando la necesidad de implementar estrategias comunitarias que promuevan el bienestar psicológico y la inclusión social de las personas con trastornos mentales (16).

2.4.1.1. Determinantes de la salud mental

Los determinantes de la salud mental comprenden el conjunto de factores que influyen en el bienestar psicológico de las personas. Según la Organización Mundial de la Salud y la Organización

Panamericana de la Salud, estos incluyen las condiciones en las que los individuos nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los sistemas sociales, económicos y políticos que configuran dichas condiciones.

Desde esta perspectiva, los determinantes pueden actuar como factores de riesgo o de protección. Entre los factores individuales se encuentran las habilidades emocionales, la autoestima, la resiliencia y la capacidad de afrontamiento. Los factores sociales comprenden las relaciones familiares, las redes de apoyo, el nivel educativo y las condiciones laborales. Asimismo, los factores económicos y estructurales, como la pobreza, la desigualdad social y el acceso limitado a servicios de salud, influyen de manera significativa en la salud mental.

A estos se suman los factores ambientales, tales como las condiciones de vivienda, la seguridad y la exposición a situaciones de violencia. En el ámbito nacional, el Ministerio de Salud del Perú señala que estos determinantes generan inequidades en salud, afectando principalmente a poblaciones en situación de vulnerabilidad.

En consecuencia, la evidencia indica que la exposición a condiciones adversas incrementa el riesgo de desarrollar trastornos mentales, mientras que factores protectores como el apoyo social, la educación y la inclusión comunitaria contribuyen al fortalecimiento del bienestar psicológico (16).

2.4.2. Principios de la rehabilitación psicosocial:

Los principios de la rehabilitación psicosocial en relación con la funcionalidad, la participación y la autonomía se fundamentan en un enfoque centrado en la persona, que reconoce la importancia de la autodeterminación, la satisfacción con la participación y la integración social como elementos clave para la calidad de vida y el bienestar emocional de las personas con discapacidad o trastornos crónicos (17).

En cuanto a la funcionalidad, la rehabilitación psicosocial busca maximizar la capacidad de la persona para desempeñarse en las actividades de la vida diaria y en los roles sociales significativos, no solo mediante la mejora de habilidades motoras o cognitivas, sino también a través de estrategias adaptativas y el uso de apoyos contextuales (18).

El modelo funcional y el modelo social de la discapacidad subrayan que la discapacidad no reside únicamente en la limitación individual, sino en la interacción con barreras ambientales y sociales; por tanto, la intervención debe abordar tanto la mejora funcional como la eliminación de obstáculos para la participación (19).

Respecto a la participación, la rehabilitación psicosocial promueve la inclusión activa de la persona en la vida comunitaria, laboral, educativa y familiar, considerando la participación como un objetivo central y no solo como un resultado secundario de la recuperación funcional. La satisfacción con la participación y la oportunidad de tomar decisiones sobre las actividades en las que se involucra son mediadores fundamentales del bienestar y la calidad de vida. La participación efectiva requiere intervenciones que faciliten el acceso, la equidad y la reducción del estigma, así como la creación de entornos accesibles y de apoyo (20)

En relación con la autonomía, la rehabilitación psicosocial distingue entre autonomía decisional (capacidad de tomar decisiones informadas) y autonomía ejecutiva (capacidad de llevar a cabo esas decisiones), reconociendo que la autonomía no implica necesariamente independencia absoluta, sino la posibilidad de ejercer control sobre la propia vida, incluso cuando se requiere apoyo de otros. Fomentar la autonomía implica respetar las preferencias, valores y contextos sociales de la persona, y promover la autoeficacia y la autogestión en el proceso de rehabilitación (21).

2.4.3. Componentes de la rehabilitación psicosocial:

- **Regulación Emocional:** Se refiere al conjunto de procesos mediante los cuales las personas identifican, comprenden y modulan sus respuestas emocionales frente a diferentes situaciones (11). Esta capacidad permite

manejar adecuadamente emociones intensas como la ira, la frustración o la ansiedad, evitando que se traduzcan en conductas desadaptativas (12). En el contexto de la rehabilitación psicosocial en salud mental, el fortalecimiento de la regulación emocional constituye un componente fundamental, ya que favorece la estabilidad afectiva, el afrontamiento adecuado del estrés y la disminución de conductas agresivas, contribuyendo así a una mejor adaptación del paciente a su entorno social y terapéutico (13).

- **Habilidades sociales:** Comprende un conjunto de conductas aprendidas que permiten a las personas interactuar de manera adecuada y efectiva con los demás. Estas incluyen la comunicación asertiva, la expresión apropiada de emociones, la empatía, la cooperación y la capacidad de resolver conflictos. En los programas de rehabilitación psicosocial dirigidos a personas con trastornos mentales, el entrenamiento en habilidades sociales busca mejorar la interacción interpersonal y promover relaciones más saludables, favoreciendo la integración comunitaria y reduciendo comportamientos disruptivos o agresivos dentro del entorno terapéutico (7).
- **Control de impulsos:** El control de impulsos se define como la capacidad de inhibir o regular respuestas inmediatas ante estímulos que generan tensión, frustración o enojo (12). En pacientes con trastornos psiquiátricos, las dificultades en el control de impulsos pueden manifestarse mediante conductas agresivas, irritabilidad o reacciones desproporcionadas ante situaciones cotidianas (8). Por ello, dentro del enfoque de rehabilitación psicosocial se promueven estrategias orientadas al desarrollo del autocontrol, la reflexión antes de actuar y el manejo adecuado de la frustración, con el objetivo de reducir conductas agresivas y mejorar el funcionamiento psicosocial del paciente (11).
- **Convivencia Terapéutica:** Se refiere al conjunto de interacciones que se desarrollan entre los pacientes y el equipo de salud dentro de un entorno estructurado, basado en normas de respeto, participación y apoyo mutuo. Este tipo de convivencia favorece el desarrollo de

habilidades sociales, la resolución adecuada de conflictos y el aprendizaje de conductas adaptativas. En el contexto de la rehabilitación psicosocial, contribuye a la disminución de conductas agresivas y a una mejor adaptación del paciente a su entorno social y terapéutico (22).

2.4.4. Enfoque psicosocial

El enfoque psicosocial es una perspectiva integral en la atención médica que considera no solo los aspectos biológicos de la enfermedad, sino también los factores psicológicos, sociales y conductuales que influyen en la salud y el bienestar del paciente. Sus objetivos principales son mejorar la calidad de vida, promover la funcionalidad social y ocupacional, facilitar la adherencia al tratamiento, reducir el riesgo de recaídas y abordar factores estresantes o barreras psicosociales que puedan interferir con la recuperación o el manejo de la enfermedad (23).

A diferencia del tratamiento médico exclusivamente biológico, que se centra en intervenciones farmacológicas o procedimientos dirigidos a modificar procesos fisiopatológicos, el enfoque psicosocial incorpora intervenciones como la psicoeducación familiar, la terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento en habilidades sociales, el apoyo en la reintegración escolar o laboral, y la promoción de estilos de vida saludables (24). Estas intervenciones buscan abordar problemas como la desorganización social, la falta de habilidades para la vida diaria, el estrés familiar, la baja adherencia terapéutica y la estigmatización, aspectos que no suelen ser modificados únicamente con tratamiento farmacológico (25).

2.5. Agresividad.

La agresividad se define como una respuesta conductual caracterizada por acciones verbales o físicas dirigidas hacia otras personas, objetos o hacia uno mismo, con la intención de causar daño o expresar hostilidad. En el ámbito psiquiátrico, la agresividad puede manifestarse como parte de diversos trastornos mentales, incluyendo esquizofrenia, trastorno bipolar, demencia y consumo de sustancias.

Su presencia afecta la adherencia terapéutica, las relaciones interpersonales y la seguridad tanto del paciente como del entorno hospitalario. En contextos institucionales, se estima que entre el 10 % y el 20 % de los pacientes pueden presentar episodios de agresividad durante su tratamiento (6).

2.5.1. Tipos

- **Agresión Verbal:** Se refiere a la manifestación de conductas agresivas a través del lenguaje, como gritos, insultos, amenazas o expresiones hostiles dirigidas a otras personas. Este tipo de agresión no implica contacto físico, pero puede generar un impacto negativo significativo en el bienestar emocional y en las relaciones interpersonales. En el contexto clínico, suele presentarse como una respuesta ante frustración, enojo o dificultades en la regulación emocional, pudiendo ser un indicador temprano de otras formas de agresividad más severas.
- **Agresión Física:** Comprende aquellas conductas que implican daño corporal directo hacia otras personas, como golpes, empujones, patadas u otras formas de violencia física. Este tipo de agresión representa un mayor nivel de gravedad, ya que pone en riesgo la integridad física tanto del paciente como de su entorno. En pacientes con trastornos psiquiátricos, puede estar relacionada con alteraciones en el control de impulsos, episodios de agitación o desorganización conductual.
- **Agresión contra objetos:** Hace referencia a conductas agresivas dirigidas hacia objetos o el entorno, como lanzar, romper o golpear pertenencias. Estas acciones suelen ser una forma de expresar tensión, frustración o ira acumulada, sin dirigirse directamente hacia otras personas. Sin embargo, su presencia puede indicar un riesgo potencial de escalamiento hacia conductas más graves si no se interviene oportunamente.
- **Autoagresión:** Se define como el conjunto de conductas en las que la persona se provoca daño a sí misma de manera intencional, incluyendo golpes, cortes u otras formas de autolesión. Este tipo de agresión se asocia frecuentemente a dificultades en la regulación emocional,

sentimientos de angustia o desesperanza, y puede presentarse en diversos trastornos mentales. Su identificación es fundamental debido al riesgo que implica para la salud y la vida del paciente.

2.5.2. Agresividad en pacientes psiquiátricos

La conducta agresiva en pacientes psiquiátricos se refiere a un espectro de comportamientos que pueden incluir agresión verbal (gritos, amenazas), agresión física (golpes, empujones, daño a objetos o personas), y autoagresión (26). Esta conducta puede presentarse en diversos trastornos psiquiátricos, como esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, trastornos de la personalidad, dependencia de sustancias y trastornos disruptivos del control de impulsos, entre otros (27).

La agresividad puede clasificarse según su naturaleza en reactiva (respuesta impulsiva a un estímulo percibido como amenazante), proactiva (planificada o instrumental), inducida por sustancias, asociada a estados psicóticos, o como parte de un patrón de personalidad (28). En el contexto de la esquizofrenia, por ejemplo, la agresividad puede estar asociada a síntomas de excitación, pobre control de impulsos y disfunción prefrontal, incluso en fases estables de la enfermedad. En pacientes con trastornos por consumo de alcohol o depresión mayor, la agresividad puede estar relacionada con baja autoestima y mayor irritabilidad (29).

2.5.3. Factores de Riesgo

La agresividad es un fenómeno multifactorial con factores de riesgo bien caracterizados en la literatura médica. Los factores de riesgo pueden agruparse en categorías relacionadas con el paciente, el entorno y el personal sanitario. Entre los factores de riesgo individuales, destacan el diagnóstico de trastornos psicóticos o bipolares, el abuso de sustancias, antecedentes de agresión, historia de intentos suicidas o conductas suicidas, edad joven y sexo masculino (30),

En niños y adolescentes, se suman factores como problemas de atención, dificultades académicas, haber sido víctima de bullying, vivir en contextos de

pobreza, exposición prenatal a tabaco o alcohol, bajo nivel educativo materno, embarazo adolescente y crianza coercitiva (31).

Factores ambientales y sociales también juegan un papel relevante: la acumulación de experiencias adversas en la infancia y adolescencia (maltrato físico o sexual, migración, urbanidad, consumo temprano de cannabis o alcohol) incrementa de manera significativa el riesgo de agresión violenta en la vida adulta, independientemente de la presencia de enfermedad mental (32).

En el ámbito hospitalario, factores del entorno como alta ocupación de camas, ambientes restrictivos o inseguros, falta de estructura diaria, lugares concurridos, ausencia de privacidad y el hábito de fumar en la unidad se asocian con mayor incidencia de agresión (33). Además, la calidad de la interacción entre pacientes y personal, el estrés laboral, la insatisfacción y el burnout en el personal sanitario son factores que pueden aumentar el riesgo de incidentes agresivos (34).

Desde el punto de vista psicológico, rasgos como la impulsividad (urgencia negativa y positiva), la supresión expresiva de emociones, el afecto negativo, la baja capacidad de manejo emocional y la baja empatía (especialmente la dificultad en la toma de perspectiva) se asocian con mayor propensión a la agresividad. El dominio hostil interpersonal y rasgos de psicopatía también son predictores robustos de conducta agresiva en pacientes hospitalizados (35).

2.5.4. Evaluación de la agresividad: Escala MOAS

La escala MOAS (Modified Overt Aggression Scale) es una herramienta validada para la evaluación y monitorización de conductas agresivas en pacientes psiquiátricos. Evalúa la agresión en cuatro dominios: agresión verbal, agresión contra objetos, agresión contra sí mismo y agresión contra otras personas. Cada dominio se puntúa en función de la gravedad y la frecuencia de los episodios, permitiendo cuantificar la agresividad total mediante una puntuación ponderada.

La MOAS ha demostrado excelentes propiedades psicométricas, incluyendo alta fiabilidad intervaluador (coeficientes de correlación superiores a 0,90) y

buena validez discriminante entre pacientes agresivos y no agresivos, así como concordancia con otras escalas psiquiátricas como la BPRS. Su uso está recomendado para el seguimiento sistemático de la agresividad en entornos de hospitalización psiquiátrica aguda y para la evaluación de intervenciones terapéuticas dirigidas a la reducción de la conducta agresiva (36).

2.6. Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental (MACSM) – MINSA:

El Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental (MACSM), implementado por el Ministerio de Salud del Perú a partir de la Ley N.º 29889 y la RM N.º 448-2019/MINSA, representa un cambio estructural en la forma de brindar atención a personas con trastornos mentales (1). Este modelo busca garantizar un acceso integral, oportuno y descentralizado a los servicios de salud mental, priorizando la recuperación funcional del paciente mediante un enfoque comunitario y humanizado. Sustituye el modelo asilar tradicional por un sistema de redes integradas que promueve el respeto a la dignidad, la autonomía y los derechos de los usuarios (37).

Los ejes centrales del MACSM se basan en la atención integral, comunitaria y centrada en la persona. Esto implica un abordaje interdisciplinario que considera no solo el tratamiento clínico del trastorno mental, sino también la inclusión social, la participación de la familia y la vinculación del usuario con su comunidad. El modelo incorpora unidades como los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), Hospitales de Día y Centros de Rehabilitación, que trabajan bajo la lógica de continuidad de cuidados y rehabilitación psicosocial (38).

Dentro de este modelo, el programa de rehabilitación psicosocial es un componente clave. Está diseñado para fortalecer las habilidades cognitivas, emocionales y sociales de las personas con trastornos mentales severos, y facilitar su reinserción social y funcional. Las actividades incluyen talleres grupales de habilidades sociales, regulación emocional, manejo de impulsividad, expresión artística y recreación terapéutica.

Asimismo, se promueve la participación de la familia, la elaboración de planes individuales de rehabilitación y el seguimiento funcional del paciente, lo que permite evaluar progresivamente su nivel de autonomía y adaptación al entorno (1).

2.7. Rol de enfermería

2.7.1. Rol de la enferma en pacientes psiquiátricos

El rol de la enfermera en el cuidado de pacientes psiquiátricos es multifacético y esencial para la calidad y seguridad de la atención en diversos entornos clínicos. Las funciones principales incluyen la evaluación clínica integral, la gestión de riesgos y la prevención de daños tanto para el paciente como para terceros, la administración y supervisión de tratamientos farmacológicos, la comunicación terapéutica, la educación al paciente y la familia, y la coordinación interdisciplinaria del cuidado (39).

En el ámbito hospitalario, las enfermeras enfrentan desafíos como la falta de formación específica en salud mental, la gestión de comorbilidades psiquiátricas y somáticas, y la necesidad de intervenciones basadas en evidencia para situaciones de crisis, incluyendo el uso de medidas de contención cuando es necesario y siempre bajo criterios éticos y legales (40). La formación continua y la incorporación de contenidos estructurados de salud mental en los programas educativos son recomendados para mejorar la competencia clínica y la seguridad del paciente (41).

En el entorno ambulatorio y comunitario, las enfermeras desempeñan un papel clave en la monitorización de la salud física y mental, la promoción de la equidad en el acceso a la atención, la identificación precoz de síntomas y la adaptación de los cuidados a las necesidades individuales, actuando como nexo entre los servicios psiquiátricos y médicos generales. Además, la enfermería psiquiátrica avanzada aporta intervenciones psicosociales, servicios dirigidos y consultoría especializada, optimizando resultados en pacientes con trastornos depresivos y estrés psicológico (42).

2.8. Teorías de enfermería

2.8.1. Teoría de las Relaciones Interpersonales

Propuesta por Hildegard Peplau, esta teoría se enfoca en la relación que se establece entre la enfermera y el paciente como base del cuidado. Plantea que

la enfermería trasciende lo técnico, constituyéndose como un proceso terapéutico interpersonal que favorece el desarrollo personal, el equilibrio emocional y la recuperación del paciente, especialmente en el campo de la salud mental.

Peplau describe que la relación enfermera–paciente atraviesa cuatro fases: orientación, identificación, explotación y resolución. En la primera, el paciente reconoce su necesidad de ayuda; en la segunda, establece un vínculo con el profesional; en la tercera, hace uso de los recursos terapéuticos disponibles; y en la última, alcanza mayor autonomía y se da por finalizado el proceso terapéutico. Estas etapas permiten organizar y guiar de manera progresiva la intervención de enfermería (43).

Asimismo, la teoría señala que la enfermera puede desempeñar distintos roles durante el proceso, como educadora, consejera, líder y sustituta, los cuales facilitan un cuidado integral centrado en la persona. A través de estos roles, se promueve la comunicación terapéutica, la expresión de emociones y la resolución de conflictos internos.

En el ámbito de la salud mental, este modelo cobra especial importancia, ya que permite abordar conductas como la agresividad desde una perspectiva relacional. La interacción terapéutica contribuye a identificar emociones, fortalecer el control de impulsos y desarrollar habilidades sociales, favoreciendo la disminución de conductas inadecuadas y una mejor adaptación del paciente a su entorno (44).

a. Fases

Según Peplau, la relación terapéutica entre la enfermera y el paciente se desarrolla a través de cuatro fases secuenciales e interdependientes que permiten estructurar el cuidado de manera progresiva y centrada en la persona:

- **Fase de orientación:** Representa el inicio del vínculo terapéutico, donde el paciente reconoce la existencia de una necesidad de salud y busca ayuda profesional. En esta etapa, la enfermera realiza la

valoración inicial, identifica problemas prioritarios y establece una relación basada en la confianza, el respeto y la comunicación efectiva. Además, se delimitan los roles de cada participante, lo cual favorece la adherencia al proceso de cuidado.

- **Fase de identificación:** En esta fase, el paciente comienza a involucrarse activamente en la relación, expresando sentimientos, preocupaciones y experiencias relacionadas con su estado de salud. La enfermera facilita este proceso mediante la escucha activa y la empatía, promoviendo la comprensión del problema y el desarrollo de mecanismos de afrontamiento. Se fortalece el vínculo terapéutico y se consolida la interacción interpersonal como herramienta fundamental del cuidado.
- **Fase de explotación:** El paciente utiliza de manera activa los recursos terapéuticos disponibles, participando en su proceso de recuperación. La enfermera asume un rol facilitador, orientando y apoyando al paciente en la toma de decisiones y en la utilización de los servicios de salud. Esta etapa se caracteriza por un mayor compromiso del paciente con su tratamiento y por la aplicación práctica de las intervenciones de enfermería.
- **Fase de resolución:** Corresponde al cierre del proceso terapéutico, en el cual el paciente alcanza mayor independencia y logra satisfacer sus necesidades de salud. Se evidencia una disminución progresiva de la dependencia hacia la enfermera, consolidándose el autocuidado y la adaptación al entorno. La relación terapéutica finaliza de manera adecuada, asegurando la continuidad de los logros alcanzados (45).

b. Aplicación de la teoría de Peplau en la práctica

La aplicación de la teoría de Peplau en la práctica de enfermería se basa en el uso de la relación terapéutica como principal herramienta de intervención en pacientes con trastornos mentales. Mediante la comunicación efectiva, la empatía y la escucha activa, la enfermera puede

reconocer necesidades emocionales, anticiparse a situaciones de crisis y contribuir al proceso de recuperación del paciente (43).

Esto implica que el profesional de enfermería no solo se limita a brindar cuidados físicos, sino que también cumple un rol terapéutico en el manejo de la conducta. Entre las principales acciones que se pueden desarrollar se encuentran:

- Establecimiento de una comunicación terapéutica para reducir la ansiedad y la agresividad del paciente.
- Observación continua del comportamiento para identificar signos de irritabilidad o descontrol emocional.
- Intervenciones oportunas ante conductas agresivas mediante técnicas de contención verbal.
- Fomento de la expresión emocional y el desarrollo de habilidades sociales en entornos terapéuticos.
- Apoyo en la adherencia al tratamiento y en la participación activa del paciente en su proceso de recuperación.

Desde este enfoque, el cuidado de enfermería en salud mental se fundamenta en la interacción humana como medio para generar cambios positivos en la conducta. El rol de la enfermera como guía, educadora y apoyo emocional es esencial para fomentar el autocontrol, mejorar la convivencia terapéutica y facilitar la reintegración social del paciente (45).

2.8.2. Teoría del Déficit de Autocuidado

Propuesta por la teórica de enfermería Dorothea Orem, quien plantea que la enfermería tiene como finalidad principal apoyar a las personas cuando presentan limitaciones para realizar por sí mismas actividades necesarias para mantener su salud, bienestar y calidad de vida (46). Esta teoría se sustenta en tres conceptos fundamentales: el autocuidado, el déficit de autocuidado y los sistemas de enfermería. El autocuidado hace referencia a las acciones que el

individuo realiza de manera autónoma para conservar su salud y bienestar. Cuando la persona no puede cubrir adecuadamente estas necesidades, se genera un déficit de autocuidado, lo que justifica la intervención del profesional de enfermería (47).

Para responder a estas situaciones, Orem propone tres sistemas de enfermería: el sistema totalmente compensatorio, cuando el paciente depende completamente del cuidado de la enfermera; el sistema parcialmente compensatorio, cuando ambos participan en el cuidado; y el sistema de apoyo-educación, cuando el paciente puede realizar su autocuidado pero requiere orientación o enseñanza.

En el contexto de la salud mental, esta teoría permite comprender la importancia de fortalecer la autonomía del paciente, promoviendo su participación activa en el cuidado de su salud y favoreciendo su adaptación funcional y social dentro de su entorno. Aplicación de la teoría de Peplau en la práctica (48).

a. Aplicación de la teoría de Orem en la práctica

La aplicación de la teoría de Orem en la práctica de enfermería se basa en la valoración del nivel de autocuidado del paciente, con el fin de identificar los déficits existentes y determinar el tipo de sistema de enfermería más adecuado según su grado de dependencia (49). En pacientes con trastornos mentales, esta teoría permite promover la independencia progresiva, el autocontrol y la participación activa en su proceso terapéutico, contribuyendo además a la disminución de conductas desadaptativas como la agresividad (50).

Entre las principales intervenciones se incluyen:

- Educación orientada al autocuidado en salud física y mental.
- Fomento de la autonomía en actividades de la vida diaria.
- Apoyo en la adherencia al tratamiento farmacológico y terapéutico.

- Orientación en el manejo emocional y desarrollo del autocontrol.
- Supervisión y acompañamiento continuo durante el proceso de recuperación.

Desde este enfoque, la enfermera actúa como facilitadora del autocuidado, promoviendo la participación activa del paciente y contribuyendo a mejorar su calidad de vida y su reintegración social (51).

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Nivel internacional

- **Hodgins S. Comportamiento violento entre personas con esquizofrenia: un marco para la investigación de las causas, el tratamiento eficaz y la prevención, Estados Unidos, 2008.** Concluyó que el estudio evidencia que la violencia en la esquizofrenia no es homogénea, sino que responde a trayectorias distintas que requieren intervenciones diferenciadas, y resalta la necesidad de diseñar estrategias terapéuticas específicas que integren el tratamiento psiquiátrico con la rehabilitación psicosocial y el abordaje de factores de riesgo asociados (52).

3.2. Nivel nacional

- **San Martín Narrea V. Violencia doméstica asociada a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán, Lima, 2019.** Concluyó que el estudio demuestra que existen formas específicas de violencia —psicológica, sexual y patrimonial— que sí guardan una relación estadísticamente significativa con la esquizofrenia, lo que resalta la necesidad de abordar integralmente la salud mental y los factores sociales de los acompañantes en los programas de atención psiquiátrica (53).
- **Trinidad Flores C.J y Winkelried Santa Cruz F.A. Nivel de sobrecarga de estrés del cuidador primario en pacientes con esquizofrenia en un centro comunitario de salud mental de Lima Este, Lima ,2024.** Concluyó que la esquizofrenia no solo impacta en los pacientes, sino también en sus cuidadores, quienes desarrollan altos niveles de estrés, lo que resalta la necesidad de diseñar

programas de apoyo psicosocial y acompañamiento dirigidos a esta población vulnerable (54).

3.3. Nivel local

- **Gonzales Salazar – Calderón C. Regulación emocional y agresividad en estudiantes del nivel secundario de una institución privada de la provincia de Camaná de Arequipa 2023.** Concluyó que el estudio confirma la importancia del desarrollo de competencias emocionales para la prevención de la agresividad en contextos educativos, y resalta la necesidad de implementar programas escolares que fortalezcan la regulación emocional como factor protector frente a la conducta violenta (55).

4. OBJETIVOS

- Determinar el nivel de agresividad de los pacientes psiquiátricos del Centro de Atención Residencial Chilpinilla antes de la aplicación del programa de rehabilitación psicosocial del MINSA, Arequipa 2025.
- Identificar el nivel de agresividad de los pacientes psiquiátricos del Centro de Atención Residencial Chilpinilla después de la aplicación del programa de rehabilitación psicosocial del MINSA, Arequipa 2025.
- Determinar la efectividad del programa de rehabilitación psicosocial del MINSA en los niveles de agresividad de los pacientes psiquiátricos del Centro de Atención Residencial Chilpinilla, Arequipa 2025.

5. HIPÓTESIS

Dado que el programa de rehabilitación psicosocial del MINSA promueva la mejora de la salud mental a través de estrategias integrales enfocadas en la adquisición de habilidades sociales.

Es probable que la aplicación del programa de rehabilitación psicosocial del Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental del MINSA produzca efectividad en los pacientes psiquiátricos institucionalizados del Centro de Atención Residencial Chilpinilla.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

TÉCNICA E INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

Para ambas variables; programa de rehabilitación psicosocial del MINSA y niveles de agresividad, se utilizó como técnica la observación estructurada.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Para la variable independiente

Se aplicó como instrumento la ficha estructurada del programa de rehabilitación psicosocial del MINSA; propuesto por el Ministerio de Salud del Perú, el cual fue implementado mediante sesiones grupales planificadas. El programa estuvo orientado a promover la recuperación funcional de los pacientes y disminuir las conductas agresivas, en concordancia con los lineamientos del MINSA.

La intervención se desarrolló en un periodo estimado de 8 a 12 semanas, aplicando un total de 8 sesiones (según cronograma), adaptadas a las necesidades del grupo participante. La evaluación de esta variable se realizó considerando las dimensiones del programa (regulación emocional, habilidades sociales, control de impulsos y convivencia terapéutica), en concordancia con lo planteado en la operacionalización de variables.

El Programa de Rehabilitación Psicosocial que fue aplicado en esta investigación forma parte del Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental (MACSM), desarrollado y validado por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), conforme a la Ley N.º 29889, su reglamento, y la Resolución Ministerial N.º 448-2019/MINSA (1).

Este modelo ha sido implementado a nivel nacional desde el año 2015, integrando actividades de rehabilitación psicosocial en Centros de Salud Mental Comunitarios, Hospitales de Día y Centros de Atención Residencial, como parte de la atención integral a personas con trastornos mentales severos. Su eficacia ha sido respaldada por múltiples experiencias institucionales y estudios técnicos realizados por el MINSA, donde se evidenció una mejora

en la funcionalidad, habilidades sociales y reducción de conductas agresivas en los usuarios atendidos.

Por tratarse de un programa oficial, vigente y aplicado en la práctica clínica nacional, su validez estuvo respaldada por normativa sanitaria y su implementación no requirió validación adicional para efectos de esta investigación (38).

1.2.2. Para la variable dependiente

Se utilizó como instrumento la escala modificada de agresión abierta (MOAS), esta escala validada que permitió medir el nivel de agresividad en pacientes psiquiátricos a través de cuatro dimensiones: agresión verbal, agresión contra objetos, agresión física hacia otros y autoagresión. Cada categoría se calificó en una escala de 0 a 4 puntos, lo que permitió obtener un puntaje total que refleje el nivel general de agresividad.

Este instrumento será aplicado en dos momentos: antes (pretest) y después (postest) del programa de rehabilitación psicosocial, permitiendo así comparar los resultados y evaluar la efectividad de la intervención. Esta escala se realiza aplicando un factor de ponderación según la gravedad: agresión verbal (x1), agresión contra objetos (x2), agresión física hacia otros (x3) y autoagresión (x4).

El puntaje total se obtiene sumando las puntuaciones ponderadas de cada categoría (nivel de agresividad), con un rango posible de 0 a 40 puntos. Para la interpretación de los resultados se consideraron el siguiente baremo:

- **Ausencia de agresividad:** 0 puntos
- **Agresividad leve:** 1 – 8 puntos
- **Agresividad moderada:** 9 –16 puntos
- **Agresividad alta:** 17 – 24 puntos
- **Agresividad muy alta:** 25 – 40 puntos

Esta clasificación permitió analizar de manera estandarizada la evolución de los pacientes antes y después de la intervención, así como evaluar la efectividad del programa de rehabilitación psicosocial. La escala modificada de agresión abierta (MOAS) fue un instrumento clínico validado internacionalmente para la medición de la agresividad en pacientes psiquiátricos, desarrollado por Stanley Kay et al. en 1988. Está ha sido traducida al español y adaptada para su uso en contextos hispanohablantes, demostrando adecuados niveles de confiabilidad interevaluador y validez de contenido.

Estudios realizados en población psiquiátrica en España y América Latina reportaron coeficientes de confiabilidad interevaluador superiores a 0.80 (coeficiente Kappa), así como validez de contenido mayor al 90% según juicio de expertos. Su estructura permitió la evaluación de cuatro tipos de agresión — verbal, contra objetos, física hacia otros y autoagresión— con puntuaciones que oscilan entre 0 y 4 en cada dimensión, facilitando la cuantificación del nivel general de agresividad. Por tratarse de un instrumento estandarizado y validado, su uso en esta investigación no requirió un nuevo proceso de validación .

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

La presente investigación se llevó a cabo en el Centro de Atención Residencial Chilpinilla, ubicado en la avenida Las Peñas, Arequipa 04012, en el distrito de Socabaya, provincia y departamento de Arequipa, país Perú.

2.2. Ubicación temporal

Esta investigación se realizó en el mes de Enero del año 2026.

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Universo y población

La población está compuesta por los pacientes con esquizofrenia internados de forma permanente o prolongada en el Centro de Atención Residencial Chilpinilla durante el periodo de aplicación del instrumento, y que se encuentren en condiciones cognitivas y funcionales adecuadas para responder a los cuestionarios y que acepten participar en el estudio mediante consentimiento informado.

Se utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a la totalidad de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, estén presentes en el centro durante el periodo de recolección de datos y acepten participar voluntariamente

2.4. Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico clínico confirmado de esquizofrenia según los criterios del DSM-5, registrado en su historia clínica.
- Pacientes que se encuentren internados de forma permanente o prolongada en el Centro de Atención Residencial Chilpinilla durante el periodo de recolección de datos.
- Pacientes que se encuentren compensados y en condiciones cognitivas y comunicativas adecuadas para comprender y responder los instrumentos aplicados (según valoración clínica del equipo tratante).
- Pacientes que acepten participar voluntariamente en el estudio y firmen el consentimiento informado, o cuenten con la autorización de su representante legal, cuando corresponda.

2.5. Criterios de exclusión

- Pacientes con trastornos psiquiátricos severos no controlados (ej. crisis psicótica activa, agitación, delirios severos) que impidan su participación en la encuesta.

- Pacientes con discapacidad intelectual severa o deterioro cognitivo avanzado, que impidan la comprensión de los ítems del cuestionario, según juicio del equipo clínico.
- Pacientes que no deseen participar o retiren su consentimiento en cualquier momento del proceso.
- Pacientes que, al momento de la aplicación, no se encuentren presentes en el centro por razones médicas, legales o familiares (salida temporal o alta reciente).

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- El proyecto de investigación fue presentado a la Facultad de Enfermería. Se envió una solicitud a la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María con el objetivo de la aprobación del proyecto de investigación.
- Se realizará el trámite para aprobación del jurado dictaminador y la asesora de tesis; así también, la aprobación por el Comité de ética institucional, teniendo el visto bueno.
- Para la ejecución del estudio, previa autorización de las autoridades del Hogar las Mercedes, se realizará una previa, seguidamente se aplicará los instrumentos del estudio los cuales tendrán una duración de 15 minutos de por el participante.
- Los resultados serán vaciados en una matriz de datos, usando el programa Excel, así también para el análisis estadístico se usó el programa estadístico SPSS V24.0.
- Se aplicará el programa de Rehabilitación Psicosocial del Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental (MACSM) MINSA
- Se volverá a aplicar el instrumento de medición de agresividad para valorar la eficacia del programa de rehabilitación

- Presentación de datos: Los resultados serán presentados a través de tablas y gráficos.
- Informe final: El informe final será presentado a la asesora y jurado dictaminador, para luego proceder con la fase de sustentación.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Investigadora: Solange Milen Aviega Moscoso
- Asesora: Mg. Betsy Chambi Valderrama

3.2.2. Institucionales

- Infraestructura física del centro de Atención Residencial Chilpinilla

3.2.3. Materiales

- Historias clínicas
- Matriz de consistencia de datos

3.2.4. Económicos

- Autofinanciado.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

Tabla 1.

Edad

Edad (años)	f	%
<40	5	11,9
40 - 49	13	31,0
50 - 59	10	23,8
60 - 69	13	31,0
>70	1	2,4
Total	42	100,0

Observamos que las categorías de mayor frecuencia se encuentran en los grupos de edad de 40 a 49 años y de 60 a 69 años, constituyendo el 31% cada uno; siendo el grupo de adultos mayores los de menor frecuencia con 2,4%. Se constata, pues, que las categorías de mayor frecuencia corresponden a las edades comprendidas entre los 40 y 69 años.

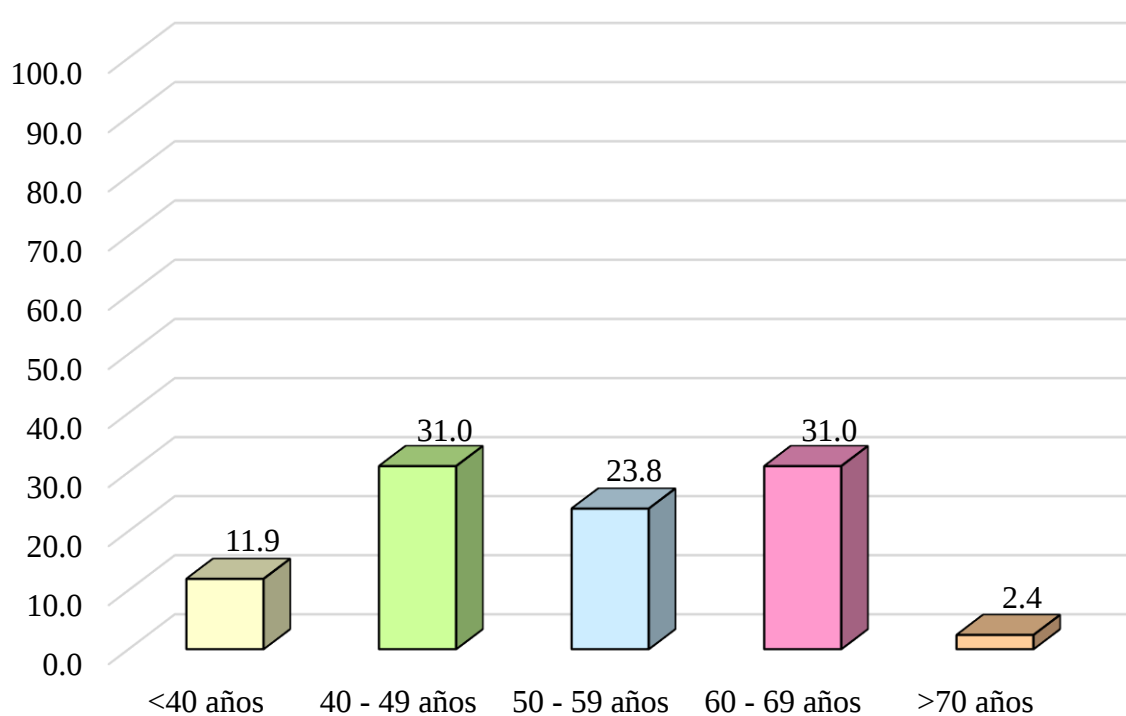
Figura 1.

Tabla 2.

Sexo

Sexo	f	%
Masculino	18	42,9
Femenino	24	57,1
Total	42	100,0

Observamos que la categoría de mayor frecuencia está en el sexo femenino constituyendo el 57,1%; siendo el sexo masculino el que presenta la menor frecuencia con 42,9%. Se constata, pues, que la mayor frecuencia corresponde al sexo femenino.

Figura 2.

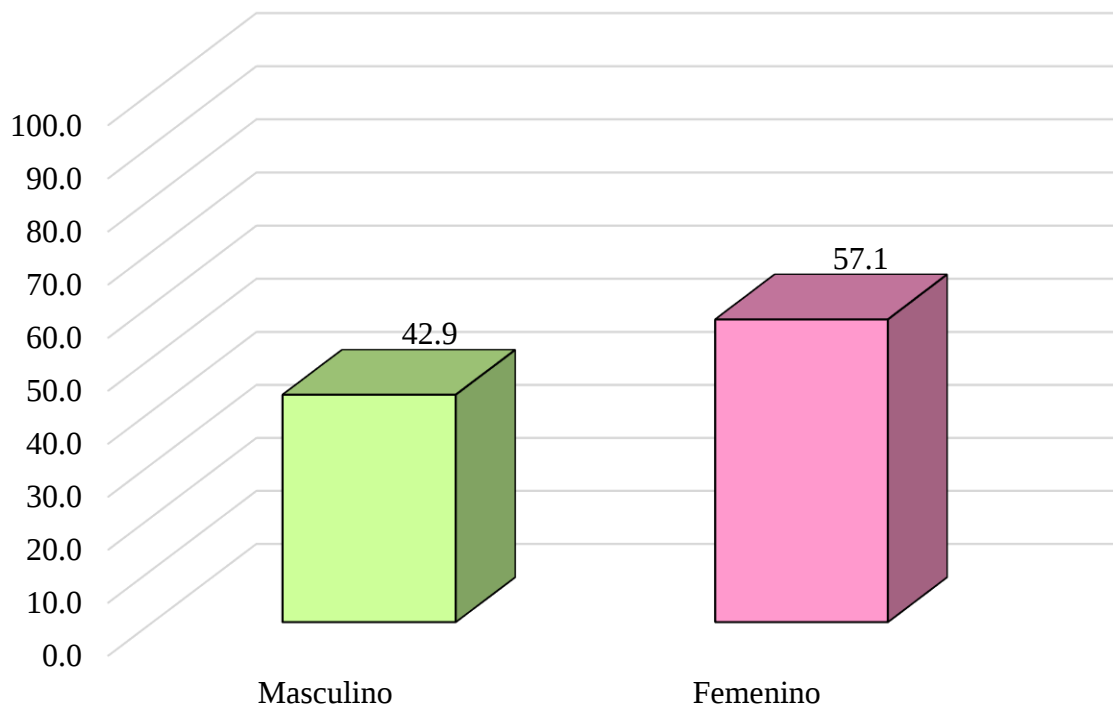


Tabla 3.
Grado de instrucción

Grado de instrucción	f	%
Primaria	16	38,1
Secundaria	15	35,7
Analfabeto	11	26,2
Total	42	100,0

Observamos que la categoría de mayor frecuencia está en el grado de instrucción primaria constituyendo el 38,1%; siendo la categoría de analfabeto la que presenta la menor frecuencia con 26,2%. Se constata, pues, que las categorías de mayor frecuencia corresponden a los participantes con instrucción primaria y secundaria.

Figura 3.

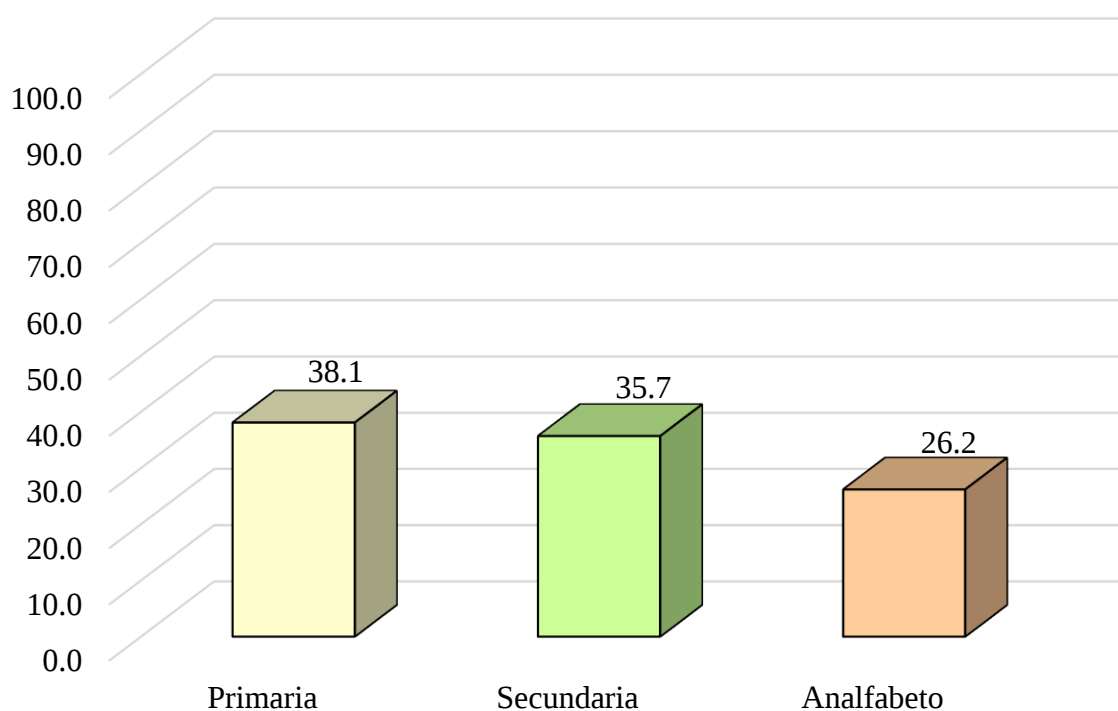


Tabla 4.
Lugar de procedencia

Lugar de procedencia	f	%
Urbano	25	59,5
Rural	17	40,5
Total	42	100,0

Observamos que la categoría de mayor frecuencia está en el lugar de procedencia urbano constituyendo el 59,5%; siendo la procedencia rural la que presenta la menor frecuencia con 40,5%. Se constata, pues, que la mayor frecuencia corresponde a los participantes de procedencia urbana.

Figura 4.

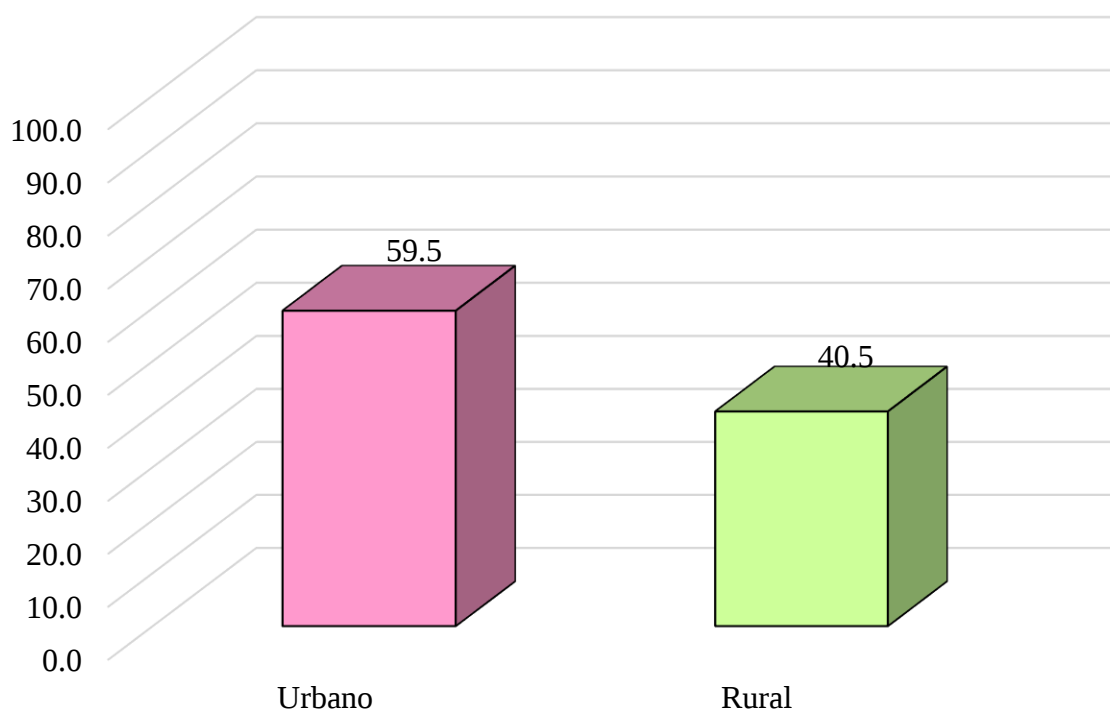


Tabla 5.
Nivel de logro del programa

Niveles del logro del programa	f	%
Bajo	0	0,0
Medio	34	81,0
Alto	8	19,0
Total	42	100,0

Observamos que la categoría de mayor frecuencia está en el nivel medio del logro del programa constituyendo el 81,0%; siendo el nivel alto el que presenta la menor frecuencia con 19,0%. Lo que muestra que más de las tres cuartas partes de los pacientes evaluados presentan un logro medio del programa de rehabilitación psicosocial, lo cual refleja un cumplimiento moderado de las actividades contempladas en la intervención aplicada.

Figura 5.

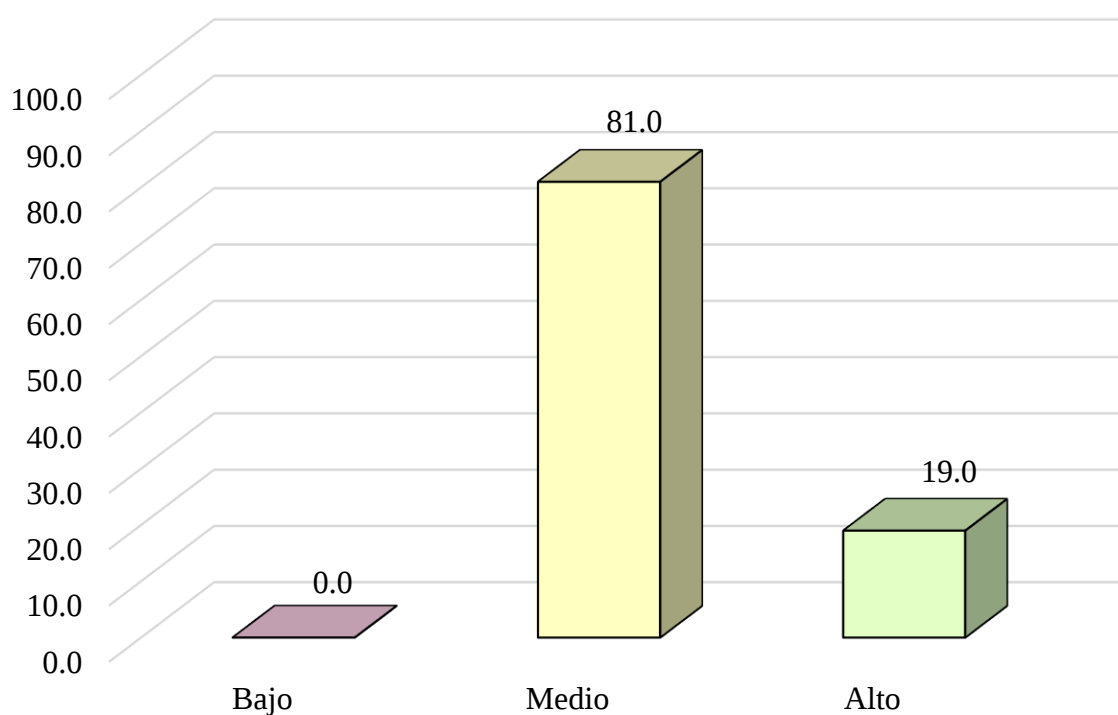


Tabla 6.
Regulación emocional

Regulación emocional	f	%
Bajo	13	31,0
Medio	23	54,8
Alto	6	14,2
Total	42	100,0

Observamos que la categoría de mayor frecuencia está en el nivel medio de regulación emocional constituyendo el 54,8%; siendo el nivel alto el que presenta la menor frecuencia con 14,2%. Lo que muestra que más de la mitad de los pacientes evaluados presentan un nivel medio de regulación emocional, lo cual refleja una capacidad moderada para gestionar y expresar adecuadamente sus emociones frente a diversas situaciones de la vida cotidiana.

Figura 6.

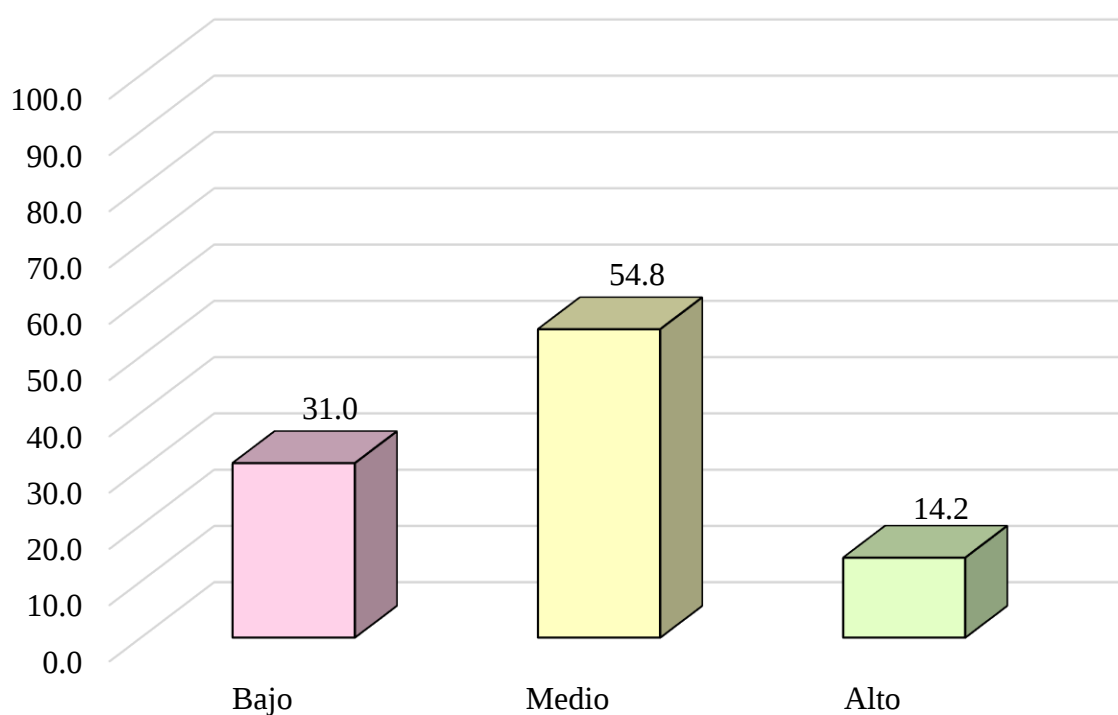


Tabla 7.
Habilidades sociales

Habilidades sociales	f	%
Bajo	5	11,9
Medio	36	85,7
Alto	1	2,4
Total	42	100,0

Observamos que la categoría de mayor frecuencia está en el nivel medio de habilidades sociales constituyendo el 85,7%; siendo el nivel alto el que presenta la menor frecuencia con 2,4%. Lo que muestra que más de las tres cuartas partes de los pacientes evaluados presentan un nivel medio de habilidades sociales, lo cual refleja una capacidad moderada para establecer relaciones interpersonales y desenvolverse adecuadamente en su entorno social.

Figura 7.

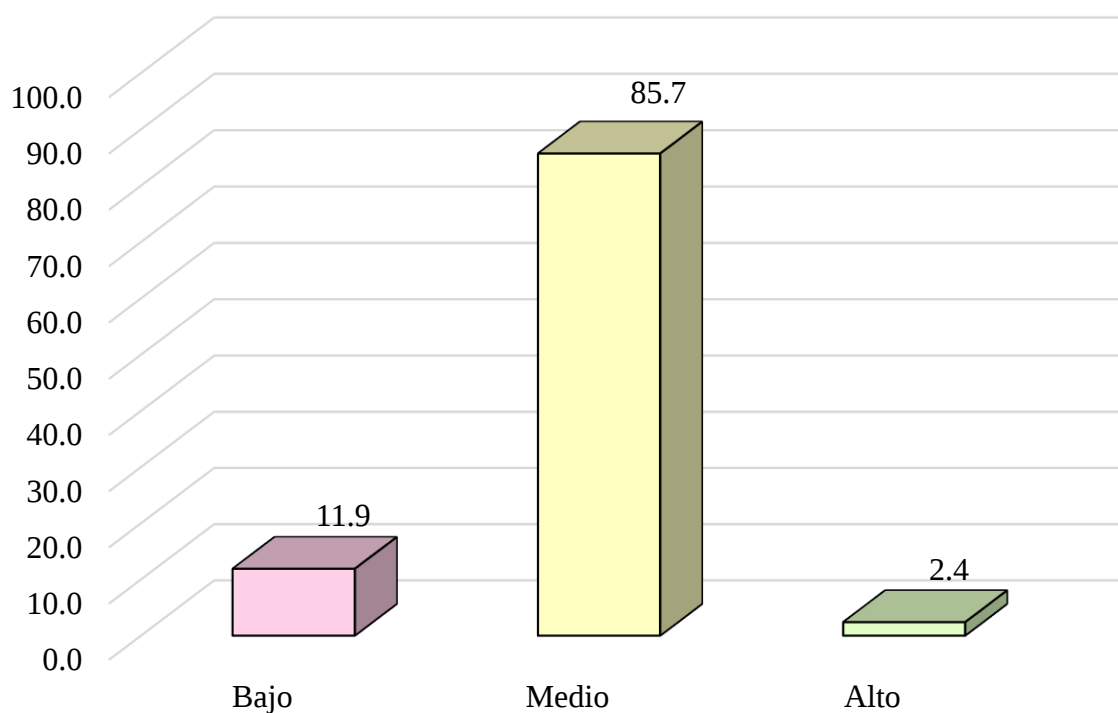


Tabla 8.
Control de impulsos

Control de impulsos	f	%
Bajo	10	23,8
Medio	30	71,4
Alto	2	4,8
Total	42	100,0

Observamos que la categoría de mayor frecuencia está en el nivel medio de control de impulsos constituyendo el 71,4%; siendo el nivel alto el que presenta la menor frecuencia con 4,8%. Lo que muestra que más de las dos terceras partes de los pacientes evaluados presentan un nivel medio de control de impulsos, lo cual refleja una capacidad moderada para regular sus reacciones y comportamientos ante situaciones que generan tensión o conflicto.

Figura 8.

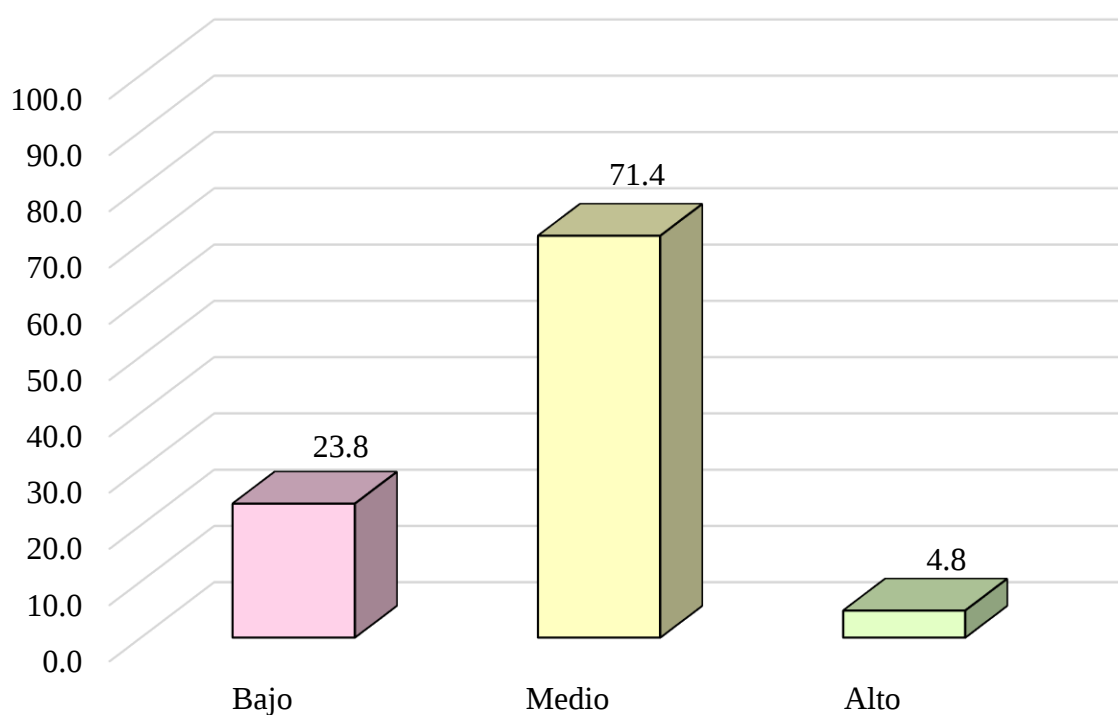


Tabla 9.
Convivencia terapéutica

Convivencia terapéutica	f	%
Bajo	10	23,8
Medio	30	71,4
Alto	2	4,8
Total	42	100,0

Observamos que la categoría de mayor frecuencia está en el nivel medio de convivencia terapéutica constituyendo el 71,4%; siendo el nivel alto el que presenta la menor frecuencia con 4,8%. Lo que muestra que más de las dos terceras partes de los pacientes evaluados presentan un nivel medio de convivencia terapéutica, lo cual refleja una capacidad moderada para relacionarse adecuadamente con los demás y participar de manera favorable en las actividades desarrolladas dentro del programa de rehabilitación psicosocial.

Figura 9.

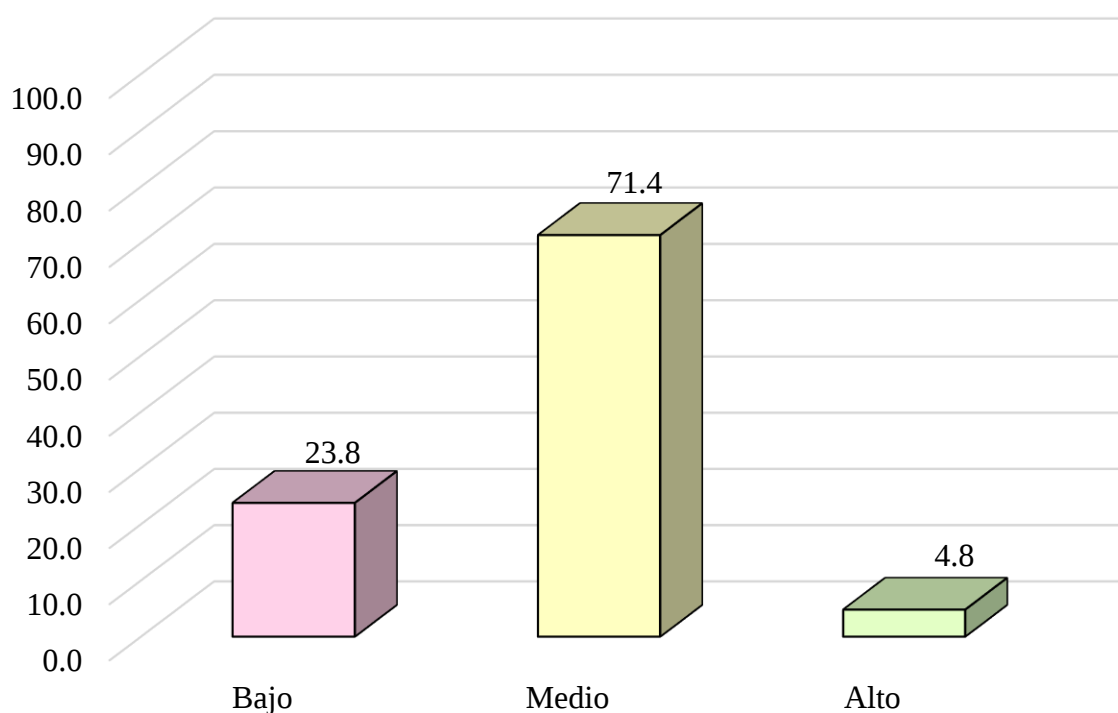


Tabla 10.

Niveles de agresividad

Niveles de agresividad	Antes de la aplicación		Después de la aplicación	
	f	%	f	%
No agresión	0	0,0	0	0,0
Leve	2	4,8	42	100,0
Moderada	31	73,8	0	0,0
Alta	8	19,0	0	0,0
Muy alta	1	2,4	0	0,0
Total	42	100,0	42	100,0
	Z	-5,946	p	0.000

Observamos que antes de la aplicación la categoría de mayor frecuencia estuvo en el nivel de agresividad moderada constituyendo el 73,8%; siendo el nivel de agresividad muy alta el que presentó la menor frecuencia con 2,4%. Después de la aplicación, la totalidad de los pacientes evaluados (100,0%) se ubicó en el nivel de agresividad leve. La prueba de Wilcoxon ($p = 0,023$), lo que muestra que la aplicación del programa de rehabilitación psicosocial contribuyó a la disminución de los niveles de agresividad en los pacientes evaluados.

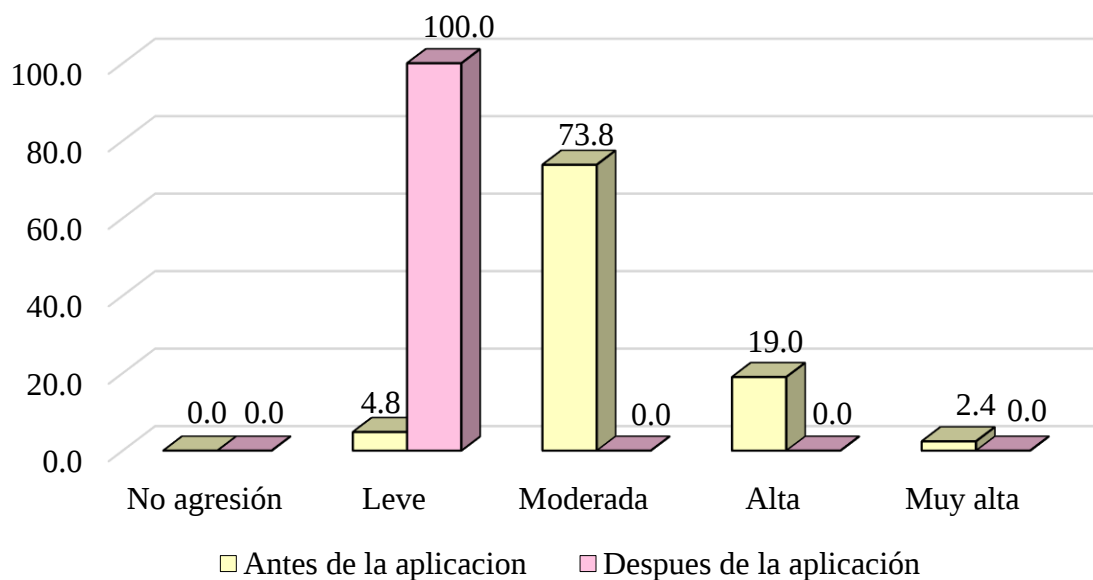
Figura 10.

Tabla 11.
Agresión verbal

Agresión verbal	Antes de la aplicación		Después de la aplicación	
	f	%	f	%
Ninguna	10	23,8	23	54,8
Grita	5	11,9	15	35,7
Maldice	10	23,8	4	9,5
Amenaza ocasional	13	31,0	0	0,0
Amenaza repetida	4	9,5	0	0,0
Total	42	100,0	42	100,0
	Z	-4,723	p	0.000

Observamos que antes de la aplicación la categoría de mayor frecuencia estuvo en amenaza ocasional constituyendo el 31,0%; siendo la categoría amenaza repetida la que presentó la menor frecuencia con 9,5%. Después de la aplicación, la categoría de mayor frecuencia se ubicó en ninguna constituyendo el 54,8%; siendo la categoría maldice la que presentó la menor frecuencia con 9,5%. La prueba de Wilcoxon ($p = 0,000$), lo que muestra que la aplicación del programa de rehabilitación psicosocial contribuyó a la disminución de la agresión verbal en los pacientes evaluados.

Figura 11.

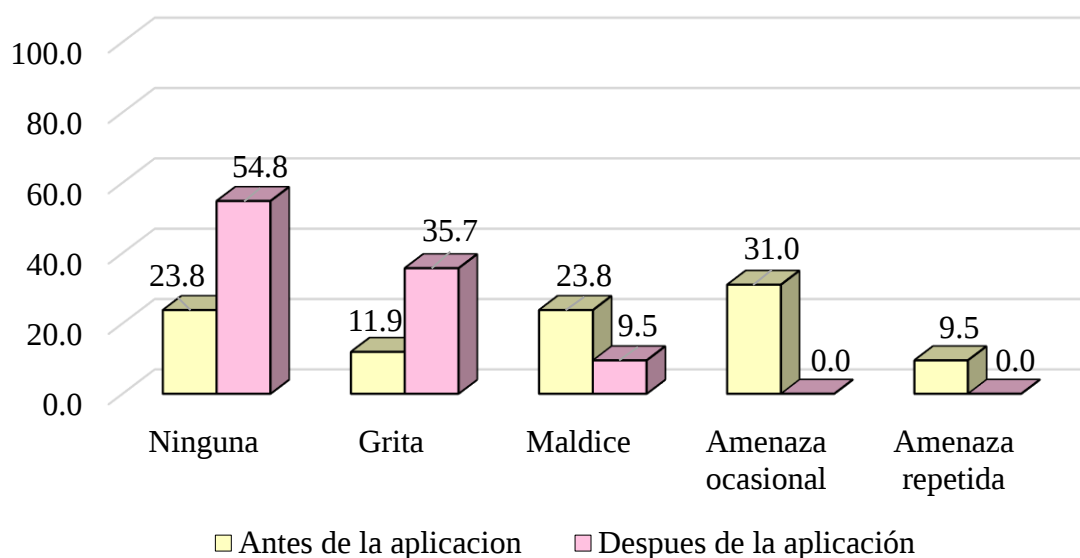


Tabla 12.

Agresión contra objetos

Agresión contra objetos	Antes de la aplicación		Después de la aplicación	
	f	%	f	%
Ausente	10	23,8	34	81,0
Menor	23	54,8	8	19,0
Intermedia	7	16,7	0	0,0
Crítica	2	4,8	0	0,0
Total	42	100,0	42	100,0
	Z	-4,723	p	0.000

Observamos que antes de la aplicación la categoría de mayor frecuencia estuvo en agresión contra objetos menor constituyendo el 54,8%; siendo la categoría crítica la que presentó la menor frecuencia con 4,8%. Después de la aplicación, la categoría de mayor frecuencia se ubicó en ausente constituyendo el 81,0%; siendo la categoría menor la que presentó la menor frecuencia con 19,0%. La prueba de Wilcoxon ($p = 0,000$), lo que muestra que la aplicación del programa de rehabilitación psicosocial contribuyó a la disminución de la agresión contra objetos en los pacientes evaluados.

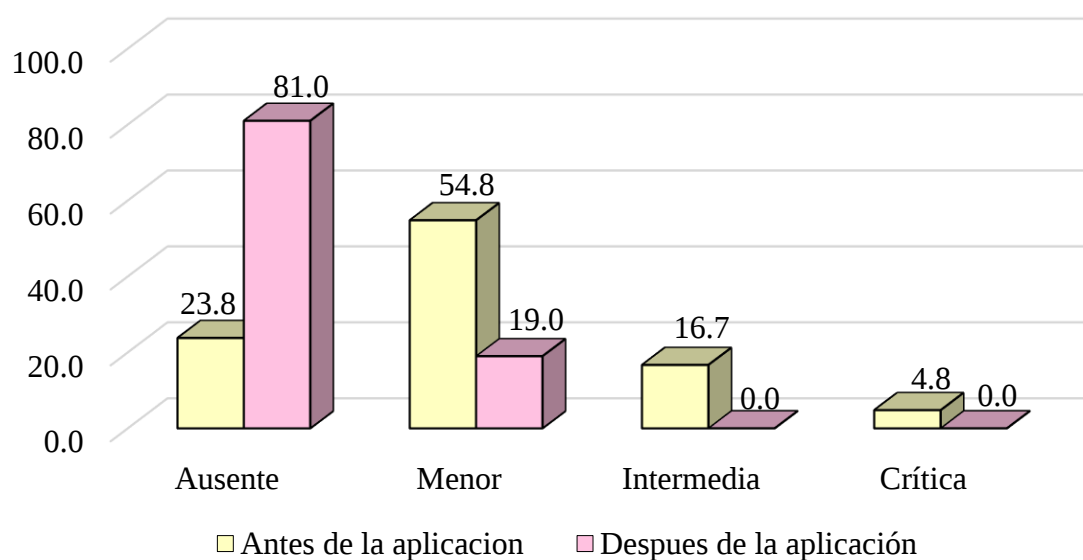
Figura 12.

Tabla 13.
Agresión física

Agresión física	Antes de la aplicación		Después de la aplicación	
	f	%	f	%
Ninguna	1	2,4	10	23,8
Intimida	6	14,3	31	73,8
Ataca	25	59,5	1	2,4
Lesiona	10	23,8	0	0,0
Total	42	100,0	42	100,0
	Z	-4,818	p	0.000

Observamos que antes de la aplicación la categoría de mayor frecuencia estuvo en ataca constituyendo el 59,5%; siendo la categoría ninguna la que presentó la menor frecuencia con 2,4%. Después de la aplicación, la categoría de mayor frecuencia se ubicó en intimidada constituyendo el 73,8%; siendo la categoría ataca la que presentó la menor frecuencia con 2,4%. La prueba de Wilcoxon ($p = 0,000$), lo que muestra que la aplicación del programa de rehabilitación psicosocial contribuyó a la disminución de la agresión física en los pacientes evaluados.

Figura 13.

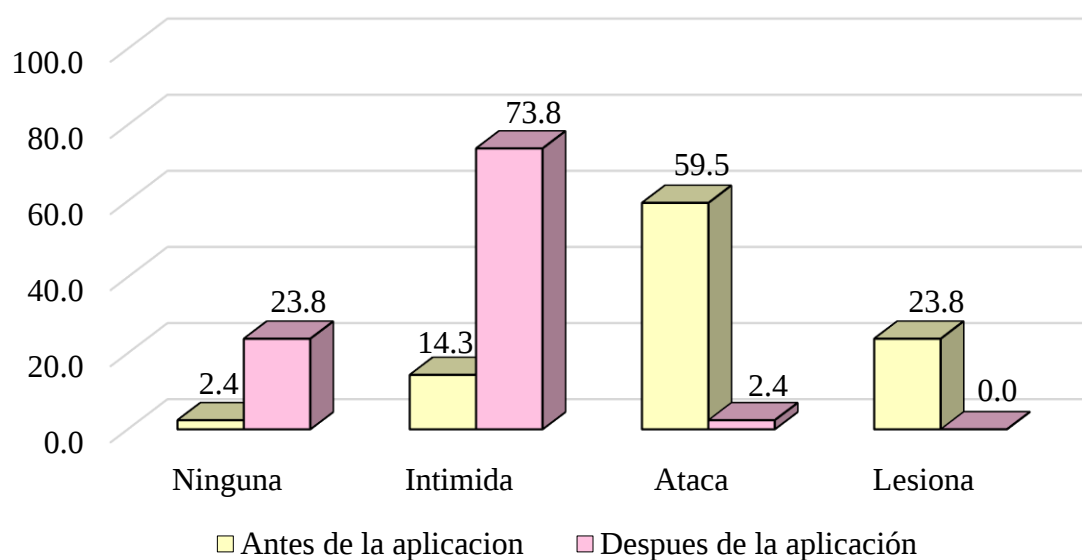


Tabla 14.
Autoagresión

Autoagresión	Antes de la aplicación		Después de la aplicación	
	f	%	f	%
Ninguna	23	54,8	33	78,6
Irrita	16	38,1	9	21,4
Golpea	3	7,1	0	0,0
Total	42	100,0	42	100,0
Z	-2,919		p	0.000

Observamos que antes de la aplicación la categoría de mayor frecuencia estuvo en ninguna constituyendo el 54,8%; siendo la categoría golpea la que presentó la menor frecuencia con 7,1%. Después de la aplicación, la categoría de mayor frecuencia se ubicó en ninguna constituyendo el 78,6%; siendo la categoría irrita la que presentó la menor frecuencia con 21,4%. La prueba de Wilcoxon ($p = 0,000$), lo que muestra que la aplicación del programa de rehabilitación psicosocial contribuyó a la disminución de la autoagresión en los pacientes evaluados.

Figura 14.

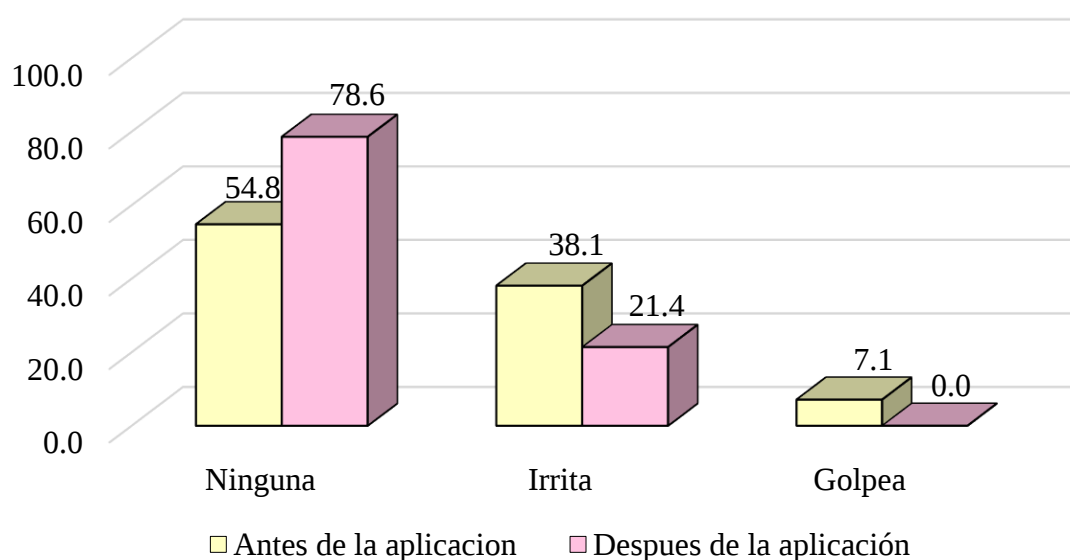


Tabla 15.

Nivel de agresividad antes y después de la aplicación del programa

		Nivel del programa							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
Nivel de agresión		f	%	f	%	f	%	f	%
Antes de la aplicación	No agresión	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Leve	0	0,0	2	4,8	0	0,0	2	4,8
	Moderada	0	0,0	27	64,3	4	9,5	31	73,8
	Alta	0	0,0	5	11,9	4	9,5	9	21,4
	Muy alta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	0	0,0	34	81,0	8	19,0	42	100,0
		Z		-2,919		p		0,000	
Después de la aplicación	No agresión	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Leve	0	0,0	34	81,0	8	19,0	42	100,0
	Moderada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Alta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Muy alta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	0	0,0	34	81,0	8	19,0	42	100,0
		Z		-2,919		p		0,000	

Observamos que antes de la aplicación la categoría de mayor frecuencia estuvo en el nivel de agresividad moderada asociado al nivel medio del programa, constituyendo el 64,3%; siendo el nivel de agresividad leve asociado al nivel medio del programa la categoría que presentó la menor frecuencia con 4,8%. Después de la aplicación, la totalidad de los pacientes evaluados se ubicó en el nivel de agresividad leve, correspondiendo el 81,0% al nivel medio del programa y el 19,0% al nivel alto. La prueba de Wilcoxon ($p = 0,000$), lo que muestra que la aplicación del programa de rehabilitación psicosocial contribuyó a la disminución del nivel de agresividad de los pacientes evaluados.

Figura 15.

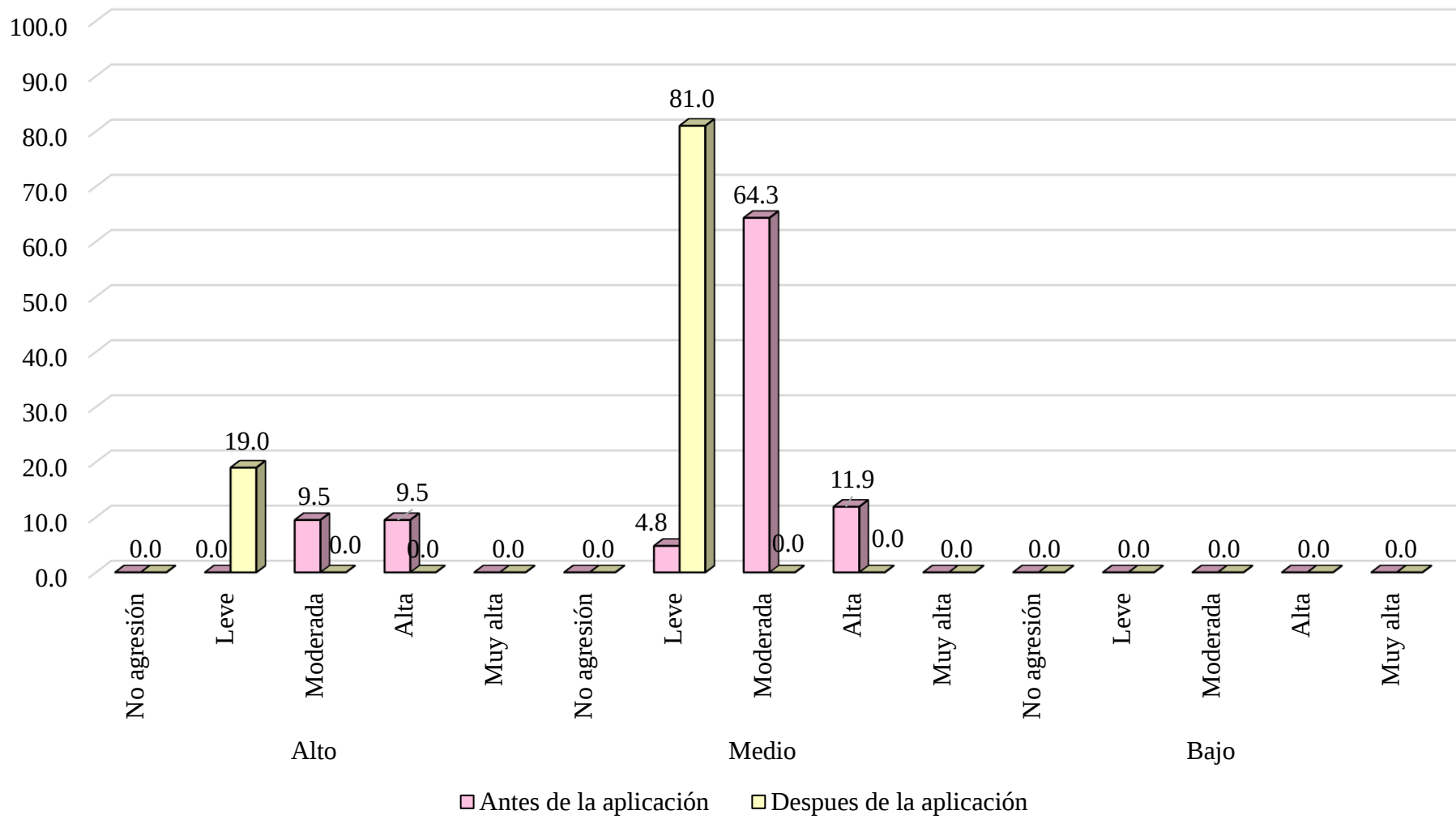


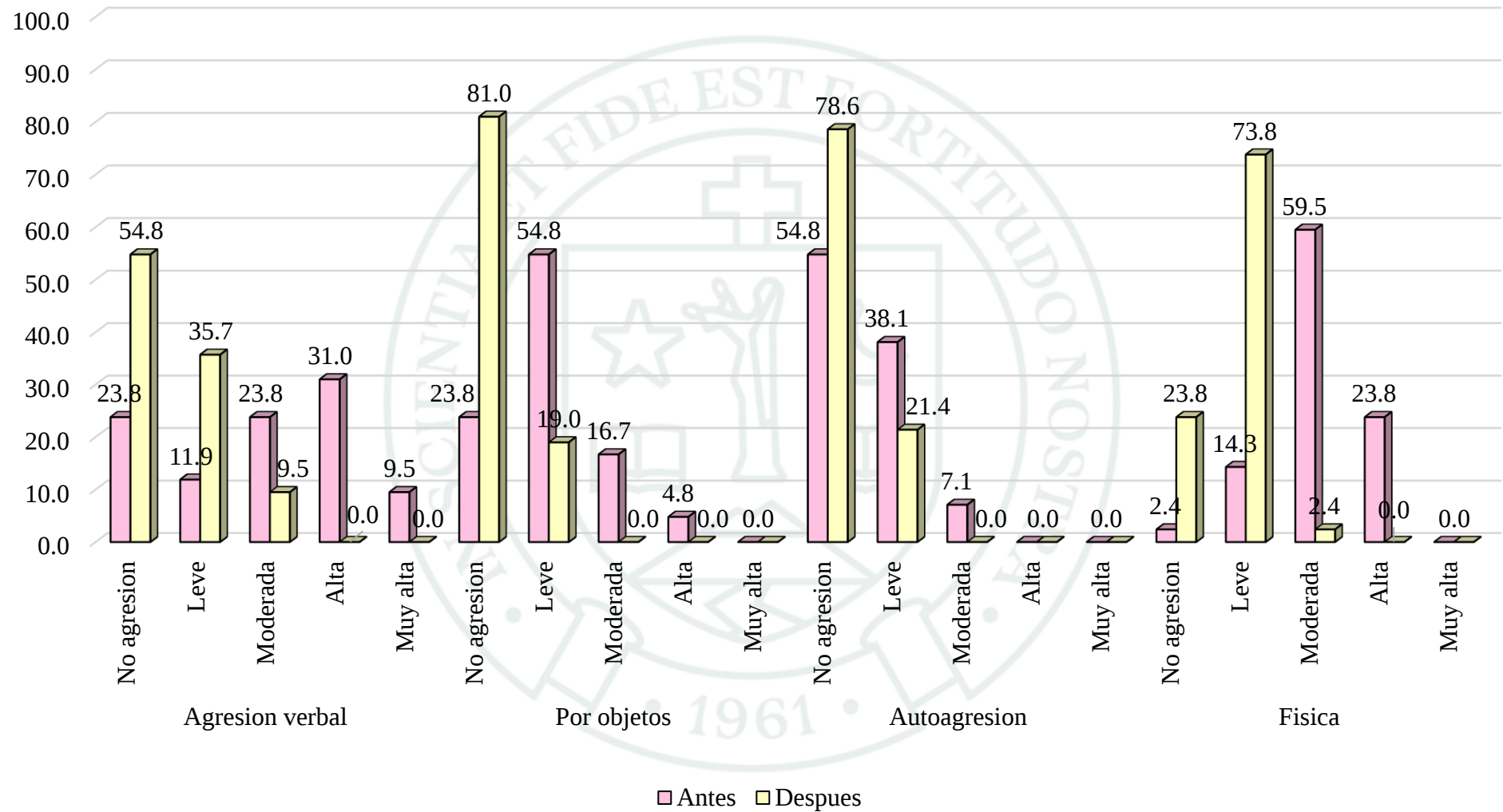
Tabla 16.

Efectividad del programa en los niveles de agresividad antes y después según dimensiones

Dimensiones	Niveles de agresividad	Antes		Después		Efectividad
		f	%	f	%	%
Agresión verbal	No agresión	10	23,8	23	54,8	90,5
	Leve	5	11,9	15	35,7	
	Moderada	10	23,8	4	9,5	
	Alta	13	31,0	0	0,0	
	Muy alta	4	9,5	0	0,0	
	Total	42	100,0	42	100,0	
Por objetos	No agresión	10	23,8	34	81,0	100,0
	Leve	23	54,8	8	19,0	
	Moderada	7	16,7	0	0,0	
	Alta	2	4,8	0	0,0	
	Muy alta	0	0,0	0	0,0	
	Total	42	100,0	42	100,0	
Autoagresión	No agresión	23	54,8	33	78,6	100,0
	Leve	16	38,1	9	21,4	
	Moderada	3	7,1	0	0,0	
	Alta	0	0,0	0	0,0	
	Muy alta	0	0,0	0	0,0	
	Total	42	100,0	42	100,0	
Física	No agresión	1	2,4	10	23,8	97,6
	Leve	6	14,3	31	73,8	
	Moderada	25	59,5	1	2,4	
	Alta	10	23,8	0	0,0	
	Muy alta	0	0,0	0	0,0	
	Total	42	100,0	42	100,0	

Observamos que antes de la aplicación la categoría de mayor frecuencia estuvo en la agresión física moderada constituyendo el 59,5%; mientras que después de la aplicación la categoría de mayor frecuencia se ubicó en la ausencia de agresión por objetos constituyendo el 81,0%. Asimismo, la efectividad del programa fue del 100,0% en las dimensiones agresión por objetos y autoagresión, del 97,6% en la dimensión agresión física y del 90,5% en la dimensión agresión verbal. Lo que muestra que la aplicación del programa de rehabilitación psicosocial fue efectiva en la disminución de los niveles de agresividad en sus diferentes dimensiones, destacando una mayor efectividad en la agresión por objetos y la autoagresión.

Figura 16.



CONCLUSIONES

PRIMERA

Que, antes de la aplicación del programa de rehabilitación psicosocial del MINSA en los pacientes psiquiátricos, cerca de las tres cuartas partes de los pacientes presentaban un nivel de agresividad moderada, aproximadamente la quinta parte evidenciaba un nivel de agresividad alta y una proporción menor presentaba agresividad muy alta, no registrándose casos de no agresión ni agresividad leve.

SEGUNDA

Que, después de la aplicación del programa de rehabilitación psicosocial del MINSA en los pacientes psiquiátricos, la totalidad de los pacientes presentó un nivel de agresividad leve, evidenciándose la desaparición de los niveles de agresividad moderada, alta y muy alta.

TERCERA

Que el programa de rehabilitación psicosocial del MINSA fue efectivo en los niveles de agresividad de los pacientes psiquiátricos del Centro de Atención Residencial Chilpinilla, hecho corroborado mediante la prueba estadística de Wilcoxon, evidenciándose diferencias significativas entre las mediciones realizadas antes y después de la aplicación del programa, lo que demuestra su contribución favorable en la reducción de la agresividad.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Al Director del Centro de Atención Residencial Chilpinilla y a las autoridades competentes del MINSA, se recomienda mantener e institucionalizar el programa de rehabilitación psicosocial como parte del modelo de atención estándar, incorporándolo de manera permanente en los planes de cuidado de los pacientes psiquiátricos, debido a su eficacia comprobada en la reducción de los niveles de agresividad, asegurando la continuidad de su aplicación para garantizar la estabilidad conductual y la calidad del cuidado en la población institucionalizada.

SEGUNDA

A la Jefa del personal de enfermería, en su rol responsable del cuidado especializado, institucionalizar el uso de la escala modificada de agresión abierta (MOAS) como herramienta de evaluación estándar, deberá aplicarse evaluaciones de manera periódicas obligatoria antes de cualquier intervención terapéutica, con la finalidad de identificar oportunamente a aquellos con niveles moderados o elevados para establecer medidas de seguridad inmediatas y así salvaguardando la integridad física de todo el equipo de salud.

TERCERA

A los investigadores, se sugiere el desarrollo de nuevos estudios cuasiexperimentales con diseño de pre y post test en poblaciones similares, con el fin de validar la funcionalidad y sostenibilidad del programa de rehabilitación psicosocial del MINSA, permitiendo que la evidencia aquí generada sirva como base sólida para la estandarización de protocolos de cuidado no farmacológico en salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud (MINSA). Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018 - 2021. Documento técnico [Internet]. 2021 [citado 14 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279690-plan-nacional-de-fortalecimiento-de-servicios-de-salud-mental-comunitaria-2018-2021-documento-tecnico>
2. Bobes J, Fillat O, Arango C. Violencia entre pacientes ambulatorios con esquizofrenia que cumplen con el tratamiento farmacológico: prevalencia y factores asociados. *Acta Psychiatr Scand*. 119(3):218-25. doi:10.1111/J.1600-0447.2008.01302.X PubMed PMID: 19178395.
3. Esquizofrenia [Internet]. 2024 [citado 5 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia>
4. Li W, Yang Y, Hong L, An FR, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of aggression in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Asian J Psychiatr*. 1 de enero de 2020;47. doi:10.1016/J.AJP.2019.101846 PubMed PMID: 31715468.
5. Barlati S, Nibbio G, Vita A. Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: a critical review. *Curr Opin Psychiatry*. 1 de mayo de 2024;37(3):131. doi:10.1097/YCO.0000000000000925 PubMed PMID: 38410981.
6. Ministerio de Salud. Ampliación de la atención a la salud mental [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/scaling-up-mental-health-care?utm_source=chatgpt.com
7. Wade DT. A general theory of rehabilitation: Rehabilitation catalyses and assists adaptation to illness. *National Center for Biotechnology Information*. 1 de abril de 2024;38(4):429-42. doi:10.1177/02692155231210151 PubMed PMID: 37885405.
8. Zampolini M, Selb M, Boldrini P, Branco CA, Golyk V, Hu X, et al. The Individual Rehabilitation Project as the core of person-centered rehabilitation: the Physical and Rehabilitation Medicine Section and Board of the European Union of Medical Specialists Framework for Rehabilitation in Europe. *Eur J Phys Rehabil Med*. 1 de

- agosto de 2022;58(4):503-10. doi:10.23736/S1973-9087.22.07402-0 PubMed PMID: 35148044.
9. Wade DT. What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. *Clin Rehabil.* 1 de mayo de 2020;34(5):571-83. doi:10.1177/0269215520905112 PubMed PMID: 32037876.
 10. Brown TM, Pack QR, Aberegg E, Brewer LC, Ford YR, Forman DE, et al. Core Components of Cardiac Rehabilitation Programs: 2024 Update: A Scientific Statement from the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation.* 29 de octubre de 2024;150(18):e328-47. doi:10.1161/CIR.0000000000001289;WGROU:STRING:PUBLICATION PubMed PMID: 39315436.
 11. Levine GN, Cohen BE, Commodore-Mensah Y, Fleury J, Huffman JC, Khalid U, et al. Psychological Health, Well-Being, and the Mind-Heart-Body Connection A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 9 de marzo de 2021;143(10):E763-83. doi:10.1161/CIR.0000000000000947;CTYPE:STRING:JOURNAL PubMed PMID: 33486973.
 12. Reininghaus U, Reinhold AS, Priebe S, Rauschenberg C, Fleck L, Schick A, et al. Toward Equitable Interventions in Public Mental Health: A Review. *JAMA Psychiatry.* 1 de diciembre de 2024;81(12):1270-5. doi:10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2024.3206 PubMed PMID: 39412787.
 13. Komenda-Schned S, Landskron SJ, Moritz P, Braunstein N, Hochmeister J, Riegler K, et al. Good mental health for people with intellectual disabilities: a participatory focus group study. *Int J Equity Health.* 1 de diciembre de 2025;24(1). doi:10.1186/S12939-025-02562-8 PubMed PMID: 40533785.
 14. Organizacion Mundial de la Salud. Salud mental [Internet]. [citado 1 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

15. Salud Mental - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 1 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
16. Ministerio de Salud. gob.pe [Internet]. [citado 1 de mayo de 2026]. Determinantes sociales de la salud en Perú. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/353419-determinantes-sociales-de-la-salud-en-peru>
17. Skoumal M, Honegger M, Roller-Wirnsberger R. Frailty and innovative participatory rehabilitation. *Journal of Nutrition, Health and Aging*. 1 de marzo de 2024;28(3). doi:10.1016/j.jnha.2023.100012 PubMed PMID: 38492946.
18. Nagata S, Wells H, Snethen G, Giaimo S, McCormick B. Trust them taking the lead: A key for independent community participation from the Power of Dependable Souls (PODS) intervention. *Psychiatr Rehabil J*. 2026;49(1). doi:10.1037/PRJ0000649 PubMed PMID: 40388153.
19. Cegarra B, Cattaneo G, Ribes A, Solana-Sánchez J, Saurí J. Independent living, emotional well-being, and quality of life in people with disabilities: the mediator role of self-determination and satisfaction with participation. *Front Psychol*. 2023;14. doi:10.3389/FPSYG.2023.1279014 PubMed PMID: 38187437.
20. Cardol M, De Jong BA, Ward CD. On autonomy and participation in rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 15 de diciembre de 2002;24(18):970-4. doi:10.1080/09638280210151996 PubMed PMID: 12528676.
21. McClure J, Leah C. Is independence enough? Rehabilitation should include autonomy and social engagement to achieve quality of life. *Clin Rehabil*. 1 de enero de 2021;35(1):3-12. doi:10.1177/0269215520954344 PubMed PMID: 32959679.
22. Kay SR, Wolkenfeld F, Murrill LM. Profiles of aggression among psychiatric patients. I. Nature and prevalence. *J Nerv Ment Dis*. 1988;176(9):539-46. doi:10.1097/00005053-198809000-00007 PubMed PMID: 3418327.
23. Hua LL, Alderman EM, Chung RJ, Grubb LK, Lee J, Powers ME, et al. Collaborative care in the identification and management of psychosis in adolescents and young adults.

- Pediatrics. 1 de junio de 2021;147(6). doi:10.1542/PEDS.2021-051486/180278 PubMed PMID: 34031232.
24. Fava GA, Patierno C, Sonino N, Cosci F. Key psychosocial issues in medical care. *Acta Psychiatr Scand*. 1 de mayo de 2024;149(5):368-77. doi:10.1111/ACPS.13667 PubMed PMID: 38303125.
 25. Lieberman JA, First MB. Psychotic Disorders. Ropper AH, editor. *New England Journal of Medicine*. 19 de julio de 2018;379(3):270-80. doi:10.1056/NEJMRA1801490
 26. Klein Tunte S, Bogaerts S, Veling W. Mapping aggressive behavior of forensic psychiatric inpatients with self-report and structured staff-monitoring. *Psychiatry Res*. 1 de julio de 2021;301. doi:10.1016/j.psychres.2021.113983 PubMed PMID: 34000510.
 27. Fritz M, Shenar R, Cardenas-Morales L, Jäger M, Streb J, Dudeck M, et al. Aggressive and Disruptive Behavior Among Psychiatric Patients With Major Depressive Disorder, Schizophrenia, or Alcohol Dependency and the Effect of Depression and Self-Esteem on Aggression. *Front Psychiatry*. 3 de diciembre de 2020;11. doi:10.3389/FPSYT.2020.599828 PubMed PMID: 33343427.
 28. Sicotte R, D'Andrea G, Dumais A, Crocker AG, Villeneuve M, Brochu E, et al. Aggressive behaviors in first-episode psychosis: Distinction between the premorbid phase and the onset of psychosis. *Schizophr Res*. 1 de septiembre de 2024;271:283-91. doi:10.1016/j.schres.2024.07.033 PubMed PMID: 39079405.
 29. Zhang-James Y, Paliakkara J, Schaeffer J, Strayhorn J, Faraone S V. Psychiatric, Neurological, and Somatic Comorbidities in Intermittent Explosive Disorder. *JAMA Psychiatry*. 1 de abril de 2025;82(4):358-67. doi:10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2024.4465 PubMed PMID: 39841469.
 30. Henriksen M, Skrove M, Hoftun GB, Sund ER, Lydersen S, Tseng WL, et al. Developmental Course and Risk Factors of Physical Aggression in Late Adolescence. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1 de agosto de 2021;52(4):628-39. doi:10.1007/S10578-020-01049-7 PubMed PMID: 32852728.
 31. Scott JG, Tunbridge M, Stathis S. The aggressive child. *J Paediatr Child Health*. 1 de octubre de 2018;54(10):1165-9. doi:10.1111/JPC.14182 PubMed PMID: 30294979.

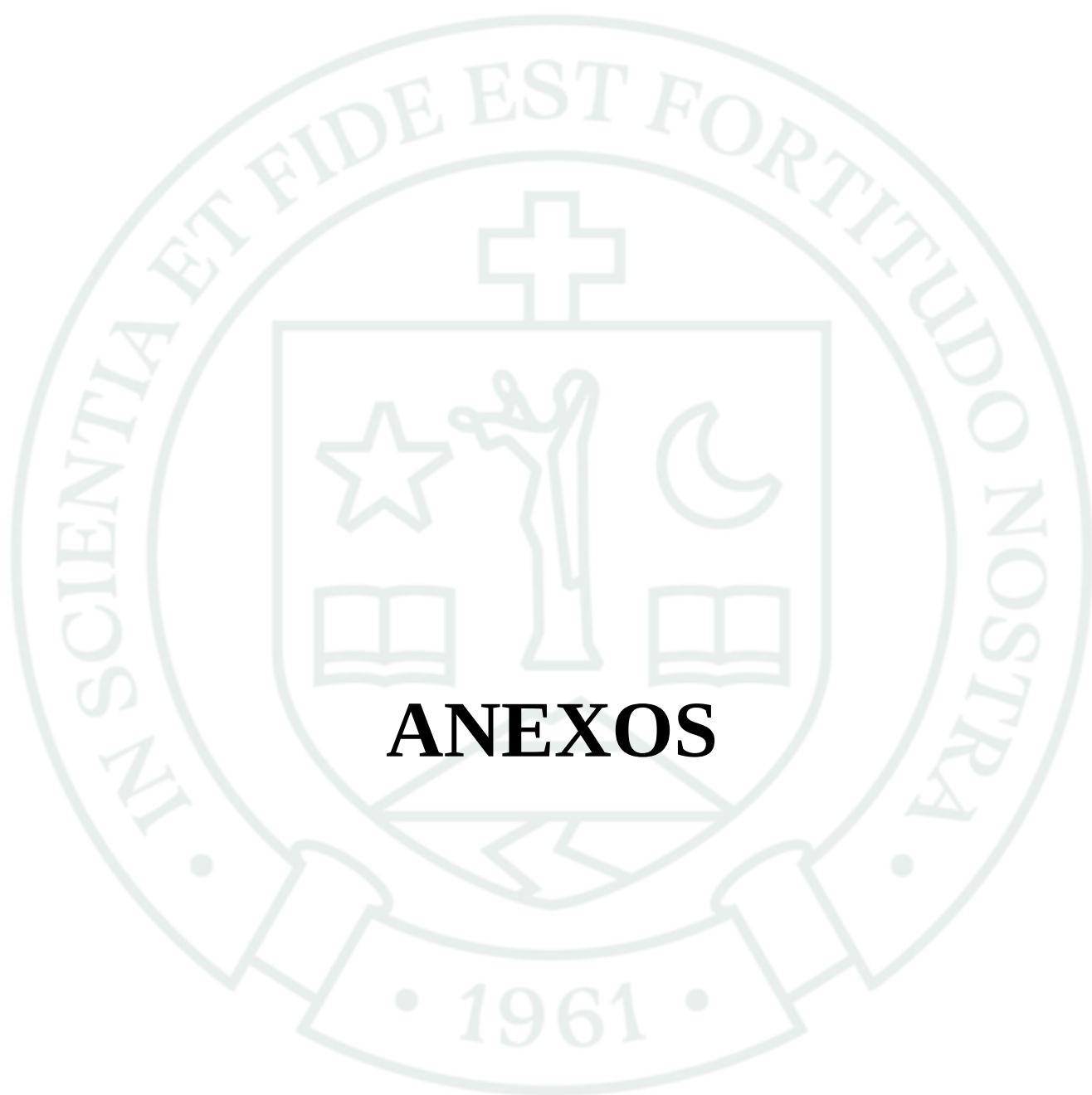
32. Li Q, Zhong S, Zhou J, Wang X. Delusion, excitement, violence, and suicide history are risk factors for aggressive behavior in general inpatients with serious mental illnesses: A multicenter study in China. *Psychiatry Res.* 1 de febrero de 2019;272:130-4. doi:10.1016/J.PSYCHRES.2018.12.071 PubMed PMID: 30580136.
33. Weltens I, Bak M, Verhagen S, Vandenberk E, Domen P, van Amelsvoort T, et al. Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLoS One.* 1 de octubre de 2021;16(10). doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0258346 PubMed PMID: 34624057.
34. John JR, Thavalingam V, Tye M, Dean K, Barzman D, Sorter M, et al. Appraising risk factors of aggression in children and adolescents at psychiatric inpatient units. *Psychiatry Res.* 1 de septiembre de 2023;327. doi:10.1016/j.psychres.2023.115368 PubMed PMID: 37506586.
35. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1 de septiembre de 2020;177(9):868-72. doi:10.1176/APPI.AJP.2020.177901 PubMed PMID: 32867516.
36. Vijayen J, Hui KO, Siddiq A. Suicide and Violent Behavior in Psychotic Inpatients. *The Archives of Psychiatry*; Volume 1(Issue 1):7-13. 20 de abril de 2023;Volume 1(Issue 1):7-13. doi:10.33696/PSYCHIATRY.1.002
37. Ministerio de Salud - MINSA - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. [citado 1 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/minsa>
38. Aprueban el Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. [Internet]. [citado 14 de julio de 2025]. Disponible en: <https://sni.org.pe/aprueban-el-reglamento-de-la-ley-n-29889-ley-que-modifica-el-articulo-11-de-la-ley-26842-ley-general-de-salud-y-garantiza-los-derechos-de-las-personas-con-problemas-de-salud-mental/>
39. Keykha R, Seyedfatemi N, Mousavizadeh SN, Vasli P. Mental health nurses' experiences of caring for inpatients with severe mental disorders: a qualitative study.

- BMC Psychiatry. 1 de diciembre de 2025;25(1). doi:10.1186/S12888-025-07024-7 PubMed PMID: 40597063.
40. Pereira RCD, Reis A de CP, Costa AAS, Florentino I de L, Saraiva AGD, Campos PE de S, et al. Nursing Care in Hospital Settings for Victims of Mental Disorders: Systematic Review With Meta-Aggregation. J Nurs Scholarsh. 1 de noviembre de 2025;57(6):906-18. doi:10.1111/JNU.70021 PubMed PMID: 40415247.
 41. Ameal M, Kontio R, Välimäki M. Interventions delivered by nurses in adult outpatient psychiatric care: An integrative review. J Psychiatr Ment Health Nurs. 1 de noviembre de 2019;26(9-10):301-22. doi:10.1111/JPM.12543 PubMed PMID: 31251445.
 42. Bury D, Hendrick D, Smith T, Metcalf J, Drake RE. The Psychiatric Nurse Care Coordinator on a Multi-disciplinary, Community Mental Health Treatment Team. Community Ment Health J. 1 de octubre de 2022;58(7):1354-60. doi:10.1007/S10597-022-00945-7 PubMed PMID: 35169939.
 43. Internet Archive [Internet]. [citado 1 de mayo de 2026]. Relaciones interpersonales en enfermería: un marco conceptual de referencia para la enfermería psicodinámica. Disponible en: <https://archive.org/details/interpersonalrel00pepl>
 44. Peplau HE. Peplau's theory of interpersonal relations. Nurs Sci Q. 1997;10(4):162-7. doi:10.1177/089431849701000407 PubMed PMID: 9416116.
 45. Naranjo Hernández Y. La teoría de relaciones interpersonales de Hildegard E Peplau en Enfermería Hildegard E Peplau's teoría de las relaciones interpersonales en Enfermería. La teoría de relaciones interpersonales de Hildegard E Peplau en Enfermería [Internet]. 1 de enero de 2025 [citado 1 de mayo de 2026];1-14. Disponible en: https://www.academia.edu/129686131/La_teor%C3%ADa_de_relaciones_interpersonales_de_Hildegard_E_Peplau_en_Enfermer%C3%ADa_Hildegard_E_Peplaus_theory_of_interpersonal_relationships_in_Nursing
 46. Wilson J, Gramling L. The application of Orem's Self-Care Model to burn care. J Burn Care Res. 2009;30(5):852-8. doi:10.1097/BCR.0B013E3181B48A2D PubMed PMID: 19692925.

47. Berbiglia VA. A case study: perspectives on a self-care deficit nursing theory-based curriculum. *J Adv Nurs.* 1991;16(10):1158-63. doi:10.1111/J.1365-2648.1991.TB01523.X PubMed PMID: 1757680.
48. Horsburgh ME. Self-care of well adult Canadians and adult Canadians with end stage renal disease. *Int J Nurs Stud.* diciembre de 1999;36(6):443-53. doi:10.1016/S0020-7489(99)00049-8 PubMed PMID: 10576115.
49. Seed MS, Torkelson DJ. Beginning the recovery journey in acute psychiatric care: using concepts from Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. *Issues Ment Health Nurs.* junio de 2012;33(6):394-8. doi:10.3109/01612840.2012.663064 PubMed PMID: 22646204.
50. Sha P, Gao X, Yu R, Li Y, Zhang Y, Zhu Z, et al. Enhancing daily living and cognitive functions in traumatic brain injury patients through Orem's self-care theory. *Front Neurol.* 2024;15. doi:10.3389/FNEUR.2024.1449417 PubMed PMID: 39228512.
51. Jenny J. Self-care deficit theory and nursing diagnosis: a test of conceptual fit. *J Nurs Educ.* mayo de 1991;30(5):227-32. doi:10.3928/0148-4834-19910501-10 PubMed PMID: 1652008.
52. Hodgins S. Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences.* 12 de agosto de 2008;363(1503):2505. doi:10.1098/RSTB.2008.0034 PubMed PMID: 18434282.
53. Chanduví W. Violencia doméstica asociada a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán. mayo - agosto 2019 [Internet]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2020. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/79c04522-bb56-47f3-b836-4865fd84bb37/content>
54. Trinidad Flores CJ, Winkelried Santa Cruz FA. Nivel de sobrecarga de estrés del cuidador primario en pacientes con esquizofrenia en un centro comunitario de salud mental de Lima - Este, 2024 [Internet]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2025. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/17346>

55. Gonzales Salazar – Calderón C. Regulación emocional y agresividad en estudiantes del nivel secundario de una Institución Privada de la provincia de Camaná de Arequipa [Internet]. [Arequipa]: Universidad Catolica de Santa Maria; 2023. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/625eb056-37bc-47d1-9ffa-7b093a76b4e8>



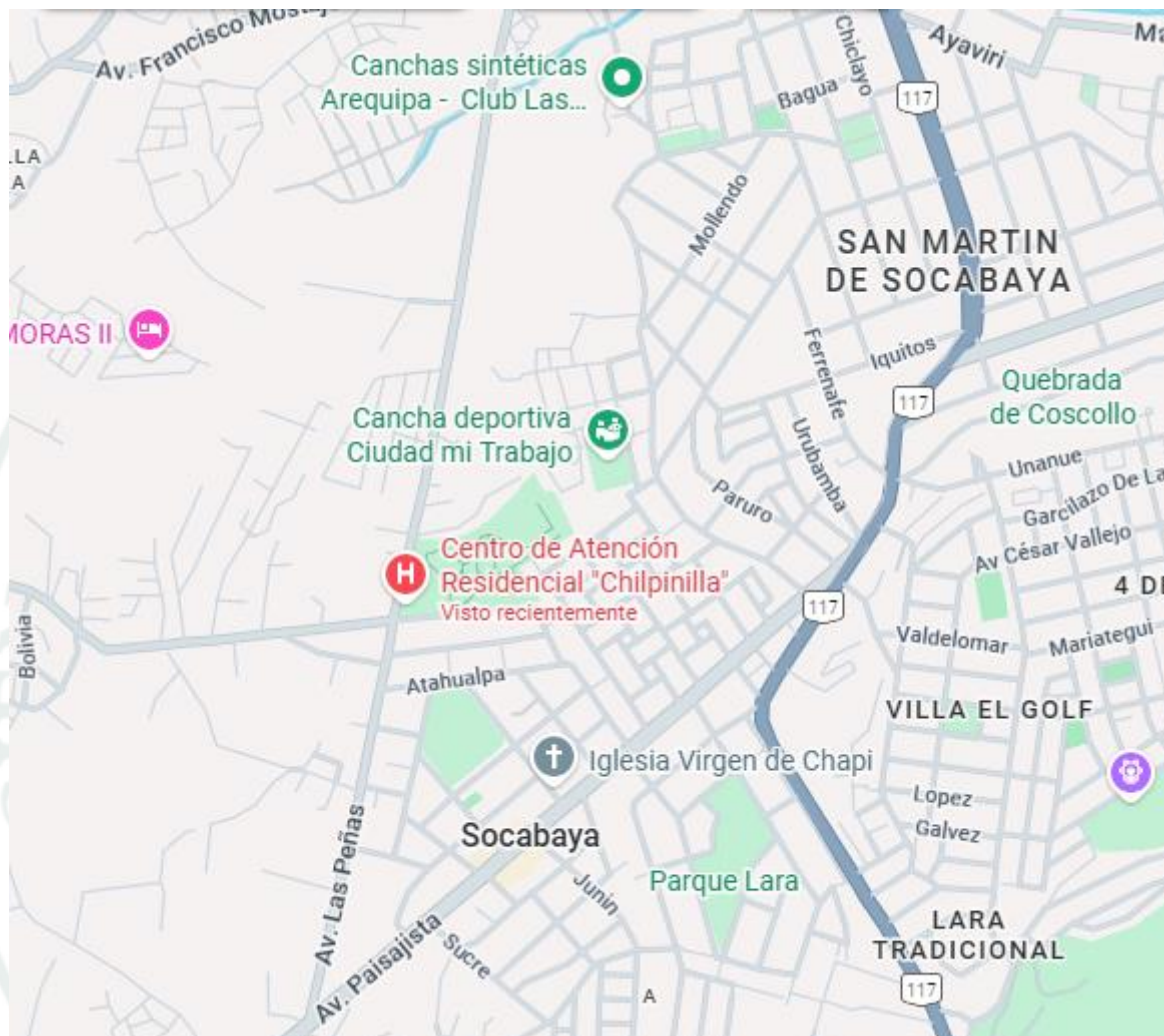


ANEXOS

Anexo 1.

Delimitación geográfica

Centro de Atención Residencial “Chilpinilla”



Anexo 2.

Consentimiento informado

Yo, _____, con DNI N.º _____, declaro que he sido informado(a) de manera clara y comprensible sobre el estudio titulado: “Influencia del apoyo social en la adherencia al tratamiento de pacientes con esquizofrenia internados en el Centro de Atención Residencial Chilpinilla, Arequipa 2025”.

Me han explicado que este estudio tiene fines exclusivamente académicos y busca conocer cómo el apoyo social que percibo influye en mi compromiso con el tratamiento que sigo. Se me ha asegurado que:

- La información que brinde será confidencial y no incluirá mi nombre en ningún informe.
- Mi participación es completamente voluntaria, y puedo retirarme en cualquier momento sin ninguna consecuencia negativa.
- El estudio no implica ningún riesgo para mi salud física o emocional.

He entendido toda la información brindada y acepto participar voluntariamente en este estudio.

Fecha: ____ / ____ / 2025

Firma del participante: _____

DNI: _____

Fecha: _____

Firma del investigador: _____

Fecha: _____

Anexo 3.

Programa de rehabilitación psicosocial del MINSA

Objetivo General

Disminuir los niveles de agresividad en pacientes con esquizofrenia compensada mediante la implementación de sesiones estructuradas de enfermería orientadas al autocontrol, la socialización y la relajación.

Objetivos Específicos

- Promover actividades recreativas y físicas que canalicen la energía de manera positiva.
- Enseñar técnicas simples de relajación para disminuir tensión y ansiedad.
- Favorecer la expresión de emociones de forma no violenta.
- Fortalecer habilidades sociales básicas para mejorar la convivencia en grupo.

Metodología

- **Tipo:** Programa de intervención enfermera grupal.
- **Participantes:** Pacientes con esquizofrenia compensada.
- **Duración :** 1 semana , 8 sesiones , 40 minutos cada una .
- **Estrategia:** Actividades lúdicas, recreativas, artísticas y de relajación guiadas por enfermería.

Plan de Sesiones

A. Sesión 1 – Regulación Emocional

- **Actividad:** Dinámica de presentación 'La pelota del nombre' (se pasa una pelota, quien la recibe dice su nombre). Se explican de forma sencilla los objetivos del programa.
- **Objetivo:** Aplicar Estrategias para regular emociones .

B. Sesión 2

- **Actividad:** Juego con globos para mantenerlos en el aire, promoviendo el movimiento físico controlado.
- **Objetivo:** Liberar emociones reprimidas a través de actividades físicas .

C. Sesión 3 – Control de Impulsos

- **Actividad:** Estiramientos guiados con música suave, ejercicios de respiración profunda soplando papelitos de colores.
- **Objetivo:** Regulación ante respuestas impulsivas .

D. Sesión 4

- **Actividad:** Uso de tarjetas con caritas (feliz, triste, molesto). Cada participante elige una carita y expresa cómo se siente.
- **Objetivo:** Fomentar la identificación de emociones y su expresión no violenta.

E. Sesión 5 – Habilidades sociales

- **Actividad:** Juego de roles para practicar pedir un objeto diciendo 'por favor' y responder con 'gracias'.
- **Objetivo:** Desarrollar interacción pacífica y habilidades sociales básicas.

F. Sesión 6

- **Actividad:** Pintura libre con música suave, uso de plastilina o mandalas.
- **Objetivo:** Exteriorizar emociones .

G. Sesión 7 – Convivencia Terapéutica

- **Actividad:** Armar un rompecabezas entre todos, promoviendo la cooperación y la paciencia.
- **Objetivo:** Fomentar tolerancia y trabajo en equipo.

H. Sesión 8

- **Actividad:** Conversación guiada (con dibujos o palabras simples) sobre lo aprendido. Dinámica de respiración final con música.
- **Objetivo:** Reforzar los aprendizajes y participación cooperativa .

Recursos

- **Materiales:** pelotas, globos, papel, colores, música, mandalas, pictogramas.
- **Humanos:** enfermera facilitadora y auxiliar de apoyo.

Evaluación

- La evaluación se realizará mediante
- Observación directa de conductas agresivas antes, durante y después del programa.
- Registro de participación, interacción y respuesta a las dinámicas.
- Uso de escalas conductuales simples o adaptadas (ej. MOAS).

Anexo 4.

Escala modificada de agresión abierta (MOAS)

Paciente: _____

Evalúador: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES

Evalúe el comportamiento agresivo del paciente durante la última semana.

Seleccione tantos ítems como sean apropiados.

Consulte la guía de bolsillo para la medida completa.

PUNTUACIÓN

Sume los ítems de cada categoría.

En el resumen de puntuación, multiplique la suma por el peso asignado y agregue las sumas ponderadas para obtener la puntuación total.

Use este puntaje para rastrear cambios en el nivel de agresión a lo largo del tiempo.

Agresión verbal

- **0** = Ninguna agresión verbal
- **1** = Grita con enojo, maldice levemente o hace insultos personales
- **2** = Maldice de forma grave, es severamente insultante, tiene arrebatos de ira
- **3** = Amenaza impulsivamente con violencia hacia otros o hacia sí mismo
- **4** = Amenaza con violencia hacia otros o hacia sí mismo repetidamente o de manera deliberada

Suma de puntuación en Agresión verbal: _____

Agresión contra la propiedad

- 0 = Ninguna agresión contra la propiedad
- 1 = Azota puertas, rompe ropa, orina en el piso
- 2 = Lanza objetos, pateo muebles, daña paredes
- 3 = Rompe objetos, destroza ventanas
- 4 = Provoca incendios, lanza objetos de manera peligrosa

Suma de puntuación en Agresión contra la propiedad: _____

Autoagresión

- 0 = Ninguna autoagresión
- 1 = Se rasca o se hace heridas leves en la piel, se arranca el cabello, se golpea (sin lesión)
- 2 = Se golpea la cabeza, los puños contra objetos, se lanza al suelo
- 3 = Se provoca cortes menores, moretones, quemaduras o lesiones leves en la piel
- 4 = Se provoca lesiones graves o realiza un intento suicida

Suma de puntuación en Autoagresión: _____

Agresión física

- 0 = Ninguna agresión física
- 1 = Hace gestos amenazantes, intenta golpear a otros, agarra la ropa de otros
- 2 = Golpea, empuja, araña, arranca el cabello de otros (sin causar lesiones)
- 3 = Ataca a otros causando lesiones leves (moretones, esguinces, marcas, etc.)
- 4 = Ataca a otros causando lesiones graves

Suma de puntuación en Agresión física: _____

TABLA DE PONDERACIÓN

Categoría	Puntaje total	Factor de ponderación	Suma ponderada
Agresión verbal	_____	x1	_____
Agresión contra la propiedad	_____	x2	_____
Autoagresión	_____	x3	_____
Agresión física	_____	x4	_____

PUNTAJE TOTAL PONDERADO: _____

Anexo 5.

Constancia de ejecución del instrumento



SOCIEDAD DE
BENEFICENCIA
AREQUIPA

Al servicio del desarrollo social

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Arequipa, 10 de enero 2026

OFICIO N° 257-2025-SBA-GDPS

Señorita
Solange Milen Aviega Moscoso
Urb. Juan P. Vizcardo y Guzmán Etapa II, Mz. L, Lt 8
Celular N° 904821226

JOSE LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO -

REF. : FUT N° 065830

Es grato dirigirme a usted para saludarla a nombre de la Sociedad de Beneficencia de Arequipa y el mio propio, en atención a lo solicitado en el documento de la referencia y a lo coordinado con la Dirección del Hogar Las Mercedes – Ex Chilpinilla, al respecto esta gerencia otorga la autorización para realizar la actividad propuesta en el FUT N° 065830, la misma que se llevará a cabo el por tres semanas de lunes a jueves en el horario de 9:00 a.m. a 13:00 p.m. a partir del 10 de enero 2026 hasta el 30 de enero del 2026, debiendo cumplir con las normas y protocolos de bioseguridad establecidos, en protección de la identidad (fotografías u otros) de nuestros albergados del CAR.

Finalmente, cualquier duda, consulta, coordinación, deberá comunicarse con la Dra. Ninfa Meza de Peralta – Administradora del Hogar Las Mercedes, al celular N° 958332732.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente,



SOCIEDAD DE BENEFICENCIA AREQUIPA

Abg. Lourdes Rivera Coraci

GERENCIA DE DESARROLLO Y POLÍTICAS SOCIALES (V)

c.c.: Hogar Las Mercedes (09 adj.)
Vigilancia
Archivo
Exp. N° 5300-2025

Av. Goyeneche 341-343 - Cercado
Telf. 054 213371
www.sbarequipa.gob.pe

Anexo 6.

Matriz de datos

Edad	Sexo	Instrucción	Procedencia	Antes					Después					Programa				
				V	O	A	F	Total	V	O	A	F	Total	R	H	C	T	Total
67	1	1	1	0	0	1	2	3	0	0	1	1	1	1	3	2	3	9
44	1	3	2	2	0	0	2	3	0	0	0	1	1	4	2	1	4	11
53	1	1	1	3	1	0	1	3	1	1	0	1	1	2	1	3	1	7
62	1	2	1	4	1	0	2	3	1	1	0	0	1	1	3	0	2	7
67	1	3	2	3	1	0	2	3	0	0	0	1	1	3	1	1	3	8
58	1	3	2	1	1	2	2	4	1	0	0	0	1	2	2	2	4	10
43	1	1	2	2	1	0	2	3	2	0	0	1	1	3	2	2	2	9
63	1	3	1	0	1	0	2	3	0	0	0	2	1	1	2	2	3	8
49	1	3	1	2	2	1	2	4	0	0	1	0	1	4	3	0	3	10
56	1	2	1	0	0	1	1	2	0	0	1	1	1	0	2	4	1	7

Edad	Sexo	Instrucción	Procedencia	Antes					Después					Programa				
				V	O	A	F	Total	V	O	A	F	Total	R	H	C	T	Total
64	1	1	2	2	0	1	2	3	0	0	1	1	1	2	3	3	2	10
54	1	2	1	4	2	0	2	3	2	0	0	1	1	3	2	3	2	10
65	1	1	2	1	0	0	2	3	1	0	0	1	1	1	2	3	1	7
38	1	2	1	3	2	0	3	4	0	1	0	1	1	3	1	3	3	10
62	1	2	2	2	3	1	3	4	0	0	0	1	1	4	3	3	3	13
60	1	3	1	3	1	0	2	3	1	0	0	1	1	2	2	1	1	6
61	1	1	1	2	1	0	2	3	1	1	0	1	1	3	2	2	3	10
41	1	2	1	4	1	1	3	4	1	0	0	1	1	2	2	1	1	6
29	1	2	1	3	2	1	2	4	1	0	0	1	1	4	3	3	2	12
55	1	1	2	3	0	0	2	3	0	0	0	1	1	2	2	3	3	10
47	1	2	1	2	1	0	2	3	0	0	0	1	1	3	2	3	2	10
63	1	3	1	1	0	0	2	3	0	0	0	1	1	1	2	2	3	8

Edad	Sexo	Instrucción	Procedencia	Antes					Después					Programa				
				V	O	A	F	Total	V	O	A	F	Total	R	H	C	T	Total
40	1	2	2	0	1	1	0	2	0	0	1	0	1	1	1	1	4	7
44	1	2	1	3	1	0	2	3	1	0	0	1	1	1	2	1	3	7
40	2	2	2	1	1	0	2	3	0	0	0	1	1	2	2	3	1	8
49	2	3	1	3	1	1	2	3	0	1	1	0	1	3	3	3	3	12
41	2	1	2	0	1	1	1	3	0	0	1	0	1	1	2	3	2	8
63	2	1	1	3	1	1	1	3	1	0	0	0	1	3	2	3	3	11
49	2	3	2	2	2	2	2	4	2	1	0	1	1	4	2	2	3	11
52	2	2	1	0	2	0	3	3	0	1	0	1	1	2	2	2	3	9
35	2	3	2	2	3	0	2	3	1	0	0	1	1	5	2	3	1	11
46	2	3	1	0	1	1	1	3	0	0	1	1	1	1	2	4	2	9
58	2	3	2	2	1	0	3	3	1	0	0	1	1	3	2	1	3	9
49	2	2	1	1	1	1	1	3	0	0	1	0	1	2	3	2	1	8

Edad	Sexo	Instrucción	Procedencia	Antes					Después					Programa				
				V	O	A	F	Total	V	O	A	F	Total	R	H	C	T	Total
52	2	3	2	4	1	0	3	4	2	0	0	1	1	2	1	3	1	7
38	2	3	1	3	1	1	2	3	1	0	0	1	1	2	2	2	2	8
60	2	1	2	0	1	1	2	3	0	1	0	0	1	1	3	2	2	8
49	2	2	1	3	0	0	3	3	1	0	0	1	1	2	2	3	3	10
56	2	2	1	3	0	0	3	3	0	0	0	1	1	2	2	1	1	6
62	2	3	1	0	1	0	3	3	0	0	0	1	1	1	2	3	3	9
76	2	1	2	0	0	1	2	3	0	0	0	1	1	0	3	3	3	9
58	2	2	1	3	2	2	3	5	1	0	0	0	1	3	4	3	2	12