



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS DE LAS  
ALUCINACIONES AUDITIVAS EN PACIENTES ADULTOS  
ATENDIDOS POR CRISIS SUICIDA EN EL DEPARTAMENTO DE  
EMERGENCIA DEL INSM HD HN - AÑO 2024

PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF AUDITORY  
HALLUCINATIONS IN PATIENTS TREATED FOR SUICIDE CRISIS  
IN THE EMERGENCY OF THE INSM HD HN - YEAR 2024

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO  
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSIQUIATRÍA

AUTOR:

DORIAN PAOLA CHAUCAYANQUI GIL

ASESOR:

HORACIO BENJAMIN VARGAS MURGA

LIMA – PERÚ  
2024

# CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS DE LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS POR CRISIS SUICIDA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL INSM HD HN - AÑO 2024

## INFORME DE ORIGINALIDAD

9%	9%	2%	2%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	3%
2	<a href="https://repositorio.unac.edu.pe">repositorio.unac.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
3	<a href="https://repositorio.upch.edu.pe">repositorio.upch.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="https://repositorio.unheval.edu.pe">repositorio.unheval.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Corporación Universitaria Minuto de Dios, UNIMINUTO Trabajo del estudiante	1%
6	<a href="https://prezi.com">prezi.com</a> Fuente de Internet	<1%
7	<a href="https://www.coursehero.com">www.coursehero.com</a> Fuente de Internet	<1%

8	<p>Marta Perez Rando, Carlota Penades Gomiz, Pablo Martinez Marin, Gracián García Martí et al. "Alteraciones en el volumen del hipocampo y la amígdala en pacientes con esquizofrenia y alucinaciones auditivas persistentes", Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 2023</p> <p>Publicación</p>	<1 %
9	<p><a href="https://docs.google.com">docs.google.com</a></p> <p>Fuente de Internet</p>	<1 %
10	<p><a href="https://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a></p> <p>Fuente de Internet</p>	<1 %
11	<p><a href="https://www.who.int">www.who.int</a></p> <p>Fuente de Internet</p>	<1 %
12	<p><a href="https://repositorio.usmp.edu.pe">repositorio.usmp.edu.pe</a></p> <p>Fuente de Internet</p>	<1 %
13	<p><a href="https://www.inism.gob.pe">www.inism.gob.pe</a></p> <p>Fuente de Internet</p>	<1 %
14	<p><a href="https://www.psicologia.usmp.edu.pe">www.psicologia.usmp.edu.pe</a></p> <p>Fuente de Internet</p>	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

## **2. RESUMEN**

El objetivo de estudio será determinar las características psicopatológicas de las alucinaciones auditivas en pacientes adultos atendidos por crisis suicida en el Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM HD-HN) en el año 2024. El diseño de estudio será observacional, descriptivo-correlacional, transversal. La población la conformarán todos los pacientes atendidos por crisis suicida y que presentan alucinaciones auditivas. No se hará uso de fórmula muestral para el tamaño de la muestra y se considerará a toda la población en estudio. Se hará uso de la Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS), que evalúa aspectos subjetivos de alucinaciones auditivas. Para determinar las características psicopatológicas en pacientes atendidos por crisis suicida se hará uso de frecuencias absolutas (n) y relativas (%).

Palabras clave: Características psicopatológicas, alucinaciones auditivas, crisis suicida.

### 3. INTRODUCCIÓN

Las alucinaciones auditivas están catalogadas como uno de los síntomas psicóticos más persistentes, debilitantes y angustiantes de la psiquiatría (1), debido a la ineficacia relativa de los enfoques terapéuticos (falta de protocolización y refractariedad) y al contenido amenazante, dominante, despectivo e inquietante de la voz alucinada, que al tornarse imperativa o denigratoria puede afectar el funcionamiento social y ocupacional del individuo, e incluso acarrear un intento de homicidio o suicidio (2,3).

Según el INSM HD-HN, la crisis suicida está definida como el incremento drástico en la intención de suicidio en el transcurso de horas o días en determinados individuos, con percepción distorsionada de la identidad propia, distanciamiento de la realidad y manifestación de al menos uno de los siguientes parámetros: auto alienación o marcada alienación social, percepción de que la propia tendencia al suicidio es irremediable, al igual que la auto alienación y alienación social, y dos o más señales de hiperexcitación (irritabilidad, insomnio, agitación, pesadillas) (4).

Así mismo, es preciso mencionar que este evento deriva del desbalance entre el estado cognitivo y afectivo (5), ocurre en un lapso de tiempo variable y puede implicar a la ideación, planes, preparación, conducta e intento de suicidio (6). Además, se asocia a múltiples trastornos mentales, como la depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, esquizofrenia, trastornos por consumo de sustancias y, en los que pueden surgir síntomas alucinatorios (7).

En las crisis suicidas, las voces suelen ser desagradables y los comentarios se refieren al comportamiento e insignificancia del rol del sujeto en su entorno; usualmente contienen críticas, juicios severos, amenazas y órdenes, que pueden

persuadir al individuo y empujarlo a un acto intencional de autolesión, diseñado para ser mortal (7,8). Un ejemplo claro de ello, es el estudio realizado por Bolos y colaboradores, que en el 2019 reportaron la presencia de alucinaciones imperativas en pacientes con algún trastorno del espectro de la depresión que se autolesionaron (36%), incluso las alucinaciones auditivas degradantes o difamatorias ocasionaron una proporción significativa de intentos de suicidio (41%) (9). Salim y colaboradores, en el 2019 encontraron 111 esquizofrénicos con alucinaciones auditivas, entre los cuales el 83.8% manifestó voces imperativas, que generaron autolesiones en el 23.7% de los casos y pensamientos suicidas en el 37.6% (10). Por su parte, Lozano en el 2015 posicionó a las voces imperativas como uno de los factores desencadenantes de ideación e intento suicida en pacientes con trastornos psicóticos (23%) (11).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es un grave problema sanitario, pues cada año 703 000 personas se quitan la vida y otros intentan hacerlo, en particular aquellas que padecen trastornos mentales, sobre todo depresión (12). Los trastornos mentales suelen vincularse a episodios de psicosis, donde las alucinaciones auditivas son asiduas, identificado en el 75% de pacientes con esquizofrenia, 20-50% de pacientes con trastorno bipolar con episodio maniaco, 40% de pacientes con trastornos de estrés postraumático y 10% de pacientes con episodio depresivo (3).

Las últimas encuestas británicas de morbilidad psiquiátrica (2000, 2007 y 2014), informaron una asociación significativa entre las alucinaciones auditivas y los pensamientos ( $p < 0.001$  en los 3 años) e intentos suicidas ( $p < 0.001$  en los 3 años); además las alucinaciones auditivas aumentaron en 4, 9 y 3 veces las probabilidades

de presentar pensamientos suicidas y en 7, 6 y 4 veces los intentos de suicidio (13). Por otra parte, en China, una cohorte de pacientes adultos con esquizofrenia aguda notificó una prevalencia mayor de ideación o conducta suicida actual en aquellos que presentaron alucinaciones auditivas (19.5 vs 8.6%); estas últimas aumentaron en 3 veces las probabilidades de presentar deseos o pensamientos persistentes de muerte y comportamientos suicidas (OR:2.58 p:0.009). Las alucinaciones auditivas anteriores (ORa: 3.81 p<0.05) o actuales (ORa:3.22 p<0.05) también incrementaron las probabilidades de presentar dichos fenómenos durante el control de los síntomas de depresión (14).

En Perú, el departamento de emergencia del INSM “HD-HN”, reportó en el año 2020 779 intentos suicidas y 617 crisis de ideación suicida (15). A nivel local no existen estudios epidemiológicos o descriptivos sobre crisis suicida y mucho menos trabajos que aborden la misma temática, pese al gran sufrimiento que representa para el individuo, su familia y comunidad.

En ese marco, es crucial ejecutar un diagnóstico psicopatológico adecuado, que permita la construcción de un esquema terapéutico idóneo, para reducir el número de crisis suicida y evitar daños iatrogénicos. Lamentablemente el diagnóstico de este tipo de alucinación es complejo, pues aún existe confusión entre el término alucinación auditiva y pseudoalucinación, incluso este último no presenta un valor semiológico en el CIE-10 y DSM-5, donde está completamente ausente y se describe a las voces como “experiencias en fuerza e impacto a la percepción, pero sin estímulo externo” (16,17).

En consecuencia, una serie de autores han intentado diferenciar ambos términos y tras vaivenes conceptuales, el psiquiatra y filósofo alemán Karl Theodor Jaspers

introdujo la siguiente idea: “las alucinaciones tienen carácter corpóreo, objetivo y se proyectan en el espacio exterior; mientras que las pseudoalucinaciones son imaginarias, subjetivas, emergen en el campo interno del sujeto y están presentes en estados psicóticos crónicos, como la esquizofrenia” (16,18).

Pese a ello, aún persiste la implícita idea de que las alucinaciones son más peligrosas que las pseudoalucinaciones, en particular por la personificación de la voz y ubicación de la misma en el espacio exterior (oído). En la actualidad estudios han desvirtuado dicha creencia y han propuesto converger los fenómenos, para referirse a las voces como único término; incluso han descrito a las voces que se escuchan en el espacio interior (pseudoalucinaciones) como más angustiosas, menos controlables y menos probables de remitir cuando se comparan con las voces externas (alucinaciones). Por tal razón es importante caracterizar psicopatológicamente a las alucinaciones y pseudoalucinaciones auditivas, pues es la única manera de obtener información relevante para la fenomenología de las voces y de dilucidar las creencias que sujetan y manipulan al personal de salud, bajo un pensamiento limitado y poco inteligente, que la psicología denomina pensamiento grupal (16,19).

Por otro lado, es necesario subrayar que existen conflictos con respecto a la forma y contenido de la alucinación auditiva, sobre todo en la frecuencia con la que se escuchan las voces, duración, localización (dentro o fuera de la cabeza), creencias sobre la procedencia de las voces, contenido negativo, trastornos causados por las voces y control sobre las mismas. Todos ellos, parámetros de la escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS) de Carter y colaboradores (20,21).



Esta situación podría estar atribuida a la experiencia de cada grupo vulnerable; por consiguiente, es crucial ejecutar una investigación que establezca con certeza las características psicopatológicas de las alucinaciones auditivas en pacientes atendidos por crisis suicida en emergencia del INSM HD-HN.

#### **4. OBJETIVOS**

##### **Objetivo general**

Determinar las características psicopatológicas de las alucinaciones auditivas en pacientes atendidos por crisis suicida que acuden por emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, durante el año 2024.

##### **Objetivos específicos**

- Evaluar las características de las alucinaciones según la escala PSYRATS en pacientes atendidos por crisis suicida.
- Precisar la cantidad de angustia e intensidad de la angustia en alucinaciones auditivas en pacientes atendidos por crisis suicida.
- Evaluar el trastorno causado por las voces en la vida del paciente y el control de las voces en alucinaciones auditivas en pacientes atendidos por crisis suicida.
- Evaluar las características psicopatológicas de las alucinaciones auditivas según edad, sexo, nivel de instrucción y estado civil de pacientes atendidos por crisis suicida.
- Evaluar las características psicopatológicas de las alucinaciones auditivas según diagnóstico de salud mental, tiempo de diagnóstico y primera crisis suicida en pacientes atendidos por crisis suicida.

## 5. MATERIAL Y MÉTODO

### a) **Diseño del estudio:**

Estudio observacional (22), descriptivo-correlacional (23) y transversal (22).

### b) **Población:**

Todos los pacientes adultos atendidos por crisis suicidas que presenten alucinaciones auditivas y que acuden al Departamento de Emergencia del INSM “HD-HN” entre enero a diciembre 2024.

#### **Criterios de selección:**

Criterio de inclusión

Pacientes >18 años de ambos sexos.

Pacientes con crisis que acuden por emergencia del INSM “HD-HN”.

Pacientes que presenten alucinaciones auditivas.

Pacientes que acepten ser parte del estudio.

#### **Criterios de exclusión**

Pacientes con trastornos físicos, cognitivos o mentales, que no permitan responder óptimamente el cuestionario.

Pacientes que hablen un idioma diferente al español.

Pacientes que nieguen su participación.

### c) **Muestra:**

No se hará uso de fórmula muestral para el tamaño de la muestra, debido a que la población es de fácil accesibilidad para el proceso de la investigación.

Por lo tanto, la muestra estará conformada por todos los pacientes atendidos

por crisis suicidas que presenten alucinaciones auditivas que acuden por emergencia del INSM HD-HN, 2024.

Tipo y técnica de muestreo:

No probabilístico por conveniencia.

**d) Definición operacional de variables:**

Se detalla en el anexo 1.

**e) Procedimientos y técnicas:**

Procedimiento

1. Fase preparatoria

El plan será aprobado por la universidad. Este también será revisado por el INSM HD-HN. Posterior a ello, se coordinará con el jefe de servicio de emergencia para tener acceso a los pacientes con crisis suicida y alucinaciones auditivas que acuden a este servicio.

2. Fase de campo

Conforme vayan llegando los pacientes serán invitados a participar en la investigación, se incluirá a la totalidad de la población. A quienes acepten se les pedirá que firmen el formato consentimiento informado (Anexo 3), posterior a ello, se procederá a la aplicación del instrumento. El investigador realizará las preguntas según la estructura del instrumento y marcará según el caso. En pacientes agitados y poco cooperativos, donde no es factible aplicar una encuesta, se realizará en un momento posterior. Esto podría aplicarse a pacientes psicóticos, quienes están muy alertas al entorno y son sensibles a comentarios y acciones de las personas, sobre todo si presenta conductas violentas.

### 3. Post recolección

La información a recabar será ingresada en una base de datos, previamente se revisará con la finalidad de identificar errores en el llenado del instrumento. Luego se comenzará el análisis.

#### Técnicas

Será la encuesta mientras que el instrumento un cuestionario, este último tendrá la siguiente estructura:

- I. Características sociodemográficas
- II. Características clínicas
- III. Características psicopatológicas de alucinaciones auditivas: se empleará la Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS), diseñada por Haddock et al. en 1999. Este instrumento evalúa aspectos subjetivos de alucinaciones auditivas y delirios. Para este estudio solo tomaremos la subescala alucinaciones por ser a fin al tema. Esta presenta 11 ítems con respuesta tipo Likert de 5 puntos (rango 0-4). El puntaje final se obtiene al sumar los puntos alcanzados en cada ítem, que pueden oscilar entre 0 a 44 puntos, este instrumento no presenta un punto de corte específico, su interpretación es en base al puntaje total; por tanto, a mayor puntaje mayores serían las alucinaciones.

Este instrumento ha sido validado en nuestro idioma, González et al. (24), adaptaron la escala al español, específicamente para las alucinaciones auditivas, esta presentó una fiabilidad alta entre examinadores y un coeficiente de fiabilidad adecuado (0.85). Telles-Correia et al. (21), calcularon un valor alfa de Cronbach para la escala de alucinaciones de 0.96,

demostrando una confiabilidad alta. Un estudio en Indonesia identificó una buena confiabilidad mediante alfa de Cronbach ( $\alpha=0.90$ ) (25).

**f) Aspectos éticos:**

El plan será revisado por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la UPCH. El estudio respetará los principios bioéticos: no maleficencia, pues el estudio no generará un daño en la salud o integridad del paciente en estudio, ya que solo se pretende identificar las características psicopatológicas de alucinaciones auditivas mediante la aplicación de un cuestionario.

Justicia, pues todos los participantes tienen la misma oportunidad de ser escogidos.

Beneficencia, ya que los pacientes se verán beneficiados con la entrega de información. Finalmente, autonomía, ya que el participante puede aceptar o rechazar ser parte del estudio si así lo prefiere, sin repercusiones.

Se brindará consentimiento informado a cada paciente que cumpla los criterios de elección, quienes acepten deberán firmar un consentimiento. El instrumento no recoge información que permita reconocer al paciente, este es anónimo, la información a recolectar será manejada por personal directamente asociado al estudio y se utilizarán con fines de estudio.

**g) Plan de análisis:**

Uso del programa estadístico IBM SPSS V.25, la cual pasará por un proceso de control de calidad o consistencia de registros, es decir, solo se considerarán aquellos datos mediante ciertos criterios de inclusión especificados anteriormente y clasificados de acuerdo a la paralización de

variables, caso contrario serán excluidos. Luego se aplicarán análisis estadísticos descriptivos e inferenciales según los objetivos de la investigación.

Análisis inferencial:

Para comparar el puntaje de las características psicopatológicas de alucinaciones auditivas según las variables cuantitativas como la edad y el tiempo de diagnóstico, se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson. En cambio, al evaluar según las variables cualitativas como el género, nivel de instrucción, estado civil, diagnóstico de la salud mental y primera crisis suicida la prueba a utilizar será chi cuadrado, con significancia del 5% en ambas pruebas.

Presentación de resultados:

En tablas y gráficos estadísticos.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Köhler-Forsberg O, Madsen T, Brhrendt-Moller I, Nordentoft M. The 10-year trajectories of auditory hallucinations among 496 patients with a first schizophrenia-spectrum disorder: Findings from the OPUS cohort. *Schizophrenia Research*. 2022; 243: 385-391. DOI: 10.1016/j.schres.2021.06.033.
2. Alderson-Day B, Woods A, Moseley P, Common S, Deamer F, Dodgson G, et al. Voice-Hearing and Personification: Characterizing Social Qualities of Auditory Verbal Hallucinations in Early Psychosis. *Schizophr Bull*. 2021; 47(1): 228-236. DOI: 10.1093/schbul/sbaa095.
3. Thakur T, Gupta V. Auditory Hallucinations. [Online]. 2023. [Citado 30 de marzo 2023]. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557633/#\\_NBK557633\\_pubdet\\_](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557633/#_NBK557633_pubdet_).
4. Oh Y, Lee S, Rogers M, You S. Assessment of acute and non-acute suicide crisis symptoms: Validation of the Korean version of the acute suicidal affective disturbance inventory. *Front Psychol*. 2022; 13: 1034130. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1034130.
5. Schuck A, Calati R, Barzilay S, Bloch-Elkouby S, Galynker I. Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behav Sci Law*. 2019; 1-17. DOI: 10.1002/bsl.2397.
6. Hospital Del Salvador-Valparaíso. Manejo del paciente en crisis suicida. Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2020.
7. Pastor M. Psiquiatría forense. Tercera ed. Alacant PU, editor. España: Unión de Editoriales; 2022.
8. Bornheimer L. Moderating effects of positive symptoms of psychosis in suicidal ideation among adults diagnosed with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2018; 176(2-3): 364-370. DOI: 10.1016/j.schres.2018.07.009.
9. Untu I, Bolos A, Radu D, Szalontay A CR. Particularities of suicidal behavior in depressive spectrum. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*. 2019; 65: 149-162. DOI: 10.33788/rcis.6510.
10. Salim Z, Haddad C, Obeid S, Awad E, Hallit S, Haddad G. Command voices and aggression in a Lebanese sample patients with schizophrenia. *Psychiatria Danubina*. 2021; 33(1): 27-35. DOI: 10.24869/psyd.2021.27.
11. Lozano C. Factores predisponentes y desencadenante de ideas y conductas suicidas en pacientes con trastornos psicóticos. [Tesis de Grado]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2015.
12. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. OMS. [Online]. 2021. [Citado 5 de marzo 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
13. De Gates A, Catone G, Marwaha S, Bebbington P, Humpston C, Broome M. Self-harm, suicidal ideation, and the positive symptoms of psychosis: Cross-sectional and prospective data from a national household survey. *Schizophrenia Research*. 2021; 233: 80-88. DOI: 10.1016/j.schres.2021.06.021.
14. Yin Y, Tong J, Huang J, Tian B, Chen S, Tan S, et al. Auditory Hallucinations, Depressive Symptoms, and Current Suicidal Ideation or Behavior Among

- Patients with Acute-episode Schizophrenia. *Arch Suicide Res.* 2021; 1-16. DOI: 10.1080/13811118.2021.1993399.
15. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Compendio estadístico. Lima: Ministerio de Salud; 2020.
  16. López P, Cavieres-Fernández A. Voces que No lo Son: Los Problemas del Concepto Pseudoalucinación. *Rev Chil Neuro-Psiquiátrico.* 2020; 58(1): 29-39. DOI: 10.4067/S0717-92272020000100029.
  17. Mustafa f. Pseudohallucinations as functional cognitive disorders. *The Lancet.* 2020; 7: 230.
  18. Grabowski L. The Occurrence of Mental Automatism, Hallucinations and Pseudohallucinations in Severe Unipolar Affective Disorder and the Differentiation of Catatonic Symptoms. *Anxiety And Depression Journal.* 2022; 3(2): 1-7.
  19. López-Silva P, Cavieres A, Humpston C. The phenomenology of auditory verbal hallucinations in Schizophrenia and the challenge from pseudohallucinations. *Front Psychiatry.* 2022; 13: 1-14
  20. Verma G, Brahmabhatt M, Kodarbhay G, Nimesh M. Auditory Hallucinations: A Phenomenological Study. *Asian Journal of Medical Sciences.* 2021; 12(5): 75-82.
  21. Telles D, Barbosa N. PSYRATS (Psychotic Symptom Rating Scales) -Validada para a população portuguesa. Brasil; 2018.
  22. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Cuarta edición ed. España: Elsevier; 2013.
  23. Sousa V, Driessnack M, Mendes I. An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designs. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007; 15(3): 502-527. DOI: 10.1590/s0104-11692007000300022.
  24. González J, San Juan J, Cañete C, Echanove M, Leal C. La evaluación de las alucinaciones auditivas: la Escala PSYRATS. *Actas Esp Psiquiatr.* 2003; 31(1): 10-17.
  25. Amir N, Malik K, Evawani S. Validation of the Indonesian version of psychotic symptom rating scale (Ina-PSYRATS) hallucination subscale. *Journal of Physics: Conference Series.* 2018; 1073(2): 1-5.



## 7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

### PRESUPUESTO

Recursos	Materiales	Cantidad	Costo/unidad	Costo total
<b>Humanos</b>	Estadístico	1	S/. 850.00	S/. 850.00
	Recolector de datos	1	S/. 500.00	S/. 500.00
	Digitador	1	S/. 350.00	S/. 350.00
<b>Bienes</b>	Papel bond A4	01 millar	S/. 50.00	S/. 50.00
	Fólderes	10	S/. 5.00	S/. 50.00
	Lápiz	6	S/. 2.00	S/. 12.00
	Archivador	2	S/. 10.00	S/. 20.00
<b>Servicios</b>	Movilidad	meses	-	S/. 190.00
	Internet	meses	-	S/. 150.00
	Fotocopias	meses	-	S/. 50.00
	Recargas de teléfono (Coordinaciones)	meses	S/. 10.00	S/. 40.00
			<b>TOTAL</b>	<b>S/. 2,262.00</b>

### CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2023-2024										
	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11
Revisión bibliográfica	X										
Elaboración de py	X										
Revisión de py	X	X	X								
Presentación ante autoridades				X							
Revisión de instrumentos					X						
Reproducción de los instrumentos					X						
Preparación del material de trabajo					X						
Selección de la muestra					X						
Recolección de datos					X	X	X	X	X	X	
Control y tabulación de datos										X	X
Codificación y preparación de datos para análisis											X
Análisis e interpretación											X
Redacción informe final											X
Impresión del informe final											X

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición operacional	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición	Categoría	Instrumento
Características psicopatológicas de alucinaciones auditivas	Valoración de los determinantes relacionados a alucinaciones auditivas tales como: frecuencia, duración, localización, intensidad, creencias sobre la procedencia de las voces, cantidad de contenido negativo de las voces, grado del contenido negativo, cantidad de angustia, intensidad de la angustia, trastorno causado por las voces en la vida del paciente, control sobre las voces. Se evaluarán mediante la escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS).	Frecuencia	Cualitativa	Ordinal	Las voces no se presentan o se presenta menos de una vez a la semana Las voces ocurren al menos una vez a la semana Las voces ocurren al menos una vez al día Las voces ocurren al menos una vez a la hora Las voces ocurren continuamente o casi constantemente, por ejemplo, sólo para unos pocos segundos o minutos	Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS)
		Duración	Cualitativa	Ordinal	Las voces no se presentan Las voces duran unos pocos segundos, son fugaces Las voces duran unos pocos minutos Las voces duran al menos una hora Las voces duran cuatro horas a la vez	
		Localización	Cualitativa	Ordinal	Las voces no se presentan Las voces parecen estar solamente dentro de la cabeza Las voces están fuera de la cabeza, pero cerca de los oídos o cara. Las voces también pueden estar dentro de la cabeza Las voces parecen como si estuvieran dentro o cerca de los oídos y fuera de la cabeza lejos de los oídos Las voces parecen estar solamente fuera de la cabeza	
		Intensidad	Cualitativa	Ordinal	Las voces no se presentan La intensidad de las voces es más baja que la propia voz, son susurros Más o menos de igual intensidad que la propia voz Más alta que la propia voz Extremadamente alta, gritan	
		Creencias sobre la procedencia de las voces	Cualitativa	Ordinal	Las voces no se presentan El paciente cree que las voces son solamente generadas internamente y relacionadas con el yo El paciente mantiene una convicción menor del 50% de que las voces son originadas por causas externas El paciente mantiene una convicción del 50% o más (pero menos del 100%), de que las voces son originadas por causas externas	

				El paciente cree que las voces son solamente debidas a causas externas (100% de convicción)
		Cantidad de contenido negativo de las voces	Cualitativa	Ordinal Las voces no presentan un contenido desagradable Presentan ocasionalmente un contenido desagradable Una minoría de las voces presentan un contenido desagradable o negativo (menos del 50%). La mayoría de las voces presentan un contenido desagradable o negativo (50% o más) El contenido de todas las voces es desagradable y negativo
		Grado del contenido negativo	Cualitativa	Ordinal Las voces no presentan un contenido desagradable o negativo Las voces presentan algún grado de contenido negativo, pero no son comentarios personales relacionados con el yo o la familia, por ejemplo, palabrotas o comentarios no dirigidos al yo ("el lechero es peligroso") El contenido de las voces son insultos personales, comentarios sobre la conducta, por ejemplo, "no deberías hacer esto", "no digas esto" El contenido de las voces son insultos personales relacionados con el autoconcepto, por ejemplo, "perezoso", "feo", "loco", "pervertido". El contenido de las voces son amenazas personales al yo, por ejemplo, amenazas de dañar al yo o a la familia, instrucciones extremas u órdenes de dañarse a sí mismo u a otros e insultos personales como en el ítem número 3.
		Cantidad de angustia	Cualitativa	Ordinal Las voces no son totalmente angustiantes Las voces ocasionalmente son angustiantes, la mayoría no lo son. (<10%) Se presentan igual cantidad de voces angustiantes y no angustiantes. (50%) La mayoría de las voces son angustiantes, una minoría no lo son. (>50%) Las voces son siempre angustiantes.
		Intensidad de la angustia	Cualitativa	Ordinal Las voces no son totalmente angustiantes. Las voces son ligeramente angustiantes. Las voces son moderadamente angustiantes. Las voces son muy angustiantes, aunque el paciente podría sentirse peor. Las voces son extremadamente angustiantes, el paciente no puede sentirse peor.
		Trastorno causado por las voces en la vida del paciente	Cualitativa	Ordinal Las voces no producen un trastorno en la vida diaria del paciente, es capaz de mantener una vida independiente sin problemas en las habilidades para la vida diaria. Las voces causan un mínimo trastorno en la vida del paciente, por ejemplo, interfieren en la concentración, aunque es capaz de mantener las actividades de la vida diaria y las relaciones sociales y familiares, es capaz de mantener vida independiente sin apoyo.

					<p>Las voces provocan una cantidad moderada de trastorno en la vida del paciente, causando alguna perturbación en la actividad diaria y/o en las actividades familiares y sociales. El paciente no está en el hospital, aunque puede vivir en un alojamiento protegido o recibir ayuda adicional en las habilidades de la vida diaria.</p> <p>Las voces provocan un trastorno severo en la vida del paciente de forma que su hospitalización es normalmente necesaria. El paciente es capaz de mantener algunas actividades diarias, auto-cuidado y relaciones durante su estancia en el hospital. El paciente puede también estar en un alojamiento protegido, pero experimentando una severa perturbación de la vida en términos actividades, habilidades para la vida diaria y/o relaciones.</p> <p>Las voces provocan un completo trastorno en la vida diaria del paciente requiriendo hospitalización. Es incapaz de mantener actividades y relaciones sociales. El autocuidado está también gravemente trastornado.</p>	
		Control sobre las voces	Cualitativa	Ordinal	<p>El paciente cree que tiene control sobre las voces y puede siempre provocarlas y eliminarlas a voluntad.</p> <p>El paciente cree que tiene algún control sobre las voces en la mayoría de las ocasiones.</p> <p>El paciente cree que tiene algún control sobre las voces aproximadamente la mitad de las veces.</p> <p>El paciente cree que tiene algún control sobre las voces, pero solo ocasionalmente. La mayoría de las veces el paciente experimenta voces incontrolables.</p> <p>El paciente no tiene ningún control sobre la ocurrencia de las voces y no puede disminuirlas o aumentarlas.</p>	
<b>Intervinientes</b>						
Edad	Edad del paciente en años al momento de la recolección de información.	Años cumplidos	Cuantitativa	Razón	Años	Cuestionario
Sexo	Características biológicas que diferencian a pacientes varones de mujeres en estudio, y viceversa.	Genero	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Cuestionario
Nivel de instrucción	Nivel de estudios concluidos por el paciente en estudio al momento de la recolección de información.	Grado de estudios	Cualitativa	Ordinal	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior universitario Superior no universitario	Cuestionario

Estado civil	Estado marital del paciente en estudio.	Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Divorciado Conviviente Viudo	Cuestionario
Diagnóstico psiquiátrico	Enfermedad primaria del paciente en estudio desencadenante de alucinaciones auditivas y crisis suicida.	Diagnóstico de salud mental	Cualitativa	Nominal	Esquizofrenia Psicosis Demencia Otros	Cuestionario
Tiempo de diagnóstico	Periodo de tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad de salud mental primera hasta la recolección de información.	Tiempo de diagnóstico	Cuantitativa	Razón	Años	Cuestionario
Primera crisis suicida	Paciente que experimentó por primera vez una crisis suicida.	Primera crisis suicida	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario

## ANEXO 2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### “Características psicopatológicas de las alucinaciones auditivas en pacientes adultos atendidos por crisis suicida en el departamento de emergencia del INSM HD HN - año 2024”

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

---

#### I. Características sociodemográficas

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino

Femenino

Nivel de instrucción:  Sin instrucción

Primaria

Secundaria

Superior no universitario

Superior universitario

Estado civil:  Soltero

Casado

Divorciado

Conviviente

Viudo

#### II. Características clínicas

Diagnóstico psiquiátrico:  Esquizofrenia

Psicosis

Demencia

Otros: \_\_\_\_\_

Tiempo de diagnóstico: \_\_\_\_\_ años

Primera crisis suicida:  Si

No

### **ANEXO 3. Características psicopatológicas de alucinaciones auditivas**

#### **Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS)**

##### **ALUCINACIONES**

###### Instrucciones generales

El siguiente instrumento está diseñado para elicitación de detalles específicos que tenga en cuenta diferentes dimensiones de las alucinaciones auditivas. Cuando se hacen las preguntas, el instrumento está diseñada para valorar las experiencias del paciente en la última semana para la mayoría de los ítems. Hay dos excepciones para esto, por ejemplo, cuando se pregunta sobre las creencias que tienen que ver con las causas de las voces, se valoran las respuestas de los pacientes basadas en lo que ellos creen en el momento de ser entrevistados. La intensidad de las voces también sería valorada de acuerdo con la intensidad de las voces en el momento de la entrevista o en el último momento en el que el paciente la experimentó.

###### **a. Frecuencia**

*¿Con qué frecuencia escuchas voces? (por ejemplo, cada día, a lo largo de todo el día).*

0. Las voces no se presentan o se presenta menos de una vez a la semana.
1. Las voces ocurren al menos una vez a la semana.
2. Las voces ocurren al menos una vez al día.
3. Las voces ocurren al menos una vez a la hora.
4. Las voces ocurren continuamente o casi constantemente, por ejemplo, sólo paran unos pocos segundos o minutos.

###### **b. Duración**

*Cuándo escuchas tus voces, ¿Cuánto tiempo duran? (por ejemplo, unos pocos segundos, minutos, todo el día).*

0. Las voces no se presentan.
1. Las voces duran unos pocos segundos, son fugaces.
2. Las voces duran unos pocos minutos.
3. Las voces duran al menos una hora.
4. Las voces duran cuatro horas a la vez.

###### **c. Localización**

*Cuándo escuchas tus voces ¿De dónde te parecen que vienen? ¿De dentro de tu cabeza o de fuera de tu cabeza? Si te parecen que vienen de fuera de tu cabeza, ¿de dónde te parecen que vienen?*

0. Las voces no se presentan.
1. Las voces parecen estar solamente dentro de la cabeza.
2. Las voces están fuera de la cabeza, pero cerca de los oídos o cara. Las voces también pueden estar dentro de la cabeza.
3. Las voces parecen como si estuvieran dentro o cerca de los oídos y fuera de la cabeza lejos de los oídos.

4. Las voces parecen estar solamente fuera de la cabeza.

**d. Intensidad**

*¿Son muy fuertes tus voces? ¿Las escuchas más fuerte que tu propia voz o son más calladas, como un cuchicheo?*

- 0. Las voces no se presentan
- 1. La intensidad de las voces es más baja que la propia voz, son susurros.
- 2. Más o menos de igual intensidad que la propia voz.
- 3. Más alta que la propia voz.
- 4. Extremadamente alta, gritan.

**e. Creencias sobre la procedencia de las voces**

*¿Qué crees que produce o causa tus voces? ¿Son producidas por factores relacionados contigo mismo o debido a otras personas o factores externos?*

*Si el paciente expresa un origen externo: ¿En qué medida crees que tus voces son causadas por..... (añade la atribución del paciente) sobre una escala de 0 a 100, siendo 100 que estás totalmente convencido, que no tiene dudas y 0 que no estás completamente convencido?*

- 0. Las voces no se presentan.
- 1. El paciente cree que las voces son solamente generadas internamente y relacionadas con el yo.
- 2. El paciente mantiene una convicción menor del 50% de que las voces son originadas por causas externas.
- 3. El paciente mantiene una convicción del 50% o más (pero menos del 100%), de que las voces son originadas por causas externas.
- 4. El paciente cree que las voces son solamente debidas a causas externas (100% de convicción).

**f. Cantidad de contenido negativo de las voces.**

*¿Las voces te dicen cosas desagradables o negativas? ¿Puedes darme algún ejemplo de lo que te dicen las voces? (registra los ejemplos) ¿Cuántas veces las voces te dicen ese tipo de cosas desagradables o negativas?*

- 0. Las voces no presentan un contenido desagradable.
- 1. Presentan ocasionalmente un contenido desagradable.
- 2. Una minoría de las voces presentan un contenido desagradable o negativo (menos del 50%).
- 3. La mayoría de las voces presentan un contenido desagradable o negativo (50% o más).
- 4. El contenido de todas las voces es desagradable y negativo.



**g. Grado del contenido negativo.**

*(Valorar usando los criterios sobre una escala, pidiéndole al paciente que los detalle más si es necesario).*

0. Las voces no presentan un contenido desagradable o negativo.
1. Las voces presentan algún grado de contenido negativo, pero no son comentarios personales relacionados con el yo o la familia, por ejemplo, palabrotas o comentarios no dirigidos al yo ("el lechero es peligroso").
2. El contenido de las voces son insultos personales, comentarios sobre la conducta, por ejemplo, "no deberías hacer esto", "no digas esto".
3. El contenido de las voces son insultos personales relacionados con el autoconcepto, por ejemplo, "perezoso", "feo", "loco", "pervertido".
4. El contenido de las voces son amenazas personales al yo, por ejemplo, amenazas de dañar al yo o a la familia, instrucciones extremas u órdenes de dañarse a sí mismo u a otros e insultos personales como en el ítem número 3.

**h. Cantidad de angustia.**

*¿Son tus voces angustiantes? ¿Por cuánto tiempo son angustiantes?*

0. Las voces no son totalmente angustiantes.
1. Las voces ocasionalmente son angustiantes, la mayoría no lo son. (<10%)
2. Se presentan igual cantidad de voces angustiantes y no angustiantes. (50%)
3. La mayoría de las voces son angustiantes, una minoría no lo son. (>50%)
4. Las voces son siempre angustiantes

**i. Intensidad de la angustia.**

*Cuando las voces son angustiantes, ¿cuánta angustia te causan? ¿Te causan una angustia mínima, moderada o grave?, ¿Son las más angustiantes que jamás has tenido?*

0. Las voces no son totalmente angustiantes.
1. Las voces son ligeramente angustiantes.
2. Las voces son moderadamente angustiantes.
3. Las voces son muy angustiantes, aunque el paciente podría sentirse peor.
4. Las voces son extremadamente angustiantes, el paciente no puede sentirse peor.

**j. Trastorno causado por las voces en la vida del paciente.**

*¿Causan las voces mucho trastorno en tu vida diaria? ¿Las voces te impiden trabajar o hacer otras actividades diarias? ¿Interfieren en tus relaciones con amigos y/o familiares? ¿Ellas te impiden que te cuides a ti mismo, por ejemplo, bañarte, cambiarte de ropa, etc.?*

0. Las voces no producen un trastorno en la vida diaria del paciente, es capaz de mantener una vida independiente sin problemas en las habilidades para la vida diaria.

1. Las voces causan un mínimo trastorno en la vida del paciente, por ejemplo, interfieren en la concentración aunque es capaz de mantener las actividades de la vida diaria y las relaciones sociales y familiares, es capaz de mantener vida independiente sin apoyo.
2. Las voces provocan una cantidad moderada de trastorno en la vida del paciente, causando alguna perturbación en la actividad diaria y/o en las actividades familiares y sociales. El paciente no está en el hospital, aunque puede vivir en un alojamiento protegido o recibir ayuda adicional en las habilidades de la vida diaria.
3. Las voces provocan un trastorno severo en la vida del paciente de forma que su hospitalización es normalmente necesaria. El paciente es capaz de mantener algunas actividades diarias, auto-cuidado y relaciones durante su estancia en el hospital. El paciente puede también estar en un alojamiento protegido, pero experimentando una severa perturbación de la vida en términos actividades, habilidades para la vida diaria y/o relaciones.
4. Las voces provocan un completo trastorno en la vida diaria del paciente requiriendo hospitalización. Es incapaz de mantener actividades y relaciones sociales. El auto-cuidado está también gravemente trastornado.

**k. Control sobre las voces.**

*¿Piensas que tienes algún control sobre las voces para que ocurran?  
¿Puedes a voluntad disminuir o aumentar las voces?*

0. El paciente cree que tiene control sobre las voces y puede siempre provocarlas y eliminarlas a voluntad.
1. El paciente cree que tiene algún control sobre las voces en la mayoría de las ocasiones.
2. El paciente cree que tiene algún control sobre las voces aproximadamente la mitad de las veces.
3. El paciente cree que tiene algún control sobre las voces pero solo ocasionalmente. La mayoría de las veces el paciente experimenta voces incontrolables.
4. El paciente no tiene ningún control sobre la ocurrencia de las voces y no puede disminuirlas o aumentarlas.

Puntaje final: \_\_\_\_\_

*Gracias por participar*



## ANEXO 4. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA
Características psicopatológicas de alucinaciones auditivas en pacientes atendidos por crisis suicida en emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideo Noguchi, 2024.	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar las características psicopatológicas de las alucinaciones auditivas en pacientes atendidos por crisis suicida que acuden por emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideo Noguchi, 2024.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Evaluar las características de las alucinaciones según la escala PSYRATS en pacientes atendidos por crisis suicida que acuden por emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideo Noguchi, 2024.</p> <p>Precisar la cantidad de angustia e intensidad de la angustia en alucinaciones auditivas en pacientes atendidos por crisis suicida que acuden por emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideo Noguchi, 2024.</p> <p>Evaluar el trastorno causado por las voces en la vida del paciente y el control de las voces en alucinaciones auditivas en pacientes atendidos por crisis suicida que acuden por emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideo Noguchi, 2024.</p> <p>Evaluar las características psicopatológicas de las alucinaciones auditivas en pacientes atendidos por crisis suicida según características sociodemográficas que acuden por emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideo Noguchi, 2024.</p> <p>Evaluar las características psicopatológicas de las alucinaciones auditivas en pacientes atendidos por crisis suicida según características clínicas que acuden por emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideo Noguchi, 2024.</p>	<p>VARIABLES principales</p> <p>Características psicopatológicas de alucinaciones auditivas</p> <p>VARIABLES secundarias</p> <p>Características sociodemográficas</p> <p>Características clínicas</p>	<p>Diseño del estudio:</p> <p>Estudio observacional, descriptivo-de correlacional, transversal.</p> <p>Población</p> <p>Todos los pacientes atendidos por crisis suicidas que presenten alucinaciones auditivas que acuden por emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideo Noguchi entre enero a diciembre 2024.</p> <p>Muestra</p> <p>No se hará uso de fórmula muestral para el tamaño de la muestra y se considerará a toda la población en estudio</p> <p>Análisis de datos</p> <p>Promedio, desviación estándar, frecuencias absolutas, frecuencias relativas.</p> <p>Chi cuadrado</p> <p>Correlación de Pearson</p>

## ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

---

(Adultos)

---

*Título del estudio: Características psicopatológicas de las alucinaciones auditivas en pacientes adultos atendidos por crisis suicida en el departamento de emergencia del INSM HD HN - año 2024*

---

*Institución: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi*

---

#### **Propósito del estudio:**

Lo estamos invitando a participar en un estudio para Determinar las características psicopatológicas de las alucinaciones auditivas en pacientes atendidos por crisis suicida que acuden por emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Las alucinaciones auditivas o paracusias están catalogadas como uno de los síntomas psicóticos más persistentes, debilitantes y angustiantes de la psiquiatría. Estas son frecuentes y se asocian a una serie de perturbaciones psiquiátricas, neurológicas e incluso al consumo de sustancias; sin embargo, su mecanismo o mecanismos subyacentes siguen siendo un enigma, que permite únicamente tratar al precipitante o incitador, y jugar con la posibilidad de resistencia y la necesidad de administrar fármacos peligrosos, como la clozapina (discrasias sanguíneas). Por tal razón, es crucial ejecutar un estudio que permita establecer las características psicopatológicas de alucinaciones auditivas en pacientes con crisis suicida.

#### **Procedimientos:**

Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. El investigador le realizará una serie de preguntas enfocadas en la descripción clara de las voces (frecuencia, duración, localización, intensidad, creencias del origen, contenido, impacto y nivel de control sobre las mismas).
2. Además, se le realizarán preguntas generales como edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil así como del entorno clínico, tales como diagnóstico de salud mental, tiempo de diagnóstico y primera crisis suicida.

#### **Riesgos:**

No existirá riesgo alguno, pues solo se le pedirá que resuelva un cuestionario, sin embargo, existe la posibilidad de que alguna de las preguntas pueda generarle alguna incomodidad, usted es libre de contestarlas o no.

#### **Beneficios:**

Se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan. Se le otorgará información mediante links de acceso sobre alucinaciones auditivas.

#### **Costos y compensación**

Los costos serán cubiertos por el estudio y no le ocasionarán gasto alguno. No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

#### **Confidencialidad:**

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Sólo los investigadores tendrán acceso a las bases de datos. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se

mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

**Derechos del participante:**

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio.

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: [orvei.ciei@oficinas-upch.pe](mailto:orvei.ciei@oficinas-upch.pe).

Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH:

<https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

**Una copia de este consentimiento informado le será entregada.**

**DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

_____	_____	_____
<b>Nombres y Apellidos Participante</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha y Hora</b>

_____	_____	_____
<b>Nombres y Apellidos Testigo (si el participante es analfabeto)</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha y Hora</b>

_____	_____	_____
<b>Nombres y Apellidos Investigador</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha y Hora</b>