Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado

Primer episodio psicótico durante la pandemia por covid-19 y estresores asociados en la población del Hospital Central PNP Luis N. Sáenz

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Psiquiatría

AUTOR

Hector Enzo MENACHO MONTENEGRO

ASESOR

Roger Alejandro ABANTO MARÍN

Lima - Perú

2024



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Menacho H. Primer episodio psicótico durante la pandemia por covid-19 y estresores asociados en la población del Hospital Central PNP Luis N. Sáenz [Proyecto de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2024.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Hector Enzo Menacho Montenegro
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	45835183
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0003-6389-833X
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Roger Alejandro Abanto Marín
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	26698712
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4828-6290
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Enrique Javier Bojorquez Giraldo
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10476255
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Francisco Bravo Alva
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07402184
Datos de investigación	

Línea de investigación	No aplica
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Institución: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Lima Centro de salud: Hospital Central PNP Dirección: Av. Brasil cdra. 26 Coordenadas: 12°05′11″S 77°03′40″O / 12.08641, -77.06122
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2019 – 2022
URL de disciplinas OCDE	Psiquiatría https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina
Vicedecanato de Investigación y Posgrado

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION EN MEDICINA HUMANA

INFORME DE CALIFICACIÓN

MÉDICO: MENACHO MONTENEGRO HECTOR ENZO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

PRIMER EPISODIO PSICÓTICO DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 Y ESTRESORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL CENTRAL PNP LUIS N. SÁENZ

AÑO DE INGRESO: *2020*

ESPECIALIDAD: *PSIQUIATRÍA*

SEDE: *HOSPITAL CENTRAL PNP*

Lima 07 de septiembre 2024

Doctor
JESÚS MARIO CARRIÓN CHAMBILLA
Coordinador del Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana
El comité de la especialidad de PSIQUIATRÍA
ha examinado el Proyecto de Investigación de la referencia, el cual ha sido:

SUSTENTADO Y APROBADO [X] **OBSERVADO** [ ]

NOTA: 14

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSGRADO
Programa de Segunda Especialidad en Medicina
Dr. ENRIQUE BOJORQUEZ GIRALDO
Presidente del Comité de la Especialidad
Psiquiatría

Dr. ENRIQUE JAVIER BOJORQUEZ GIRALDO
COMITÉ DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

C.c. UPG
Comité de Especialidad
Interesado

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú. Decana de América

FACULTAD DE MEDICINA

Vicedecanato de Investigación y Posgrado

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo Roger Alejandro Abanto Marín, en mi condición de asesor del proyecto de investigación, cuyo título es PRIMER EPISODIO PSICÓTICO DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 Y ESTRESORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL CENTRAL PNP LUIS N. SÁENZ, presentado por el médico cirujano MENACHO MONTENEGRO HECTOR ENZO para optar el título de segunda especialidad Profesional en Psiquiatría.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud del Proyecto de investigación. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 17% de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención título de la especialidad correspondiente.

COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ
MINISTERIO DE SALUD
ROGER ALEJANDRO ABANTO MARIN
MÉDICO - PSIQUIATRA

Firma del Asesor _____
DNI: 26698712
Roger Alejandro Abanto Marín



ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS iv
CAPÍTULO I DATOS GENERALES 5
1.1 Título 5
1.2 Área de investigación 5
1.3 Autor responsable del proyecto 5
1.4 Asesor 5
1.5 Institución 5
1.6 Entidades o personas con las que se coordinará el proyecto 5
1.7 Duración 5
1.8 Clave del proyecto 5
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO 6
2.1 Planteamiento del problema 6
2.1.1 Descripción del problema 6
2.1.2 Antecedentes del problema 8
2.1.3 Fundamentos 11
2.2 Formulación del problema 20
2.3 Objetivos de la investigación 20
2.3.1 Objetivo general 20
2.3.2 Objetivos específicos 20
2.4 Evaluación del problema 21
2.5 Justificación e importancia del problema 21
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA 24
3.1 Tipo de estudio 24
3.2 Diseño de investigación 24
3.3 Universo de pacientes que acuden a la institución 24
3.4 Población a estudiar 24
3.5 Muestra de estudio o tamaño muestral 24
3.6 Criterios de inclusión y exclusión 25
3.6.1 Criterios de inclusión 25
3.6.2 Criterios de exclusión 25
3.7 Variables de estudio 25

3.7.1 Independiente 25
3.7.2 Dependiente 25
3.7.3 Intervinientes 25
3.8 Operacionalización de variables 25
3.9 Técnica e instrumentos de recolección de datos 30
3.10 Procesamiento y análisis de datos 30
CAPÍTULO IV. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS 30
4.1 Plan de acciones 30
4.2 Asignación de recursos 30
4.2.1 Recursos humanos 30
4.2.2 Recursos materiales 30
4.3 Presupuesto o costo del proyecto 31
4.4 Cronograma de actividades 31
CAPÍTULO V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 32
CAPÍTULO VI. ANEXOS 36
Anexo 1. Matriz de consistencia 37
Anexo 2. Ficha documental sobre primer evento psicótico y estresores asociados ... 38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de operacionalización de variables. 27
Tabla 2. Presupuesto..... 32
Tabla 3. Cronograma de actividades. 32

CAPÍTULO I
DATOS GENERALES

1.1 Título

Primer episodio psicótico durante la pandemia por COVID-19 y estresores asociados en la población del Hospital Central Luis N. Sáenz de la PNP.

1.2 Área de investigación

Psiquiatría clínica.

1.3 Autor responsable del proyecto

Hector Enzo Menacho Montenegro.

1.4 Asesor

Abanto Marín Roger Alejandro.

1.5 Institución

Hospital Central Luis N. Sáenz de la PNP.

1.6 Entidades o personas con las que se coordinará el proyecto

Área de Capacitación y Docencia del Hospital Central Luis N. Sáenz de la PNP.

1.7 Duración

6 meses

1.8 Clave del proyecto

Psicosis, estresores, pandemia, COVID-19.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

2.1 Planteamiento del problema

2.1.1 Descripción del problema

Las emergencias de salud pública, como la pandemia de COVID-19, han tenido un impacto significativo en el bienestar y la sensación de seguridad. Esto se refleja en la confusión, el estigma social, el aislamiento emocional y el temor al contagio, afectando tanto a individuos como a comunidades. Además, las consecuencias se extienden a la salud física y mental, con pérdidas económicas y la utilización intensiva de recursos en educación, atención médica, seguridad, entre otros aspectos (1).

Al comienzo de la pandemia, predominaba un miedo generalizado hacia el COVID-19, exacerbado por la incertidumbre sobre la enfermedad, la aversión al riesgo percibido de contagio y otros factores. Las noticias constantes sobre muertes y contagios, ampliamente cubiertas por los medios de comunicación, han provocado sentimientos de impotencia, ansiedad y frustración desde el inicio de la pandemia hasta hoy en día (2).

Durante los períodos de cuarentena implementados en diversos países, las restricciones de movimiento y el constante reporte de casos y muertes en los medios han contribuido significativamente a problemas psicológicos como ansiedad y depresión. Además, se ha limitado el acceso a intervenciones psicosociales y asesoramiento psicológico oportunos (3).

Justamente los proveedores de salud y seguridad hacia la población como el personal de salud y la policía, considerados de primera linea durante la pandemia, han sido particularmente vulnerables a los efectos psicosociales de la pandemia debido a la mayor exposición al virus, la angustia emocional, las extenuantes jornadas laborales y su implicancia en la toma de decisiones emocional y éticamente cargadas(1).

Perú ha experimentado uno de los mayores impactos de la pandemia de COVID-19 en América Latina. A pesar de la rápida implementación de medidas gubernamentales, como la cuarentena iniciada el 16 de marzo de

2020, el país no logró reducir ni estabilizar el número de contagios y muertes hasta mediados de 2021. Durante el estado de emergencia, las fuerzas policiales y militares fueron desplegadas para asegurar el cumplimiento del aislamiento y mantener el orden, así como la seguridad interna, con el objetivo de contener la propagación del virus.

Sin embargo, incluso durante la cuarentena, se observaron situaciones de desorden, hacinamiento y falta de cumplimiento del distanciamiento social en lugares como mercados y transporte público, entre otros. Estas condiciones no solo aumentaron el riesgo de transmisión entre la población, sino que también expusieron a los agentes del orden que trabajaban para hacer cumplir las normativas gubernamentales, enfrentando condiciones precarias y medidas de protección insuficientes (4).

Debido a que los agentes de policía a menudo son los primeros en responder durante desastres y emergencias, sus tareas pueden incluir el control de multitudes y el mantenimiento del orden público, la recuperación y retirada de cadáveres, el transporte y la ayuda a los civiles afectados, algunos de los cuales pueden ser hostiles hacia los agentes de policía, y el mantenimiento de la comunicación con sus comunidades a través de una capacidad de infraestructura limitada.

Como tal, los oficiales no solo son propensos a riesgos físicos y personales como el riesgo de infección, pérdida de miembros de la familia, sino también estrés agudo, que puede verse agravado en algunos casos por sus horas de trabajo prolongadas con una mayor carga de trabajo. Además, los agentes pueden enfrentar falta de descanso, recursos y provisiones, distancia de sus familias y redes sociales, privándolos de apoyo social, así como coacción y sobrecarga de estrés a medida que aumentan las expectativas sobre su trabajo(5).

Por tanto, estas circunstancias excepcionales que se han vivido en todo el mundo podrían conducir a un acrecentamiento significativo de la prevalencia de trastornos psicóticos. En este sentido, la psicosis se refiere a la perdida parcial o total de contacto con la realidad, siendo las manifestaciones típicas los trastornos del pensamiento, delirios, y alucinaciones.

De hecho, existe evidencia científica actual que da cuenta de las consecuencias psicológicas de la pandemia, por ejemplo en China, país donde se produjo la pandemia en un inicio, se ha encontrado un incremento en el número de casos de esquizofrenia en los primeros meses desde el brote de COVID-19(6).

Muchos han considerado el papel del aislamiento y la desventaja sociales en el aumento del riesgo de psicosis. Es probable que los mecanismos que explican las asociaciones entre los factores sociales y la psicosis sean complejos. Se ha encontrado que la vivencia de eventos traumáticos está asociada con el inicio y más tarde con las recaídas de enfermedades psicóticas(7).

2.1.2 Antecedentes del problema

En el 2020 un estudio en China señaló que más del 75% de los encuestados experimentaron como un nuevo estresor la preocupación por la posibilidad de que sus familiares contrajeran COVID-19(2).

En un estudio de la India del 2020 se mostró que el personal policial, considerado como personal de primera linea es 8,78 veces más probable que se vea afectado psicológicamente por COVID-19 comparado con la población en general(8).

En un estudio cualitativo del 2022 con 932 participantes sobre los factores estresantes percibidos durante la pandemia por COVID-19 se encontraron preocupaciones sobre el contagio de COVID-19, estrés relacionado con el aislamiento, preocupaciones relacionados con los servicios de salud disponibles y limitación en la informacion sobre COVID-19. Y después de la liberación de la cuarentena, los principales factores estresantes fueron la preocupación por reinfección o reactivación, la preocupación por las complicaciones y las dificultades financieras. Ademas antes y después de la cuarentena se encontraron como factores factores estresantes relacionados al estigma y discriminación por haber sufrido de COVID-19 o tener un familiar infectado, asimismo conflictos dentro de la familia (9).

En un estudio transversal con 20 720 personas parte del COVID Mental Health Trial (COMET) en el 2022 se identificaron varios factores estresantes durante la pandemia, incluido el estrés relacionado con el aislamiento y cuarentena, problemas relacionados la disponibilidad de tratamiento e información limitada sobre COVID-19 y aislamiento preventivo (10).

Una revisión sistemática de casos con 146 pacientes del 2022 concluyó que el estrés psicosocial asociado a la pandemia por COVID-19 es un factor de gran importancia en los casos de psicosis sin infección(11).

Asimismo, en un estudio observacional prospectivo con 256 participantes del 2023 sobre episodios psicoticos, se encontró una asociacion signiticativa entre el numero de eventos estresantes y el riesgo de aparicion o recaida de psicosis(12).

En un estudio multicéntrico del 2021 con 1762 participantes, sobre los estresores psicosociales y psicosis, se encontró asociación significativa entre menor capital económico y experiencias de discriminación con la aparición de psicosis(13).

Y en un metaanálisis de 44 estudios sobre psicosis y factores de riesgo se encontró que los estresores psicosociales son factores importantes tanto para la aparición como para la exacerbación de los síntomas psicóticos. Dentro de los factores estudiados se encontraron la inactividad física (OR 3,5), alto estrés percibido (OR 4,7), déficits sociales (OR 9,7) estar soltero (OR 1,63) (14).

En el 2018 una revisión sistemática y metaanálisis de 13 estudios sobre personas con alto riesgo de psicosis concluyó que la mala salud física, el pobre funcionamiento social y ocupacional, los problemas de consumo de drogas y alcohol, experimentar trauma, la desventaja social y el aislamiento social , son factores que están presentes desde antes de ser diagnosticados de psicosis y constituyen factores para la aparición o severidad de los sintomas(15).

En el 2021 una revisión sistematica de 99 articulos incluidos 26 metaanalisis, sobre factores de riesgo y detección temprana para psicosis, encontró que ser individuos masculinos con edades entre 15 y 35 años, variedad étnica (asociado a discriminación) y tener un bajo estatus socioeconómico son factores de riesgo para la psicosis primaria(16).

Una revisión de 6 metaanálisis del 2015 sobre eventos de vida y eventos traumáticos de distintos grupos etarios encontró que en adultos con factores de riesgo incluso el 22% puede desarrollar un episodio psicótico durante el primer año luego de hacer sufrió un evento de vida o traumatico(17).

En una revisión sistemática del 2019 se mostró que existe una relación entre el aumento en la exposición a experiencias discriminatorias basadas en la orientación sexual, la edad, el género, la discapacidad, el color de la piel, el origen étnico, y un aumentó el riesgo de psicosis de una manera graduada y acumulativa; concluyendo que los individuos no psicóticos pueden desarrollar sintomas psicoticos y más tarde la conversión a la psicosis luego de experiencias graves y/o incisivas(18).

En el 2023 en México, un estudio transversal para estudiar factores sociodemográficos y psicosociales asociados con un riesgo elevado de psicosis donde participaron 899 personas, concluyó que experimentar la muerte inesperada de un familiar o amistad, tipos de violencia, angustia asociada con la pandemia por COVID-19 y las medidas de confinamiento se asociaron con un mayor índice de CHR-P (una escala para medición clínica de síntomas psicóticos en población general)(19).

2.1.3 Fundamentos

2.1.3.1 Marco teórico

Primer episodio psicótico

El primer episodio psicótico es una condición clínica en la cual un individuo experimenta por primera vez síntomas psicóticos, como delirios, alucinaciones y/o pensamiento desorganizado, se

denomina Primer Episodio Psicótico (PEP). Las manifestaciones clínicas de un PEP son diversas, y es común observar la presencia de otros síntomas y signos concurrentes. Las experiencias psicóticas son frecuentes en la población general y pueden manifestarse en diversas circunstancias, desde situaciones normales hasta trastornos psicóticos más graves (20,24).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), la psicosis se define como un conjunto de síntomas psicológicos heterogéneos que resultan en una desconexión con la realidad, y pueden indicar déficits significativos a nivel neurobiológico o cognitivo. Los síntomas clínicos típicos de la psicosis incluyen delirios, alucinaciones, comportamiento psicomotor alterado, y discurso desorganizado, entre otros. La severidad de los síntomas del estado de ánimo en la psicosis es crucial para el pronóstico y para determinar el enfoque terapéutico adecuado (21,25).

En diversos contextos, la psicosis es una manifestación común en numerosas condiciones psiquiátricas, neurológicas, neuropsiquiátricas, médicas y del neurodesarrollo. Es especialmente característica del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y también puede presentarse como un síntoma asociado en algunos trastornos del estado de ánimo y debido al consumo de sustancias. La psicosis genera niveles significativos de angustia tanto en los pacientes como en sus familiares, convirtiéndose en un objetivo fundamental para los profesionales de la salud mental en términos de tratamiento (22).

En la actualidad, se considera que, aunque entre el 1,5% y 3,5% de las personas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno psicótico, un número significativamente mayor y variable experimentará al menos un síntoma psicótico a lo largo de su vida(23).

De acuerdo con el DSM-5, un primer episodio psicótico se refiere a la primera vez que aparecen síntomas de psicosis en un individuo.

En este estado mental, el individuo experimenta una distorsión o pérdida de contacto con la realidad, sin que se vea afectada su conciencia. Según el DSM-5, este episodio puede durar desde al menos un día hasta un máximo de 30 días, independientemente de la cantidad de síntomas presentes o de si ha habido dificultades en el funcionamiento laboral o social. Los síntomas característicos de un episodio psicótico incluyen delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento motor desorganizado y síntomas negativos (21,24).

En el caso de los **delirios**, son falsas creencias basadas en incorrectas deducciones sobre la realidad, que son mantenidas por el paciente firmemente a pesar de lo que digan o crean las demás personas, pruebas y evidencias indiscutibles. Cuando una creencia falsa implica un juicio de valor, es considerada como un delirio, solamente cuando el juicio es tan extremo que desafíe la credibilidad. Los delirios pueden ser de tipo extraño, delirantes, congruente con el estado de ánimo, de grandeza, de referencia, control, de difusión del pensamiento, entre muchos otros. El delirio produce en el paciente confusión, desorientación y disminución de la conciencia del entorno(21).

Las **alucinaciones** son experiencias sensoriales en las que una persona percibe sensaciones que parecen reales pero que no tienen un estímulo externo que las genere en el órgano sensorial correspondiente. En estos casos, el individuo puede sentir que lo que está experimentando es completamente real, aunque no haya una base física o externa para esa percepción. Es posible que el paciente tenga conciencia de que está experimentando una alucinación, o bien puede no ser consciente de ello, dependiendo del contexto y la situación específica. Por ejemplo, una persona que esté presentando alucinaciones auditivas puede estar totalmente convencida de que su experiencia sensorial es una realidad, mientras que otra persona puede reconocer que está presentando una falsa experiencia sensorial, principalmente por aprendizaje.

Algunos tipos de alucinaciones son las auditivas, las congruentes o no con el estado de ánimo, las geométricas, las visuales, las gustativa, las olfativas, las somáticas y las táctiles, existiendo, además de estas, un conjunto de alucinaciones muy específicas basadas en su contenido(21).

Otro síntoma posible del episodio psicótico es el **pensamiento desorganizado**, que se infiere partiendo del discurso del paciente, porque este puede tener descarrilamiento, variar de un tema a otro cuando se le realizan preguntas, o bien sus respuestas pueden presentar tangencialidad, es decir, que no esten relacionadas con la pregunta o el tema. Hay ocasiones donde se puede presentar incluso un discurso casi incomprensible e incoherente. Para el clínico, la gravedad del pensamiento desorganizado puede ser difícil de evaluar en los casos en los que este sea de un entorno lingüístico diferente. (21).

El **comportamiento motor anómalo o desorganizado** puede manifestarse de diversas maneras en una persona afectada por psicosis. Esto puede incluir desde comportamientos infantiles hasta agitación impredecible. El individuo puede tener dificultades significativas para llevar a cabo acciones dirigidas a un objetivo específico, lo que interfiere con sus actividades diarias. Dentro de este comportamiento motor desorganizado se encuentra la catatonia, caracterizada por una marcada falta de reactividad hacia el entorno. La catatonia puede manifestarse de varias formas, incluyendo negativismo, adopción de posturas rígidas y extravagantes, o una completa falta de respuesta motora o verbal. También puede presentarse una actividad motora excesiva o excitación catatónica. Otros signos que pueden estar presentes son movimientos repetitivos estereotipados, gestos faciales repetitivos (muecas), mirada fija, repetición involuntaria de palabras (ecolalia) y falta de habla (mutismo). Estos síntomas son característicos de la catatonia y reflejan la complejidad y variedad de las manifestaciones motoras observadas en los episodios psicóticos.

La catatonia puede presentarse en cuadros psicoticos, pero también en trastornos depresivos o bipolares, así como en otras patologías médicas(21).

Los **síntomas negativos** en psicosis incluyen dos características principales: la abulia y la expresión emotiva disminuida. La abulia se caracteriza por una reducción en la iniciativa y motivación para participar en actividades propias, lo que puede llevar al paciente a permanecer sentado por largos períodos con escaso interés en participar en actividades sociales o laborales. Por otro lado, la expresión emotiva disminuida se refiere a una reducción en la manifestación de emociones a través del contacto visual, la prosodia (entonación de la voz) y los movimientos faciales, de las manos y de la cabeza. Además de estos síntomas, se pueden mencionar otros como la anhedonia, que es la incapacidad para experimentar placer, y el aislamiento, que se refiere a una falta de interés visible en las interacciones sociales (21). Estos síntomas negativos son importantes en el diagnóstico y manejo de los trastornos psicóticos, ya que impactan significativamente en la calidad de vida y el funcionamiento diario de los pacientes. Por la dificultad de asociar la presencia exclusiva de signos negativos a un episodio psicótico, por lo general la presencia de síntomas negativos solo constituirán un episodio psicótico si vienen acompañado de uno o más de los demás síntomas mencionados.

En este escenario, es importante destacar que la **etiología** del episodio psicótico aislado es desconocida aún. Se conoce que puede originarse por el consumo de sustancias, por una patología psiquiátrica primaria o por otras enfermedades médicas o neurológicas. Inclusive, se ha encontrado relación entre anomalías a nivel cerebral, como la disminución de la materia gris temporal medial, prefrontal y superior, con un primer episodio psicótico. A nivel general, se ha encontrado que las causas pueden deberse a factores ambientales, como posparto, infecciones, estrés o abuso de sustancias; o bien a factores epigenéticos(22,25).

En cuanto a la **epidemiologia**, la prevalencia de un primer episodio de psicosis es de 50 de cada 100.000 personas aproximadamente. Se presenta usualmente en personas de sexo masculino y en el período de la adolescencia o juventud. Un comienzo más temprano se relaciona con resultados peores, aunque si se trata de forma oportuna y correcta se pueden obtener mejores resultados. Se ha encontrado que los episodios psicóticos son poco frecuentes en los niños (23).

Sobre la **fisiopatología**, la dopamina, que es un neurotransmisor, es el más correspondido con la fisiopatología de los episodios psicóticos. Se considera que los síntomas positivos están originados por una hiperactivación de la via dopaminérgica en la región del tracto mesolímbico, y también se encuentra implicada una reducción en la acción del glutamato N-metil-D-aspartato, un neurotransmisor con función excitatoria, y del ácido gamma-amino-butírico (GABA), un importante neurotransmisor inhibidor. Algunos estudios muestran evidencias de disfunción de estos neurotransmisores en pacientes con psicosis y esquizofrenia(23). Tambien se ha encontrado que un desequilibrio en la acetilcolina puede tener implicaciones en estos eventos psiquiátricos(25).

A continuación, se presentan las **dimensiones del episodio psicótico**, donde se describen como características esenciales, se detallan a continuación(24):

1. **Duración:** la duración para que sea contemplado como episodio psicótico puede ser por lo menos un día, pero menos de un mes, luego el paciente se recupera por completo.
2. **Síntomas:** el paciente debe tener anomalías en uno o más de los siguientes dominios.
    - Delirios
    - Alucinaciones
    - Pensamiento desorganizado

- Comportamiento motor desorganizado
- Síntomas negativos.

3. **Diagnóstico diferencial:** aquí se debe indicar si el episodio de psicosis es inducido por consumo de sustancias o afecciones médicas.
4. **Factores de estrés importantes**: considera indicar si el paciente estuvo expuesto o no a factores importantes de estrés, que pudieron ocasionar los síntomas. Debe tomarse en cuenta que dichos factores de estrés deben haber ocurrido un poco antes de la aparición del episodio y deben ser suficientemente intensos como para ocasionar una tensión marcada.
5. **Catatonia**: se describe si el paciente tiene signos de catatonía, adopción de posturas, catalepsia, gesticulación.
6. **Intensidad:** la intensidad se considera según la sintomatología que presente el paciente, donde los niveles son los siguientes.
   - 0 = ausente.
   - 1 = equívoco.
   - 2 = leve.
   - 3 = moderado.
   - 4 = grave.

Factores estresores asociados

Se define como estresor a cualquier factor social, emocional, económico o físico que perturba el equilibrio cognitivo, fisiológico, de conducta o emocional de una persona (21). Un estresor puede ser cualquier estímulo físico o psicológico que altere la homeostasis, provocando una respuesta de estrés. Esta respuesta incluye cambios fisiológicos y conductuales diseñados para hacer frente a desafíos ambientales internos o externos (factores estresantes), siendo adaptativa en su naturaleza (26).

En esta situación, el estrés se describe como un desequilibrio originado por factores estresantes, y se contrarresta mediante una serie compleja de respuestas fisiológicas y conductuales que tienen como objetivo mantener o recuperar el equilibrio corporal ideal. La manera en que el cuerpo responde al estrés depende de una red interconectada a nivel neuroendocrino, celular y molecular que se conoce como el sistema de respuesta al estrés. Este sistema incluye componentes clave como el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal y el sistema nervioso autónomo, que interactúan con centros importantes del sistema nervioso central y tejidos u órganos periféricos para activar una respuesta efectiva frente a los factores estresantes. La desregulación del sistema de estrés, frecuentemente caracterizada por una hiperactivación, en asociación con estrés intenso o crónico, puede alterar significativamente la homeostasis corporal y llevar a una carga alostática. Esto puede manifestarse en una variedad de síntomas clínicos y psicológicos (27).

Por otra parte, sobre las características de los estresores, en respuesta a un factor de estrés identificable se producen síntomas comportamentales o emocionales, y que un factor estresante puede resultar un solo evento como la finalización de una relación de pareja, o pueden ser varios estresores que se susciten en torno a una persona al mismo tiempo, como problemas en el trabajo y en la familia, en un periodo corto de tiempo. Asimismo, los estresores pueden ser recurrentes, es decir, que estén sujetos a una situación temporal, o continuos, como por ejemplo vivir en un lugar con mucha peligrosidad o padecer una enfermedad degenerativa(21).

Cabe señalar que los factores de estrés pueden afectar tanto a una familia, como a una sola persona o inclusive a una comunidad (por ejemplo, frente a una pandemia, un desastre natural, entre otros). Los individuos con entornos de vida desfavorecidos están constantemente sometidos a estresores y pueden tener un riesgo mayor de padecer trastornos mentales o emocionales(21).

De tal forma que, cuando una persona está expuesta de manera intensa, repetida (estrés agudo repetido) o prolongada (estrés crónico) a factores estresantes, la respuesta al estrés puede volverse desadaptativa y perjudicial para la fisiología. Por ejemplo, la exposición crónica a factores estresantes puede desencadenar reacciones como depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y enfermedades cardíacas (26).

En este contexto, se presentan las **dimensiones de los estresores**, que, como se pudo explicar, pueden ser de muchos tipos, aunque para este estudio se considerarán los dos siguientes (21).

- **Estresores psicosociales:** son factores vinculados a los aspectos psicológicos y sociales de una persona, que provocan emociones intensas. Ejemplos de estos estresores incluyen la muerte de un ser querido, la pérdida del empleo y la preocupación excesiva.
- **Estresores biogénicos:** son situaciones o estímulos que tienen la capacidad de desencadenar cambios eléctricos o bioquímicos en el cuerpo, lo que automáticamente activa la respuesta de estrés. Estos estímulos pueden provocar esta respuesta independientemente de la interpretación subjetiva que se haga de la situación.

Pandemia por COVID-19

Por otra parte, considerando lo planteado, se analizan los **estresores durante la pandemia**. En este caso, debido al grado en que la pandemia por COVID-19 ha seguido amenazando el bienestar social de las poblaciones afectadas, tiene las características de un trauma compartido, con importantes consecuencias para la salud mental. Los efectos mentales perjudiciales asociados a la pandemia por COVID-19, como síntomas depresivos y de ansiedad, insomnio y problemas de sueño, y desórdenes alimentarios, ya han sido ampliamente documentados entre los pacientes, trabajadores sanitarios y el público en general. Se ha encontrado un aumento del triple en la

prevalencia de la depresión durante la pandemia en la población general. Por lo tanto, la pandemia por COVID-19 es el acontecimiento a gran escala más traumático que, al igual que otros traumas compartidos, como el atentado de las torres gemelas del 11 de septiembre, la Gran Recesión, el huracán Katrina o el brote de ébola, entre otros, se asocia a una mayor carga de salud mental afectada en las poblaciones en donde ha ocurrido(28,29).

Aunque la pandemia por COVID-19 es un factor estresante en sí mismo, debido al riesgo de enfermedad grave y muerte para la persona y sus seres queridos, también ha puesto de relieve las condiciones estresantes de larga duración en la vida de las personas. La propensión de un estresor inicial a crear otros factores estresantes dentro de los ámbitos vitales se denomina proliferación del estrés, que describe la tendencia de los acontecimientos traumáticos compartidos para estimular una serie de estresores a nivel individual, y que a su vez pueden hacer que la capacidad de la persona para responder a otros eventos de nivel macro sea más baja. Tal proceso tiene un sentido intuitivo en el contexto del COVID-19, en tanto que las personas que han perdido su fuente de ingresos durante la recesión económica que siguió a la pandemia han perdido también la cobertura del seguro médico, y podrían ser incapaces de pagar la vivienda y otras necesidades básicas, entre otros factores de estrés añadidos. La pandemia también ha alterado los múltiples roles sociales que las personas desempeñan. En muchos trabajos, las personas experimentan una sobrecarga de funciones, bien sea que trabajen desde casa o de forma presencial. El potencial de conflicto interpersonal dentro de los roles aumentó a medida que las familias pasaron la mayor parte del tiempo en casa, aisladas. En este sentido, la pandemia por COVID-19 ha afectado a la mayoría de las personas de alguna manera, con estresores como el empleo, las finanzas y las relaciones personales, familiares y la calidad de vida social(28–33).

2.1.3.2 Marco referencial

El complejo hospitalario PNP "Luis Nicasio Sáenz" es un hospital de categoría III-1, acreditado y líder reconocido como la principal opción de referencia nacional para casos psiquiátricos complejos entre la población policial y sus familias. Fundado en 1942, es el primer hospital de la Policía Nacional del Perú. Actualmente, ofrece servicios que incluyen consultorios externos y hospitalización para hasta 16 pacientes simultáneos. El hospital atiende a una población que supera el medio millón de personas, proporcionando diversas especialidades médicas, con un enfoque particular en psiquiatría, que será el tema central de un próximo trabajo de investigación.

2.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son los estresores asociados a primer episodio psicótico en los pacientes que fueron hospitalizados en el area de psiquiatría del Hospital Central Luis N. Sáenz de la PNP, en el periodo 2019-2022?

2.3 Objetivos de la investigación

2.3.1 Objetivo general

Determinar los estresores asociados a primer episodio psicótico en los pacientes que fueron hospitalizados en el area de psiquiatría del Hospital Central Luis N. Sáenz de la PNP, en el periodo 2019-2022.

2.3.2 Objetivos específicos

Determinar los estresores registrados en la historia clínica de los pacientes que fueron hospitalizados por primer episodio psicótico en el area de psiquiatría del Hospital Central Luis N. Sáenz de la PNP, en el periodo 2019-2022.

Determinar si existen diferencias en estresores asociados en los pacientes que fueron hospitalizados por primer episodio psicótico antes y durante la pandemia por COVID-19 en el Hospital Central Luis N. Sáenz de la PNP, en el periodo 2019-2022.

Determinar la incidencia de hospitalizaciones por primer episodio psicótico en el area de psiquiatría del Hospital Central Luis N. Sáenz de la PNP, en el periodo 2019-2022.

2.4 Evaluación del problema

La evaluación del presente proyecto será llevada a cabo por la Oficina de Docencia del Hospital Central PNP Luis N. Sáenz , así mismo por la Unidad de Posgrado de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, ademas de recibir monitoreo constante por el asesor asignado y por la formación de Investigacion consignada en la curricula 2020 de la especialidad de psiquiatría por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

2.5 Justificación e importancia del problema

2.5.1 Justificación teórico-científico

Desde el punto de vista teorico, el presente proyecto es importante pues no se cuenta con estudios que brinden información sobre los estresores asociados a primer episodio psicotico en Perú, ni tampoco en poblacion policial, considerados personal de primera linea en la pandemia por COVID-19. Conocer los estresores relacionados con esta patología nos permitiría ampliar el conocimiento de la vulnerabilidad y los cambios que presentan las personas ante una amenaza como una pandemia, ya que estos estresores forman parte de factores epigenéticos conocidos para la aparición de un episodio psicótico, desencadenando mecanismos neuropatológicos como el aumento de la actividad del eje hipotalámico hipofisario, la consecuente neuroinflamación, la hipofunción del receptor N-metil-D-aspartato, cambios en la transmisión glutamatérgica o dopaminérgica, y finalmente la reducción de la neuroplasticidad(31,32).

2.5.2 Justificación práctica

La justificación practica de esta investigación se basa en la necesidad de conocer como los eventos globales con grandes cambios sociales como vivimos por la pandemia, pueden influir directamente en la salud mental del personal prioritario y de primera línea en atención, como lo es el personal policial en actividad, las políticas de distanciamiento social de COVID-19 han resultado en numerosos cambios y alteraciones en los protocolos,

escases de equipo de protección personal (PPE), cambios en los horarios de turno, alteradas rutinas de patrullaje y horas de trabajo que generan estrés en el lugar de trabajo. Además del impacto directo de la pandemia de COVID-19 en el bienestar de los agentes, agravado por el miedo al contagio, la incertidumbre económica, la escasez de recursos y el aislamiento (14); conociendo esto se podría movilizar cambios en las políticas públicas, realizar intervenciones tempranas en policías con factores de riesgo o que han estado expuestos a estresores agudos, promover el enlace de las unidades operativas con servicios de salud mental para sensibilizar, fortalecer la comunicación y desarrollar formas adaptativas de afrontamiento.

2.5.3 Justificación legal

La presente investigación se sustenta legalmente en varias normativas y leyes peruanas que regulan y norman diferentes aspectos relacionados con la salud y el sistema de salud en el país, así como los derechos y obligaciones del personal policial.

Mediante la Constitución Política del Perú, se encuentra la Ley N° 26842, Ley General de la Salud y la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, que regulan y norman la atención sanitaria en el país. También tenemos la Ley N° 30453, Ley del Sistema Nacional del Residentado Médico (SINAREME), donde se norman tanto las obligaciones y responsabilidades como los derechos del médico residente; y el D.S. N° 007-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30453, Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME), en cuyo Título VII se amplía todo lo referido a los médicos residentes. Y, finamente, la Ley N° 30220, Ley Universitaria, en la cual se resalta la función investigadora de las universidades y declaran la independencia normativa del residentado médico.

Además el D.L. N° 1267, Ley de la Policía Nacional del Perú, en su artículo 5, indica los derechos del personal policial, entre los que se incluye "tratamiento y asistencia médica por cuenta del Estado". Esto se amplía en los artículos 34 y 36, que describen el bienestar y apoyo al policía y los servicios de salud. Por su parte, en el D.L. N° 1175, Ley del Régimen de

Salud de la Policía Nacional del Perú, se norman todos los aspectos relacionados con el acceso continuo, ético, eficiente y de calidad a servicios de salud para el personal policial y su familia. Finalmente, está la Directiva N° 18-10-2018-DIRGEN-PNP/DIRSAPOL-B, RD N° 200-2018-DIRGEN / IG-PNP, la cual manifiesta la importancia de estrategias preventivas de la salud emocional, enfocadas en el personal de la PNP.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Cuantitativo, donde se utilizan herramientas numéricas para recolectar y analizar los datos. Es importante destacar que el enfoque cuantitativo es ampliamente utilizado en diversas áreas del conocimiento, ya que permite medir y cuantificar variables con un alto grado de precisión y objetividad. En ese sentido, se utilizará el enfoque cuantitativo en tanto que se recolectará información de tipo numérica, que se procesará por medio de estadísticos descriptivos e inferenciales (33).

3.2 Diseño de investigación

La presente investigación tiene un diseño descriptivo, transversal y correlacional. Es descriptivo puesto que se va a recolectar información de la realidad sin manipular el entorno o realizar intervenciones, tambien es transversal pues se recolectará información solo una vez y no se realiza ningún seguimiento después. Por último, el diseño es correlacional, que es aquel que se centra en estudiar cómo varían dos o más variables en conjunto y cómo están relacionadas entre sí. Este enfoque es útil cuando se desea estudiar la relación entre variables, pero no se busca establecer una relación causa-efecto(34-36).

3.3 Universo de pacientes que acuden a la institución

En el Hospital Central Luis N. Sáenz de la PNP se atiende a todo el personal de la Policía Nacional del Perú, lo que incluye tanto los efectivos policiales, de distintos rangos, activos y retirados, como el personal administrativo. En este hospital también se atiende a los familiares directos de los colaboradores.

3.4 Población a estudiar

Personal policial activo que utilizaron los servicios de psiquiatría del Hospital Central PNP Luis N. Sáenz, Lima, durante el periodo 2019-2022. De acuerdo con la data institucional, 5040 pacientes policías que se atendieron este periodo, no conociendo si son policías en actividad o retirados, lo que representa un mínimo de 1260 citas por año.

3.5 Muestra de estudio o tamaño muestral

Tomando en cuenta que no se tiene precisión en el tamaño de la población, pero sí se sabe que son pocos los casos de policías activos con un primer episodio psicótico, se considerará como muestra de estudio el total de casos, que se calcula un total de 30 casos entre el periodo de 2019 a 2020 y 30 casos en el periodo 2021 a 2022.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

3.6.1 Criterios de inclusión

Se tomarán como criterios de inclusión los siguientes: (a) Ser un oficial policial activo al momento de la consulta psiquiátrica, (b) contar con un diagnóstico de primer episodio psicótico en la historia clínica y (c) tener una historia clínica completa y legible.

3.6.2 Criterios de exclusión

Se tomarán como criterios de exclusión los siguientes: (a) tener antecedente de episodio psicótico previo, (b) presentar comorbilidad de otra condición psiquiátrica (c) tener una historia clínica incompleta o ilegible.

3.7 Variables de estudio

3.7.1 Independiente

Primer episodio psicótico

3.7.2 Dependiente

Estresores asociados: A. Estresores psicosociales B. Estresores biogenicos

3.7.3 Intervinientes

Antecedentes familiares de psicosis

3.8 Operacionalización de variables

A continuación, se presenta la Tabla 1, con la matriz de operacionalización.

Tabla 1. Matriz de operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor	Escala de medición	Unidad de medida	Fuente de información	Instrumento de evaluación
Independiente: Primer episodio psicótico.	Se trata de un estado mental agudo con distorsión o incluso pérdida de contacto con la realidad, sin enturbiamiento de la conciencia y de duración menor a 30 días, que constituye el posible inicio de un trastorno psicótico (24,37).	Efectivos policiales que durante el periodo 2019-2022 fueron diagnosticados con primer episodio psicotico consignado en la historia clinica en servicio de psiquiatría del Hospital Central PNP Luis N. Sáenz.	Duración	Corta. Media. Larga.	1 = 1 día 2 = 2-7 días 3 = 8-30 días	Politómica	Nominal	Historia clinica	Ficha de recolección de datos
			Síntomas	Delirios. Alucinaciones. Pensamiento desorganizados. Comportamiento motor desorganizado. Síntomas negativos.	1 = Presencia 0 = Ausencia	Dicotómica			
			Intensidad	Ausente. Equívoca. Leve. Moderada. Grave.	0 = Ausente 1 = Equívoca 2 = Leve 3 = Moderada 4 = Grave	Politómica			
Dependiente: Estresores asociados.	Se denomina como estresor a cualquier factor social, emocional, económico o físico, que trastorne el equilibrio cognitivo, fisiológico, de conducta	Estresores previos al inicio de sintomas consignados en la historia clinica de pacientes atendidos por primer episodio psicotico en el	A. Estresores psicosociales.	• Vive solo • Ambiente laboral hostil • Falta de apoyo o reconocimiento en el trabajo • Trauma relacionado al trabajo • Fallecimiento por COVID-19	1 = Presencia 0 = Ausencia	Dicotómica	Nominal	Historia clinica	Ficha de recolección de datos

	normal o emocional de una persona(21,37).	periodo 2019-2022 en el servicio de psiquiatría del Hospital Central PNP Luis N. Sáenz		dentro de grupo de soporte • Sobrecarga laboral • Discriminación • Problemas financieros					
			B. Estresores biogénicos.	• Trabajo nocturno • Alimentación deficiente • Falta de actividad física • Problemas de salud física o mental preexistentes • Consumo de sustancias	1 = Presencia 0 = Ausencia				
Intervinientes: Factores clínicos asociados	Son otras afecciones y problemas, merecedores de atención clínica o que pueden afectar de alguna otra forma al diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental	Factores intervinientes consignados en la historia clínica de pacientes atendidos por primer episodio psicótico en el periodo 2019-2022 en el servicio de psiquiatría del Hospital	Factores intervinientes	• Antecedentes familiares de psicosis.	1 = Presencia 0 = Ausencia	Dicotómica	Nominal	Historia clinica	Ficha de recolección de datos

	de un paciente"(37)	Central PNP Luis N. Sáenz

3.9 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Una vez aprobado el proyecto de investigación por el comité evaluador de la unidad post grado de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos se solicitará la aprobación del área estadística del Hospital Central PNP Luis N. Sáenz para la revisión de historias clínicas; se entregará una solicitud con la lista de historias clínicas de pacientes que hayan tenido un diagnóstico con el código F23 según el CIE-10(32) en el periodo 2019-2022, se procederá a revisar las historias clínicas y el contenido será descargado a las fichas de recolección de datos. La ficha de recolección de datos es un instrumento diseñado por el autor para contener la información que requiere esta investigación, consiste en un formato estandarizado que permite registrar la información relevante de los documentos analizados(33,34).

3.10 Procesamiento y análisis de datos

Completo el proceso de recojo de la data documental, los datos cuantitativos se tabularán directamente y los de tipo cualitativo serán codificados de modo que sean cuantificables. Una vez hecho esto, ambos se tabularán utilizando los softwares Excel y SPSS. En estos programas se llevarán a cabo los cálculos estadísticos y se exportarán las tablas y gráficos necesarios para la exposición de los resultados del estudio. En ese marco, se presentarán tanto los resultados descriptivos de frecuencia, como los inferenciales, que en este caso aplicarán coeficientes de contingencia, que serán elegidos tras la realización de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov y la determinación del ajuste a normalidad de la muestra(38).

CAPÍTULO IV
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Plan de acciones

Para realizar este estudio es necesario tomar en consideración todo lo que guarda relación con el proceso de asignar los recursos, que habitualmente se dividen entre humanos y materiales, para con ello realizar un presupuesto que incluya los posibles gastos que se deban llevar a cabo para completar la investigación. Una vez desarrollado el presupuesto, se pasa a diseñar la lista de actividades, por medio de un diagrama de Gantt, con el objetivo de que esto le sirva al investigador de referencia sobre cómo gestionar su tiempo durante el desarrollo del estudio. En ese sentido, todo lo mencionado se explica con detalle a continuación.

4.2 Asignación de recursos

4.2.1 Recursos humanos

Sobre la asignación de recursos humanos, en esta investigación será necesaria, primordialmente, al investigador y el asesor universitario, como principales ejecutores del trabajo de investigación; pero también será necesario consultar a un asesor externo para atender necesidades que no puedan ser cubiertas por el asesor principal, lo mismo que para contar con una segunda opinión, de cara a lograr una mayor calidad en el trabajo realizado. Además de eso, se contratará a un digitador para digitalizar toda la data recolectada por medio de las fichas de análisis documental.

4.2.2 Recursos materiales

Sobre la asignación de recursos materiales, se trabajará con recursos básicos de oficina, en tanto que la mayor parte del trabajo de investigación se considera trabajo de escritorio. Así pues, será requerido una laptop, un pendrive o memoria USB, papel A4, lapiceros, entre otros utensilios básicos. Por otra parte, para traslados al centro de salud se tendrá un presupuesto para movilidad, y para las presentaciones preliminares y final de la investigación se necesitarán servicios de copias, impresiones, anillados e Internet.

4.3 Presupuesto o costo del proyecto

A continuación, se presenta la Tabla 2, con el presupuesto de la investigación.

Tabla 2. Presupuesto.

Detalles	Cantidad	Precio unitario	Total
Recursos humanos			
• Asesor	1	S/. 2,500.00	S/. 2,500.00
• Digitador	1	S/. 700.00	S/. 700.00
Subtotal	2	**S/. 3,200.00**	**S/. 3,200.00**
Recursos materiales			
• Memoria USB	1	S/. 30.00	S/. 30.00
• Papel (millar)	4	S/. 22.00	S/. 88.00
• Lapiceros	5	S/. 2.00	S/. 10.00
• Libreta de apuntes.	5	S/. 4.00	S/. 20.00
• Resaltador	6	S/. 3.00	S/. 18.00
Subtotal	21	**S/. 61.00**	**S/. 166.00**
Físicos – servicios			
• Movilidad	N/A	S/. 500.00	S/. 500.00
• Copias	N/A	S/. 150.00	S/. 150.00
• Empaste, anillados	N/A	S/. 200.00	S/. 200.00
• Refrigerio	N/A	S/. 300.00	S/. 300.00
• Impresiones	N/A	S/. 500.00	S/. 500.00
• Anillados	N/A	S/. 100.00	S/. 100.00
• Internet	N/A	S/. 280.00	S/. 280.00
Subtotal	N/A	**S/. 2,030.00**	**S/. 2,030.00**
Total general	N/A	**S/. 5,291.00**	**S/. 5,396.00**

4.4 Cronograma de actividades

A continuación se presenta la Tabla 3, con el cronograma de actividades.

Tabla 3. Cronograma de actividades.

#	Actividades a realizar (agosto de 2022 a julio de 2023)	2022					2023						
		A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J
1	Recopilación de material bibliográfico a investigar	■	■										
2	Planteamiento del problema		■										
3	Marco teórico de la investigación			■	■								
4	Hipótesis, variables e instrumento				■	■							
5	Metodología de la investigación y administración de la investigación					■							
6	Inscripción del proyecto de investigación						■						
7	Revisión y aprobación del proyecto de tesis						■	■					
8	Aplicación de técnicas de recolección de datos								■	■			
9	Tabulación de resultados de recolección de datos									■			
10	Redacción del informe final									■	■		
11	Inscripción de la tesis										■		
12	Revisión y aprobación de la tesis											■	
13	Sustentación de la tesis												■

CAPÍTULO V
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pfefferbaum B, North C. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. New England Journal of Medicine. 2020;383(6):510–2.
2. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey M, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 2020;14(5):779–88.
3. Huarcaya J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de Covid-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(2):327–34.
4. Hernández A, Azañedo D. Covid-19 in Peru: the need to pay attention to the high number of police deaths due to the pandemic. J Public Health (Bangkok). 2020;42(3):640–1.
5. Laufs J, Waseem Z. Policing in pandemics: A systematic review and best practices for police response to COVID-19. International Journal of Disaster Risk Reduction. 2020;51:101812.
6. Hu W, Su L, Li D, Zhou Y, Zhu J. Risk of First-Episode Schizophrenia in Aged Adults Increased During Covid-19 Outbreak. Int J Ment Health Addict. 2021;
7. Dean K, Murray R. Environmental risk factors for psychosis. Dialogues Clin Neurosci. 2005;7(1):69–80.
8. Khadse P, Gowda G, Ganjekar S, Desai G, Murthy P. Mental Health Impact of COVID-19 on Police Personnel in India. Indian J Psychol Med. 2020;42(6):580–2.
9. Park H, Lee N, Lee JH, Lee D, et al. Stress experience of COVID-19 patients as reported by psychological supporters in South Korea: A qualitative study. Front Psychiatry. 2022;13. doi: 10.3389/fpsyt.2022.834965.
10. Sani G, Janiri D, Moccia L, Albert U, Carrà G, Carmassi C, et al. Psychopathological burden and coping strategies among frontline and second-line Italian healthcare workers facing the COVID-19 emergency: Findings from the COMET collaborative network. J Affect Disord. 2022;311:78–83.
11. Rittmannsberger H, Barth M, Malik P, Malsiner-Walli G, Yazdi K. First-episode psychotic disorders in the wake of the COVID-19 pandemic: a descriptive review of casereports. Acta Neuropsychiatr. 2022;34(6):289–310.

12. Bhattacharyya S, Schoeler T, Di Forti M, Murray R, Cullen AE, Colizzi M. Stressful life events and relapse of psychosis: analysis of causal association in a 2-year prospective observational cohort of individuals with first-episode psychosis in the UK. Lancet Psychiatry. 2023;10(6):414–25.
13. Pignon B, Lajnef M, Kirkbride JB, Peyre H, Ferchiou A, Richard J-R, et al. The independent effects of psychosocial stressors on subclinical psychosis: Findings from the multinational EU-GEI study. Schizophr Bull. 2021;47(6):1674–84.
14. Fusar-Poli P, Tantardini M, De Simone S, Ramella-Cravaro V, Oliver D, Kingdon J, et al. Deconstructing vulnerability for psychosis: Meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra high-risk. Eur Psychiatry. 2017;40:65–75.
15. Bhavsar V, McGuire P, MacCabe J, Oliver D, Fusar-Poli P. A systematic review and meta-analysis of mental health service use in people who report psychotic experiences. Early Interv Psychiatry [Internet]. 2018;12(3):275–85. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/eip.12464
16. Brasso C, Giordano B, Badino C, Bellino S, Bozzatello P, Montemagni C, et al. Primary psychosis: Risk and protective factors and early detection of the onset. Diagnostics (Basel). 2021;11(11):2146. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/diagnostics11112146
17. Kraan T, Velthorst E, Smit F, de Haan L, van der Gaag M. Trauma and recent life events in individuals at ultra high risk for psychosis: Review and meta-analysis. Schizophr Res. 2015;161(2–3):143–9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2014.11.026
18. Pearce J, Rafiq S, Simpson J, Varese F. Perceived discrimination and psychosis: a systematic review of the literature. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2019;54(9):1023–44. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s00127-019-01729-3
19. Domínguez-Martínez T, Sheinbaum T, Fresán A, Nieto L, López SR, Robles R, et al. Psychosocial factors associated with the risk of developing psychosis in a Mexican general population sample. Front Psychiatry. 2023;14. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1095222

20. Pascual J, Talavera G, Vives J. Primer episodio psicótico. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2023;13(86):5057–68. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.med.2023.08.019
21. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnósticos y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). 5ta ed. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
22. Sánchez H. Evolución y tratamiento tras un primer episodio psicótico: Un estudio de caso. Universidad Jaume I; 2021. Disponible en: https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/196325/TFM_2021_S%c3%a1nchezChinchillaH.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Calabrese J, al Khalili Y. Psychosis. StatPearls Publishing [Internet]. 2022;1–7. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546579/
24. Morrinson J. Guía para el diagnóstico clínico DSM-5. México: El Manual moderno S.A; 2015.
25. Potasiewicz A, Nikiforuk A, Hołuj M, Popik P. Stimulation of nicotinic acetylcholine alpha7 receptors rescue schizophrenia-like cognitive impairments in rats. Journal of Psychopharmacology. el 15 de febrero de 2017;31(2):260–71. Disponible en: DOI: 10.1177/0269881116675509
26. Chu B, Marwaha K, Sanvictores T, Ayers D. Physiology, Stress Reaction. 2022. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31082164/
27. Tsigos C, Kyrou I, Kassi E, Chrousos G. Stress: Endocrine Physiology and Pathophysiology. 2000. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25905226/
28. Ciciurkaite G, Marquez-Velarde G, Brown R. Stressors associated with the COVID-19 pandemic, disability, and mental health: Considerations from the Intermountain West. Stress and Health. el 18 de abril de 2022;38(2):304–17. Disponible en: 10.1002/smi.3091
29. Choi K, Heilemann M., Fauer A, Mead M. A Second Pandemic: Mental Health Spillover From the Novel Coronavirus (COVID-19). J Am Psychiatr Nurses Assoc. el 27 de julio de 2020;26(4):340–3. Disponible en: doi/10.1177/1078390320919803
30. Altig D, Baker S, Barrero J, Bloom N, Bunn P, Chen S, et al. Economic uncertainty before and during the COVID-19 pandemic. J Public Econ. Noviembre de 2020;191:104274. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104274

31. Althwanay A, AlZamil N, Almukhadhib O, Alkhunaizi S, Althwanay R. Risks and Protective Factors of the Prodromal Stage of Psychosis: A Literature Review. Cureus. el 15 de junio de 2020;
32. Radua J, Ramella V, Ioannidis J, Reichenberg A, Phiphopthatsanee N, Amir T, et al. What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. World Psychiatry. el 19 de febrero de 2018;17(1):49–66.
33. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas Cuantitativa Cualitativa y Mixta. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México D.F.: McGraw-Hill; 2018.
34. Arias F. El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. 6ta ed. Caracas: Episteme; 2012.
35. Palella S, Martins F. Metodología de la investigación cuantitativa. 3ra ed. Caracas: Fedupel; 2012.
36. Anicama J. Análisis y tratamiento conductual-cognitivo de los desórdenes emocionales. Análisis y Modificación del Comportamiento en la Práctica Clínica. Lima: ANR; 2014.
37. O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
38. Romero M. Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. Revista Enfermería del Trabajo. 2016;6(3):105–14. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5633043

CAPÍTULO VI
ANEXOS

Anexo 1. Definición de términos

Primer episodio psicótico: se trata de un estado mental donde el individuo experimenta una distorsión o incluso pérdida de contacto con la realidad, manifestada por delirios, alucinaciones o desorganización del pensamiento, sin enturbiamiento de la conciencia (32).

Estresores asociados: se denomina como estresor a cualquier factor social, emocional, económico o físico, que trastorne el equilibrio cognitivo, fisiológico, de conducta normal o emocional de una persona (16).

Anexo 2. Ficha documental sobre primer episodio psicótico y estresores asociados

1. Identificación del paciente:		
2. Sexo:	3. Edad:	4. Grado:
5. Fecha de la primera consulta psiquiátrica:		
6. Fecha de consulta sobre primer episodio psicótico:		
7. Duración (días) de sintomas:		
8. Síntomas presentes (marcar todos los presentes): Delirios ( ) | Alucinaciones ( ) | Pensamiento desorganizado ( ) | Comportamiento motor desorganizado ( ) | Síntomas negativos ( )		
9. Intensidad del episodio psicótico: Ausente ( ) | Equívoca ( ) | Leve ( ) | Moderada ( ) | Grave ( ).		
10. Descripción del episodio psicótico:		
11. Estresores psicosociales asociados (marcar todos los presentes): Vive solo ( ) | Ambiente laboral hostil ( ) | Falta de apoyo o reconocimiento en el trabajo ( ) | Trauma relacionado al trabajo ( ) | Fallecimiento por COVID-19 dentro de grupo de soporte ( ) | Sobrecarga laboral ( ) | Discriminación ( ) | Problemas financieros ( ) Otros (especificar):		
12. Estresores biogénicos asociados (marcar todos los presentes): Trabajo nocturno ( ) | Alimentación deficiente ( ) | Falta de actividad física ( ) | Consumo de sustancias ( ) | Problemas de salud física o mental preexistentes ( ) | Antecedentes psicopatologicos familiares ( ) Otros (especificar):		
13. Descripción de los estresores asociados:		
14. Observaciones o notas adicionales:		