

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Segunda Especialidad en Cirugía General



**ADECUACION CULTURAL DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA
POBLACIÓN QUECHUA HABLANTE ATENDIDA EN EL ÁREA DE CIRUGÍA
DEL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS 2020**

**Proyecto de investigación presentado
por el M.C.**

Velasque Guillen Miguel Ángel

**Para optar el Título de segunda
especialidad en Cirugía General.**

Asesor:

Dra. Muñoz Del Carpio Toia Agueda

Arequipa- Perú

2021

RESUMEN

El Consentimiento informado es vital a la hora de tomar una decisión para salvar la vida de un paciente, además el paciente debe ser capaz de comprender el riesgo al cual va ser sometido, con ello se garantiza la protección del profesional y se cumplen con informar al paciente, por ello es de interés determinar el grado de comprensión del Consentimiento informado en los pacientes quechua hablantes que asisten al área de cirugía en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas 2020. El estudio fue Prospectivo, longitudinal, de enfoque cuantitativo, nivel explicativo de diseño cuasi experimental de intervención educativa. La población de estudio serán los pacientes que asisten al área de cirugía general en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas 2020, para recoger los datos se utilizará un cuestionario, además se realizará la adecuada e intervención con el consentimiento informado traducido al idioma quechua.

Palabras clave: Consentimiento informado, cirugía general, quechua, comprensión de información, adecuación cultural

ABSTRACT

Informed consent is vital when making a decision to save the life of a patient, in addition, the patient must be able to understand the risk to which they will be subjected, with this the protection of the professional is guaranteed and they comply with informing the For this reason, it is of interest to determine the degree of understanding of the Informed Consent in Quechua-speaking patients who attend the surgery area at the Hospital Sub Regional de Andahuaylas 2020. The study was prospective, longitudinal, with a quantitative approach, explanatory level of design quasi experimental of educative intervention. The study population will be the patients who attend the general surgery area at the Hospital Sub Regional de Andahuaylas 2020, a questionnaire will be used to collect the data, in addition, the appropriate intervention will be carried out with the informed consent translated into the Quechua language.

Keywords: Informed consent, general surgery, Quechua, understanding of information, cultural appropriateness

INDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
I. PREÁMBULO	5
II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	6
1. Problema de Investigación	6
2. Marco Conceptual	9
3. Análisis de antecedentes investigativos.....	16
4. Objetivos.....	20
5. Hipótesis	20
III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	21
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	21
2. Campo de verificación.....	21
3. Estrategia de recolección de datos.....	22
IV. CRONOGRAMA DEL TRABAJO	24
V. REFERENCIA... ..	25
VI. ANEXOS... ..	27

I. PREÁMBULO

Al realizar estudios en población que tiene como lengua materna el idioma quechua debe tenerse especial cuidado en el uso del Consentimiento Informado (CI), se debe asegurar que los individuos comprenden claramente los objetivos, métodos, riesgos y beneficios del procedimiento del cual van a aceptar ser parte a través de este documento legal.

En un gran número de ocasiones los individuos no logran comprender a totalidad el CI y solo aceptan sin tener claro los motivos y los porqués de los procedimientos y su desarrollo. En el CI se toman en cuenta y se explican aspectos cruciales de los procedimientos a llevar a cabo, los objetivos, los riesgos y posibles beneficios que tendrán los individuos. También se hará énfasis en la confidencialidad, las personas en contacto, el grado de participación voluntaria, los resultados, el derecho que tienen los participantes entre otros aspectos muy importantes.

Frente a estos acontecimientos, existe la necesidad que se busquen alternativas de mejorar frente a los procesos de toma del CI, para que los pacientes comprendan toda la información, esta situación es un acto de respeto, responsabilidad del tipo individual, colectiva e institucional. También un acto de autonomía, dignidad y justicia en todo sentido, tanto para el médico y los pacientes.

Para este fin se realizará un estudio cuasi experimental, prospectivo de intervención en los pacientes que asisten al Hospital sub regional de Andahuaylas para verificar el grado de comprensión del CI en las poblaciones quechua hablantes y si cumple con los requisitos adecuados. También será importante determinar el grado de comprensión en los individuos estudiados sobre el contenido del CI.

Existe una alta expectativa con los resultados que se obtendrán, ya que así se podrán mejorar y crear mejores CI, para tener un trato justo, igualitario y digno con la población quechua hablante de nuestra comunidad.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

2.1 Problema de investigación

2.1.1 Enunciado del problema

¿Cuál es el grado de comprensión del CI en los pacientes quechua hablantes que asisten al área de cirugía en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas 2020?

2.1.2 Descripción del problema

El Perú esta caracterizado por una amplia variedad cultural en todos los aspectos, tipos de vivienda, comidas y el idioma. El territorio peruano presenta una gran variedad lingüística con 55 pueblos originarios, además de 47 lenguas de origen propio que son habladas por 4 millones de individuos en las tres regiones naturales del país¹.

La variedad de lenguas y dialectos que existen en el Perú, donde las tres principales ramas son: quechua, aimara y las lenguas amazónicas, pero esta diversidad también tiene sus dificultades y una de las principales es el descuido por parte de las autoridades, ya que la mayoría de las personas que hablan estas lenguas se encuentran en las zonas rurales, la educación no esta descentralizada lo suficiente y tiene como propiedad las zonas urbanas. Según datos del INEI (2017) las personas que manifestaron hablar quechua fueron mas de 3.5 millones (14%), aimara mas de 400 mil (1.8%), otra lengua nativa 213 mil (0.87%) y otro tipo de lengua 80 mil (0.34%)².

Esta gran cantidad de quechua – hablantes tienen deficiencias en la atención de salud, física, psicológica y social. Los instrumentos que se utilizan para medir o recoger los datos de las personas generalmente son limitados o no cuentan con una traducción adecuada. Ello ha causado que a las personas que hablan quechua se les pida información y llenen documentos en castellano, muchas veces sin entender en su totalidad lo que están leyendo. Esta situación también refleja el poco interés por parte del estado para la promoción adecuada de la salud y el trato digno de aquellas personas que tienen otro tipo de lengua materna.

Esta situación se ha visto agudizada con la actual coyuntura de la pandemia, los establecimientos de salud han rebalsado su capacidad y las personas en estado de vulnerabilidad económica o por edad se han visto afectadas de manera directa, aquellas que hablan quechua también han sufrido por la discriminación y por no contar con los instrumentos adecuados y fiables. El consentimiento informado es una parte crucial durante la atención de los pacientes y el hecho que no pueda cumplir con su objetivo

por la falta de comprensión de los mismos pone en riesgo el desarrollo adecuado del acto médico, además tener un CI en quechua es un acto de dignidad y respeto para las personas quechua hablantes que han sufrido de discriminaciones de toda índole durante muchos años.

Por lo mencionado esta investigación tiene como objetivo determinar el grado de comprensión del CI en los pacientes quechua hablantes que asisten al Hospital Sub regional de Andahuaylas 2020.

2.2 Área del conocimiento

Área General: Ciencias de la Salud Área Específica: Medicina humana

Especialidad: Cirugía general

Línea: Consentimiento informado

2.3 Análisis u Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores
Adecuación cultural	CI sin adecuación	-Presentación -Comunicación -Explicación sobre procedimientos - Riesgos para el paciente - Entendimiento - Participación voluntaria - Confidencialidad
	CI con adecuación cultural	
Intervención informativa	Planificación	Establecer objetivos. Metodología Estrategias Tiempo
	Ejecución	Desarrollo de la intervención
	Evaluación	Pre adecuación Post adecuación

2.4 Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el grado de comprensión del CI sin adecuar culturalmente en pacientes que asisten al Hospital sub Regional de Andahuaylas 2020?
- ¿Cuál es el grado de comprensión del CI adecuado culturalmente en pacientes que asisten al Hospital sub Regional de Andahuaylas 2020?
- ¿Cuál es el grado de comprensión del CI adecuado culturalmente según características sociodemográficas en pacientes que asisten al Hospital sub Regional de Andahuaylas 2020?

2.5 Tipo y nivel de investigación

Tipo de investigación: Prospectivo, longitudinal, cuasi experimental, de enfoque cuantitativo.

Nivel explicativo, diseño antes y después.

2.6 Justificación

Teórica: Durante el proceso de investigación y realización de procedimientos médicos se requiere la autorización por parte de los sujetos de estudios o aquellos pacientes que van a ser sometidos a intervenciones con cierto riesgo, en los casos donde los individuos tienen como lengua materna otro idioma distinto al castellano, no comprenden totalmente los objetivos, riesgos y derechos que se manifiestan a través del CI.

Practica: Con el desarrollo de la presente investigación se beneficiará a los pacientes que asisten al hospital sub Regional de Andahuaylas, se respetarán los principios éticos, el respeto y la dignidad de los pacientes. También ellos podrán tener mas claros los pros y contras de los procedimientos a los cuales van a ser sometidos para asi tener un entendimiento y control total de sus decisiones, todo ello basado en los principios de beneficencia y justicia hacia los participantes de la investigación.

Metodológica: Se crearán o modificaran instrumentos que pueden quedar para futuras investigaciones, para aquellos que quisieran seguir la misma línea de investigación o buscar asociaciones futuras con otras variables.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 Consentimiento informado generalidades

A lo largo de las actividades nosocomiales es necesario recopilar información de los individuos que participaran, además de obtener su permiso para realizar las actividades clínicas necesarias a favor de la salud del paciente.

El procedimiento de consentimiento informado sucede cuando un paciente autoriza un procedimiento o intervención médica basándose en la comprensión de los riesgos, beneficios y alternativas. Este proceso asegura el respeto a las decisiones libres de los pacientes, ello se deriva del principio moral del respeto a las personas. Un proceso válido de consentimiento informado requiere cuatro cosas: voluntariedad, la decisión está libre de coerción o influencias indebidas, divulgación es el intercambio de información por parte del médico relevante a la decisión del paciente, comprensión apreciación de los riesgos, beneficios y naturaleza del procedimiento y capacidad de participar en una deliberación razonada, comparando los riesgos y beneficios del procedimiento con los objetivos de la vida personal. Este documento puede verse comprometido cuando falta alguno de estos elementos. En caso las decisiones no sean voluntarias, sino que se toma bajo coacción por parte de un médico, un familiar u otro tercero, no se trata de un consentimiento informado. Del mismo modo, si un paciente carece de la capacidad para participar en la toma de decisiones razonada, el consentimiento informado no es posible. En otras palabras, para que el consentimiento informado logre el objetivo de respetar a las personas, cada uno de estos componentes debe estar presente³.

Es un documento sumamente importante, ha servido con mucho éxito para evitar problemas posteriores a las atenciones, para informar a los pacientes de los procedimientos y como un documento legal para proteger el ejercicio de la medicina pero en cierta forma se ha vuelto central e importante para la forma en que los médicos practican que pueden no reconocer momentos en los cuales los pacientes no tengan la capacidad o se encuentren disminuidos cognitivamente por su propia enfermedad y no puedan dar su consentimiento adecuadamente. Un paciente abrumado, con su capacidad para dar consentimiento comprometida debe ser tratado buscando la manera de protegerlos como una obligación ética. Estos pacientes necesitan apoyo y sobre todo aquellos que tengan dudas o no entiendan la información y necesitan modelos

alternativos de toma de decisiones médicas, los pacientes que hablen otros idiomas como lengua nativa, como lo son el quechua, aymara o algún otro dialecto⁴.

El consentimiento informado es una forma valiosa en la que los médicos intentan cumplir con su obligación de respetar la autonomía del paciente. Pero los médicos también tienen otras obligaciones éticas, incluidas la beneficencia y la no maleficencia.

3.2 Capacidad de los pacientes para comprender el consentimiento

Un paciente puede tener la capacidad de tomar algunas decisiones, pero no otras. En una cuanto mayor sea el riesgo que se va correr y cuanto más matizada sea la información involucrada en la toma de la decisión, mayor será el umbral para considerar que un paciente tiene capacidad. Para decisiones de gran importancia, de vida o muerte, con información médica compleja como en el caso de cirugías complicadas se requeriría una alta capacidad de entendimiento. Esto significa que se requeriría que un paciente demuestre una mayor capacidad para procesar y razonar sobre la información compleja involucrada que la necesaria para decisiones menos exigentes o de menor importancia. En caso una persona rechaza un procedimiento quirúrgico que le salva la vida, cuyos riesgos son insignificantes y el rechazo daría lugar a una muerte segura, el grado para aceptar el rechazo de la cirugía como rechazo informado y autónomo es bastante alto. Un cirujano que se enfrente a un paciente así querría hacer todo lo posible para asegurarse de que el paciente realmente comprenda la elección y sus implicaciones, y que coincidan con los objetivos y valores de vida del paciente, para garantizar que la negativa del paciente sea una elección autónoma. Si la paciente fuera menor de edad y que no quería una cicatriz quirúrgica en caso de cirugías, por lo tanto, la rechaza, es probable que no se haya alcanzado el grado de entendimiento adecuado⁵.

En caso de personas que hablen un idioma diferente como quechua, aymara o algún dialecto debe asegurarse que entiendan la totalidad del consentimiento, los objetivos, los riesgos los métodos. En muchos casos aquellos pacientes provenientes de comunidades quechua hablantes no comprenden en su totalidad el consentimiento y solo aceptan por vergüenza a preguntar, también porque no pueden expresarse correctamente en español. Por ello el personal de salud, sobre todo los médicos deben

buscar alternativas para que el consentimiento sea completamente entendible por parte de todos los pacientes⁶.

Una de los principales cambios en el consentimiento sería su adecuación cultura con los pacientes que tienen problemas para entenderlo, sobre todo si a la institución de salud acuden personas que hablan otro idioma. Debe transcribirse el contenido del consentimiento a la lengua nativa de los pacientes, también podrían usarse ayudas digitales, tablets, imágenes impresas, etc. Toda ayuda es necesaria para cumplir con el objetivo principal del consentimiento que es darse a entender sobre los riesgos, beneficios y todas las particularidades de la actividad a la cual van a ser sometidos los pacientes. Por medio de la adecuación del consentimiento, se puede generar la confianza necesaria para que aquellas comunidades quechua hablantes y sus líderes puedan ser atendidos de manera adecuada⁷.

3.3 Variables que influyen para la comprensión del consentimiento informado

Factores relacionados con el paciente.

Uno de los principales inconvenientes que se presentan es el paciente inconsciente, el cual carece de capacidad para tomar incluso las decisiones más básicas. Un paciente que está bajo la influencia del alcohol o drogas alucinógenas puede carecer de capacidad para la mayoría de las decisiones. Los niños muy pequeños carecen de la capacidad para tomar decisiones médicas. Pero también hay casos más sutiles en los que no está claro hasta qué punto la capacidad está influenciada por factores relacionados con el paciente. Es posible que algunos pacientes no tengan el nivel educativo o la capacidad intelectual para comprender las opciones que tienen ante sí si las opciones son científicamente complejas. Otro de los problemas es las relaciones con las barreras lingüísticas y culturales, este problema afecta principalmente a la hora de comprender la información que se presenta en el consentimiento y la mayoría de personas firma el documento sin realmente comprender lo que este escrito en el. En algunas situaciones médicas, podría ser que dichos pacientes tengan un desafío lo suficientemente significativo para comprender que debe alertar al médico sobre una capacidad potencialmente disminuida⁸.

La experiencia vivida previamente, el miedo, preocupación, toda y la carga cognitiva, que puede afectar la capacidad de decisión del paciente, Appelbaum menciona que el miedo o la ansiedad parecen estar interfiriendo con la capacidad de

un paciente para atender y procesar información, presentar a un confidente o asesor conocido y de confianza en el proceso de consentimiento puede permitirle al paciente hacer juicios competentes. Si el apoyo relacional adicional no resuelve el problema, sostiene que debe buscarse un sustituto en la toma de decisiones. No hace falta decir que el uso de un sustituto en la toma de decisiones debe reservarse para los casos en los que la capacidad de toma de decisiones de un paciente se vea comprometida hasta el punto de que no pueda participar en la toma de decisiones médicas con respecto al tema en cuestión. Los sustitutos no son lo mismo que los confidentes que brindan apoyo, y los médicos deben distinguir entre ellos. Un sustituto toma decisiones en nombre del paciente y el sustituto autoriza los tratamientos médicos. Los sustitutos solo se utilizan cuando el paciente no puede tomar decisiones por sí mismo⁹.

Factores relacionados con la información

La capacidad de decisión también se puede ver afectada por la complejidad del procedimiento y la información que es presentada en el consentimiento, cuanto más compleja, científicamente avanzada e intelectualmente exigente se vuelve la información, mayor será la capacidad de comprensión de los pacientes para dar su consentimiento. Algunos tipos de información médica contienen estimaciones de probabilidad que requieren capacitación para comprender completamente y poner a prueba la capacidad de los pacientes para comprender y deliberar. Si la capacidad de decisión se aplica a los factores del paciente, también se aplica a los factores de información. Por un lado, se encuentra información sencilla y comprensible sobre un procedimiento y sus riesgos y beneficios que es clara y fácilmente comprensible. A medida que esta información se vuelve más voluminosa y compleja, la carga sobre la capacidad aumenta. En algunas ocasiones podría haber una excepción y el paciente será capaz de entender toda la información por muy compleja que esta parezca ser, pero para la mayoría de los pacientes, será imposible una comprensión total y un consentimiento verdaderamente informado¹⁰.

Factores relacionados con la comunicación

La habilidad, el lenguaje y la forma que los médicos utilizan para comunicar información relevante del consentimiento, procedimientos, riesgos y pautas es compleja para los pacientes e influye en la comprensión que alcanzan los mismos. Por ejemplo, hacer uso de ayudas para la toma de decisiones, extender el marco de tiempo

decisorio y comunicar conceptos complejos en fragmentos digeribles puede ayudar a la comprensión del paciente.

El hecho de lanzar una gran cantidad de información compleja sobre un paciente desafiaría su comprensión. La capacidad del galeno para comunicar información compleja es, por tanto, una variable importante que incide en la capacidad de decisión. Por lo tanto, es importante que los médicos tengan habilidades y experiencia relacionadas con la comunicación de información, facilitando la comprensión y reduciendo los efectos de la sobrecarga emocional. Incluso en algunos casos especiales, donde el personal médico trabaje en una zona con una presencia numerosa de personas que hablen otros idiomas, los médicos deben tener conocimiento sobre este idioma, por lo menos cosas básicas o términos médicos esenciales para así facilitar la comprensión del consentimiento a los pacientes. Es recomendable que el aprendizaje de tales habilidades se incorpore de forma rutinaria en la formación clínica en todas las disciplinas médicas y que estas habilidades se refuercen mediante la formación especializada en comunicaciones para los médicos en ejercicio¹¹.

3.4 Factores que influyen en la toma de decisión del paciente

Factor emocional

Un paciente puede sentirse afligido emocionalmente por la experiencia de la enfermedad y por las implicaciones y la complejidad de las decisiones a las que se enfrenta ahora. Tener estos sentimientos de inseguridad, miedo, ansiedad pueden influir al momento de firmar el consentimiento informado y requerir que el médico tome medidas adicionales para asegurarse de que se haya alcanzado una elección autónoma a través de un proceso de consentimiento informado¹². El consentimiento informado aún puede ser posible en este caso, pero es más difícil de obtener ya que la capacidad del paciente para tomar decisiones está sujeta sus impulsos, el médico debe hacer un esfuerzo adicional para garantizar la integridad del proceso de consentimiento informado tomando medidas que puedan proteger a los pacientes contra los efectos negativos de esta situación que lo abruma, se puede tomar en cuenta:

- Permitir que el paciente reciba apoyo por parte de familiares y seres queridos.
- Tener un enfoque de atención multidisciplinario, el paciente debe recibir apoyo de varios miembros del equipo asistencial, apoyo psicológico.

- Si es posible darle el tiempo necesario al paciente, para que pueda entender la información brindada y utilizar todo el material a la mano para que tenga todas las facilidades.

Sobrecarga de información

La capacidad de un paciente para dar su consentimiento informado también puede verse comprometida por la complejidad, la incertidumbre y la cantidad de información que se le presenta, como puede ocurrir con la aparición de técnicas, procedimientos y el insumo de medicación novedosa. La sobrecarga de información está presente cuando la información requerida para proporcionar el consentimiento informado es de tal complejidad, cantidad que hace imposible que un paciente tome una decisión informada porque la capacidad de toma de decisiones del paciente está abrumada, el paciente está en efecto incapacitado para la decisión en cuestión.

Un médico debe tener la obligación ética de proteger a su paciente contra daños. Hay casos en los que el consentimiento informado no es posible desde el principio debido a la sobrecarga de información y es su labor hacer comprender a los pacientes que se encuentren emocionalmente comprometidos o no puedan comprender la información en su totalidad. Lo que incapacita al paciente es la propia información¹³.

3.5 Idioma quechua y dialectos, generalidades

Origen

Diferentes estudios dialectológicos, así como diccionarios y gramáticas mencionan como frontera natural y lingüística al río Pachachaca que cruza el departamento de Apurímac: al este se presenta la variedad cuzqueña y al oeste la variedad ayacuchana.¹⁴

Rowe fue el primero en observar las correspondencias sistemáticas entre los dialectos modernos Cuzco-Collao y Ayacucho-Chanka. Él comparó dichas variedades con el quechua del siglo XVII descrito por González Holguín (1607- 1608). Rowe encontró que las glotalizadas y las aspiradas presentes en el quechua cuzqueño actual y comprobadas en el vocabulario de González Holguín no se encontraban en el dialecto ayacuchano; también observó que el Cuzco-Collao moderno mostraba segmentos fricativos en final de sílaba, a diferencia del Ayacucho-Chanka que sólo fricativiza */q/¹⁴.

Los dialectos quechuas modernos son clasificados en dos grupos, quechua A y Quechua B (Parker 1963), quechua II y Quechua I, respectivamente (Torero 1964). Al interior de ambos grupos, dos dialectos cualesquiera son mutuamente comprensibles; pero un dialecto del quechua A (Q.A) no resulta comprensible a hablantes de dialectos del Quechua B (Q.B). “La diferencia se debe menos a disparidades fonológicas constantes que a la falta de correspondencias formales y/o semánticas entre los sufijos y a una falta considerable de cognados en el léxico”

El Territorio del Q.I.- Comprende los departamentos peruanos de Áncash, Huánuco, Pasco y Junín, el noreste y el sureste de Lima y el noreste de Ica en forma casi continua, salvo una breve interrupción en la provincia de Yauyos (por la presencia del Jacaru y Cauqui) en el departamento de Lima.

El Territorio del Q. II.- El Q.II abarca las hablas de las provincias de Santiago del Estero y Jujuy (Argentina), gran parte de Bolivia, en los departamentos de Arequipa, Puno, Cuzco, Apurímac y Huancavelica, en las provincias de Canta y Yauyos (Lima), en Cajamarca, Provincia de Lamas (San Martín) en las inmediaciones del río Pastaza (Loreto) y en el Ecuador. Se extiende con varias interrupciones que detallamos a continuación:

1. La lengua aimara se habla en el altiplano andino de Perú, Bolivia y Chile, desde la parte norte del Lago Titicaca hasta el sur del Lago Poopó. En el Perú, se habla aimara también en las tierras altas de los departamentos de Moquegua (provincia Mariscal Nieto) y Tacna (provincia Tarata) y en los departamentos de Arequipa (provincias de Arequipa e Islay), Lima y Cuzco (Briggs 1993: 3).
2. El Q.I, se habla en la zona que mencionamos líneas atrás.
3. El Jacaru y el Cauqui se hablan en la provincia limeña de Yauyos, en los pueblos de Tupe y Cachuy, respectivamente¹⁴.

Dialecto Ayacucho-Chanca

Se habla en los departamentos de Huancavelica y Ayacucho y la mitad occidental de Apurímac con bastante homogeneidad. La oclusiva uvular del protoquechua se presenta fricativa. Torero señala que las zonas de Moya y Vilcas al norte de este dialecto son las únicas que en el Chinchay meridional conservan las oposiciones protoquechuas entre /è/ y /cr/, /s/ y /š/.

Dialecto Cuzco Collao

Se habla en el Perú desde la mitad oriental del departamento de Apurímac; siguiendo en Bolivia, en Argentina en las provincias de Salta y Jujuy y en una parte de la provincia de Antofagasta (Chile). Se caracteriza por presentar una triple oposición de oclusivas y africadas en posición inicial de sílaba, las llamadas laringalizadas (glotalizadas y aspiradas) y simples. Esta característica es una innovación según Torero, pues se debe al estrecho contacto del cuzqueño boliviano con el aimara. También ha confundido la oposición */s/ y */š/, aunque algunas hablas han “readquirido” /š/ por desgaste de /è/ en final de sílaba¹⁴.

3. Análisis de antecedentes investigativos:

Antecedentes Nacionales

Adecuación cultural y capacitación acerca del proceso de consentimiento informado en proyecto sobre nutrición escolar en un pueblo indígena aymara de Perú

Muñoz Agueda et al

Tuvo como finalidad establecer el grado de comprensión del consentimiento informado, en una comunidad aymra peruana, el estudio enfocado hacia un proyecto de nutrición escolar. Fue un estudio cuasi experimental, prospectivo, con intervención educacional, longitudinal, se les indico a los líderes de la comunidad, los procedimientos y objetivos que se iban a realizar, la población de estudio fueron 70 individuos. Como instrumento se utilizó un cuestionario, dos formatos de consentimiento informado con adecuación cultural. Se encontró que hubo una diferencia significativa luego de la intervención educativa y la adecuación cultural¹⁵.

Conocimiento y calidad sobre el formato quirúrgico de consentimiento informado en pacientes del servicio de cirugía general, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco, 2018

Huilcahuaman Redy

Tiene como objetivo medir la calidad y el conocimiento de los individuos que asisten al servicio de cirugía. La investigación fue descriptiva, transversal dirigida a 198

individuos, es encontró una prevalencia del sexo masculino, edad mayor a 60 años, lengua materna castellano (81.7%), grado de instrucción secundaria (45.8%), un gran porcentaje de pacientes leían el documento menos de 5 min (67%), conocen el nombre de su médico tratante (68.4%), fueron informados del diagnóstico (95.8%), no entendieron el consentimiento (70.6%), lo firmaron sin tomar interés en lo que estaba escrito (98.7%). Se encontró conocimiento deficiente, además la calidad del consentimiento fue deficiente¹⁶.

Conocimiento y valoración del consentimiento informado en médicos y pacientes de un hospital público del Callao

Tarazona Roberto

Establecer el conocimiento y su valoración en nosocomio de la provincia porteña peruana, la población de estudio fueron 30 pacientes y 10 personal médico. Como técnica fue utilizada la entrevista y el instrumento una guía entrevista. Se encontraron carencias y deficiencias, los pacientes no conocen todos sus derechos y generalmente no toman la debida importancia a este documento, en varios casos no comprenden la información que se les brinda y en ocasiones el idioma es distinto a su lengua materna. Así mismo el personal médico no da el valor adecuado a los consentimientos o tienen una idea y valoración distorsionada. Los pacientes y personal de salud deben tomar mayor importancia a este documento, sobre todo el personal de salud debe fomentar la correcta interpretación y entendimiento del consentimiento informado¹⁷.

Antecedentes Internacionales

Desafíos en la toma de decisiones por consentimiento informado en la investigación clínica coreana: una perspectiva del participante

Choi Im-Soon et al

Con la finalidad de determinar capacidad, entendimiento por parte de los pacientes en relación al consentimiento informado. La muestra estuvo compuesta por 21 individuos. Se encontró que los participantes no entendieron de manera total la información brindada, además los participantes no buscaron ayuda por parte de los investigadores a la hora de resolver sus dudas de acuerdo a la información que no comprendieron. Los participantes no tenían la capacidad suficiente ni la libertad para llenar el consentimiento informado de manera adecuada. El consentimiento informado

no es muy confiable ni entendible, además se requiere mayor información para que se cumpla con la norma internacional¹⁸.

Consentimiento informado en pacientes con síndrome de fragilidad

Silbert Brendan

La fragilidad se presenta en más del 35% de los pacientes de 65 años que asisten a cirugía, esto genera problemas al momento de realizar el consentimiento informado. La presencia de riesgo exacerbado por la edad del paciente no es tomada en cuenta como debería. Así mismo las personas de edad avanzada tienen alta prevalencia de compromiso neurocognitivo y esta situación compromete su autonomía y debe tenerse sumo cuidado para analizar la capacidad que tienen los pacientes para dar el consentimiento informado. La obtención del consentimiento en aquellos pacientes ancianos que están comprometidos mentalmente o tienen dificultades motoras es crítico, debe evaluarse de manera integral el grado de capacidad que poseen sobre todo en caso de cirugías de alto riesgo, debe tenerse un mayor rango de tiempo siempre que sea posible, además tener en cuenta el objetivo en teoría planteado por el consentimiento informado y la realidad que se presenta al momento de la práctica clínica¹⁹.

Intervenciones para mejorar la comprensión del paciente en el consentimiento informado para procedimientos médicos y quirúrgicos: una revisión sistemática actualizada

Glaser Johanna et al.

Se realizó una búsqueda en MEDLINE y EMBASE (2008-2018). Fueron cincuenta y dos estudios, los datos demostraron, mejoras por sobre el consentimiento informado clásico, se aprecia mejoras estadísticamente significativas en la comprensión del paciente con el 42.7% de las intervenciones escritas, el 55.8% de las intervenciones audiovisuales, el 67.3% (2/3) de las intervenciones de componentes múltiples, 85.2 % de intervenciones digitales interactivas y 100% de discusión verbal con pruebas / retroalimentación o intervenciones de enseñanza. El ochenta y cinco por ciento de los estudios analizaron la comprensión de los riesgos por parte de los pacientes, el 69.4% el conocimiento general sobre el procedimiento, el 35.6%, la comprensión de los beneficios y el 33% comprensión de alternativas. El nivel de educación. Conclusiones. Las intervenciones para mejorar la comprensión del paciente en el consentimiento

informado son heterogéneas. Las intervenciones interactivas, particularmente con componentes de prueba / retroalimentación o enseñanza, parecen superiores²⁰.

Un instrumento adaptado para evaluar la comprensión del consentimiento informado entre los jóvenes y los padres en las zonas rurales del oeste de Kenia: un estudio de validación

Afolabi Muhammed et al.

La investigación fue realizada con el fin de evaluar la comprensión de la información en un consentimiento informado en un entorno cultural y lingüístico distinto. La investigación fue longitudinal, descriptiva correlacional dirigida a un grupo de 235 participantes, se utilizó como cuestionario un instrumento. Se encontró que más del 81% respondieron a las preguntas correctamente, además quedo evidenciado que la adaptación y validación transcultural del cuestionario para la comprensión del consentimiento informado es factible, sobre todo dada la importancia de este documento para la realización de procedimientos de diversa índole, que las personas puedan comprender satisfactoriamente toda la información brindada²¹.

Barreras del idioma, consentimiento informado y atención eficaz

Forrow Lachlan et al.

El estudio buscó determinar la eficacia de la intervención en un grupo de personas para mejorar la comprensión del consentimiento informado. Para realizar la intervención, instalaron unos teléfonos al lado de la cama de los pacientes, para que se comuniquen con interpretes las 24 horas del en caso tuvieran alguna duda sobre los términos médicos y el idioma, las preguntas que se realizaron estuvieron basada en que si los pacientes entendían porque se iban a someter a un procedimiento quirúrgico y si entendían los riesgos de esta intervención. Se encontró un aumento de comprensión de información del 29% al 54%, luego de la intervención. El consentimiento informado es una herramienta imprescindible al momento de informar al paciente sobre los riesgos de las intervenciones, por ello es muy importante que los pacientes se encuentren totalmente informados sobre los puntos que se tratan en el documento, además que las barreras del lenguaje no sean impedimento a la hora de comprender y autorizar alguna intervención por el bienestar el paciente²².

Objetivo general

Determinar el grado de comprensión del CI en los pacientes quechua hablantes que asisten al área de cirugía en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas 2020.

Objetivos específicos

- Determinar el grado de comprensión del CI sin adecuar culturalmente en pacientes que asisten al Hospital sub Regional de Andahuaylas 2020.
- Determinar el grado de comprensión del CI adecuado culturalmente en pacientes que asisten al Hospital sub Regional de Andahuaylas 2020.
- Establecer el grado de comprensión del CI adecuado culturalmente según características sociodemográficas en pacientes que asisten al Hospital sub Regional de Andahuaylas 2020.

Hipótesis

H₁: La adecuación cultural de un consentimiento informado es efectiva en la población quechua hablante atendida en el área de cirugía del Hospital Sub Regional de Andahuaylas 2020.

H₀: La adecuación cultural de un consentimiento informado no es efectiva en la población quechua hablante atendida en el área de cirugía del Hospital Sub Regional de Andahuaylas 2020.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

3.1 Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Se aplicará como técnica observación y encuesta.

Instrumentos

Sera utilizada una ficha de recolección de datos (Anexo 1), donde se registrarán los datos sociodemográficos de los pacientes y preguntas pertinentes para la adecuación cultural.

3.2 Campo de verificación

3.2.1 Ubicación espacial

Pacientes que asisten al área de cirugía en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas 2020

3.2.2 Ubicación temporal

El estudio será realizado de enero a agosto del presente

3.2.3 Unidades de estudio

Paciente que asiste al área de cirugía del Hospital Sub Regional de Andahuaylas en el 2020.

3.2.4 Población

Pacientes que asisten al área de cirugía del Hospital Sub Regional de Andahuaylas en el 2020.

Muestra

De acuerdo a los reportes se estima una atención de pacientes en el área de cirugía de 20 aproximadamente al mes, los cuales serán tomados como referencia para el presente estudio.

Por ello la muestra estará conformada por los pacientes que se atienden d manera mensual en el área de cirugía del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, que son un promedio de 20 a los cuales se les aplicara una pre evaluación y posteriormente a la intervención se les aplicara una post evaluación para así determinar si fue efectiva.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años de ambos sexos
- Pacientes que acepten voluntariamente participar del estudio.
- Pacientes del área de cirugía del Hospital sub regional de Andahuaylas.
- Pacientes que presenten una localización temporal y espacial adecuada.

Criterios de exclusión

- Pacientes menores de edad
- Pacientes que no deseen participar de la investigación voluntariamente
- Pacientes comprometidos de manera cognoscitiva
- Pacientes cuya enfermedad les impidan realizar movimientos.

3.3 Estrategia de recolección de datos

3.3.1 Organización

Primeramente, se pedirá permiso a las autoridades pertinentes de la institución de salud donde será realizado el estudio. Además, se les explicará a las autoridades que se trata de una investigación científica y que no supondrá daño alguno o fastidio para los pacientes que acepten ser parte de la misma.

- Cuando se realice la recolección de los datos, las fichas tendrán un identificador numérico así se mantendrá en el anonimato la identidad de las personas.
- Posterior a la recolección de los datos, aquellos incongruentes o incompletos serán descartados, luego se ordenarán para finalmente ser tabulados para su análisis estadístico.

3.3.2 Recursos

Humanos:

- Asesor metodológico.
- Asesor estadístico.
- Ayudante
- Digitador
- Informático

Materiales:

- Laptop o PC
- Lápices, lapiceros
- Hojas bond
- Software estadístico
- Corrector, borrador.

Financieros: El proyecto será totalmente autofinanciado

Validación de los instrumentos

Previo a la construcción del instrumento se procedió a la revisión de la literatura y que para fines de la validez del instrumento.

- En cuanto a la revisión del conocimiento disponible se deduce que está garantizado el 100,0% la validez de contenido, a esto se conoce como **validez racional**.
- Siendo que la definición y medición de la variable adecuación cultural está plenamente definido en la literatura. Está demostrado que la definición y medición de la variable se encuentra disponible en la literatura vigente por lo tanto no se hace necesario la aproximación a la población. Posteriormente se reforzará utilizando la opinión de expertos.

3.3.3 Criterios para manejo de resultados

Para el análisis de los datos de las pruebas en la pre y post adecuación se utilizará la prueba fue elegido para la contrastación el estadístico de prueba Chi² cuadrado de McNemar, además un p valor < 0.05 será considerado como significativo.

IV. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	2021							
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago.
Busquets bibliográfica	x							
Elaboración de proyecto	x							
Presentación para su aprobación		x	x					
Corrección de proyecto			x					
Intervención adecuación y recolección de datos			x	x	x			
Análisis y discusión						x		
Elaboración de conclusiones						x		
Elaboración de informe							x	
Publicación sustentación								x

Referencias:

1. Santos G. Enseñanza de lenguas originarias en las facultades de medicina peruanas. Rev. perú. med. exp. salud pública. 2016; 33(1): 183-184. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342016000100030&lng=es.
2. Sullón K, Huamancayo E, Mori M, Carbajal V. editores. Documento Nacional de Lenguas originarias del Perú. Ministerio de Educación: Lima; 2013.
3. Buchanan AE, Brock DW. Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge, England: Cambridge University Press; 1990:87-134.
4. Beauchamp TL. Informed consent: its history, meaning, and present challenges. Camb Q Healthc Ethics. 2011;20(4):515-523.
5. Yap T, Yamokoski A, Noll R, Drotar D, Zyzanski S, Kodish E. Multi-site Intervention Study to Improve Consent Research Team. A physician-directed intervention: teaching and measuring better informed consent. Acad Med. 2009;84(8):1036-1042.
6. Russell F, Carapetis J, Liddle H, Edwards T, Ruff T, Devitt J. A pilot study of the quality of informed consent materials for Aboriginal participants in clinical trials. J Med Ethics. 2005; 31:490-4.
7. Grady C. Enduring and emerging challenges of informed consent. N Engl J Med. 2015;372(9):855-862.
8. Appelbaum P, Parens E, Waldman C, et al. Models of consent to return of incidental findings in genomic research. Hastings Cent Rep. 2014;44(4):22-32.
9. Nishimura A, Carey J, Erwin P, Tilburt J, Murad M, McCormick JB. Improving understanding in the research informed consent process: A systematic review of 54 interventions tested in randomized control trials. BMC Med Ethics. 2013; 14:28.
10. JS Lee, EJ Pérez-Stable, SE Gregorich, et al. Increased Access to Professional Interpreters in the Hospital Improves Informed Consent for Patients with Limited English Proficiency. J Gen Intern Med. (2017) DOI: 10.1007/s11606-017-3983-4
11. Berg JW, Appelbaum PS, Lidz CW, Parker L. Informed consent: legal theory and clinical practice. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2001.
12. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med. 2012;27(10):1361-1367.

13. Cawich S, Barnett A, Crandon I, Drew S, Gordon-Strachan G. From the patient's perspective: is there a need to improve the quality of informed consent for surgery in training hospitals? *The Permanente Journal*, 2013; 17: 22–26.
14. Carvajal V. Determinación de la frontera dialectal del quechua ayacuchano y cuzqueño en el departamento de Apurímac. Lima (Perú). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2004.
15. Muñoz T, Dueñas A, Sanchez K, Begazo L. Cultural Adequacy and Training with Respect to the Informed Consent Process in a School Nutrition Project for an Aymara Indigenous Community in Peru. *Persona y Bioética*, vol. 21, núm. 1, 2017
16. Huilcahuaman R. Conocimiento y calidad sobre el formato quirúrgico de consentimiento informado en pacientes del servicio de cirugía general, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco, 2018, Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, 2018.
17. Tarazona R. Conocimiento y valoración del consentimiento informado en médicos y pacientes de un hospital público del Callao. Universidad Católica Sede Sapiensae; 2019.
18. Choi I, Choi E, Lee I. Challenges in informed consent decision-making in Korean clinical research: A participant perspective. *PLoS One*. 2019 May 23;14(5):e0216889. doi: 10.1371/journal.pone.0216889
19. Silbert B, Scott D. Informed Consent in Patients With Frailty Syndrome. *Anesth Analg*. 2020 Jun;130(6):1474-1481. doi: 10.1213/ANE.0000000000004629.
20. Glaser J, Nouri S, Fernandez A, Sudore R, Schillinger D, Klein-Fedyshin M, et al. Interventions to Improve Patient Comprehension in Informed Consent for Medical and Surgical Procedures: An Updated Systematic Review. *Med Decis Making*. 2020 Feb;40(2):119-143. doi: 10.1177/0272989X19896348
21. Afolabi M, Rennie S, Hallfors D, et al. An adapted instrument to assess informed consent comprehension among youth and parents in rural western Kenya: a validation study *BMJ Open* 2018;8:e021613. doi: 10.1136/bmjopen-2018-02161
22. Forrow L, Kontrimas J. Language Barriers, Informed Consent, and Effective Caregiving. *J Gen Intern Med*. 2017 Aug;32(8):855-857. doi: 10.1007/s11606-017-4068-0.

Anexo:

Datos sociodemográficos

Edad:

Sexo: F----- M-----

Grado de instrucción: Primaria ()

Secundaria Incompleta ()

Secundaria Completa ()

Técnico ()

Superior Universitario ()

Estado civil:

Soltero ()

Casado ()

Divorciado ()

Viudo ()

- Se siente satisfecho con la información planteada en el consentimiento informado:
sí () no ()
- El cambio de idioma al quechua es el adecuado Si () No ()
- Cree usted que se debería mejorar la adecuación del consentimiento informado
Si () No ()
- Sabe para qué sirve un consentimiento informado si () no ()
- El consentimiento informado es una autorización que usted brinda para que se
realice el procedimiento SI () No ()
- En caso usted no se sienta bien o no pueda realizar la firma de autorización, puede
hacerlo su acompañante o conyugue Si () no ()
- Cree usted que es necesario que el consentimiento informado presente adecuación
a otros idiomas si () no ()
- Cree que es necesario mejorar algo en esta adecuación Si () No ()

Por qué

Consentimiento informado

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE TIPO ELECTIVO

Nombre del Establecimiento de Salud :

Servicio :

Nº de Cama :

Yo, Don/ Doña de edad, de sexo con grado de instrucción y de ocupación identificado con en mi calidad de paciente y en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, declaro haber recibido y entendido la información brindada en forma respetuosa y con claridad, por el /la Médico tratante, Médico de guardia, Enfermera Jefa etc., sobre mi estado de salud, los riesgos reales y potenciales que se pueden presentar como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco, de los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento que requiero.



He comprendido que las molestias por las que he consultado están provocadas por la enfermedad que padezco, cuyo diagnóstico es

Para lo cual requiero de un tratamiento quirúrgico denominado según el informe proporcionado por mi médico tratante.

Asimismo, me han informado de las molestias o consecuencias previsibles de dicho procedimiento quirúrgico, que son :



Y de los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento quirúrgico en mención que son :



Así como, de sus ventajas y beneficios que son :

Soy consciente de los riesgos personalizados, que son :



Los cuales pueden aumentar la probabilidad de las complicaciones

Por ello manifiesto mi consentimiento en forma libre y voluntaria, sobre la intervención quirúrgica que va a realizarme el Dr. Médico cirujano general o Especialista en del Servicio de donde vengo siendo atendido, quien mostrando respeto, paciencia y dedicación para con mi caso y mi persona me ha(n) informado ampliamente acerca de mi enfermedad.

Asimismo, declaro haber recibido la visita del médico(s) anestesiólogo(s). Dr.(es)..... quien (es) me ha(n) explicado los beneficios y riesgos del tipo de anestesia a utilizar.

Los facultativos me han asegurado que se tomarán todas las medidas y precauciones para reducir en lo posible el riesgo y las probables complicaciones de la enfermedad, de la intervención quirúrgica y de la anestesia.

Se me ha explicado y he comprendido que la firma del presente documento no exime de responsabilidad a mi(s) médico(s) tratante(s), y que en cualquier momento antes de la operación y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo comunicar mi necesidad de revocar el consentimiento que ahora puedo prestar.

También, de ser el caso, se me ha informado sobre la posibilidad de tratamientos alternativosy no han dejado de referirse e informarme a cerca de las consecuencias o riesgos de no aceptar el tratamiento, las mismas que son :

.....

Asimismo, doy fe de la disposición que han mostrado el / los médico(s) para responder a todas mis preguntas de manera clara y precisa, intentando absolver al íntegro todas las dudas que he planteado, para lo cual de ser necesario y por voluntad del propio médico(s) o a solicitud mía, he recibido información escrita al respecto.

Por lo tanto, en forma conciente y voluntaria, luego de haber escuchado la información y explicaciones de mi(s) médico(s) tratante(s), sin haber sido objeto de coacción, persuasión, ni manipulación por parte de el o ellos, ni por ningún otro personal de salud, y luego de haber leído detenidamente la información escrita que se me ha proporcionado con tiempo (de haber sido necesario) así como el documento de autorización que se me ha alcanzado.



Manifiesto lo siguiente: Deberá ser llenado por el / la paciente

Que me considero **SATISFECHO** **INSATISFECHO** con la información recibida y que **COMPRENDO** **NO COMPRENDO** la indicación, los beneficios, además de los riesgos y posibles complicaciones que podrían desprenderse de dicho acto médico.

Y en tales condiciones **SI** **NO**..... **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice la Cirugía propuesta consistente en:

Al otorgar mi consentimiento, declaro además estar de acuerdo en recibir la anestesia y el tratamiento médico que deriva de la intervención quirúrgica (antibióticos, analgésicos, etc.) y que se efectúen los estudios necesarios para lograr el diagnóstico definitivo de la enfermedad que actualmente presento. (biopsias). A su vez, admito los cambios del procedimiento quirúrgico y anestésico (anestesia local/ peridural/ raquídea/ general) que los médicos consideren indispensables en mi beneficio, los cuales también me han sido explicados. Y por ende, acepto el riesgo de vida propio del acto quirúrgico y la anestesia, así como las alteraciones previsibles de mi integridad física provocadas por las acciones efectuadas para tratar mi enfermedad.

De otro lado, **SI** **NO** autorizo que se fotografíe o televise la intervención quirúrgica que efectuarán, para utilizarla con fines médico – de docencia e investigación, siempre que mi identidad no sea revelada.

Cualquiera haya sido mi decisión, guardo en mi poder una copia idéntica de este documento que me ha ofrecido el/los médico(s) y firmo el presente en pleno uso de mis facultades mentales, el mismo que debe incluirse en mi Historia Clínica obligatoriamente.

FIRMA DEL PACIENTE FIRMA DEL MEDICO INFORMANTE
Nombres y apellidos Nombres y apellidos
Documento de Identidad Documento de Identidad

HUELLA DIGITAL- C.M.P. :

Cualquiera sea la decisión del paciente sobre el procedimiento quirúrgico, de ser posible deberá firmar también un testigo.

Fecha: / / Horas:



REVOCACION DE CONSENTIMIENTO:

Yo, Don / doña _____, como Paciente;
(y/o Don./Doña _____, como su Representante Legal),
revoco el consentimiento informado, prestado en fecha _____
y declaro por tanto que, por motivos
personales, no consiento en someterme (o en que el paciente se someta) a la Cirugía propuesta.



Nombres y apellidos

FIRMA DEL PACIENTE O de su Representante Legal en Caso de Incapacidad

Documento de identidad: _____



HUELLA DIGITAL: _____

Fecha: ____/____/____ Horas: _____

Todos los espacios en blanco de este documento se han llenado o se han tachado antes de firmarlo.

Los datos de filiación del Paciente siempre deberán ser llenados, al igual que los del Representante Legal y del Testigo, de ser necesario.



Usar letra de imprenta.

Documentos de identificación permitidos:

Documento Nacional de Identidad (D.N.I.), Carné de Extranjería, Carné de Fuerzas Armadas, Carné de Fuerzas Policiales, N° de Pasaporte, Partida de Nacimiento.



RESOLUCION MINISTERIAL



