

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL
PROFESIONAL DE SALUD EN DIAGNÓSTICO DE CATARATA
EN ESTABLECIMIENTOS I-3 Y I-4 MINSA - CUSCO, 2026**

PRESENTADO POR:

Br. JOE GOJHAN AYALA HUILLCA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE MÉDICO CIRUJANO**

ASESOR:

DR. JOSÉ ANTONIO FUENTES VEGA

CUSCO - PERÚ

2026



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor Dr. JOSE ANTONIO FUENTES VEGA

..... quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL
PROFESIONAL DE SALUD EN DIAGNÓSTICO DE CATARATA EN
ESTABLECIMIENTOS I-3 Y I-4 MINSA - CUSCO, 2026"

Presentado por: JOE GOZHAN AYALA HUILLCA DNI N° 74059351,

presentado por: DNI N°:

Para optar el título Profesional/Grado Académico de MÉDICO CIRUJANO

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el
Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de
Similitud en la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 4 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	<u>X</u>
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto**
las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 22 de JULIO de 2026

Dr. José A. Fuentes Vega
MÉDICO CIRUJANO OFTALMOLOGO
SUB-ESPECIALISTA: CORNEA, ENF
EXTERNAS Y CIRUGIA REFRACTIVA
"144-4300" - RNE "300"

Firma

Post firma JOSE ANTONIO FUENTES VEGA

Nro. de DNI 24001973

ORCID del Asesor 0000-0001-8513-630X

Se adjunta:

- Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: **oid:** 27259:609461944

Joe Gojhan Ayala Huillca

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DEL PROFESIONAL DE SALUD EN DIAGNOSTICO DE CATARATA E...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:609461944

97 páginas

Fecha de entrega

21 jul 2026, 10:36 p.m. GMT-5

21.196 palabras

Fecha de descarga

21 jul 2026, 10:51 p.m. GMT-5

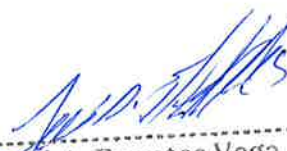
122.840 caracteres

Nombre del archivo

TESIS DE INVESTIGACIÓN-JOE AYALA HUILLCA- CAP DEL PROFESIONAL DE SALUD SOBRE DIAGN....docx

Tamaño del archivo

5.9 MB


Dr. José A. Fuentes Vega
MEDICO CIRUJANO OFTALMOLOGO
SUB ESPECIALISTA: CORNEA, ENF
EXTERNAS Y CIRUGIA REFRACTIVA
CMP: 43930 - RNE 22007

4% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 4%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 3%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.


Dr. José A. Fuentes Vega
MÉDICO CIRUJANO OFTALMOLOGO
SUB ESPECIALISTA: CORNEA, ENF
EXTERNAS Y CIRUGIA REFRACTIVA
CMP: 43930 - RNE 22007

DEDICATORIA

Dedico la presente investigación, ante todo, a Dios, por iluminar mi camino y concederme la fuerza, la paciencia y la determinación necesarias para afrontar cada reto y culminar satisfactoriamente esta importante etapa de mi formación profesional.

A mi familia, en especial a mis padres, por su apoyo incondicional, confianza permanente y sacrificio constante a lo largo de mi vida académica. Gracias a sus enseñanzas, valores y ejemplo de esfuerzo, responsabilidad y perseverancia, encontré la motivación necesaria para seguir adelante y alcanzar este objetivo. Asimismo, expreso mi gratitud a mis hermanos por su compañía, comprensión y palabras de aliento, las cuales me brindaron fortaleza y entusiasmo durante el desarrollo de este proceso.

De igual manera, dedico este logro a todas aquellas personas que, con su respaldo, orientación y confianza, contribuyeron significativamente a mi crecimiento tanto personal como profesional, acompañándome en el camino y haciendo posible la consecución de una de las metas más importantes de mi formación académica.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi profundo agradecimiento a los docentes de la Facultad de Medicina y a los profesionales que contribuyeron a mi formación durante el internado clínico, por compartir generosamente sus conocimientos, experiencia y orientación, los cuales fueron esenciales para fortalecer mi preparación académica, profesional y humana.

Mi especial gratitud a todas las instituciones y personas que hicieron posible el desarrollo de esta investigación, particularmente a mi asesor de tesis, Dr. José Antonio Fuentes Vega, por su valiosa guía, dedicación y apoyo constante. Sus aportes, recomendaciones y acompañamiento fueron fundamentales para la adecuada ejecución y culminación de este trabajo de investigación.

Asimismo, agradezco sinceramente a mis amigos y compañeros, quienes me brindaron su apoyo incondicional, comprensión y motivación a lo largo de este proceso. Su amistad, consejos y palabras de aliento me permitieron afrontar los desafíos con mayor confianza y perseverancia, contribuyendo significativamente a la culminación de esta importante etapa de mi formación profesional.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	5
RESUMEN	6
ABSTRAC	7
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1. Fundamentación del problema.....	8
1.2. Antecedentes teóricos	11
1.3. Formulación del problema.....	18
1.3.1. Problema general	18
1.3.2. Problemas específicos.....	18
1.4. Objetivos de la investigación.....	18
1.4.1. Objetivo general.....	18
1.4.2. Objetivos específicos.....	18
1.5. Justificación de la investigación.....	18
1.6. Limitaciones de la investigación.....	21
1.7. Aspectos éticos	22
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	23
2.1. Marco teórico.....	23
2.1.1. Bases teóricas de la Catarata	23
2.1.2. Primer nivel de atención.....	31
2.1.3. Conocimiento, Actitudes y Prácticas.....	32
2.2. Definición de términos básicos.....	35
2.3. Hipótesis.....	36
2.3.1. Hipótesis general.....	36
2.3.2. Hipótesis específicas	36
2.4. Variables	36
2.4.1. Variables dependientes	36
2.4.2. Variables independientes.....	36
2.4.3. Variables intervinientes	36
2.5. Operacionalización de variable	37

CAPÍTULO III: MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	40
3.1 Tipo de Investigación	40
3.2 Diseño de la Investigación	40
3.3 Población y Muestra	40
3.3.1 Descripción de la población:.....	40
3.3.2 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	41
3.3.3 Muestra: Tamaño de muestra y método muestreo	42
3.4 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	43
3.5 Plan de Análisis de datos	45
CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	46
4.1. Resultados	46
4.2. Discusión	53
4.3. Conclusiones.....	56
4.4. Sugerencias	57
V. BIBLIOGRAFÍA:.....	60
VI. ANEXOS.....	64
6.1 ANEXO 1.- MATRIZ DE CONSISTENCIA	64
6.2 ANEXO 2.- INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	68
6.3 ANEXO 3.- CUADERNILLO DE VALIDACIÓN	74
6. 4 ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO	89
6. 5 ANEXO 5: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO.....	92
6. 6 ANEXO 6: PERMISO Y ACEPTACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	94

INTRODUCCIÓN

La catarata es una enfermedad ocular caracterizada por la pérdida progresiva de la transparencia del cristalino, estructura encargada de enfocar la luz sobre la retina para permitir una visión nítida. Su aparición genera alteraciones visuales que afectan gradualmente la capacidad funcional de las personas, dificultando actividades cotidianas como la lectura, la movilidad y el reconocimiento de objetos. Debido a su impacto sobre la salud visual y la calidad de vida, la catarata constituye una de las patologías oftalmológicas de mayor importancia en la población adulta y adulta mayor ⁽¹⁾.

El diagnóstico de catarata se fundamenta en la identificación de signos y síntomas característicos mediante la evaluación clínica y oftalmológica. La detección temprana permite establecer medidas oportunas para el seguimiento, tratamiento y referencia de los pacientes, contribuyendo a prevenir complicaciones derivadas del deterioro visual progresivo. En este proceso, la participación de los servicios de salud resulta fundamental, especialmente en los niveles de atención que mantienen un contacto permanente con la comunidad y actúan como puerta de ingreso al sistema sanitario ^(1,2).

Dentro del primer nivel de atención, el profesional de salud cumple un rol esencial en las actividades de promoción, prevención y detección de enfermedades oculares. La capacidad para reconocer manifestaciones clínicas compatibles con catarata, orientar adecuadamente a los pacientes y realizar referencias oportunas depende, en gran medida, de los conocimientos adquiridos, las actitudes frente al problema de salud y las prácticas desarrolladas durante el ejercicio profesional. Estos componentes son considerados elementos fundamentales para garantizar una atención integral y de calidad ⁽³⁷⁾.

En este contexto, la evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas del profesional de salud respecto al diagnóstico de catarata adquiere especial relevancia, ya que permite identificar fortalezas y necesidades de capacitación que contribuyan a optimizar la detección temprana de la enfermedad. Asimismo, proporciona información útil para el desarrollo de estrategias orientadas al fortalecimiento de las competencias del personal sanitario y al mejoramiento de la atención en salud ocular dentro de los establecimientos del primer nivel de atención.

RESUMEN

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PROFESIONAL DE SALUD EN DIAGNÓSTICO DE CATARATA EN ESTABLECIMIENTOS I-3 Y I-4 MINSA - CUSCO, 2026”

Ayala H.

Antecedentes: La catarata constituye la principal causa de ceguera reversible y una de las principales causas de discapacidad visual a nivel mundial. Su detección precoz permite un tratamiento oportuno y reduce el riesgo de pérdida visual permanente. En el primer nivel de atención, el personal de salud cumple un papel fundamental en el reconocimiento temprano de la enfermedad y en la referencia adecuada de los pacientes; sin embargo, existen limitaciones relacionadas con los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el diagnóstico de catarata.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 del MINSA Cusco 2026.

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 180 profesionales de salud. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario estructurado y validado. La información fue procesada y analizada utilizando el software RStudio®, aplicando estadística descriptiva, relación de Spearman y análisis de correspondencias múltiples.

Resultados: El 45.6% de los profesionales presentó un nivel adecuado de conocimiento sobre diagnóstico de catarata, mientras que el 28.9% mostró un nivel medio y el 25.6% un nivel inadecuado. En la dimensión actitudes predominó el nivel medio con 44.4%, seguido del nivel adecuado con 37.8% y del nivel inadecuado con 17.8%. Respecto a las prácticas, el 58.9% presentó un nivel inadecuado, el 30.0% un nivel medio y el 11.1% un nivel adecuado. Asimismo, se identificó una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa entre conocimiento y actitud ($p=0.579$; $p<0.001$), conocimiento y práctica ($p=0.512$; $p<0.001$), y actitud y práctica ($p=0.579$; $p<0.001$).

Conclusiones: Los profesionales de salud presentaron niveles predominantemente adecuados de conocimiento y actitudes moderadamente favorables respecto al diagnóstico de catarata; sin embargo, se evidenciaron importantes limitaciones en la dimensión práctica. Además, mayores niveles de conocimiento se asociaron con actitudes más favorables y mejores prácticas relacionadas con el diagnóstico de catarata. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer la capacitación continua y el entrenamiento práctico en salud ocular dentro del primer nivel de atención, con el fin de optimizar la detección temprana y la referencia oportuna de pacientes con catarata.

Palabras clave: Catarata, Conocimiento, Actitud, Práctica, Personal de salud.

ABSTRAC

“KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF HEALTH PROFESSIONALS IN CATARACT DIAGNOSIS IN I-3 AND I-4 MINSA ESTABLISHMENTS - CUSCO, 2026”

Ayala H.

Background: Cataract is the leading cause of reversible blindness and one of the main causes of visual impairment worldwide. Early detection allows timely treatment and reduces the risk of permanent vision loss. In primary healthcare settings, health professionals play a fundamental role in the early recognition of the disease and the appropriate referral of patients; however, limitations in knowledge, attitudes, and practices regarding cataract diagnosis persist, particularly in regions with limited availability of ophthalmology specialists.

Objective: To determine the level of knowledge, attitudes, and practices of health professionals regarding the diagnosis of cataract in I-3 and I-4 Ministry of Health (MINSA) healthcare facilities in the province of Cusco during 2026.

Methods: A quantitative, descriptive, and cross-sectional study was conducted. The study population consisted of 180 health professionals working in I-3 and I-4 healthcare facilities belonging to the North and South Health Networks of the province of Cusco. Data were collected using a structured questionnaire. The information was processed and analyzed using RStudio® software, applying descriptive statistics, Spearman's correlation analysis, and multiple correspondence analysis.

Results: A total of 45.6% of healthcare professionals demonstrated an adequate level of knowledge regarding cataract diagnosis, while 28.9% showed a moderate level and 25.6% an inadequate level. In the attitude dimension, the moderate level predominated (44.4%), followed by the adequate level (37.8%) and the inadequate level (17.8%). Regarding practices, 58.9% of participants presented an inadequate level, 30.0% a moderate level, and 11.1% an adequate level. Furthermore, a moderate and statistically significant positive correlation was identified between knowledge and attitude ($p = 0.579$; $p < 0.001$), knowledge and practice ($p = 0.512$; $p < 0.001$), and attitude and practice ($p = 0.579$; $p < 0.001$).

Conclusions: Healthcare professionals exhibited predominantly adequate levels of knowledge and moderately favorable attitudes toward cataract diagnosis; however, important limitations were identified in the practice dimension. In addition, higher levels of knowledge were associated with more favorable attitudes and better diagnostic practices. These findings highlight the need to strengthen continuing education and practical training in eye health within primary healthcare settings in order to improve the early detection and timely referral of patients with cataracts.

Keywords: Cataract, Knowledge, Attitude, Practice, Diagnosis, Health Personnel.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la catarata es la opacidad del cristalino que dificulta el paso normal de la luz hacia la retina, produciendo disminución progresiva de la visión y pudiendo ocasionar ceguera si no recibe tratamiento oportuno. Esta enfermedad afecta principalmente a personas adultas mayores, aunque también puede presentarse desde el nacimiento o desarrollarse como consecuencia de traumatismos y enfermedades sistémicas ⁽¹⁾. Debido a su elevada frecuencia y repercusión funcional, la catarata constituye uno de los principales problemas de salud ocular a nivel mundial. El Grupo Internacional de Expertos en Pérdida Visual señala que esta enfermedad genera un importante impacto económico y social, debido a los altos costos relacionados con diagnóstico, tratamiento quirúrgico y rehabilitación visual, además de las limitaciones que ocasiona en la calidad de vida y autonomía ⁽²⁾.

La catarata representa actualmente la principal causa de ceguera reversible en el mundo. La OMS estima que aproximadamente 2 200 millones de personas presentan alteraciones visuales, de las cuales al menos 1 000 millones tienen discapacidad visual moderada, grave o ceguera que pudo prevenirse o aún no ha sido tratada. Dentro de estas causas, la catarata afecta aproximadamente a 94 millones de personas y representa cerca del 50 % de los casos de ceguera mundial. Esta situación evidencia la magnitud del problema y la necesidad de fortalecer estrategias orientadas al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, especialmente en poblaciones vulnerables y adultos mayores ⁽¹⁾.

En América Latina, la catarata es la principal causa de ceguera en mayores de 50 años, representando entre el 40 % y 70 % de los casos. Aproximadamente el 90 % de las personas con discapacidad visual viven en países de ingresos bajos y medianos, y cerca del 80 % de estos casos podrían prevenirse o tratarse oportunamente mediante intervenciones como la cirugía de catarata ⁽³⁾.

El Diagnóstico situacional de la salud ocular en los países andinos reportó que durante la pandemia por COVID-19, los servicios oftalmológicos se vieron severamente afectados: en el 2020 el Perú redujo en cerca de 70 % los diagnósticos de catarata y en 75 % las cirugías respecto a 2019; mientras que

Colombia y Ecuador registraron caídas entre 50 % y 65 %. Aunque entre 2021 y 2025 hubo una recuperación progresiva, aún persisten brechas en el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento, lo que incrementó el riesgo de progresión de la enfermedad, especialmente en adultos mayores. ⁽⁴⁾.

En el Perú, la catarata afecta al 16,3 % de las personas mayores de 50 años, incrementándose hasta 32,4 % en mayores de 70 años. Es más frecuente en mujeres (18,6 %) que en hombres (13,8 %), y presenta mayor prevalencia en zonas urbanas (17,9 %) frente a las rurales (10,1 %). Por región natural, se observa mayor frecuencia en la costa (18,1 %), seguida de la sierra (13,5 %) y la selva (12,3 %) ⁽⁵⁾. A nivel nacional, la prevalencia en mayores de 50 años se ha mantenido relativamente estable entre 2017 y 2024, fluctuando entre 15,3 % y 16,7 % (15,5 % en 2017; 15,7 % en 2018; 16,7 % en 2019; 16,4 % en 2020; 15,3 % en 2021; 16,3 % en 2022; 16,1 % en 2023; y 15,8 % en 2024), lo que evidencia una carga sostenida de la enfermedad en el sistema de salud peruano ⁽⁵⁾.

El Instituto Nacional de Oftalmología (INO) indica que muchos pacientes con catarata llegan tardíamente a atención especializada debido a fallas en la detección precoz en el primer nivel, lo que retrasa el tratamiento quirúrgico y aumenta el riesgo de discapacidad visual. En el Perú existen aproximadamente 1532 oftalmólogos (4,6 por cada 100 000 habitantes), pero su distribución es desigual, concentrándose cerca del 98 % en Lima y Callao, mientras que solo el 11,3 % del personal público trabaja en sierra y selva. En la región Cusco se estima entre 15 y 30 oftalmólogos activos, cifra insuficiente frente a la creciente demanda y el envejecimiento poblacional ⁽⁶⁾.

De acuerdo a la Gerencia Regional de Salud de Cusco (GERESA), respecto al diagnóstico de catarata en nuestra región de Cusco se obtuvieron los siguientes resultados por cada 1000 habitantes: para el 2018 se diagnosticaron 5.4 casos, para el 2019 fue 9.1 casos, para el 2020 fue 5.4, para el 2021 fue 2.7, para el 2022 fue 4.5, para el 2023 fue 4.4, para el 2024 fue 4.8, para el 2025 fue 4.5 ⁽⁷⁾. Considerando los diagnósticos de catarata según provincias por cada 1000 habitantes, en el año 2025 se obtuvo los siguientes datos; Acomayo 10.4, Anta 8.8, Chumbivilcas 6.7, Paruro 6.3, Canas 5.7, Urubamba 5.4, Espinar 5.3, Calca 4.1, Cusco 3.7, Canchis 3.5, Paucartambo 3.2, La Convención 1.9 ⁽⁷⁾. Estos resultados

evidencian diferencias importantes entre provincias y reflejan la persistencia de la catarata como un problema prioritario de salud visual en Cusco.

Diversos estudios señalan que muchos pacientes presentan escasa información sobre el diagnóstico y tratamiento de la catarata, situación relacionada con limitaciones económicas, dificultades de acceso a servicios especializados y deficiencias en educación sanitaria ⁽⁸⁾. También se ha descrito que los adultos mayores suelen retrasar la búsqueda de atención médica, favoreciendo el avance progresivo de la enfermedad y aumentando el deterioro visual ⁽⁹⁾. Estas condiciones dificultan el diagnóstico temprano y contribuyen a incrementar el riesgo de discapacidad visual prevenible.

El Ministerio de Salud establece lineamientos técnicos para la detección precoz y manejo oportuno de catarata en los diferentes niveles de atención, resaltando la importancia del primer nivel en el reconocimiento temprano de signos clínicos y la referencia adecuada de pacientes ⁽¹⁰⁾. La Gerencia Regional de Salud del Cusco desarrolla campañas orientadas a la prevención de ceguera y detección temprana de catarata, dirigidas principalmente a adultos mayores y poblaciones vulnerables, buscando fortalecer el diagnóstico oportuno desde establecimientos de menor complejidad ⁽⁷⁾.

El Hospital Antonio Lorena participa en campañas de tamizaje y atención oftalmológica dirigidas principalmente a adultos mayores, evidenciando la elevada demanda de atención relacionada con catarata en la región Cusco. Esta situación resalta la importancia del personal de salud que labora en establecimientos I-3 y I-4, quienes cumplen un rol fundamental en el reconocimiento temprano de disminución visual, el tamizaje y la referencia oportuna hacia servicios especializados. La limitada disponibilidad de oftalmólogos en la región incrementa la necesidad de fortalecer las competencias del personal sanitario del primer nivel de atención para contribuir a la detección temprana y reducción de la ceguera reversible asociada a catarata ⁽¹¹⁾.

Por lo expuesto, el objetivo de la presente investigación es estimar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal profesional de salud sobre el diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 del MINSA en Cusco, 2026.

1.2. Antecedentes teóricos

Antecedentes internacionales

Zinachew Mulat Bogale, Mebratu Mulusew Tegegne y Tarekegn Cheklie Zeleke (Etiopía, 2025), en su estudio **“Prácticas de derivación para el tratamiento de cataratas y factores asociados entre los trabajadores de atención primaria de salud en la zona central de Gondar, noroeste de Etiopía, 2023”**, tuvieron como objetivo evaluar el nivel de práctica de derivación para cataratas y los factores asociados entre los trabajadores de atención primaria de salud en la zona central de Gondar, noroeste de Etiopía, durante el año 2023. Es un estudio cuantitativo de tipo transversal, realizado en centros de atención primaria de salud de la zona central de Gondar, entre junio y agosto de 2023. La población estuvo conformada por personal que labora en el primer nivel de atención, con una muestra de 284 trabajadores de atención primaria de salud, seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario autoadministrado previamente validado. De los 284 trabajadores de atención primaria de salud, el 96,1% (n=273) participó en el estudio, con una edad promedio de 30 años. El 13,6% (n=37) había recibido capacitación en servicio sobre cataratas. La proporción de buenas prácticas de derivación fue del 21,9% (IC 95%: 17,4–27,2). Se encontró asociación significativa entre las buenas prácticas de derivación y la capacitación en servicio sobre cataratas (OR ajustado = 3,13; IC 95%: 1,31–7,45). Se concluye que una proporción baja de los participantes presenta buenas prácticas de derivación para cataratas, lo cual se relaciona principalmente con la capacitación recibida. Por ello, se recomienda fortalecer la formación continua del personal de atención primaria en salud ocular y mejorar la capacitación sobre los sistemas de referencia para cataratas ⁽¹²⁾.

Lwandile Flatela y Zamadonda N. Xulu-Kasaba (Sudáfrica, 2024), en su estudio **“Evaluación de los conocimientos y prácticas sobre salud ocular entre enfermeras de atención primaria en un distrito rural de Sudáfrica”**, cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos y prácticas sobre salud ocular entre enfermeras de atención primaria en un distrito rural de Sudáfrica. Es un estudio cuantitativo de tipo transversal, realizado en un distrito rural de la provincia de Cabo Oriental, Sudáfrica, durante el periodo de enero a noviembre de 2023. El estudio

incluyó personal de enfermería que labora en atención primaria en un distrito rural de Sudáfrica, con un tamaño de muestra mínimo requerido de 211 participantes, utilizando un muestreo aleatorio simple. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario administrado por el investigador, estructurado mediante una escala Likert de 5 puntos con opciones desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”. De las 200 respuestas obtenidas, el 86,4% (n=172) correspondían a mujeres de raza africana. La mayoría (93,5%, n=187) nunca había recibido formación formal en oftalmología. Solo el 28% (n=56) identificó correctamente una catarata madura, mientras que un porcentaje similar reconoció correctamente los signos de catarata, principal causa mundial de ceguera prevenible. El 94% (n=188) no logró medir con precisión la agudeza visual de los pacientes ⁽¹³⁾.

Carlos Alberto Juárez-Medel, Rosbel Toledo-Ortiz, Jessica Margarita González-Rojas, Malu Aidee Reyna-Álvarez y Martha Patricia Olivares-Trejo (México, 2024), en su estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas de atención primaria de salud entre el personal de un hospital secundario en Acapulco, México”, cuyo objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre atención primaria de salud en el personal sanitario de un hospital secundario en México. Se trató de un estudio cuantitativo, transversal, desarrollado en un hospital secundario de Acapulco, México, durante junio y julio de 2022. La población estuvo conformada por personal de salud asignado a diversos servicios hospitalarios, obteniéndose una muestra de 215 participantes mediante muestreo aleatorio simple. Para la recolección de datos se empleó un instrumento diseñado para obtener puntuaciones CAP globales mediante la correlación de tres dimensiones. En los resultados se evidenció que la puntuación media de conocimientos fue de 6,58 (DE = 1,7), y el 59 % de los participantes obtuvo una puntuación superior a la media; el puntaje medio de prácticas fue de 5,96 (DE = 1,38) y el 34 % alcanzó una puntuación superior a la media. El análisis de regresión lineal múltiple mostró que el tiempo de trabajo en el hospital y haber recibido formación previa en APS fueron factores significativos para los conocimientos; además, el género femenino presentó puntuaciones significativamente más bajas en la dimensión de prácticas. Se concluye que, aunque la mayoría de los participantes presentaron conocimientos, actitudes y prácticas positivas respecto a la atención primaria de salud, existe una idea generalizada de que la APS solo

involucra al personal sanitario del primer nivel, por lo que se resalta la importancia de fortalecer la capacitación en APS para mejorar los conocimientos y actitudes del personal sanitario ⁽¹⁴⁾.

Danba Jiachu , Ling Jin , Feng Jiang , Li Luo , Hong Zheng , Duo Ji , Jing Yang , Nima Yongcuo , Wenyong Huang , Jinglin Yi , Tess Bright , Jennifer LY Yip , y Baixiang Xiao (Tibetana de Kandze – China , 2023), en su estudio " Prevalencia y evaluación de servicios de cataratas en áreas tibetanas de la provincia de Sichuan, China: estudio poblacional", cuyo objetivo fue Evaluar la prevalencia de discapacidad visual (VI) y ceguera (BL) debido a cataratas y resultados quirúrgicos de cataratas en áreas tibetanas remotas, dispersas y de gran altitud de China. Este es un estudio descriptivo observacional realizado en 50000 personas mayores de 50 años en Prefectura Autónoma Tibetana de Kandze (TAPK), China. Para la recolección de datos se utilizó el formulario RAAB. Los datos se ingresaron en el software RAAB6 diariamente. La prevalencia de BL de catarata bilateral (MAVC <3/60 en el mejor ojo) fue del 0,61 % (IC del 95 %: 0,42 a 0,87), el SVI fue del 0,86 % (IC del 95 %: 0,63 a 1,17), el MVI fue del 2,4 % (IC del 95 %: 2,0 a 2,9) y el EVI fue del 5,21 % (IC del 95 %: 4,61 a 5,87). Personas con cataratas no operadas sobre los obstáculos para la cirugía de cataratas. La barrera más común para el acceso a la operación de cataratas fue "desconocer que el tratamiento es posible" (77,8%). A demás de no poder acudir a un centro de salud por desconocer algún tratamiento y la falta de información que se brinda en los centros de atención de salud (77%) ⁽¹⁵⁾.

Srinivas Marmamula Vijay K Yelagondula, Thirupathi R Kumbham, Satyabrahmanandam Modepalli, Ratnakar Yellapragada, Sanjana Avula y Jill Keefe(Telangana – Sur de India, 2022), en su estudio " Evaluación poblacional de las barreras para la utilización de servicios de atención oftalmológica entre personas mayores: hallazgos de estudios de evaluación rápida de discapacidad visual realizados en Telangana, India", cuyo objetivo fue Informar las barreras para buscar atención oftalmológica entre la población de edad avanzada ≥60 años con discapacidad visual (VI) evitable en el estado de Telangana, en el sur de la India. Es un estudio descriptivo observacional de pacientes de ≥60 años de los estudios de Evaluación Rápida de la Deficiencia Visual (RAVI) realizados entre 2016 y 2020. Se realizó una entrevista detallada utilizando un

cuestionario validado para informar las barreras para no buscar atención oftalmológica. La prevalencia de VI evitable fue del 30,2% (IC del 95%: 28,02–31,06; n = 1102). Entre los que notaron una disminución de la visión (n = 1074), sólo 392 participantes (36,4%) informaron que sentían la necesidad de buscar atención oftalmológica. Las principales barreras para no buscar atención oftalmológica fueron: no poder pagar los honorarios y servicios de la consulta (42,0%) y no tener acompañante (25,7%). En general, las barreras personales fueron significativamente mayores que las barreras económicas (57,9% frente a 42,0%) en los participantes con VI bilateral (P = 0,0034). Otro de los puntos importantes es la falta de información respecto a la patología ocular por el cual suelen acudir a un centro de atención (24%). Al rededor del 8,9% (n = 35) de los participantes tenían otros problemas de salud que les impedían buscar atención; esto indica comorbilidades entre los ancianos. Entre los participantes de VI unilateral (34,9%, n = 856), 23 (2,6%) participantes desconocían la condición de VI existente ⁽¹⁶⁾.

Mehrdad Afarid, Hossein Molavi Vardanjani, Hamideh Mahdaviazad, Marzieh Alamolhoda y Saman Farahangiz (Iran, 2020) en su estudio “Prevalencia de discapacidad visual, causas y papel del acceso a la atención médica: una revisión sistemática y un metanálisis en Irán”, cuyo objetivo fue evaluar el acceso a la atención médica es uno de los determinantes de la discapacidad visual (VI), como problema de salud pública. El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de VI, las causas relacionadas y su correlación con el acceso a los médicos en Irán. Búsquedas sistemáticas en PubMed, Web of Science, Scopus, Google Scholar y bases de datos locales utilizando los encabezados MeSH Iran. Se realizó revisión sistemática y metanálisis. Se realizaron búsquedas sistemáticas en PubMed, Web of Science, Scopus, Google Scholar y bases de datos locales utilizando los encabezados MeSH en el tamaño de la muestra que varió de 1185 a 11975. Seleccionamos artículos con texto completo disponible con base en los siguientes criterios: estudios observacionales de la población general; de todas las regiones geográficas de Irán; en los idiomas persa e inglés; explorar la prevalencia de VI, baja visión y ceguera, como variables dependientes del estudio; investigarlas variables dependientes en una población iraní de 1980 a 2017. Se incluyeron ocho artículos. La prevalencia combinada de ceguera, baja visión y VI fue del 0,80 % (IC del 95 %: 0,61–0,99 %), del 2,92 % (IC del 95 %: 2,40–3,44 %) y del 5,57 % (IC del

95 %: 4,71–6,43 %). Los errores de refracción fueron las causas más comunes de VI según el PVA con una prevalencia agrupada del 54,6 % (IC del 95 %: 43,4–65,8 %). Según la BCVA, encontramos que la prevalencia combinada de cataratas fue del 37,4 % (IC del 95 %: 29,5–45,3 %) como la causa más común de VI. Los resultados de la metarregresión mostraron que el mayor número de médicos generales (GP) (valor de $p = 0,01$) y farmacéuticos (valor de $p = 0,024$) por población se asociaron con una menor prevalencia de ceguera. La mayoría de las causas conocidas de VI se pueden prevenir y controlar mediante tratamientos médicos, intervenciones o acceso a servicios de atención primaria de salud ⁽¹⁷⁾.

Heba Alsawahli, Ian McCormick, Caleb D Mpyet, Gamal Ezzelarab, y Mohammad Shalaby (Sohag - Egipto, 2020), en su estudio " Evaluación rápida poblacional de la ceguera evitable en la gobernación de Sohag en Egipto", tuvo como objetivo determinar la prevalencia y las causas de la ceguera y la discapacidad visual, así como la cobertura y calidad de los servicios de cirugía de cataratas en la población de 50 años a más en la gobernación de Sohag, Egipto. Se trató de un estudio cuantitativo de tipo encuesta transversal realizado en una muestra de 4080 participantes, seleccionados bajo el criterio de residencia en un entorno no institucional por al menos seis meses. La muestra fue obtenida mediante muestreo aleatorio por conglomerados en dos etapas, siguiendo la metodología de Evaluación Rápida de la Ceguera Evitable (RAAB), con la selección aleatoria de 68 unidades poblacionales conformadas por grupos de aproximadamente 60 personas cada uno. Entre los principales resultados se evidenció que la catarata fue la principal causa de ceguera con un 41,6%, seguida de la opacidad corneal no tracomatosa con un 15,7%. La cobertura quirúrgica de cataratas (CSC) en personas con agudeza visual menor de 3/60 fue del 86,8%, mientras que la proporción de cirugías con resultados visuales deficientes alcanzó el 29,5% y la cobertura quirúrgica efectiva (eCSC) fue del 44,9%, evidenciando limitaciones en la calidad de la intervención quirúrgica. En cuanto a las barreras de acceso, la principal fue el costo del procedimiento (51,5%), seguida de la limitada disponibilidad de servicios de salud oftalmológicos en establecimientos de primer nivel (43,8%), concluyéndose que es necesario fortalecer la calidad de la cirugía de cataratas y el sistema de salud en sus distintos niveles, a fin de reducir las barreras económicas y mejorar el acceso oportuno a los servicios de salud visual en la población afectada ⁽¹⁸⁾.

Antecedentes nacionales

Enrique Alfonso Ríos Valladares y Ronald Espíritu Ayala Mendívil (Perú, 2024), en su estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas en atención primaria de la salud en trabajadores de salud del distrito de San Juan de Lurigancho”, cuyo objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en atención primaria de la salud en trabajadores de salud del distrito de San Juan de Lurigancho, pertenecientes a la DIRIS Lima Centro, durante el año 2018. Es un estudio cuantitativo de tipo transversal, realizado en el distrito de San Juan de Lurigancho, Lima – Perú, durante el periodo de setiembre a noviembre de 2018. La población estuvo conformada por trabajadores de salud del primer nivel de atención que laboran en dicho distrito, con un total de 214 participantes, seleccionados mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario tipo CAP. En los resultados se evidenció que el 42,5% de los trabajadores presentó un nivel regular de conocimientos en atención primaria de salud, mientras que el 55,6% mostró un nivel muy bueno en actitudes y el 50,5% alcanzó un nivel de buenas prácticas en APS. Se concluye que es importante fortalecer la capacitación del personal asistencial y administrativo en temas de atención primaria de salud, considerando que aún es un área poco valorada en el Perú. Se destaca la necesidad de desarrollar más estudios descriptivos que permitan mejorar el rol de la APS en los trabajadores de salud ⁽¹⁹⁾.

Tovar Mendoza Diego Alejandro, Cárdenas de Fernández María Hilda (Lima – Perú, 2022), en su estudio “Nivel de conocimiento de autocuidado y su relación con las complicaciones en pacientes post operados de catarata en Clínica Oculaser, Lima 2022”, cuyo objetivo fue analizar la relación del nivel de conocimiento de autocuidado con las complicaciones en pacientes post operados de catarata. Este es un estudio cuantitativo de diseño transversal, realizado en pacientes post operados de catarata de la Clínica Oculaser durante el periodo enero a marzo del 2022. La investigación estuvo conformada por 50 participantes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario elaborado por los investigadores y validado por expertos, compuesto por 20 preguntas en escala Likert, orientadas a evaluar las variables nivel de conocimiento de autocuidado y complicaciones en pacientes post operados de catarata. Entre los principales hallazgos se encontró que, respecto al nivel global

de conocimiento de autocuidado, el 52% de los participantes presentó un nivel alto, el 37% un nivel bajo y el 11% un nivel regular. En relación con las complicaciones, el 46% presentó un nivel alto, el 40% bajo y el 14% regular. Se evidenció una relación significativa entre el nivel de conocimiento de autocuidado y las complicaciones en pacientes post operados de catarata en un 91%. En conjunto, los resultados muestran mayor nivel de conocimiento sobre autocuidado se relaciona con mejor evolución postoperatoria, resaltando la importancia de fortalecer la educación sanitaria y seguimiento de pacientes sometidos a cirugía de catarata ⁽²⁰⁾.

Antecedentes locales

Quispe Mamani, Velasco Cábalá (Cusco – Perú, 2019), en su estudio “Perfil clínico epidemiológico en pacientes con diagnóstico de catarata senil en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, enero – junio 2018”, cuyo objetivo fue determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con catarata, a fin de establecer cómo estas se asocian al desarrollo de cataratas y su impacto en nuestro medio. Este estudio cuantitativo, de diseño transversal, fue realizado en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, utilizando 90 historias clínicas de pacientes mayores de 50 años con estudio de biomicroscopía, seleccionadas mediante muestreo intencional. Para la recolección de información se empleó un cuestionario validado por cuatro expertos. Entre los principales hallazgos se evidenció que el 66% de los pacientes pertenecían al grupo etario mayor de 70 años, con un discreto predominio del sexo femenino (57%) y procedencia mayoritaria del área rural (57%). Dentro de los antecedentes sistémicos asociados, se identificó con mayor frecuencia la hipertensión arterial (26%), la diabetes mellitus (23%) y el consumo de corticoides (11%). En relación con las comorbilidades oftalmológicas, el glaucoma fue la más frecuente (23%). Además, la agudeza visual preoperatoria más común fue menor de 20/400 (54%), y el tipo de catarata senil predominante correspondió a la catarata nuclear (73%). En conjunto, estos resultados evidencian que la catarata senil afecta principalmente a adultos mayores provenientes de zonas rurales y se asocia con enfermedades sistémicas y oftalmológicas que contribuyen al deterioro progresivo de la visión, resaltando la importancia de la detección temprana y el manejo oportuno de los factores de riesgo relacionados con esta patología ⁽²¹⁾.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de conocimiento, actitud y práctica del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026?
- ¿Cuál es el nivel de actitud del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026?
- ¿Cuál es el nivel de práctica del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

- Determinar el nivel de conocimiento, actitud y práctica del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026

1.4.2. Objetivos específicos

- Valorar el nivel de conocimiento del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026
- Examinar el nivel de actitud del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026
- Evaluar el nivel de práctica del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026

1.5. Justificación de la investigación

La catarata constituye una de las principales causas de ceguera prevenible a nivel mundial ⁽¹⁾. En el Perú, representa una de las primeras causas de discapacidad visual y afecta principalmente a la población adulta mayor ⁽⁵⁾. A pesar de ser una enfermedad reversible mediante tratamiento quirúrgico, muchas personas no acceden oportunamente a la atención especializada debido al desconocimiento sobre la enfermedad y las alternativas terapéuticas disponibles. Diversos estudios reportan que una de las principales barreras para acceder a la cirugía de catarata

es la falta de información acerca del tratamiento, situación que alcanza aproximadamente el 77,8 % de los casos. El 77 % de las personas no acude a los establecimientos de salud por insuficiente orientación brindada en los servicios sanitarios, favoreciendo la progresión de la enfermedad y la ceguera ⁽¹³⁾.

La detección precoz y el tratamiento oportuno de catarata son fundamentales para prevenir la pérdida reversible de la visión y disminuir la discapacidad visual en la población. Esta enfermedad puede tratarse exitosamente mediante cirugía, las actividades de tamizaje y diagnóstico temprano adquieren gran importancia en los establecimientos de salud. Esta situación cobra mayor relevancia considerando que el Perú presenta una limitada disponibilidad de oftalmólogos en comparación con otros países de América del Sur, generando una elevada demanda asistencial y restringiendo el acceso oportuno a servicios especializados ⁽⁴⁾.

El Ministerio de Salud ha establecido lineamientos técnicos orientados a la detección precoz y manejo oportuno de catarata en los diferentes niveles de atención, resaltando el papel del primer nivel de atención en salud en la identificación temprana de casos y referencia adecuada hacia servicios especializados ⁽¹¹⁾. En la región Cusco, la Gerencia Regional de Salud y el Hospital Antonio Lorena desarrollan campañas dirigidas a la detección de catarata, principalmente en adultos mayores, evidenciando la elevada demanda de atención relacionada con esta enfermedad.

El Perú cuenta aproximadamente con 1532 oftalmólogos, equivalente a 4,6 especialistas por cada 100 000 habitantes. Sin embargo, la distribución de estos profesionales es desigual, concentrándose la mayoría en Lima y Callao. En regiones como Cusco se estima la presencia de entre 15 y 30 oftalmólogos activos, cifra insuficiente frente al crecimiento poblacional y al incremento progresivo de adultos mayores que requieren atención ocular ⁽⁶⁾.

En la región Cusco, el aumento progresivo de la población adulta mayor representa un importante desafío para los servicios de salud, especialmente frente a enfermedades asociadas al envejecimiento como la catarata. Según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática, la población mayor de 50 años

continúa en incremento, generando una mayor demanda de atención relacionada con alteraciones visuales y necesidad de evaluación oftalmológica ⁽⁹⁾.

La pérdida progresiva de la visión ocasionada por catarata limita las actividades cotidianas, disminuye la independencia funcional y afecta significativamente la calidad de vida de las personas adultas mayores. El retraso en el diagnóstico y tratamiento oportuno incrementa el riesgo de discapacidad visual, dependencia familiar y mayor carga para los servicios de salud ⁽⁹⁾.

Los establecimientos del primer nivel de atención I-3 y I-4 constituyen el principal punto de contacto de la población adulta mayor con los servicios de salud. En estos establecimientos se atiende una elevada proporción de pacientes mayores de 50 años que acuden por controles médicos, seguimiento de enfermedades crónicas y evaluación de alteraciones visuales relacionadas con el envejecimiento. Considerando el envejecimiento progresivo de la población cusqueña y la limitada disponibilidad de oftalmólogos en la región, el primer nivel de atención cumple un papel esencial en las actividades de prevención, detección precoz y referencia de pacientes con catarata. En muchas provincias de Cusco, los establecimientos I-3 y I-4 representan el único acceso inmediato a servicios de salud para adultos mayores, especialmente en zonas alejadas y de difícil acceso geográfico.

La presente investigación es relevante porque permitirá identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas del personal profesional de salud respecto al diagnóstico de catarata en el primer nivel de atención I-3 y I-4 MINSA. La detección oportuna resulta esencial para disminuir el riesgo de discapacidad visual prevenible y evitar complicaciones asociadas a la progresión de la enfermedad.

Esta investigación adquiere relevancia científica debido a la limitada disponibilidad de estudios locales relacionados con conocimientos, actitudes y prácticas del personal profesional de salud sobre diagnóstico de catarata en establecimientos del primer nivel de atención de salud. Durante la revisión bibliográfica no se identificaron suficientes investigaciones desarrolladas en la región Cusco, por lo que los resultados obtenidos aportarán evidencia importante para fortalecer las estrategias de detección temprana y referencia oportuna de pacientes con catarata.

El estudio es factible porque cuenta con el tiempo necesario para su ejecución y no requiere recursos económicos elevados, ya que la información será recolectada mediante la aplicación de cuestionarios presenciales y de forma virtual al personal profesional de salud.

El presente proyecto será desarrollado respetando los principios bioéticos establecidos en la Declaración de Helsinki y su modificación de Tokio, además del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú. Finalmente, este estudio permitirá generar evidencia científica de conocimiento, actitud y práctica del personal profesional de salud respecto al diagnóstico de catarata en establecimientos de salud del primer nivel de atención I-3 y I-4 MINSA de la provincia de Cusco. Los resultados contribuirán al fortalecimiento de las estrategias de detección precoz, referencia oportuna y prevención de ceguera reversible asociada a la catarata, además de servir como apoyo para la toma de decisiones de la GERESA Cusco orientadas a mejorar la atención en salud ocular en la región.

1.6. Limitaciones de la investigación

- Existe la posibilidad de sesgo de información durante la aplicación de las encuestas, ya que los participantes podrían no comprender de manera uniforme las preguntas o podrían responder según su percepción personal más que según la realidad, lo que podría afectar la precisión y validez de los datos obtenidos según la ficha de recolección de datos.
- La limitada disponibilidad de tiempo del personal de salud, debido a la alta carga laboral y a sus actividades asistenciales diarias, podría dificultar que completen el cuestionario de manera adecuada y en el tiempo requerido, generando posibles omisiones en las respuestas.
- La extensión del cuestionario, al estar conformado por varias secciones, podría provocar cansancio o desmotivación en los participantes durante su desarrollo, lo que incrementaría el riesgo de respuestas incompletas, poco reflexivas o inexactas.
- No se incluirán establecimientos de salud ubicados en provincias alejadas de la región Cusco debido a las dificultades geográficas, de acceso y de transporte, lo cual podría limitar la cobertura del estudio y reducir la representatividad de los resultados a nivel regional.

- La investigación se desarrollará únicamente en establecimientos de salud de nivel I-3 y I-4 del Ministerio de Salud (MINSA) en la provincia de Cusco, por lo que los resultados obtenidos no necesariamente podrán ser generalizados a otros niveles de atención como hospitales o centros especializados, ni a otras regiones del país con características distintas. Esta situación podría restringir la inclusión de una población más amplia y limitar la extrapolación de los resultados a otros establecimientos de salud de la región.
- No todos los establecimientos del primer nivel de atención atienden con frecuencia a una alta proporción de adultos mayores, quienes constituyen la población más afectada por la catarata, lo que podría influir en el nivel de experiencia clínica y conocimiento del personal de salud respecto al diagnóstico y manejo inicial de esta enfermedad.
- El estudio no evaluará los factores que influyen en la decisión de los pacientes de acudir directamente a los servicios oftalmológicos especializados o de no acudir al primer nivel de atención, lo cual podría limitar la comprensión integral del comportamiento de búsqueda de atención y su impacto en la detección oportuna de la catarata.

1.7. Aspectos éticos

El presente estudio se desarrollará con datos obtenidos del personal de salud profesional del primer nivel de atención I-3 y I-4 MINSA de la provincia del Cusco, este trabajo se realizará teniendo en cuenta la confidencialidad de los datos; y la base de datos codificada solo será del acceso del investigador. Por tal motivo este estudio se amoldará en base a los 4 principios (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia) de la Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial (AMM) actualizada en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia establecidos en 1979 en el Informe Belmont y siguiendo los principios del código de ética médica de Núremberg. Así mismo se desarrollará bajo el código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú ^{(22) (23) (24) (25)}.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Marco teórico

2.1.1. Bases teóricas de la Catarata

2.1.1.1. Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la catarata se define como la pérdida de transparencia del cristalino, lente natural del ojo encargado del enfoque de la luz. Esta alteración dificulta el paso normal de la luz hacia la retina, ocasionando una disminución progresiva de la agudeza visual que puede evolucionar hasta la ceguera si no recibe tratamiento oportuno. Aunque la mayoría de los casos se relaciona con el envejecimiento, la catarata también puede presentarse desde el nacimiento o desarrollarse como consecuencia de traumatismos, procesos inflamatorios u otras enfermedades oculares y sistémicas ⁽¹⁾.

La prevalencia de catarata aumenta progresivamente con la edad, considerándose este el principal factor asociado a su desarrollo. Las enfermedades oftalmológicas representan una importante carga económica para los sistemas de salud y para la sociedad, debido a los elevados costos destinados al tratamiento y corrección de patologías visuales como la catarata. Se estima que gran parte de esta inversión corresponde al manejo quirúrgico de la catarata, debido a su alta frecuencia en la población adulta mayor ⁽²⁾.

2.1.1.2. Fisiopatología de la catarata

El cristalino es una estructura transparente, avascular y biconvexa cuya función principal consiste en enfocar adecuadamente la luz sobre la retina y permitir el proceso de acomodación visual. Está conformado principalmente por proteínas denominadas cristalinas, responsables de mantener su transparencia y capacidad refractiva. Cuando ocurre una alteración en la organización de estas proteínas, el cristalino pierde elasticidad y claridad, favoreciendo su opacificación progresiva. Esta pérdida de transparencia constituye la característica fundamental de la catarata y dificulta el adecuado paso de la luz hacia la retina, afectando de manera gradual la visión ⁽²⁶⁾.

2.1.1.3. Factores de riesgo

Dentro de los factores no modificables, la edad constituye el principal determinante asociado al desarrollo de catarata. Diversas investigaciones han demostrado que su prevalencia aumenta conforme avanza el envejecimiento, tanto por años cumplidos como por grupos etarios. Esta relación se explica por la disminución de la estabilidad de las proteínas cristalinas y por la mayor susceptibilidad del cristalino al daño fotooxidativo, procesos que favorecen la pérdida de transparencia del lente ocular⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾. El sexo femenino constituye otro factor de riesgo, asociado a una mayor probabilidad de presentar catarata cortical. Estudios han evidenciado que la prevalencia de catarata es menor en mujeres con menarquia temprana o menopausia tardía⁽²⁷⁾. Se han reconocido factores de riesgo modificables, como el nivel socioeconómico bajo, la educación limitada y la desnutrición, los cuales se vinculan con una mayor prevalencia de catarata senil⁽²¹⁾.

Entre las enfermedades sistémicas vinculadas a catarata, la diabetes mellitus destaca por adelantar su desarrollo, manifestándose aproximadamente dos décadas antes que en personas sin diabetes⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾. Se ha observado que la hipertensión arterial incrementa la probabilidad de aparición de catarata subcapsular posterior y se relaciona también con el síndrome metabólico⁽²⁷⁾. Se ha planteado que el bajo nivel socioeconómico esté asociado al desarrollo de catarata debido a los estilos de vida característicos de estas poblaciones. No obstante, también se considera que la mayor frecuencia de esta patología en grupos con menores recursos podría explicarse por el acceso limitado a tratamientos correctivos. Se ha demostrado que a medida que el nivel de ingresos aumenta, la severidad reportada de la catarata tiende a disminuir⁽²⁸⁾.

Otras enfermedades metabólicas vinculadas con la aparición de catarata incluyen la hipocalcemia, la enfermedad de Wilson y la distrofia miotónica. Se observó que ciertos fármacos, especialmente los corticoides tópicos, sistémicos o inhalados, pueden favorecer su desarrollo, presentando una relación dependiente de la dosis y la duración del tratamiento⁽²⁷⁾. Otros factores que pueden acelerar el desarrollo de catarata incluyen la exposición a radiación ultravioleta, particularmente UVB, así como hábitos de riesgo

como el consumo de tabaco y alcohol ⁽²⁹⁾. Algunas investigaciones también señalan que determinadas enfermedades oftalmológicas se asocian con el desarrollo de catarata, entre ellas la uveítis, la retinitis pigmentosa, el glaucoma absoluto y la miopía alta ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾.

2.1.1.4. Etiología

La catarata senil o relacionada con la edad representa el subtipo más frecuente y afecta principalmente a personas mayores de 65 años, caracterizándose por un compromiso bilateral y asimétrico. Dentro de esta clasificación, la catarata nuclear es la forma más común y se caracteriza por la opacidad localizada en el núcleo del cristalino, pudiendo generar una aparente mejoría de la visión cercana debido a cambios miópicos. La catarata subcapsular posterior se presenta con mayor frecuencia en adultos jóvenes y se manifiesta mediante una opacidad cercana a la cápsula posterior del cristalino, relacionándose frecuentemente con el uso de corticoides. Por otro lado, la catarata cortical suele observarse en pacientes con diabetes mellitus y se origina en las capas corticales externas del cristalino, progresando hacia el centro y produciendo principalmente alteraciones por deslumbramiento ⁽³⁰⁾.

La catarata traumática afecta con mayor frecuencia a personas jóvenes y puede desarrollarse por traumatismos contusos, heridas penetrantes, exposición a radiación o descargas eléctricas. Existen cataratas asociadas a enfermedades sistémicas y oftalmológicas, observándose que los pacientes diabéticos presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar esta enfermedad en comparación con la población general ⁽³¹⁾.

2.1.1.5. Clínica

La manifestación clínica más frecuente de la catarata es la disminución progresiva de la agudeza visual, cuya intensidad varía según el subtipo y el grado de opacidad del cristalino. Entre los signos y síntomas asociados destacan la visión borrosa, deslumbramiento, fotopsias, incremento de la miopía, reducción de la visión nocturna y dificultad para adaptarse a luces intensas. En algunos casos puede presentarse diplopía monocular ^{(27) (29)}.

La evaluación clínica del paciente incluye la medición de la agudeza visual para visión cercana y lejana. Inicialmente se utiliza el oftalmoscopio para valorar el reflejo rojo y detectar alteraciones sugestivas de catarata. Además, debe realizarse un examen oftalmológico integral orientado a descartar traumatismos, deformidades externas y alteraciones en la motilidad ocular. La lámpara de hendidura permite confirmar el diagnóstico, clasificar el tipo de catarata y determinar su severidad ⁽³²⁾.

2.1.1.5.1. Signos y Síntomas

El principal signo clínico de catarata es la opacidad pupilar que impide el adecuado paso de la luz hacia el fondo de ojo, pudiendo observarse leucocoria mediante iluminación frontal o lateral. Entre los síntomas más frecuentes destacan la disminución progresiva de la visión, visión borrosa, alteración en la percepción de colores y disminución de la sensibilidad al contraste ⁽³²⁾.

Los pacientes suelen presentar deslumbramiento al conducir o leer, cambios frecuentes en la graduación de los lentes por modificaciones miópicas, necesidad de mayor iluminación para realizar actividades cotidianas y deterioro de la visión nocturna. También pueden referir intolerancia a luces intensas y percepción de halos alrededor de las fuentes luminosas ⁽³²⁾.

2.1.1.5.2. Evolución de la Catarata y Características Asociadas

La catarata presenta una evolución progresiva caracterizada por el aumento gradual de la opacidad del cristalino. Conforme avanza la enfermedad, el cristalino puede adquirir coloración blanquecina, amarillenta o marrón oscuro. En algunos casos ocurre licuefacción de la corteza acompañada de pigmentación del núcleo, condición denominada catarata Morganiana, la cual puede asociarse a intumescencia del cristalino ⁽³¹⁾.

En estadios avanzados, la cápsula del cristalino pierde resistencia y las proteínas internas se extravasan, produciendo reducción del volumen del lente y aumento de la pigmentación nuclear ⁽³¹⁾.

2.1.1.6. Diagnóstico

El personal de salud que presta servicios en establecimientos de categorías I-1 a II-1, con o sin experiencia previa en programas de tamizaje de catarata, está obligado a efectuar la valoración y el despistaje de la patología a través de una reevaluación de la agudeza visual⁽²⁸⁾. Aquellos pacientes con indicios de catarata deben ser derivados a unidades de mayor nivel resolutivo con servicios de oftalmología. Los establecimientos de categoría I-4 o superior, con capacidad médico-quirúrgica, pueden adaptar sus espacios para la realización de intervenciones quirúrgicas y actividades asistenciales relacionadas con el tratamiento de esta patología⁽³³⁾.

De manera excepcional, los centros de salud I-4 y establecimientos II-1 que cuentan con servicios oftalmológicos y capacidad médico-quirúrgica pueden realizar cirugías de catarata, siguiendo las normas establecidas para establecimientos de categoría II-2 o superior. Corresponde al médico oftalmólogo de los establecimientos I-4, II-1 y II-2 confirmar el diagnóstico de catarata y realizar una evaluación clínica integral del paciente. Esta evaluación incluye la elaboración detallada de la historia clínica, medición de la agudeza visual, control de la presión intraocular mediante tonometría, evaluación del segmento anterior a través de biomicroscopía, valoración de la pupila y examen del fondo de ojo para descartar otras enfermedades que afecten la visión. Además, se realiza la evaluación refractiva para determinar la máxima agudeza visual corregida. En pacientes pediátricos, algunos procedimientos diagnósticos pueden efectuarse bajo anestesia general, incluyendo tonometría, refracción ciclopléjica y evaluación del fondo de ojo. Según indicación del especialista, también pueden solicitarse estudios complementarios como potenciales visuales evocados y electroretinograma. En los pacientes diagnosticados con catarata, el oftalmólogo debe registrar la información correspondiente en la Ficha de Catarata y establecer el grado de complejidad de la cirugía requerida⁽³⁴⁾.

La complejidad del procedimiento quirúrgico en catarata determina el nivel de capacidad y recursos requeridos del establecimiento de salud donde se realizará la intervención⁽³³⁾. La cirugía con grado de dificultad bajo se

considera potencialmente sencilla y puede realizarse en establecimientos de salud de categoría I-4, II-2 o en salas de operaciones acondicionadas de manera temporal. En cambio, la cirugía con grado de dificultad moderado se considera potencialmente compleja y se lleva a cabo en establecimientos de salud de categoría III-1 ⁽³³⁾. La cirugía con grado de dificultad alto se considera de elevada complejidad y se realiza en establecimientos de salud de categoría III-2 ⁽³³⁾.

2.1.1.7. Tratamiento

2.1.1.7.1. Criterios de Inclusión:

En adultos: En adultos, la cirugía de catarata se recomienda en pacientes con agudeza visual corregida del mejor ojo menor o igual a 20/70, considerando siempre una evaluación individual según las necesidades funcionales de cada persona. También deben presentar una condición clínica adecuada que garantice la seguridad del procedimiento quirúrgico y anestésico. Son candidatos aquellos pacientes cuya disminución de la visión genere limitaciones en sus actividades de la vida diaria o en su desempeño laboral. En niños, la cirugía está indicada en cataratas de grado avanzado, ya sean unilaterales o bilaterales, cuando la opacidad del cristalino impide o dificulta la evaluación del fondo de ojo mediante oftalmoscopia indirecta ⁽³⁴⁾.

2.1.1.7.2. Criterios de exclusión

Las contraindicaciones para la cirugía de catarata se dividen en relativas y absolutas. Dentro de las relativas se incluyen la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria, la diabetes mellitus u otros trastornos metabólicos descompensados, la ausencia de consentimiento informado firmado por el paciente o su representante legal, el rechazo de la intervención quirúrgica por parte de los padres o tutores en el caso de pacientes pediátricos, y la presencia de otras patologías oculares como degeneración macular relacionada con la edad, retinopatía diabética, glaucoma u opacidades corneales. Por otro lado, las contraindicaciones absolutas incluyen la ceguera absoluta y la ptosis bulbi ⁽³⁴⁾.

2.1.1.8. Manejo Según el Nivel de Atención

2.1.1.8.1 Medidas del Primer Nivel de Atención

Las medidas generales orientadas a la prevención de la catarata comprenden la educación sobre el cuidado de la salud ocular, la realización periódica de evaluaciones oftalmológicas y el tratamiento oportuno de enfermedades de base cuando corresponda. Se recomienda evitar traumatismos oculares, controlar factores de riesgo como la obesidad, el tabaquismo y efectuar evaluaciones oftalmológicas en recién nacidos, como controles posteriores al año y a los 3, 6 y 10 años de edad, preferentemente realizados por un oftalmólogo pediatra ⁽³⁵⁾.

Respecto a las medidas preventivas específicas, no existen estrategias totalmente eficaces para prevenir la catarata senil debido a su estrecha relación con el envejecimiento; sin embargo, algunos estudios señalan que suplementos vitamínicos como vitamina E, riboflavina y niacinamida podrían contribuir a retrasar su aparición. Se recomienda el adecuado control prenatal para prevenir infecciones intrauterinas, incluida la inmunización contra la rubéola en mujeres en edad fértil, excepto durante la gestación, periodo en el que la vacunación debe realizarse en el posparto. Finalmente, es importante brindar consejería genética a los padres acerca de la catarata congénita, cuya incidencia aproximada es de 6 casos por cada 10 000 recién nacidos vivos ⁽³⁵⁾.

2.1.1.8.2 Medidas del Segundo Nivel de Atención

Las medidas preventivas en el segundo nivel de atención mantienen las mismas disposiciones establecidas en el primer nivel, orientadas a la promoción de la salud ocular, la reducción de factores de riesgo y la detección precoz de enfermedades oftalmológicas. En relación con el tratamiento, el manejo definitivo de la catarata es quirúrgico y consiste en la extracción del cristalino opacificado con posterior implantación de una lente intraocular (LIO), permitiendo restablecer la función visual. Entre las principales técnicas quirúrgicas se encuentran la extracción extracapsular del cristalino (EECC), la cirugía de catarata mediante incisión pequeña (CCIP) y la facoemulsificación, procedimiento que

utiliza energía ultrasónica para fragmentar y aspirar el cristalino. En determinadas situaciones, estos procedimientos pueden complementarse con vitrectomía anterior asociada a EECC o facoemulsificación, con la finalidad de preservar la integridad anatómica y funcional del ojo ⁽³⁶⁾.

2.1.1.9. Complicaciones y Secuelas

Las complicaciones derivadas de la catarata o de su tratamiento pueden clasificarse en moderadas o severas, así como en precoces o tardías. Entre las complicaciones intraoperatorias más graves se encuentran el hifema, caracterizado por la presencia de sangre en la cámara anterior; la luxación del cristalino hacia la cavidad vítrea; la hemorragia vítrea, producida por sangrado dentro del humor vítreo; y la hemorragia supracoroidea expulsiva, considerada una complicación ⁽³⁶⁾.

Entre las complicaciones postoperatorias pueden presentarse aumento de la presión intraocular, heridas filtrantes asociadas o no a prolapso del iris, endoftalmitis bacteriana aguda, opacidad de la cápsula posterior, edema macular, descompensación corneal, desprendimiento de retina y dislocación de la lente intraocular (LIO). Puede observarse disminución de la agudeza visual secundaria a biometría inadecuada y enfermedades crónicas asociadas, como degeneración macular relacionada con la edad y astigmatismo elevado ⁽³⁶⁾.

Ante la sospecha de una complicación severa, el paciente debe ser referido inmediatamente a un establecimiento de mayor complejidad para recibir manejo especializado. Entre los principales signos de alarma destacan el ojo rojo, dolor ocular intenso y disminución brusca de la agudeza visual, estos requieren atención oftalmológica urgente ⁽³⁶⁾.

Como secuela posterior al tratamiento puede presentarse dificultad para la visión cercana, relacionada con presbicia funcional o asociada, afectando actividades cotidianas como la lectura o el uso de dispositivos móviles ⁽³⁶⁾.

2.1.2. Primer nivel de atención

En el Perú, el primer nivel de atención constituye el principal acceso de la población al sistema de salud y tiene como finalidad brindar atención integral mediante actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Se caracteriza por su proximidad a la comunidad y por estar orientado a resolver los problemas de salud más frecuentes, favoreciendo el acceso oportuno a los servicios sanitarios ⁽³⁷⁾.

Este nivel está conformado por puestos y centros de salud clasificados según su capacidad resolutive, infraestructura, equipamiento y disponibilidad de recursos humanos. Los puestos de salud representan establecimientos de menor complejidad, enfocados principalmente en actividades preventivo-promocionales y atención básica, incluyendo inmunizaciones, control de crecimiento y desarrollo, manejo de enfermedades frecuentes, educación sanitaria y referencia de pacientes. Por otro lado, los centros de salud cuentan con mayor capacidad resolutive y un equipo multidisciplinario que permite desarrollar acciones preventivas, diagnósticas, recuperativas y de rehabilitación, además de coordinar procesos de referencia y contrarreferencia ⁽³⁷⁾.

Dentro de esta clasificación, los establecimientos I-3 y I-4 poseen mayor capacidad resolutive en el primer nivel de atención. Los establecimientos I-3 brindan atención ambulatoria integral con profesionales permanentes, permitiendo el manejo y seguimiento de patologías frecuentes, así como la referencia oportuna de casos especializados. Por su parte, los establecimientos I-4 presentan mayor complejidad e incorporan servicios de apoyo diagnóstico y atención especializada. En el ámbito de la salud ocular, el personal que labora en establecimientos I-3 y I-4 desempeña un papel fundamental en la detección temprana de enfermedades oftalmológicas como la catarata. Por ello, es indispensable que cuenten con adecuados conocimientos, actitudes y prácticas para realizar un diagnóstico oportuno, contribuyendo así a prevenir complicaciones como discapacidad visual y ceguera reversible, fortaleciendo la calidad de atención en el primer nivel ⁽³⁷⁾.

2.1.3. Conocimiento, Actitudes y Prácticas

2.1.3.1. Conocimiento

A lo largo de la historia, la humanidad ha experimentado importantes avances científicos y tecnológicos gracias a la generación constante de nuevos conocimientos obtenidos mediante la observación, la experiencia y la aplicación del método científico. Estos avances han permitido comprender mejor los fenómenos que ocurren en el entorno, desarrollar estrategias para resolver diferentes problemas y mejorar las condiciones de vida de la población. El conocimiento ha sido fundamental para el progreso de las ciencias de la salud, favoreciendo el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas, tratamientos y medidas preventivas orientadas a preservar la salud y mejorar la calidad de vida de las personas⁽³⁸⁾.

En la actualidad, el conocimiento científico continúa evolucionando de manera permanente en todas las áreas profesionales, especialmente en el campo de la salud, donde constantemente aparecen nuevas evidencias, protocolos y tecnologías. Por ello, resulta indispensable que los profesionales de salud mantengan una actualización continua de sus conocimientos, ya que esto influye directamente en la calidad de atención brindada, en la toma de decisiones y en el adecuado desempeño profesional. La incorporación de nuevos saberes permite fortalecer las capacidades del personal sanitario y mejorar las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de diferentes enfermedades⁽³⁸⁾.

El conocimiento puede entenderse como un sistema dinámico conformado por experiencias organizadas, valores, información conceptual e ideas, que facilita la integración, análisis y aplicación de nueva información. Esta capacidad permite comprender el entorno y aplicar razonamiento lógico y crítico en la toma de decisiones⁽³⁸⁾.

Para evaluar el nivel de conocimiento en el presente estudio se utilizará la escala de estandares, mediante la cual los resultados se clasifican en

niveles adecuado, intermedio e inadecuado, permitiendo una adecuada interpretación de los hallazgos obtenidos ⁽³⁸⁾.

El conocimiento puede clasificarse en diferentes tipos. Entre ellos se encuentra el conocimiento empírico o no científico, adquirido de manera cotidiana a partir de experiencias vividas y de la práctica diaria, lo que permite comprender la realidad inmediata. Se considera el conocimiento filosófico, derivado del análisis sistemático de información y orientado a explicar los fenómenos mediante la reflexión crítica y el razonamiento lógico. Según Nieto y Rodríguez (2010), este tipo de conocimiento busca interpretar y comprender los fenómenos desde una perspectiva analítica y reflexiva ⁽³⁸⁾.

2.1.3.2. Actitud

Las actitudes forman parte de la conducta y de la vida cotidiana de las personas. Estas se adquieren progresivamente mediante la interacción social y las experiencias vividas, pudiendo modificarse con el tiempo ⁽³⁸⁾. En el ámbito sanitario, los profesionales de la salud buscan constantemente influir en las actitudes y promover conductas favorables para la salud. Por ello, es importante reconocer que las actitudes del personal sanitario repercuten directamente en los pacientes, y que comprender los factores que intervienen en su modificación resulta de gran utilidad ⁽³⁹⁾:

Diversos estudios han demostrado que las actitudes del personal de salud influyen en los pacientes a través de los mensajes y conductas que se transmiten durante la atención. El estado de salud y el grado de adherencia terapéutica se relacionan estrechamente con las actitudes de los pacientes. Considerar los factores que intervienen en el cambio actitudinal permitirá proporcionar información más clara, objetiva y convincente. En este contexto, la actitud se define como una predisposición aprendida que orienta respuestas favorables o desfavorables frente a determinados objetos, situaciones o personas, constituyendo además una disposición relativamente estable y duradera ⁽³⁹⁾.

Medidas de actitud:

Una de las principales características de las actitudes es su carácter subjetivo, por lo que generalmente deben inferirse mediante conductas observables o expresiones verbales, dificultando su medición directa. Para ello, se emplean diferentes métodos de evaluación clasificados como directos e indirectos, dependiendo de si el individuo tiene conocimiento de que su comportamiento está siendo evaluado ⁽³⁹⁾.

Una de las escalas más utilizadas para medir actitudes, por su sencillez y confiabilidad, fue desarrollada por R. Likert en 1932. Originalmente, esta escala estaba conformada por un conjunto de ítems con afirmaciones favorables y desfavorables respecto a la actitud evaluada. El instrumento incorpora un punto medio neutral y opciones distribuidas entre desacuerdo y acuerdo, las cuales serán consideradas en el presente estudio. Los ítems serán sometidos a evaluación por expertos, siguiendo procedimientos para la calificación de nivel de actitud, asignándose puntajes según el nivel de actitud identificado. Finalmente, mediante análisis estadístico se establecerán los valores necesarios para interpretar los resultados y determinar el puntaje máximo del cuestionario ⁽³⁹⁾.

2.1.3.3. Práctica

Las prácticas relacionadas con la prevención y control de las patologías oculares constituyen un componente fundamental para la protección y conservación de la salud visual de la población. Estas prácticas comprenden el conjunto de acciones, procedimientos y conductas desarrolladas por el personal de salud con la finalidad de prevenir enfermedades oculares, identificar oportunamente alteraciones visuales y garantizar una atención adecuada a los pacientes. En el ámbito sanitario, las prácticas adecuadas permiten fortalecer las actividades de promoción de la salud, detección temprana, referencia oportuna y seguimiento de enfermedades oftalmológicas, contribuyendo a disminuir el riesgo de discapacidad visual y ceguera prevenible ⁽⁴⁰⁾:

Garantizar la seguridad del personal de salud, de los pacientes y de los visitantes representa una prioridad en los servicios sanitarios, así como fortalecer las capacidades del personal frente a situaciones de riesgo o brotes. En este contexto, las normas preventivas consideran jerarquías de control organizadas según su nivel de eficacia, incluyendo la eliminación del riesgo, sustitución, controles de ingeniería, controles administrativos y uso de equipos de protección personal. Del mismo modo, se establecen medidas preventivas estándar para todos los pacientes, la implementación de un triaje seguro que facilite el reconocimiento temprano y control de la fuente, además de estrategias preventivas complementarias dirigidas a pacientes con catarata, mediante medidas administrativas, ambientales y técnicas de ingeniería orientadas a reducir riesgos y garantizar una atención segura ⁽⁴⁰⁾.

2.2. Definición de términos básicos

- Conocimiento, actitud y práctica: La encuesta de conocimiento, actitud y práctica (CAP) es un instrumento de investigación cuantitativa dirigido a una población específica, cuyo objetivo es recabar información sobre los conocimientos, percepciones y comportamientos de los participantes frente a un tema determinado. Estas encuestas permiten generar información útil para el fortalecimiento de la planificación y diseño de programas, la promoción de la incidencia y la movilización social, además de facilitar el análisis y la evaluación en el campo de la protección de la salud ocular ⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾.
- Catarata: La catarata se caracteriza por la opacidad del cristalino, el lente natural del ojo, lo que dificulta el paso normal de la luz. Esta condición produce inicialmente una disminución en la claridad y nitidez de la visión, y puede avanzar hasta causar ceguera. Aunque la mayoría de los casos se relaciona con el envejecimiento, la catarata también puede presentarse desde el nacimiento o desarrollarse como consecuencia de traumatismos oculares, procesos inflamatorios u otras enfermedades ⁽¹⁾.

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

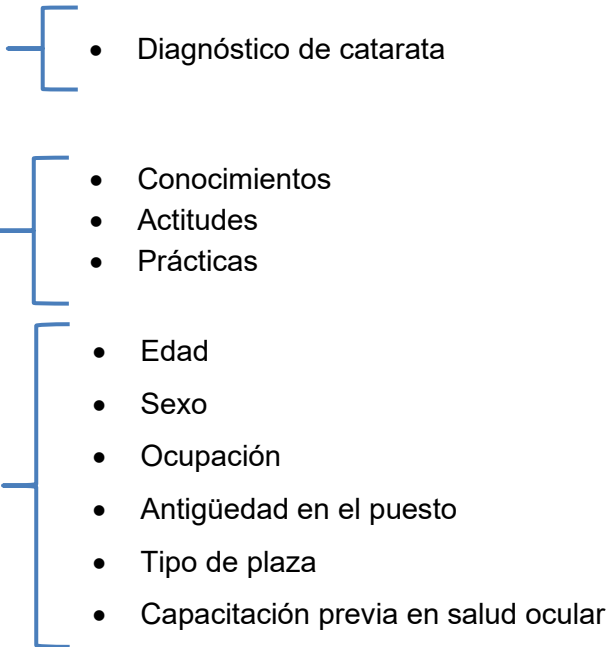
El nivel de conocimiento, actitud y práctica del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026, es predominantemente intermedio.

2.3.2. Hipótesis específicas

- El nivel de conocimiento del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026 es predominantemente intermedio.
- El nivel de actitud del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026 son mayormente adecuados.
- El nivel de práctica del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026 es predominantemente inadecuados.

2.4. Variables

2.4.1. Variables dependientes

- 
- Diagnóstico de catarata

2.4.2. Variables independientes

- Conocimientos
- Actitudes
- Prácticas

2.4.3. Variables intervinientes

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Antigüedad en el puesto
- Tipo de plaza
- Capacitación previa en salud ocular

2.5. Operacionalización de variable

Variables	Definición conceptual	Dimensiones/Dominios	Indicadores	tipo	Escala de medición	Instrumento y procedimiento de medición	Expresión final de la variable	Ítem	Definición operacional de la variable
Conocimiento	Es el grado de intelecto acumulado mediante la experiencia y capacitación sobre normas y protocolos	Conocimiento teórico	- Definición de catarata - Factores de riesgo - Manifestaciones clínicas - Diagnóstico en primer nivel - Tratamiento y referencia	Cuantitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos Cuestionario estructurado auto aplicado. Se suman respuestas correctas.	Inadecuado (0–10) Intermedio (11–15) Adecuado (16–20)	1–20	Puntaje obtenido en 20 preguntas de opción múltiple. Respuesta correcta = 1 punto; incorrecta = 0 puntos. Puntaje máximo: 20
Actitud	Predisposición o postura del personal de salud frente a la detección, referencia y manejo integral de la catarata.	Actitud profesional	- Percepción de problema de salud pública - Responsabilidad profesional - Importancia de referencia oportuna - Necesidad de capacitación - Rol del primer nivel	Cuantitativa discreta	Ordinal	Cuestionario estructurado con escala Likert: 5=Totalmente de acuerdo 1=Totalmente en desacuerdo. Se invierte ítem 23, 27 y 30	Inadecuado (10–29) Intermedio (30–39) Adecuado (40–50)	21–30	Se evaluará tomando en cuenta el porcentaje de respuestas correctas, considerando la escala que se presenta a continuación: Puntaje en 10 ítems tipo Likert Escala de 1 a 5 puntos. Ítem 23, 27 y 30 con puntuación inversa. Puntaje máximo: 50.

Práctica	Conductas y acciones realizadas por el personal de salud relacionadas con evaluación, detección, registro y referencia de pacientes con sospecha de catarata.	Práctica clínica	• Evaluación de agudeza visual • Identificación de factores de riesgo • Registro en historia clínica • Referencia oportuna • Educación al paciente • Seguimiento	Cuantitativa discreta	Ordinal	Cuestionario estructurado auto aplicado. Se suman puntajes según frecuencia reportada.	Inadecuadas (0–9) Intermedio (10–14) Adecuadas (15–20)	31 - 40	La medición se realizará considerando el porcentaje de respuesta correcta comprendidas en la siguiente escala: Puntaje obtenido en 10 preguntas con escala de frecuencia: Siempre=2, A veces=1, Nunca=0. Puntaje máximo: 20.
Edad	Duración de la existencia del individuo medida en unidades de tiempo	Edad	Años	Cuantitativa continua	Razón	Ficha de recolección de datos	Edad	I	Años cumplidos hasta la fecha
Sexo	Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino	Masculino y Femenino	Masculino y Femenino	Cualitativo	Nominal	Ficha de recolección de datos	1. Masculino 2. Femenino	II	Está definido por el dato consignado en el documento de identidad del participante
Ocupación	Ocupación que requiere un conocimiento obtenido en situaciones	Ocupación	Ocupación	Cualitativo	Nominal	Ficha de recolección de datos	1. Médico general 2. Licenciada en enfermería 3. Odontólogo	II	Se define por el dato consignado en la profesión que ejerce

	de educación superior						a 4. Obstetricia		
Antigüedad en el puesto de salud	Tiempo que ha transcurrido entre el ingreso a la unidad médica hasta la actualidad	Antigüedad en el puesto de salud	Antigüedad en el puesto de salud	Cuantitativa	Continua	Ficha de recolección de datos	1. Días 2. Meses 3. Años	IV	Se define por el dato consignado al tiempo que brinda atención de salud en el establecimiento de salud
Tipo de plaza	Condición laboral del trabajador según el régimen de contratación	Condición laboral	Tipo de vínculo laboral	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	1. Contratado 2. Nombrado	V	Se determinará según la condición laboral referida por el participante al momento de la recolección de datos
Con o sin capacitación en catarata	Proceso mediante el cual una persona recibe información o entrenamiento o sobre una determinada patología	Recepción de capacitación	Recibió capacitación / No recibió capacitación	cualitativa	nominal	Ficha de recolección de datos	1. Sí recibió capacitación 2. No recibió capacitación	VI	Se considerará que el participante recibió capacitación cuando refiera haber participado en cursos, talleres, charlas o entrenamientos relacionados con la patología estudiada

CAPÍTULO III: MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Investigación

El estudio presenta un enfoque cuantitativo, ya que valora el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud respecto al diagnóstico de catarata. Cada variable será medida y posteriormente se analizarán las diferencias según variables sociodemográficas. Se trata de un estudio exploratorio que permitirá, diseñar programas de capacitación con el objetivo de fortalecer el diagnóstico oportuno, prevenir complicaciones y reducir principalmente la aparición de ceguera por catarata. El enfoque cuantitativo se fundamenta en la obtención y el análisis de datos expresados numéricamente, con el fin de describir, comprender y evaluar fenómenos presentes en los ámbitos social, económico y científico, contribuyendo a responder de manera objetiva las preguntas de investigación formuladas ⁽⁴¹⁾.

El presente estudio es de tipo descriptivo, ya que tiene como propósito especificar las características de una población a partir de las variables de interés, sin profundizar en el análisis de causas o efectos.

3.2 Diseño de la Investigación

El diseño de esta investigación se enmarca dentro de un estudio observacional o no experimental, el cual se caracteriza porque el investigador se limita a observar los eventos o exposiciones presentes en una población, sin intervenir ni manipular las variables objeto de análisis ⁽⁴¹⁾.

El diseño específico fue transversal, dado que el instrumento se aplicó una única vez en un momento determinado, durante los meses de mayo y junio de 2026, sin contemplar periodos de seguimiento.

3.3 Población y Muestra

3.3.1 Descripción de la población:

La población del presente estudio conformada por el personal de salud que labora en establecimientos de primer nivel de atención categoría I-3 y I-4 MINSA de la provincia del Cusco, pertenecientes a las Redes de Salud Norte y Sur Cusco. Este grupo incluye médicos generales, odontólogos, licenciadas en enfermería y obstetras, quienes constituyen el principal recurso humano responsable de la atención integral, preventiva, promocional y recuperativa, además de mantener contacto directo y continuo con la población usuaria, lo que los convierte en una fuente pertinente de información para la investigación.

Según información de la GERESA Cusco, la provincia de Cusco cuenta con aproximadamente 46 establecimientos de primer nivel de atención. Para efectos del estudio, se consideraron únicamente los establecimientos I-3 y I-4 MINSA, debido a su mayor capacidad resolutive y presencia de profesionales de salud. El número de profesionales por establecimiento (1 a 2 médicos generales, 1 odontólogo, 2 a 4 licenciadas en enfermería y 1 a 2 obstetras), se calculó una población aproximada de 350 profesionales de salud en la provincia del Cusco.

3.3.2 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión

- o Se incluirá al personal de salud que labora en establecimientos de primer nivel de atención categoría I-3 y I-4 MINSA de la provincia del Cusco, pertenecientes a las Redes de Salud Norte y Sur Cusco, específicamente médicos generales, licenciadas en enfermería, odontólogos y obstetras.
- o Personal de salud que se encuentre en ejercicio activo de sus funciones asistenciales durante el periodo de recolección de datos.
- o Participación voluntaria de los sujetos de estudio, evidenciada mediante la aceptación y firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- o Personal de salud perteneciente a otras profesiones o carreras distintas a las consideradas en el estudio (psicólogos, nutricionistas, químicos farmacéuticos y otros); así como internos de ciencias de la salud (internado médico, de enfermería, odontología, obstetricia u otros).
- o Personal del área no profesional o paramédica, como técnicos en enfermería, químicos, técnicos en programas de salud, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, promotores de salud u otros afines.
- o Personal de salud que se encuentre en condición de inactividad laboral temporal, ya sea por licencia médica, vacaciones, permisos u otras ausencias durante el periodo de estudio.
- o Personal que no acepte participar en la investigación o que no otorgue su consentimiento informado.

3.3.3 Muestra: Tamaño de muestra y método muestreo

3.3.3.1 Tamaño de muestra

Para poder determinar el tamaño de la muestra se realizó mediante un método matemático, teniendo en consideración los objetivos que tiene la investigación, el nivel de confianza establecido, la precisión requerida y la variabilidad presente en la población.

Se emplea la fórmula para estimar una proporción poblacional:

$$n = \frac{Z^2 p (1 - p)}{d^2}$$

- n: tamaño de muestra. Según información de la Gerencia Regional de Salud (GERESA) Cusco, la provincia del Cusco cuenta aproximadamente con 46 establecimientos de primer nivel de atención, entre centros y puestos de salud categorizados como I-1, I-2, I-3 y I-4 ⁽⁶⁾. Se estimó que cada establecimiento cuenta aproximadamente con 1 a 2 médicos generales, 1 odontólogo, 2 a 4 licenciadas en enfermería y 1 a 2 obstetras, obteniéndose una población aproximada de 350 profesionales de salud en toda la provincia del Cusco.
- Z: el valor Z de la distribución normal para un nivel de confianza deseado:
o Confianza de 95% (Z = 1.96)
- p: proporción esperada, para nuestra población se usará una prevalencia de 28% ⁽¹³⁾.
- 1 – p: complemento de p
- d: el margen de error tolerado estandarizado es de 0.05 que da una precisión del 5%

Procedimiento de cálculo aplicado para este estudio:

Calculamos el tamaño de muestra con la fórmula base:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.28 \times 0.72}{0.05^2}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.20}{0.0025}$$

$$n = 307.328$$

La población (N) es finita, aplicamos la corrección por población finita:

$$n_f = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$
$$n = \frac{307.328}{1 + \frac{307.328 - 1}{350}}$$
$$n = \frac{307.328}{1.875}$$

$$n \text{ aproximado} = 164$$

Ajuste por posibles perdidas

la muestra calculada fue de 164; sin embargo, considerando la posible pérdida de sujetos durante el estudio, se decidió incrementar el tamaño muestral en un 10% o más (16). De este modo, se estableció **un total de 180 participantes**, con el objetivo de asegurar una precisión adecuada en los resultados.

3.3.3.2 Muestreo

Para la selección de los participantes se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que la población de estudio estará conformada por profesionales de salud que laboran en establecimientos de primer nivel de atención categoría I-3 y I-4 MINSA de la provincia del Cusco, pertenecientes a las Redes de Salud Norte y Sur Cusco, y cuya participación dependerá de su disponibilidad y accesibilidad durante el periodo de recolección de datos. Este tipo de muestreo fue seleccionado debido a que la distribución del personal de salud no es homogénea entre los establecimientos de salud, existiendo diferencias en el número de profesionales según categoría ocupacional y capacidad resolutive de cada institución. Asimismo, se consideró la viabilidad operativa y el acceso al personal disponible en los establecimientos I-3 y I-4 MINSA de la provincia de Cusco seleccionados.

3.4 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

- **Técnica:** La recolección de datos se realizó a partir de fuentes primarias, utilizando para ello un instrumento tipo encuesta de forma presencial y virtual. Se gestionó previamente los permisos y autorizaciones necesarios para acceder a los participantes. Durante el proceso, se garantizará que la obtención de información cumpla estrictamente con los criterios de inclusión y exclusión, con

el fin de completar adecuadamente las fichas de recolección de datos, las cuales han sido validadas por cuatro expertos.

- **Instrumento:** Consiste en una ficha de recolección de datos a la cual se le realizó la evaluación de la confiabilidad del instrumento. En una primera instancia, dicha ficha fue elaborada con la asesoría del tutor de investigación para el ajuste y adecuación de algunas variables. Posteriormente, el instrumento fue sometido a juicio de expertos, Luego de esta etapa, se aplicó la distancia al punto promedio (DPP), con la finalidad de que los valores obtenidos se encuentren dentro de un rango aceptable. La ficha de recolección de datos está conformada por 40 ítems, además de los datos generales del participante, los cuales incluirán 6 ítems adicionales. Para la evaluación del nivel de conocimiento en el presente estudio se emplea la escala de esthanones, de acuerdo con esta escala, los niveles de conocimiento se categorizan como adecuados, intermedios o inadecuados. Las actitudes se evaluarán tomando en cuenta el porcentaje de respuestas correctas, considerando la escala de 10 ítems tipo Likert Escala de 1 a 5 puntos con un puntaje máximo de 50; los niveles de actitud se categorizan como desfavorable, indiferente y favorable. Las prácticas se evaluarán considerando el porcentaje de respuestas correctas comprendidas en puntaje obtenido en 10 preguntas con escala de frecuencia: Siempre=2, A veces=1, Nunca=0 con puntaje máximo de 20; los niveles de práctica se categorizan como adecuadas, intermedias e inadecuadas.
- **Procedimiento:** Primeramente, se gestionó los permisos y autorizaciones correspondientes ante las Redes de Salud Norte y Sur de Cusco para acceder al personal de salud de los establecimientos de primer nivel de atención MINSA I-3 y I-4 de la provincia de Cusco. Una vez obtenidas las autorizaciones respectivas, se procedió a la aplicación de las encuestas a los participantes seleccionados. La recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de mayo y junio de 2026. Los datos obtenidos fueron registrados en una hoja de cálculo Microsoft Excel®, realizándose posteriormente la depuración de la base de datos mediante la identificación de registros incompletos, duplicados e inconsistencias. Finalmente, se efectuó el procesamiento y análisis estadístico de la información utilizando el software RStudio®.

3.5 Plan de Análisis de datos

Los datos se recolectaron mediante la encuesta aplicada al personal de salud de los establecimientos de primer nivel de atención I-3 y I-4 del MINSA pertenecientes a las Redes de Salud Norte y Sur de la provincia de Cusco. Se consideró únicamente aquellos cuestionarios que hayan sido completados correctamente. Para el registro de la información se utilizó Microsoft Office Excel 2016®, mientras que el procesamiento y análisis estadístico se realizó mediante el software RStudio®. Los datos obtenidos a través de las encuestas, ya sea de forma presencial o mediante la plataforma Google Forms, serán descargados en formato Excel y sometidos a un proceso de control de calidad y excluyendo aquellos registros incompletos o con errores de llenado.

El análisis estadístico se enfoca en las variables sociodemográficas tales como edad, sexo, formación profesional, antigüedad laboral, tipo de plaza y capacitación previa en salud ocular, así como en las puntuaciones en las dimensiones de conocimiento, actitud y práctica sobre diagnóstico de catarata.

Análisis univariado

Se realiza una descripción general de las características de la población estudiada. Para evaluar la distribución de las variables cuantitativas se aplicará la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cualitativas son descritas mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables cuantitativas con distribución no normal se presentan mediante mediana y rango intercuartílico (RIQ). Las puntuaciones de conocimiento, actitud y práctica son clasificadas en niveles inadecuado, medio y adecuado de acuerdo con los criterios establecidos para cada dimensión, presentándose mediante tablas de distribución de frecuencias y porcentajes.

Análisis bivariado y multivariado

La relación entre las puntuaciones de conocimiento, actitud y práctica fueron evaluadas mediante el coeficiente de correlación de rangos de Spearman, considerando un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$. Se realizará un Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM) con la finalidad de explorar gráficamente las asociaciones existentes entre las categorías de conocimiento, actitud y práctica, permitiendo identificar patrones de agrupación y proximidad entre dichas variables.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Resultados

Tabla 1: Características sociodemográficas y laborales de los profesionales de salud participantes en establecimientos I-3 y I-4 MINSA-Cusco, 2026

Variable	Categoría	n	%
Grupo de edad	Adulto intermedio	74	41.1
	Mayor experiencia laboral	68	37.8
	Profesional joven	38	21.1
	Total	180	100
Sexo	Femenino	123	68.3
	Masculino	57	31.7
	Total	180	100
Formación profesional	Licenciada en enfermería	62	33.9
	Médico general	60	33.3
	Obstetricia	39	21.7
	Odontología	19	10.6
	Total	180	100
Antigüedad laboral	Mayor antigüedad	17	9.4
	Menor antigüedad	163	90.6
	Total	180	100
Tipo de plaza	Contratado	107	59.4
	Nombrado	73	40.6
	Total	180	100
Capacitación previa en salud ocular	No	89	49.4
	Sí	91	50.6
	Total	180	100

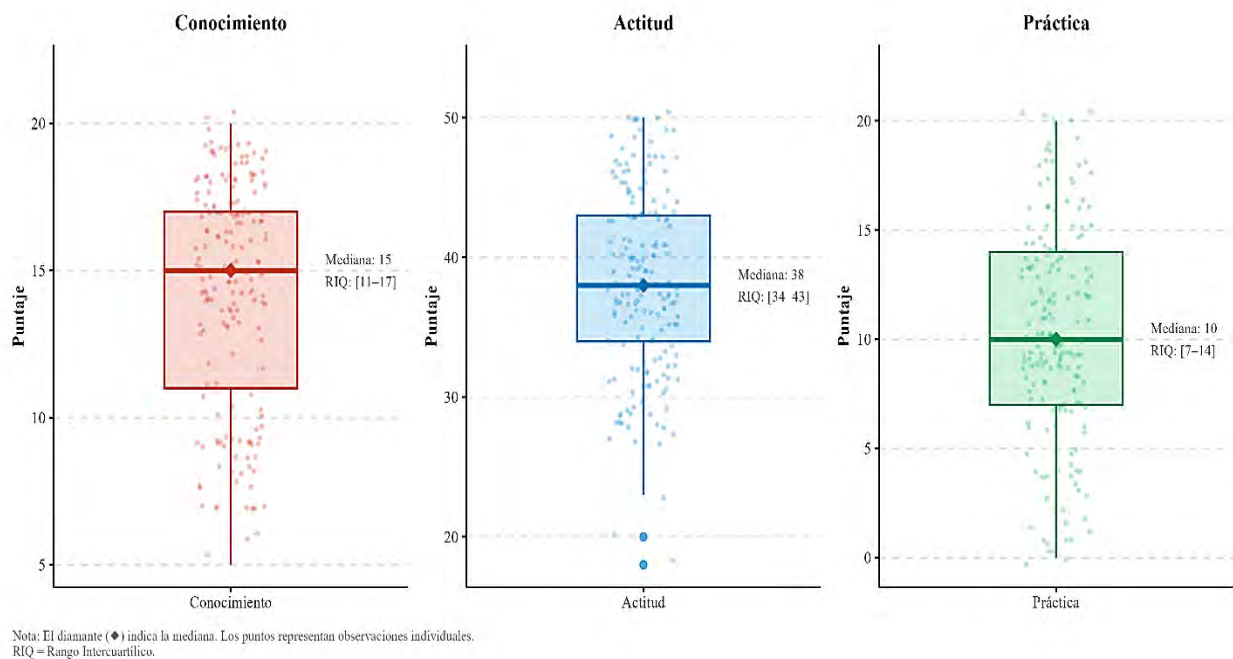
Fuente: Base de datos del estudio.

Elaboración: Propia, mediante procesamiento estadístico en RStudio, 2026.

Interpretación: Se evaluaron 180 profesionales de salud de establecimientos I-3 y I-4 MINSA-Cusco durante el año 2026. Predominó el grupo de edad correspondiente a adultos intermedios (41.1%), seguido del grupo con mayor experiencia laboral (37.8%). El sexo femenino fue el más frecuente (68.3%). Respecto a la formación profesional, las categorías predominantes fueron licenciadas en enfermería (33.9%) y médicos generales (33.3%). Asimismo, la mayoría presentó menor antigüedad laboral (90.6%) y

condición laboral de contratado (59.4%). Finalmente, el 50.6% de los participantes reportó haber recibido capacitación previa en salud ocular.

Gráfico 1: Puntajes totales del conocimiento actitud y prácticas de los profesionales de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026



Nota: Las variables presentaron distribución no normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0.05$), por lo que se emplearon medidas de tendencia central y dispersión no paramétricas.

Interpretación: Se evidenció que la dimensión conocimientos, evaluada en una escala de 0 a 20 puntos, presentó una mediana de 15 y un RIQ de 11 a 17, indicando un nivel moderadamente alto y una distribución relativamente homogénea. En la dimensión actitudes, cuya puntuación posible osciló entre 5 y 50 puntos, se obtuvo una mediana de 38 y un RIQ de 34 a 43, reflejando actitudes favorables y menor dispersión entre los participantes. Respecto a las prácticas, evaluadas en una escala de 0 a 20 puntos, se evidenció una mediana de 10 puntos y un rango intercuartílico de 7 a 14 puntos, lo que indica un nivel de desempeño práctico predominantemente intermedio-bajo entre los profesionales de salud evaluados.

Tabla 2: Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas del profesional de salud sobre diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 del MINSA – Cusco, 2026

Dimensión	Nivel	N	%
Conocimiento	Inadecuado	46	25.6
	Medio	52	28.9
	Adecuado	82	45.6
Actitud	Inadecuado	32	17.8
	Medio	80	44.4
	Adecuado	68	37.8
Práctica	Inadecuado	106	58.9
	Medio	54	30
	Adecuado	20	11.1

Nota: La clasificación de los niveles de Conocimiento, Actitud y Práctica se realizó mediante el criterio del porcentaje del puntaje máximo alcanzable, A partir de este porcentaje se establecieron tres categorías: **Inadecuado**, cuando el porcentaje de logro fue inferior al 60% del puntaje máximo alcanzable; **Medio**, cuando se situó entre el 60% y el 79%; y **Adecuado**, cuando alcanzó el 80% o más

Fuente: Base de datos del estudio.

Elaboración: Propia, mediante procesamiento estadístico en RStudio, 2026.

Interpretación: La Tabla 2 evidencia diferencias importantes entre las dimensiones de conocimiento, actitud y práctica de los profesionales de salud respecto al diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 del MINSA – Cusco, 2026.

En la dimensión conocimiento, predominó el nivel adecuado con 45,6% de los participantes, seguido del nivel medio (28,9%) e inadecuado (25,6%), lo que sugiere que cerca de la mitad de los profesionales posee información teórica suficiente sobre el diagnóstico de catarata.

En relación con la actitud, el nivel medio fue el más frecuente (44,4%), seguido del nivel adecuado (37,8%) y del nivel inadecuado (17,8%). Estos hallazgos indican que, aunque existe una disposición relativamente favorable hacia el diagnóstico de catarata, aún persisten actitudes que podrían limitar una adecuada identificación y manejo oportuno de esta patología.

Por otro lado, la dimensión práctica mostró los resultados menos favorables, observándose un predominio marcado del nivel inadecuado con 58,9%, mientras que solo el 11,1% alcanzó un nivel adecuado. Esto evidencia que, pese a contar con conocimientos relativamente aceptables y actitudes moderadamente favorables, la aplicación práctica en el diagnóstico de catarata continúa siendo deficiente en la mayoría de los profesionales evaluados. En conjunto, los resultados sugieren una brecha entre el conocimiento teórico y la ejecución práctica, resaltando la necesidad de fortalecer las competencias clínicas mediante capacitaciones y entrenamiento orientados a la práctica asistencial.

Tabla 3: Relación de Spearman entre las puntuaciones de conocimiento, actitud y práctica de los profesionales de salud participantes en establecimientos I-3 y I-4 MINSA-Cusco, 2026

Variables	Rho de Spearman (ρ)	P
Conocimiento – Actitud	0.579	<0.001
Conocimiento – Práctica	0.512	<0.001
Actitud – Práctica	0.579	<0.001

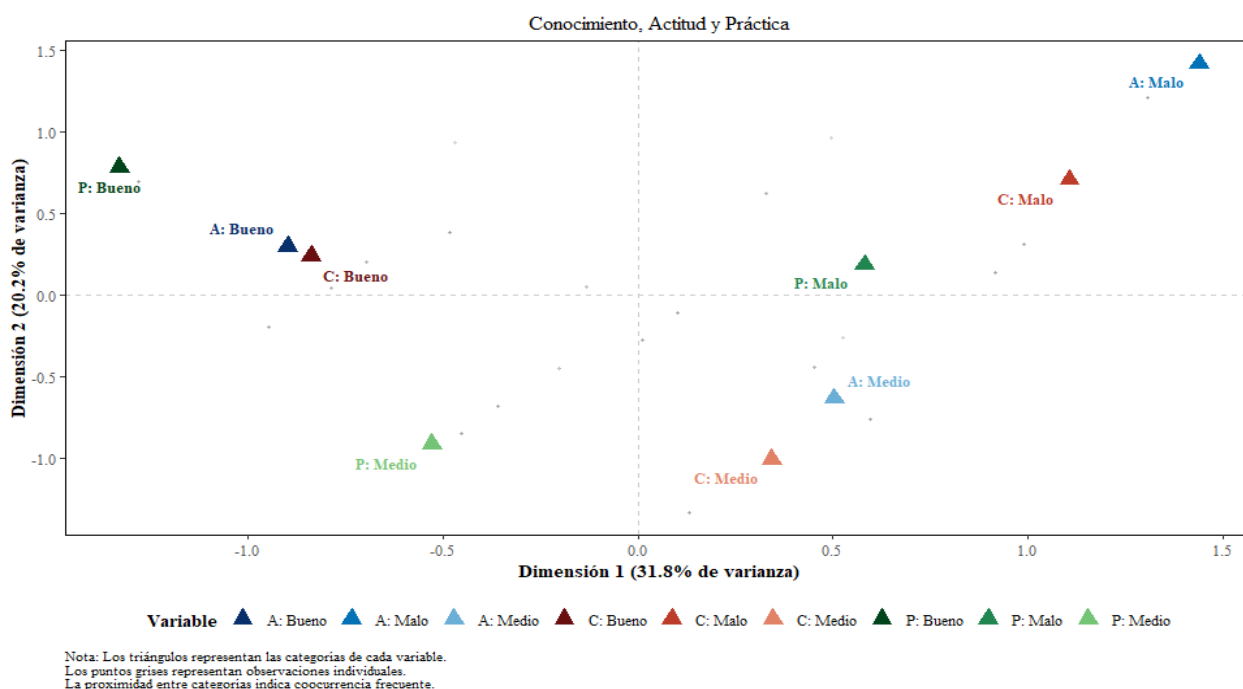
Nota: Se utilizó el coeficiente de relación de rangos de Spearman debido a que las puntuaciones de conocimiento, actitud y práctica correspondieron a variables ordinales/no paramétricas. Se consideró significancia estadística para valores de $p < 0.05$.

Fuente: Base de datos del estudio.

Elaboración: Propia, mediante procesamiento estadístico en RStudio, 2026.

Interpretación: Se encontró una relación positiva moderada y estadísticamente significativa entre las puntuaciones de conocimiento y actitud ($\rho = 0.579$; $p < 0.001$), lo que indica que adecuados niveles de conocimiento tendieron a asociarse con actitudes más adecuadas hacia el diagnóstico de catarata. Asimismo, se observó una relación positiva moderada entre las puntuaciones de conocimiento y práctica ($\rho = 0.512$; $p < 0.001$), sugiriendo que los profesionales con adecuados conocimientos presentaron adecuadas prácticas relacionadas con el diagnóstico de catarata. Finalmente, la relación entre actitud y práctica también fue positiva y moderada ($\rho = 0.579$; $p < 0.001$), evidenciando que actitudes más adecuadas se asociaron con prácticas más adecuadas.

Gráfico 2: Distribución conjunta entre conocimiento actitudes y prácticas del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026



Nota: A: actitud C: Conocimiento y P: práctica

Interpretación: El análisis del mapa perceptual evidenció la relación existente entre las categorías de conocimientos, actitudes y prácticas del profesional de salud respecto al diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA-Cusco, 2026. Las dos primeras dimensiones explicaron conjuntamente el 52.0% de la variabilidad total de los datos, correspondiendo el 31.8% a la Dimensión 1 y el 20.2% a la Dimensión 2, evidenciando una adecuada representación bidimensional de las asociaciones entre categorías.

En la Dimensión 1 se observó una separación clara entre las categorías favorables y desfavorables. Hacia el lado izquierdo del gráfico se agruparon las categorías “A: Bueno”, “C: Bueno” y “P: Bueno”, lo que indica una asociación positiva entre adecuados conocimientos, actitudes favorables y buenas prácticas en el diagnóstico de catarata. La cercanía espacial entre estas categorías sugiere que los profesionales con mejor nivel de conocimiento tienden también a presentar actitudes positivas y prácticas adecuadas.

Por otro lado, en el lado derecho del gráfico se localizaron las categorías “A: Malo”, “C: Malo” y “P: Malo”, mostrando una tendencia de coexistencia entre conocimientos

deficientes, actitudes inadecuadas y prácticas inadecuadas. La proximidad de estas categorías evidencia que los trabajadores con bajo nivel de conocimientos suelen presentar simultáneamente actitudes y prácticas deficientes respecto al diagnóstico de catarata.

Asimismo, las categorías “A: Medio”, “C: Medio” y “P: Medio” se ubicaron en una posición intermedia e inferior del plano factorial, reflejando un nivel moderado de asociación entre las tres dimensiones evaluadas. Esto sugiere la existencia de un grupo de profesionales con desempeño intermedio en conocimientos, actitudes y prácticas.

Tabla 4: Comparación de las puntuaciones de conocimiento, actitud y práctica según capacitación previa en salud ocular en profesionales de salud de establecimientos I-3 y I-4 MINSA-Cusco, 2026.

Variable	Capacitación previa en salud ocular	n	Mediana (RIC)	Estadístico W	p
Puntuación de conocimiento	No	89	14 (8)		
	Sí	91	16 (4)	2864.5	<0.001
Puntuación de actitud	No	89	38 (10)		
	Sí	91	38 (8)	3978.5	0.840
Puntuación de práctica	No	89	10 (6)		
	Sí	91	10 (7)	3987.5	0.860
Total		180			

Nota: U de Mann-Whitney (Wilcoxon rango-suma). **RIC:** Rango intercuartílico.

Fuente: Base de datos del estudio.

Elaboración: Propia, mediante procesamiento estadístico en RStudio, 2026.

Interpretación: La comparación de las puntuaciones según capacitación previa en salud ocular mostró diferencias estadísticamente significativas únicamente en el nivel de conocimiento, donde los profesionales capacitados presentaron una mediana mayor que aquellos sin capacitación previa (16 vs 14; $p < 0.001$). En contraste, no se evidenciaron diferencias significativas en las puntuaciones de actitud ($p = 0.840$) ni de práctica ($p = 0.860$) entre ambos grupos.

Tabla 5: Comparación de las puntuaciones de conocimiento, actitud y práctica según profesión de los profesionales de salud de establecimientos I-3 y I-4 MINSA-Cusco, 2026.

Variable	Licenciada en enfermería	Médico general	Obstetricia	Odontología
			14 (9.5 -	
Conocimiento	14 (9 - 16)	17 (16 - 18)	16)	10 (9 - 14)
		42 (38 -		
Actitud	37 (33 - 41)	46.25)	37 (32 - 43)	31 (29 - 37)
		12 (9.75 -	10 (6 -	
Práctica	9 (7 - 13)	15.25)	13.5)	4 (1 - 8.5)

Interpretación: Respecto a la comparación de las puntuaciones de conocimiento, actitud y práctica sobre el diagnóstico de catarata según profesión del personal de salud de establecimientos de categoría I-3 y I-4, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos profesionales.

En la dimensión conocimiento, los médicos generales presentaron la mediana más alta con 17 puntos (RIC: 16–18), seguidos por el grupo de otros profesionales con 17 puntos (RIC: 17–17). Por otro lado, los profesionales de odontología mostraron la mediana más baja con 10 puntos (RIC: 9–14), mientras que licenciados en enfermería y obstetras obtuvieron medianas de 14 puntos.

En cuanto a la actitud frente al diagnóstico de catarata, los médicos generales alcanzaron la puntuación más elevada con una mediana de 42 puntos (RIC: 38–46,25), mientras que los odontólogos registraron la menor puntuación con una mediana de 31 puntos (RIC: 29–37). Los licenciados en enfermería y obstetras presentaron valores intermedios, con medianas de 37 puntos.

Respecto a la práctica, nuevamente los médicos generales obtuvieron una de las puntuaciones más altas con una mediana de 12 puntos (RIC: 9,75–15,25), mientras que los odontólogos presentaron la menor mediana con 4 puntos (RIC: 1–8,5). Los licenciados en enfermería y obstetras mostraron valores intermedios, con medianas de 9 y 10 puntos, respectivamente.

Se infiere que la profesión influye significativamente en los niveles de conocimiento, actitud y práctica relacionados con el diagnóstico de catarata. Los médicos generales

evidenciaron un mejor desempeño global en las tres dimensiones evaluadas, probablemente debido a una mayor formación y experiencia clínica en la identificación de catarata dentro del primer nivel de atención. En contraste, los profesionales de odontología mostraron las puntuaciones más bajas, lo que podría explicarse por una menor participación de su práctica profesional con el diagnóstico de enfermedades oftalmológicas.

4.2. Discusión

En el presente estudio, la población estuvo conformada por 180 profesionales de salud de establecimientos I-3 y I-4 MINSA-Cusco, con predominancia del sexo femenino (68.3%), del grupo etario adulto intermedio (41.1%) y de la condición laboral contratada (59.4%). La formación profesional predominante correspondió a licenciadas en enfermería (33.9%) y médicos generales (33.3%), con un 50.6% que reportó haber recibido capacitación previa en salud ocular. Este perfil sociodemográfico guarda concordancia parcial con lo reportado por Flatela y Xulu-Kasaba en Sudáfrica, quienes evaluaron personal de enfermería de atención primaria en un distrito rural, encontrando que el 86.4% correspondía a mujeres, y que el 93.5% nunca había recibido formación formal en oftalmología ⁽¹⁵⁾. En el presente estudio el 50.6% reportó capacitación previa, en el estudio sudafricano la ausencia de formación oftalmológica fue casi universal. Esta diferencia podría deberse al contexto institucional del MINSA peruano, que incorpora algunos contenidos de salud ocular en sus procesos de inducción y capacitación continua, a diferencia del sistema rural sudafricano evaluado por dichos autores. De manera similar, Bogale, Tegegne y Zeleke en Etiopía reportaron que únicamente el 13.6% de los trabajadores de atención primaria había recibido capacitación en servicio sobre cataratas ⁽¹⁷⁾, cifra considerablemente inferior al 50.6% del presente estudio, lo que sugiere que las brechas formativas en salud ocular son aún más pronunciadas en contextos subsaharianos.

Respecto al nivel de conocimientos, el presente estudio evidenció que el 45.6% de los profesionales alcanzó un nivel adecuado, el 28.9% un nivel medio y el 25.6% un nivel inadecuado, con una mediana de 15 puntos sobre 20 (RIQ: 11-17). Este hallazgo contrasta con lo reportado por Flatela y Xulu-Kasaba en Sudáfrica, donde solo el 28% de las enfermeras identificó correctamente una catarata madura y un porcentaje similar reconoció los signos de catarata, evidenciando un nivel de conocimientos notablemente inferior al del presente estudio ⁽¹⁵⁾. Esta discrepancia puede atribuirse a diferencias en el perfil de formación profesional de las poblaciones evaluadas: mientras que el estudio sudafricano incluyó exclusivamente personal de enfermería de un distrito rural con

mínima exposición a formación oftalmológica, el presente estudio incorporó médicos generales, obstetras y odontólogos además de enfermeras, con mayor heterogeneidad formativa y acceso relativo a contenidos de salud ocular en sus currículos universitarios, también es importante recalcar que el instrumento utilizado en el presente estudio es netamente teórico mientras en el estudio subsahariano se utilizó otros recursos clínicos.

Asimismo, Bogale, Tegegne y Zeleke en Etiopía encontraron que únicamente el 21.9% de los trabajadores presentó buenas prácticas de derivación para cataratas, asociadas directamente con la escasa capacitación recibida ⁽¹⁷⁾, lo que es consistente con el presente estudio en cuanto a que la capacitación previa constituye un factor determinante del desempeño en salud ocular en el primer nivel de atención. De manera complementaria, en el presente estudio se evidenció que los profesionales con capacitación previa en salud ocular presentaron puntuaciones significativamente mayores en conocimientos en comparación con aquellos sin capacitación (mediana: 16 vs 14 puntos; $p < 0.001$), mientras que no se observaron diferencias significativas en las dimensiones de actitud y práctica. Este hallazgo refuerza la importancia de la formación continua como estrategia para mejorar el componente cognitivo del personal sanitario, aunque su impacto sobre las competencias prácticas podría requerir intervenciones más prolongadas y con mayor componente clínico-aplicativo. Por su parte, Ríos Valladares y Ayala Mendivil en San Juan de Lurigancho, Lima, reportaron que el 42.5% de los trabajadores de salud presentó un nivel regular de conocimientos en atención primaria de salud ⁽¹⁶⁾, resultado que es comparable con el nivel medio identificado en el presente estudio (28.9%), aunque la diferencia en los porcentajes podría explicarse por las distintas escalas de medición y los contenidos evaluados, dado que el estudio limeño abordó la atención primaria en términos generales mientras que el presente estudio focalizó específicamente el diagnóstico de catarata.

En la dimensión actitudes, el presente estudio identificó que el 44.4% de los profesionales presentó un nivel medio, el 37.8% un nivel adecuado y el 17.8% un nivel inadecuado, con una mediana de 38 puntos sobre 50 (RIQ: 34-43), reflejando una tendencia moderadamente favorable. Este resultado es concordante con lo reportado por Ríos Valladares y Ayala Mendivil en Lima, quienes encontraron que el 55.6% de los trabajadores de salud mostró un nivel muy bueno en actitudes hacia la atención primaria de salud ⁽¹⁶⁾. La concordancia entre ambos estudios sugiere que el personal sanitario peruano, independientemente del nivel de atención o la región geográfica, tiende a mantener actitudes relativamente favorables hacia su práctica profesional. La diferencia en los porcentajes de nivel adecuado entre ambos estudios (37.8% versus 55.6%)

podría explicarse por el hecho de que las actitudes hacia la atención primaria general, evaluadas por Ríos Valladares y Ayala Mendívil, son más fácilmente internalizadas por el personal que las actitudes específicas hacia una competencia clínica especializada como el diagnóstico de catarata.

El hallazgo más relevante del presente estudio corresponde a la dimensión prácticas, donde el 58.9% de los profesionales presentó un nivel inadecuado, el 30% un nivel medio y el 11.1% un nivel adecuado. Este resultado es consistente con lo reportado por Flatela y Xulu-Kasaba en Sudáfrica, quienes evidenciaron que el 94% del personal de enfermería no logró medir con precisión la agudeza visual de los pacientes ⁽¹⁵⁾, lo que refleja una brecha práctica casi universal en el manejo clínico oftalmológico en el primer nivel de atención, tanto en contextos africanos como latinoamericanos. Asimismo, Bogale, Tegegne y Zeleke en Etiopía reportaron que solo el 21.9% de los trabajadores presentó buenas prácticas de derivación para cataratas, concluyendo que la escasa capacitación constituye el principal factor asociado a este bajo desempeño práctico (OR = 3.13; IC 95%: 1.31-7.45) ⁽¹⁷⁾. Este hallazgo es concordante con el presente estudio, en el que predominó el nivel inadecuado de prácticas pese a que una proporción importante de profesionales reportó haber recibido capacitación previa en salud ocular. Ello sugiere que la formación actualmente brindada podría no ser suficiente para fortalecer de manera efectiva las competencias clínicas prácticas, reforzando la necesidad de implementar estrategias de capacitación continua con mayor énfasis en el entrenamiento aplicado y el desarrollo de habilidades oftalmológicas básicas en el primer nivel de atención. En contraste, Ríos Valladares y Ayala Mendívil en Lima encontraron que el 50.5% de los trabajadores de salud alcanzó un nivel de buenas prácticas en atención primaria de salud ⁽¹⁶⁾, resultado que difiere sustancialmente del 11.1% de prácticas adecuadas del presente estudio. Esta discrepancia puede explicarse porque las prácticas en atención primaria general evaluadas por dichos autores incluyen competencias amplias y cotidianas como la historia clínica, la referencia y la comunicación con el paciente, que forman parte del quehacer diario del personal sanitario, mientras que las prácticas de diagnóstico de catarata evaluadas en el presente estudio requieren habilidades clínicas oftalmológicas específicas, como la evaluación de la agudeza visual y la exploración del segmento anterior, que no forman parte de la formación estándar del médico general ni de otros profesionales del primer nivel de atención en el Perú.

4.3. Conclusiones

Primero, los profesionales de salud de los establecimientos I-3 y I-4 MINSA-Cusco presentaron un perfil CAP heterogéneo y asimétrico respecto al diagnóstico de catarata. Si bien el nivel de conocimientos resultó predominantemente adecuado (45.6%) y las actitudes mostraron una tendencia moderadamente favorable con predominio del nivel medio (44.4%), Las prácticas evidenciaron importantes limitaciones en el desempeño clínico de los profesionales evaluados, observándose que el 58.9% fue clasificado en un nivel inadecuado, mientras que solo el 11.1% alcanzó un nivel adecuado, lo que refleja la persistencia de brechas relevantes en la aplicación práctica de las competencias relacionadas con el diagnóstico de catarata.. La correlación positiva y moderada entre las tres dimensiones (p entre 0.512 y 0.579; $p < 0.001$) confirma que conocimientos, actitudes y prácticas se relacionan de manera significativa.

Segundo, el nivel de conocimientos sobre diagnóstico de catarata en los profesionales de salud evaluados fue predominantemente adecuado, con el 45.6% clasificado en este nivel, seguido del nivel medio (28.9%) y el nivel inadecuado (25.6%), con una mediana de 15 puntos sobre 20 (RIQ: 11-17). Este resultado refleja que aproximadamente la mitad de los profesionales de los establecimientos I-3 e I-4 MINSA-Cusco posee un sustento teórico suficiente para identificar la catarata como entidad clínica, probablemente relacionado con el 50.6% que reportó capacitación previa en salud ocular. Asimismo, se evidenció que los profesionales con capacitación previa obtuvieron puntuaciones significativamente mayores de conocimiento en comparación con aquellos sin capacitación, lo que sugiere que la formación continua constituye un factor relevante para fortalecer las competencias cognitivas en salud ocular en el primer nivel de atención. No obstante, el 25.6% con nivel inadecuado constituye una proporción significativa que evidencia brechas formativas persistentes en un cuarto del personal evaluado, lo que podría limitar la detección precoz, referencia oportuna y abordaje inicial de pacientes con catarata en establecimientos periféricos.

Tercero, respecto al nivel de actitud hacia el diagnóstico de catarata en los profesionales de salud evaluados fue predominantemente medio (44.4%), seguido del nivel adecuado (37.8%) y del nivel inadecuado (17.8%), con una mediana de 38 puntos sobre 50 (RIQ: 34-43). Estos resultados evidencian una disposición moderadamente favorable del personal sanitario hacia la identificación y manejo de la catarata en el primer nivel de atención.

Cuarto, el nivel de práctica en diagnóstico de catarata constituyó uno de los hallazgos más relevantes del presente estudio, observándose que el 58.9% de los profesionales fue clasificado en nivel inadecuado, el 30% en nivel medio y el 11.1% en nivel adecuado, con una mediana de 10 puntos sobre 20 (RIQ: 7-14). Estos resultados evidencian que una proporción importante del personal de salud de los establecimientos I-3 y I-4 MINSA-Cusco presenta limitaciones en las habilidades prácticas necesarias para realizar un diagnóstico adecuado de catarata, incluyendo la evaluación de la agudeza visual, la exploración básica del segmento anterior y la identificación de criterios de referencia oportuna al nivel especializado. Aunque los resultados no reflejan una deficiencia universal, sí ponen en evidencia brechas relevantes en las competencias clínicas prácticas, las cuales podrían estar influenciadas por factores estructurales como la limitada disponibilidad de equipamiento oftalmológico básico, la ausencia de protocolos estandarizados de tamizaje visual y la insuficiente capacitación práctica en salud ocular dentro del primer nivel de atención.

4.4. Sugerencias

A los Establecimientos de Salud I-3 y I-4 MINSA-Cusco

- Se recomienda a los establecimientos de salud I-3 y I-4 MINSA-Cusco gestionar e implementar un programa de capacitación continua y obligatoria en salud ocular básica, con énfasis en el diagnóstico de catarata, dirigido a todo el personal asistencial. Dicho programa debe incorporar componentes de entrenamiento práctico no solo teórico supervisado en evaluación de agudeza visual, exploración del segmento anterior y aplicación de criterios de referencia oportuna al nivel especializado, dado que el presente estudio evidenció que el déficit más crítico no reside en el conocimiento, sino en la capacidad de ejecución práctica.
- Se recomienda, también, a las jefaturas de cada establecimiento gestionar ante la Dirección Regional de Salud Cusco la dotación de equipamiento oftalmológico básico (optotipos y linternas de exploración) así como la incorporación explícita del tamizaje visual rutinario en los protocolos de atención del adulto mayor (más allá de la agudeza visual), considerando que la ausencia de recursos materiales y procedimientos estandarizados constituye una barrera estructural que impide la transición del conocimiento en práctica clínica efectiva, independientemente del nivel formativo del personal.

- Finalmente, se sugiere implementar un sistema de supervisión y monitoreo periódico del desempeño en salud ocular, con indicadores medibles de detección y referencia oportuna de casos de catarata, que permita evaluar de manera continua el impacto de las intervenciones implementadas y sostener los avances en el tiempo.

A los Profesionales de Salud de los Establecimientos I-3 y I-4 MINSA-Cusco

- Se recomienda a los profesionales de salud participar de manera constante en las capacitaciones institucionales disponibles y buscando proactivamente oportunidades de formación complementaria en oftalmología básica, considerando que el presente estudio evidenció que, si bien las actitudes son moderadamente favorables, estas no se traducen en prácticas diagnósticas adecuadas, lo que representa una oportunidad de mejora concreta para cada profesional.
- En particular, se insta al personal a incorporar como práctica clínica rutinaria la evaluación básica de la función visual en pacientes adultos mayores, dada la alta prevalencia de catarata senil documentada en la región Cusco (especialmente en población rural y con comorbilidades sistémicas como diabetes mellitus) y a fortalecer el conocimiento sobre los criterios de referencia oportuna al nivel especializado, de modo que ningún paciente con deterioro visual evitable sea atendido sin una evaluación sistemática que permita identificar y derivar tempranamente los casos susceptibles de intervención quirúrgica.

A la universidad

- Se recomienda a las universidades e instituciones formadoras de profesionales de salud de la región Cusco revisar y fortalecer los planes curriculares de las carreras de medicina, enfermería, obstetricia y odontología, incorporando de manera transversal y con mayor profundidad los contenidos de salud ocular y oftalmología básica, con énfasis en el diagnóstico de catarata. En este sentido, se propone incorporar, el uso de simuladores y casos clínicos que permitan fortalecer el área de prácticas.
- Se sugiere establecer convenios de cooperación con la Dirección Regional de Salud Cusco para implementar programas de educación continua en salud ocular dirigidos al personal en ejercicio de los establecimientos I-3 y I-4, contribuyendo así a reducir de manera sostenida la brecha práctica identificada en el presente estudio.

A los futuros investigadores

- Se recomienda desarrollar investigaciones con un enfoque analítico, empleando diseños epidemiológicos como estudios transversales analíticos, de casos y controles, cohortes o longitudinales, e incorporando análisis multivariados que permitan identificar los factores asociados a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el diagnóstico de catarata en los profesionales del primer nivel de atención.
- Se sugiere ampliar el ámbito de estudio a todos los establecimientos del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3 y I-4) de la región Cusco o de otras regiones del país, mediante muestras más representativas y estudios multicéntricos, con el fin de fortalecer la validez externa y comparar los resultados entre diferentes contextos sanitarios.
- Se recomienda incorporar variables institucionales, laborales y de formación profesional, así como complementar los estudios cuantitativos con enfoques mixtos o cualitativos, para comprender los factores que influyen en las prácticas diagnósticas y evaluar la efectividad de intervenciones y programas de capacitación en salud ocular.

V. BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la visión. Ginebra: OMS, Departamento de Enfermedades No Transmisibles; 2022
2. Teh International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB). La catarata y su impacto económico [Internet]. 2024 dic. Disponible en: <https://www.iapb.org/news/la-catarata-y-su-impacto-economico/>
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Países de las Américas buscarán reducir la ceguera y la deficiencia visual [Internet]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10049:2014-health-officials-seek-to-reduce-blindness-and-visual-impairment-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es.
4. Diagnóstico situacional de la salud ocular por curso de vida en la región andina [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/LIBRO%20OCULAR%20%281%29.pdf>
5. Ministerio de Salud (MINSA). Guía de práctica clínica para tamizaje, detección, diagnóstico y tratamiento de catarata. Instituto Nacional de Oftalmología. 2024 ago. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321830-guia-de-practica-clinica-para-tamizaje-deteccion-diagnostico-y-tratamiento-de-catarata>
6. Instituto Nacional de Oftalmología. Catarata: principal causa de ceguera reversible en el Perú [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Oftalmología; [citado 2026 May 17]. Disponible en: <https://www.ino.gob.pe>
7. Gerencia Regional de Salud del Cusco G. Datos Epidemiológicos. GERESA, CUSCO; 2025.
8. Chávez Camino RA, Guadalupe Heredia ME. Actualización diagnóstica y terapéutica de la catarata [Internet]. 2023 jun. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/11204>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Enfermedades no transmisibles y transmisibles [Internet]. Perú: INEI; 2022 jul. p. 77. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2022.pdf

10. Ministerio de Salud (MINSA). Guía clínica para el tamizaje, detección y tratamiento de catarata. Orientación técnica: guías de práctica clínica para el tamizaje, detección, diagnóstico y tratamiento de catarata [Internet]. 2011 ene. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321830-guia-de-practica-clinica-para-tamizaje-deteccion-diagnostico-y-tratamiento-de-catarata>
11. Hospital Antonio Lorena del Cusco. Atención oftalmológica y campañas de detección de catarata [Internet]. Cusco: Hospital Antonio Lorena; [citado 2026 May 17]. Disponible en: <https://www.hospitalantoniolorena.gob.pe>
12. Bogale ZM, Tegegne MM, Zeleke TC. Prácticas de derivación para el tratamiento de cataratas y factores asociados entre los trabajadores de atención primaria de salud en la zona central de Gondar, noroeste de Etiopía, 2023. Int Ophthalmol. 2025. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10792-025-03580-9>
13. Flatela L, Xulu-Kasaba ZN. Evaluación de los conocimientos y prácticas sobre salud ocular entre enfermeras de atención primaria en un distrito rural de Sudáfrica [Internet]. F1000Research; 2024 Dec 18 [citado 2026 May 12]. Disponible en: <https://doi.org/10.12688/f1000research.159132.2>
14. Juárez-Medel CA, Toledo-Ortiz R, González-Rojas JM, Reyna-Álvarez MA, Olivares-Trejo MP. Conocimientos, actitudes y prácticas de atención primaria de salud entre el personal de un hospital secundario en Acapulco, México. Epidemiol Clin Salud Glob. 2024;28. doi:10.1016/j.ecsg.2024.101659
15. Jiachu D, Jin L, Jiang F, Luo L, Zheng H, Ji D, Yang J, Yongcuo N, Huang W, Yi J, Bright T, Yip JLY, Xiao B. Prevalencia y evaluación de servicios de cataratas en áreas tibetanas de la provincia de Sichuan, China: estudio poblacional. BMJ Open. 2023 nov. doi:10.1136/bmjopen-2023-031337
16. Marmamula S, Yelagondula VK, Kumbham TR, Modepalli SB, Yellapragada R, Avula S, Keeffe J. Evaluación poblacional de las barreras para la utilización de servicios de atención oftalmológica entre personas mayores: hallazgos de estudios de evaluación rápida de discapacidad visual realizados en Telangana, India. Indian Journal of Ophthalmology. 2022 may. doi:10.4103/ijo.IJO_1991_21
17. Afarid M, Vardanjani HM, Mahdaviazad H, Alamolhoda M, Farahangiz S. Prevalencia de discapacidad visual, causas y papel del acceso a la atención médica: una revisión sistemática y un metanálisis en Irán. J Ophthalmol. 2020 nov. doi:10.1155/2020/4710328

18. AlSawahli H, McCormick I, Mpyet CD, Ezzelarab G, Shalaby M. Evaluación rápida poblacional de la ceguera evitable en la gobernación de Sohag en Egipto. *BMJ Open*. 2020 oct. doi:10.1136/bmjopen-2019-036337
19. Ríos Valladares EA, Ayala Mendivil RE. Conocimientos, actitudes y prácticas en atención primaria de la salud en trabajadores de salud del distrito de San Juan de Lurigancho. *Rev Cient Cuidado Salud Pública*. 2024;4(1). doi:10.53684/csp.v4i1.95
20. Tovar Mendoza DA, Cárdenas de Fernández MH. Nivel de conocimiento de autocuidado y su relación con las complicaciones en pacientes post operados de catarata en Clínica Oculaser, Lima 2022 [Internet]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2022 [citado 2026 May 19]. Disponible en: [Repositorio Universidad Norbert Wiener](#)
21. Quispe Mamani, Velasco Cabala. Perfil clínico epidemiológico en pacientes con diagnóstico de catarata senil en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, enero – junio 2018 [Internet]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2019 [citado 2026 May 19]. Disponible en: [Repositorio UNSAAC](#)
22. World Medical Association (WMA). Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
23. Comité Ética en Investigación | INSTITUTO NACIONAL DE SALUD [Internet]. [cited 2023 Dec 7]. Available from: <https://web.ins.gob.pe/es/comites-del-ins/comite-institucional-de-etica-en-investigacion>
24. El Código de Nüremberg - Universidad de Chile [Internet]. [cited 2023 Dec 7]. Available from: <https://uchile.cl/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/el-codigo-de-nuremberg>
25. Código de ética y deontología del colegio médico del Perú. 2023.
26. Thompson J, Lakhani N. Cataracts. *Prim Care Clin Off Pract*. 1 de septiembre de 2015; 42(3):409-23.
27. Lam D, Rao SK, Ratra V, Liu Y, Mitchell P, King J, et al. Cataract. *Nat Rev Dis Primer*. 11 de junio de 2015; 1(1):1-15.
28. Ang MJ, Afshari NA. Cataract and systemic disease: A review. *Clin Experiment Ophthalmol*. marzo de 2023;49(2):118-27

29. Liu YC, Wilkins M, Kim T, Malyugin B, Mehta JS. Cataracts. The Lancet. 5 de agosto de 2020; 390(10094):600-12.
30. Riordan-Eva P, Cunningham ET. Vaughan y Asbury. Oftalmología general. 18.^a ed. McGraw-Hill/Interamericana Editores; 2019. 504 p.
31. Salmon JF. Kanski. Oftalmología clínica: Un enfoque sistemático. 9.^a ed. Elsevier Health Sciences; 2021. 954 p.
32. Ministerio de Salud (MINSA). Guía de práctica clínica para tamizaje, detección, diagnóstico y tratamiento de catarata. Instituto Nacional de Oftalmología. 2011 ago. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321830-guia-de-practica-clinica-para-tamizaje-deteccion-diagnostico-y-tratamiento-de-catarata>
33. Berman L, Down J, Hill C. Tacit Knowledge as a Source of Competitive Advantage in the Cataract Association. Academy of Management Journal. Febrero 2002; 45 (1).
34. Neill D, Cortez L. Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica, conocimientos y diagnóstico en salud ocular. Primera ed. Lozano K, editor. Ecuador: UTMACH; 2021
35. Maldonado H, Melgar M, Sandoval N. Conocimiento y prácticas relacionadas con control y prevención de Catarata en trabajadores de la salud. Ciencia, Tecnología y Salud. Agosto 2022; 7(3).
36. Berman L, Down J, Hill C. Cataract treatment and prevention of complications. Eye health management. Febrero 2002; 45(1).
37. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud N.º 021-MINSA/DGSP-V.03: Categorías de establecimientos del sector salud. Lima: Ministerio de Salud; 2011. Disponible en: [Ministerio de Salud del Perú](#)
38. Conocimiento [Internet]. Real academia española. 2023 [cited 2023 Dec 16]. Available from: <https://dle.rae.es/conocimiento?m=form>
39. Actitud [Internet]. Real academia española. 2025 [cited 2023 Dec 16]. Available from: <https://dle.rae.es/actitud?m=form>
40. Práctica [Internet]. Real academia española. 2025 [cited 2023 Dec 16]. Available from: <https://dle.rae.es/practica?m=form>
41. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ta Ed. México: McGrawHill; 2014.

VI. ANEXOS

6.1 ANEXO 1.- MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problemas	Objetivo	Hipótesis	Variables	Indicadores	
PG	OG	HG			
¿Cuál es el nivel de conocimiento, actitud y práctica del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026?	Determinar el nivel de conocimiento, actitud y práctica del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026.	El nivel de conocimiento, actitud y práctica del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026, es predominantemente medio o insuficiente.	Conocimiento, actitud y práctica en diagnóstico de catarata	Variables implicadas - Área de trabajo - Ocupación - Edad - Sexo - Antigüedad en el puesto - Tipo de plaza o categoría de contratación	- Nivel de conocimiento - Nivel de actitud - Nivel de práctica
PE	OE	HE			
¿Cuál es el nivel de conocimiento del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026?	Identificar el nivel de conocimiento del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026.	El nivel de conocimiento del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026 es predominantemente medio o bajo.	Conocimiento	- Definición de catarata - Factores de riesgo - Manifestaciones clínicas - Diagnóstico en primer nivel - Tratamiento y referencia	Ítems (20 preguntas) ¿Qué es la catarata? ¿Cuál es la principal causa de catarata? ¿Cuál es la manifestación clínica principal de la catarata? ¿Cuál es el grupo etario más afectado por la catarata? ¿Cuál de los siguientes NO constituye un factor de riesgo para desarrollar catarata? ¿Qué tipo de ceguera puede ocasionar la catarata? ¿Qué profesional realiza el diagnóstico definitivo de catarata?

					En el primer nivel de atención, ¿el diagnóstico de catarata es confirmatorio o presuntivo? ¿Qué evaluación básica debe realizarse ante la sospecha de catarata en el primer nivel de atención? ¿Cuál es el tratamiento definitivo de la catarata? ¿Qué consecuencias puede ocasionar la catarata no tratada? ¿Cómo se caracteriza la cirugía de catarata? ¿Qué beneficio ofrece la detección temprana de catarata? ¿De qué forma puede presentarse la catarata (unilateral o bilateral)? ¿Cuál es el rol del personal del primer nivel frente a la catarata? ¿Cuál es un signo sugestivo de catarata? ¿La catarata constituye una causa importante de qué problema de salud pública? ¿Qué permite evaluar el examen con cartilla de Snellen? ¿En qué situación debe realizarse la referencia oportuna del paciente con sospecha de catarata? ¿La educación al paciente sobre catarata forma parte del manejo integral? Escala: Dicotómica (Correcto = 1 / Incorrecto = 0)
--	--	--	--	--	---

¿Cuál es el nivel de actitud del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026?	Identificar el nivel de actitud del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026.	El nivel de actitud del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026 son mayormente favorables.	Actitud	• Percepción de problema de salud pública • Responsabilidad profesional • Importancia de referencia oportuna • Necesidad de capacitación • Rol del primer nivel	Ítems (10 preguntas) ¿Considera que la catarata es un problema prioritario de salud pública? ¿Considera que el primer nivel de atención tiene un rol clave en la detección temprana de la catarata? ¿Está de acuerdo en que la pérdida visual en adultos mayores no debe considerarse un proceso normal del envejecimiento? ¿Considera que la referencia temprana del paciente con catarata mejora su calidad de vida? ¿Se siente responsable de identificar pacientes con sospecha de catarata en su práctica diaria? ¿Considera necesaria la capacitación en salud ocular para el personal del primer nivel de atención? ¿Considera que la catarata solo debe ser evaluada por especialistas? ¿Considera que la educación al paciente favorece la aceptación del tratamiento quirúrgico de la catarata? ¿Está de acuerdo en que el diagnóstico precoz de catarata reduce la discapacidad visual? ¿Considera que la atención integral en salud incluye actividades de promoción y prevención visual? Escala: Likert (1–5) (Totalmente de acuerdo = 5, De acuerdo = 4, Indiferente = 3, En desacuerdo = 2, Totalmente en desacuerdo = 1)
---	--	--	---------	---	---

¿Cuál es el nivel de práctica del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026?	Identificar el nivel de práctica del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026.	El nivel de práctica del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I-4 MINSA – Cusco, 2026 es predominantemente insuficiente o no adecuado.	Práctica	• Evaluación de agudeza visual • Identificación de factores de riesgo • Registro en historia clínica • Referencia oportuna • Educación al paciente • Seguimiento	Ítems (10 preguntas) ¿Evalúa la agudeza visual en los adultos mayores que atiende? ¿Interroga a sus pacientes sobre disminución progresiva de la visión? ¿Realiza un examen ocular básico ante la sospecha de catarata? ¿Identifica factores de riesgo para catarata durante la atención del paciente? ¿Registra los hallazgos visuales en la historia clínica? ¿Deriva oportunamente al oftalmólogo a los pacientes con sospecha de catarata? ¿Educa al paciente sobre la catarata y su posible tratamiento? ¿Orienta al paciente sobre la importancia del tratamiento quirúrgico de la catarata? ¿Realiza seguimiento a los pacientes que han sido referidos por sospecha de catarata? ¿Participa en actividades preventivas relacionadas con la salud ocular? Escala: Siempre (2), A veces (1), Nunca (0)
--	---	---	----------	---	--

6.2 ANEXO 2.- INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este protocolo es informarle sobre el proyecto de investigación y solicitarle su consentimiento para realizar la recolección de datos.

La presente investigación se titula **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PROFESIONAL DE SALUD EN DIAGNÓSTICO DE CATARATA EN ESTABLECIMIENTOS I-3 Y I-4 MINSA - CUSCO, 2026”**. Este proyecto es dirigido por Joe Gojhan Ayala Huillca, estudiante de medicina humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. El objetivo de la investigación es determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas del profesional de salud en diagnóstico de catarata en establecimientos I-3 y I 4 MINSA – Cusco, 2026.

Para ello, se le solicita participar en una encuesta que le tomará unos 10 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio. Asimismo, se considera que su participación en este estudio no supone un riesgo para usted. Si tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede formularla cuando lo estime conveniente.

Su identidad será tratada de manera anónima. Asimismo, su información será analizada de manera conjunta con la respuesta de las demás personas encuestadas. Todos los datos proporcionados en la presente encuesta estarán protegidos bajo la Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales. Si está de acuerdo con los puntos anteriores, complete sus datos a continuación:

Nombre:

DNI:

FIRMA:



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
" CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL
PROFESIONAL DE SALUD EN DIAGNÓSTICO DE CATARATA EN
ESTABLECIMIENTOS I-3 Y I-4 MINSA - CUSCO, 2026"



Estimado(a) trabajador(a) del sector salud: La información que usted proporcione será manejada de manera confidencial y anónima. Los resultados derivados de este estudio no tendrán repercusiones en su desempeño laboral y en ningún momento se revelará su identidad, ya que los datos recabados serán utilizados exclusivamente con fines estadísticos y académicos. Asimismo, se le informa que los hallazgos obtenidos permitirán proponer estrategias orientadas al fortalecimiento y mejora del programa evaluado. Por lo anteriormente expuesto, se le solicita atentamente responder las preguntas.

Marque con un círculo la opción numérica correspondiente o responda según se indique.

I. Edad en ____ años Marcar la edad en años cumplidos.	II. Sexo 1. Hombre 2. Mujer
V. Formación Médico general.....1 Licenciada en enfermería...2 Odontología3 Obstetricia.....4	VI. Antigüedad en el puesto: Señale el periodo durante el cual ha ocupado el puesto actual; si este es menor a un año, indique la duración en meses. Años ____ Meses ____
VII. Tipo de plaza o categoría de contratación: Indique la categoría correspondiente. Nombrado..... 1 Contratado..... 2	VIII. ¿Ha recibido capacitación previa en salud ocular? Sí..... 1 No.....2
Seguidamente, se enuncian diversas preguntas. Favor de señalar con un círculo la alternativa que corresponda a su respuesta.	
1. La catarata es:	a) Inflamación del nervio óptico b) Opacificación del cristalino c) Lesión de la córnea d) Enfermedad congénita exclusivamente
2. La principal causa de catarata es:	a) Traumatismo ocular b) Diabetes mellitus c) Envejecimiento fisiológico d) Infecciones virales
3. La catarata se caracteriza principalmente por:	a) Dolor ocular severo b) Pérdida visual progresiva e indolora

	c) Hiperemia conjuntival d) Secreción ocular
4. ¿Cuál es el grupo etario más afectado?	a) Niños b) Adultos jóvenes c) Adultos mayores d) Recién nacidos
5. ¿Cuál NO es un factor de riesgo para catarata?	a) Diabetes mellitus b) Uso prolongado de corticoides c) Exposición a radiación UV d) Hipertensión arterial esencial
6. La catarata puede causar:	a) Ceguera reversible b) Ceguera irreversible c) Dolor ocular crónico d) Pérdida súbita de la visión
7. El diagnóstico definitivo de catarata lo realiza:	a) Personal de enfermería b) Médico general c) Oftalmólogo d) Técnico en salud
8. En el primer nivel de atención, el diagnóstico es:	a) Confirmatorio b) Presuntivo c) Quirúrgico d) Radiológico
9. La evaluación básica de un paciente con sospecha de catarata incluye:	a) Agudeza visual b) Tonometría c) Fondo de ojo especializado d) OCT
10. El tratamiento definitivo de la catarata es:	a) Medicamentoso b) Láser c) Quirúrgico d) Rehabilitación visual
11. La catarata NO tratada puede ocasionar:	a) Limitación funcional b) Dependencia c) Ceguera evitable d) Todas las anteriores
12. La cirugía de catarata:	a) Tiene baja tasa de éxito b) Solo se realiza en estadios terminales

	c) Es un procedimiento seguro y efectivo d) Produce pérdida visual permanente
13. La detección temprana de catarata permite:	a) Evitar cirugía b) Mejor pronóstico visual c) Curación espontánea d) Uso de lentes correctores
14. La catarata puede presentarse en:	a) Un solo ojo b) Ambos ojos c) De forma asimétrica d) Todas las anteriores
15. El personal del primer nivel debe:	a) Tratar la catarata b) Diagnosticarla definitivamente c) Detectarla y referirla oportunamente d) Ignorarla si es leve
16. Un signo sugestivo de catarata es:	a) Visión borrosa progresiva b) Dolor ocular c) Fotofobia intensa d) Secreción purulenta
17. La catarata es una causa importante de:	a) Glaucoma b) Ceguera evitable a nivel mundial c) Infecciones oculares d) Estrabismo
18. El examen con cartilla de Snellen permite:	a) Diagnóstico definitivo b) Evaluar agudeza visual c) Medir presión ocular d) Examinar retina
19. La referencia oportuna debe realizarse cuando:	a) El paciente lo solicite b) Exista disminución visual progresiva c) Exista dolor ocular d) El paciente sea adulto mayor
20. La educación al paciente sobre catarata es:	a) Opcional b) Innecesaria c) Parte del manejo integral d) Exclusiva del oftalmólogo
A continuación, enlisto una serie de preguntas a lo que atentamente solicito marque con una x según como considere su respuesta	

MARQUE CON UNA X SEGÚN CONSIDERE	Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indiferente (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
21. La catarata es un problema prioritario de salud pública.					
22. El primer nivel de atención tiene un rol clave en su detección temprana.					
23. La pérdida visual en adultos mayores debe considerarse normal. (ítem inverso)					
24. La referencia temprana mejora la calidad de vida del paciente.					
25. Me siento responsable de identificar pacientes con sospecha de catarata.					
26. La capacitación en salud ocular es necesaria en el primer nivel.					
27. La catarata solo debe ser evaluada por especialistas. (ítem inverso)					
28. La educación al paciente favorece la aceptación del tratamiento quirúrgico					
29. El diagnóstico precoz de catarata reduce la discapacidad visual.					
30. La atención integral NO incluye promoción y prevención visual. (ítem inverso)					
A continuación, enlisto una serie de preguntas a lo que atentamente solicito marque con una x según como considere su respuesta					
MARQUE CON UNA X SEGÚN CONSIDERE	Siempre (2)		A veces (1)		Nunca (0)

31. Evalúa la agudeza visual en adultos mayores			
32. Interroga sobre disminución progresiva de la visión.			
33. Realiza examen ocular básico.			
34. Identifica factores de riesgo para catarata.			
35. Registra hallazgos visuales en la historia clínica.			
36. Deriva oportunamente al oftalmólogo.			
37. Educa al paciente sobre la catarata.			
38. Orienta sobre la importancia del tratamiento quirúrgico.			
39. Realiza seguimiento del paciente referido.			
40. Participa en actividades preventivas de salud ocular.			

6.3 ANEXO 3.- CUADERNILLO DE VALIDACIÓN INSTRUCTIVO

IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO

- **APELLIDOS Y NOMBRES:** _____
- **OCUPACIÓN, GRADO ACADÉMICO Y LUGAR DE TRABAJO:**

- **FECHA DE VALIDACIÓN:** _____
- **FIRMA Y SELLO:**

Estimado experto(a), la siguiente ficha de calificación, consta de 10 preguntas en total; de las cuales, 9 son preguntas tipo Likert en las que deberá marcar con una "X" la respuesta escogida dentro de las 7 opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Un poco en desacuerdo
4. Me es indiferente
5. Un poco de acuerdo
6. De acuerdo
7. Totalmente de acuerdo

Finalmente, la pregunta número 10 es de apreciación crítica; por lo cual, se le pide encarecidamente que tenga la amabilidad de rellenarla, por favor, colocando su apreciación y crítica sincera, debido a que esta pregunta será clave en la contribución para una mejora futura del presente instrumento.

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO SOBRE LA
INVESTIGACIÓN “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL
PROFESIONAL DE SALUD EN DIAGNÓSTICO DE CATARATA EN
ESTABLECIMIENTOS I-3 Y I-4 MINSA - CUSCO, 2026”.**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares se obtendrá datos similares?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

9. ¿Considera Ud. que la escala de medición usada es pertinente a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o tendría que incrementarse o suprimirse?

INSTRUCTIVO

IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO

- APELLIDOS Y NOMBRES: Moreano Amav Graciana
- OCUPACIÓN, GRADO ACADÉMICO Y LUGAR DE TRABAJO:

Médico Oculmólogo - Hospital Antonio Gómez

- FECHA DE VALIDACIÓN: 19-05-2026

- FIRMA Y SELLO:

The block contains a handwritten signature in blue ink over a circular official stamp. The stamp has text in Spanish, including 'Unidad Ejecutiva de Medicina' and 'MEDICINA OCULAR', and a date '2023, 19-05'.

Estimado experto(a), la siguiente ficha de calificación, consta de 10 preguntas en total; de las cuales, 9 son preguntas tipo Likert en las que deberá marcar con una "X" la respuesta escogida dentro de las 7 opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Un poco en desacuerdo
4. Me es indiferente
5. Un poco de acuerdo
6. De acuerdo
7. Totalmente de acuerdo

Finalmente, la pregunta número 10 es de apreciación crítica; por lo cual, se le pide encarecidamente que tenga la amabilidad de rellenarla, por favor, colocando su apreciación y crítica sincera, debido a que esta pregunta será clave en la contribución para una mejora futura del presente instrumento.

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO SOBRE LA
INVESTIGACIÓN "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL
PROFESIONAL DE SALUD EN DIAGNÓSTICO DE CATARATA EN
ESTABLECIMIENTOS I-3 Y I-4 MINSA - CUSCO, 2026"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	--------------

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	--------------

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	--------------

4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares se obtendrá datos similares?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	--------------

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	--------------

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	--------------

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	--------------	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

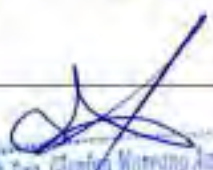
1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	--------------

9. ¿Considera Ud. que la escala de medición usada es pertinente a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	--------------

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o tendría que incrementarse o suprimirse?

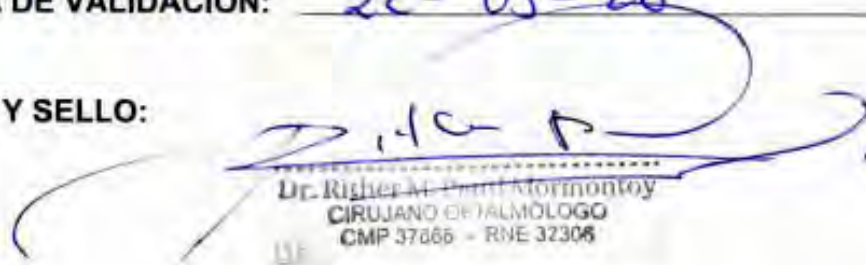
Ninguno

FECHA DE VALIDACIÓN	19-05-2026
FIRMA	 

INSTRUCTIVO

IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO

- APELLIDOS Y NOMBRES: Panté Momontoy Rither
- OCUPACIÓN, GRADO ACADÉMICO Y LUGAR DE TRABAJO:
Cirujano Oftalmólogo
Hospital Antonio Lorenz
- FECHA DE VALIDACIÓN: 22-05-26
- FIRMA Y SELLO:


Dr. Rither M. Panté Momontoy
CIRUJANO OFTALMÓLOGO
CMP 37666 - RNE 32306

Estimado experto(a), la siguiente ficha de calificación, consta de 10 preguntas en total; de las cuales, 9 son preguntas tipo Likert en las que deberá marcar con una "X" la respuesta escogida dentro de las 7 opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Un poco en desacuerdo
4. Me es indiferente
5. Un poco de acuerdo
6. De acuerdo
7. Totalmente de acuerdo

Finalmente, la pregunta número 10 es de apreciación crítica; por lo cual, se le pide encarecidamente que tenga la amabilidad de rellenarla, por favor, colocando su apreciación y crítica sincera, debido a que esta pregunta será clave en la contribución para una mejora futura del presente instrumento.

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO SOBRE LA
INVESTIGACIÓN "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL
PROFESIONAL DE SALUD EN DIAGNÓSTICO DE CATARATA EN
ESTABLECIMIENTOS I-3 Y I-4 MINSA - CUSCO, 2026"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares se obtendrá datos similares?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

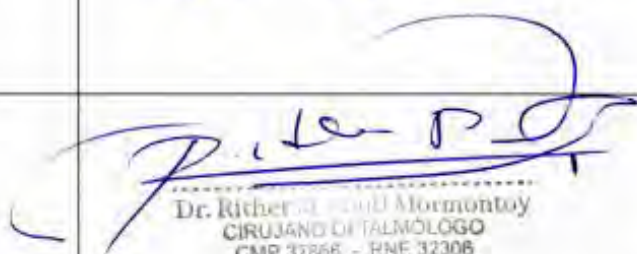
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

9. ¿Considera Ud. que la escala de medición usada es pertinente a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o tendría que incrementarse o suprimirse?

FECHA DE VALIDACIÓN	22-05-26
FIRMA	 Dr. Rither M. Mermontoy CIRUJANO DENTÁLICO CMP 37866 - RNE 32306

INSTRUCTIVO

IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO

- APELLIDOS Y NOMBRES: Salas Kreisel Katherine
- OCUPACIÓN, GRADO ACADÉMICO Y LUGAR DE TRABAJO:

Cirujano Oftalmóloga

- FECHA DE VALIDACIÓN: 19 - 05/2026
- FIRMA Y SELLO:




Estimado experto(a), la siguiente ficha de calificación, consta de 10 preguntas en total; de las cuales, 9 son preguntas tipo Likert en las que deberá marcar con una "X" la respuesta escogida dentro de las 7 opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Un poco en desacuerdo
4. Me es indiferente
5. Un poco de acuerdo
6. De acuerdo
7. Totalmente de acuerdo

Finalmente, la pregunta número 10 es de apreciación crítica; por lo cual, se le pide encarecidamente que tenga la amabilidad de rellenarla, por favor, colocando su apreciación y crítica sincera, debido a que esta pregunta será clave en la contribución para una mejora futura del presente instrumento.

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO SOBRE LA
INVESTIGACIÓN "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL
PROFESIONAL DE SALUD EN DIAGNÓSTICO DE CATARATA EN
ESTABLECIMIENTOS I-3 Y I-4 MINSA - CUSCO, 2026"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	--------------	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	--------------	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	--------------

4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares se obtendrá datos similares?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	--------------

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	--------------	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	--------------

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	--------------

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	--------------	---

9. ¿Considera Ud. que la escala de medición usada es pertinente a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	--------------	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o tendría que incrementarse o suprimirse?

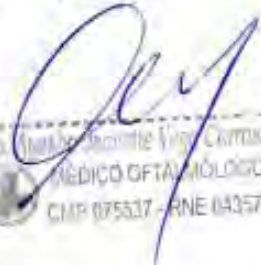
Ninguno

FECHA DE VALIDACIÓN	19-05-2026
FIRMA	 Dra. Kethenne Selva Kressel CIRUJANO OFTALMOLOGA C.M.P. 00110 - C.R.E. 21033 

INSTRUCTIVO

IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO

- **APELLIDOS Y NOMBRES:** VEGA CARRASCO, AYESHA JEANETTE
- **OCUPACIÓN, GRADO ACADÉMICO Y LUGAR DE TRABAJO:**
MÉDICO OFTALMÓLOGO DEL HOSPITAL
ANTONIO LORENA DEL CUSCO
- **FECHA DE VALIDACIÓN:** 24/09/26
- **FIRMA Y SELLO:**


Lic. Ayesha Jeanette Vega Carrasco
MÉDICO OFTALMÓLOGO
C.M.P. 075537 - R.N.E. 043576

Estimado experto(a), la siguiente ficha de calificación, consta de 10 preguntas en total; de las cuales, 9 son preguntas tipo Likert en las que deberá marcar con una "X" la respuesta escogida dentro de las 7 opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Un poco en desacuerdo
4. Me es indiferente
5. Un poco de acuerdo
6. De acuerdo
7. Totalmente de acuerdo

Finalmente, la pregunta número 10 es de apreciación crítica; por lo cual, se le pide encarecidamente que tenga la amabilidad de rellenarla, por favor, colocando su apreciación y crítica sincera, debido a que esta pregunta será clave en la contribución para una mejora futura del presente instrumento.

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO SOBRE LA
INVESTIGACIÓN "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL
PROFESIONAL DE SALUD EN DIAGNÓSTICO DE CATARATA EN
ESTABLECIMIENTOS I-3 Y I-4 MINSA - CUSCO, 2026"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares se obtendrá datos similares?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

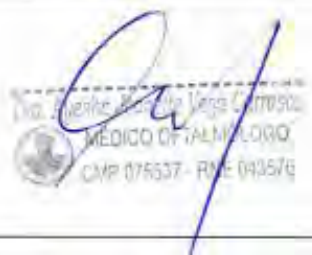
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

9. ¿Considera Ud. que la escala de medición usada es pertinente a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o tendría que incrementarse o suprimirse?

FECHA DE VALIDACIÓN	24/09/26
FIRMA	

6. 4 ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO
VALIDEZ A JUICIO DE EXPERTOS, UTILIZANDO EL MÉTODO DPP (DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO)

Procedimiento

1. Se construirá la tabla adjunta, donde se colocarán los puntajes por ítems y sus respectivos promedios, brindados por los cuatro médicos expertos.

N° ITEM	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	7	7	6	7	6.75
2	7	7	6	7	6.75
3	7	7	7	7	7
4	7	7	7	7	7
5	7	7	6	7	6.75
6	7	7	7	7	7
7	6	7	7	6	6.5
8	7	7	6	7	6.75
9	7	7	6	7	6.75

2. Con los promedios hallados se determinará la distancia del punto medio (DPP) mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_{10})^2}$$

En el cual:

X= Valor máximos en escala.

Y= Promedio por ítem.

$$DPP = \sqrt{(7 - 6.75)^2 + (7 - 6.75)^2 + (7 - 7)^2 + (7 - 7)^2 + (7 - 6.75)^2 + (7 - 7)^2 + (7 - 6.5)^2 + (7 - 6.75)^2 + (7 - 6.75)^2}$$

Si DPP es igual a cero, implica que el instrumento tiene una total adecuación con lo que busca medir; por lo tanto, puede ser utilizado para recopilar datos.

Resultado: DPP= 0.75

3. Se determinará la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D \text{ (máx.)} = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + \dots (x_n - 1)^2}$$

Donde:

X= Valor máximo en la escala concedido para cada ítem

Y=1

$$D \text{ (máx.)} = \sqrt{(7 - 1)^2 + (7 - 1)^2 + (7 - 1)^2 + (7 - 1)^2 + (7 - 1)^2 + (7 - 1)^2 + (7 - 1)^2 + (7 - 1)^2 + (7 - 1)^2 + (7 - 1)^2}$$

$$D \text{ (máx.)} = 18$$

4. La D (máx.) se dividirá entre el valor máximo de la escala:

Resultado = $18/7 = 2.57$

5. Con ese último valor hallado se construirá una escala valorativa a partir de cero, hasta llegar al valor D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí denominados de la siguiente manera:

A = adecuación total

B = adecuación en gran medida

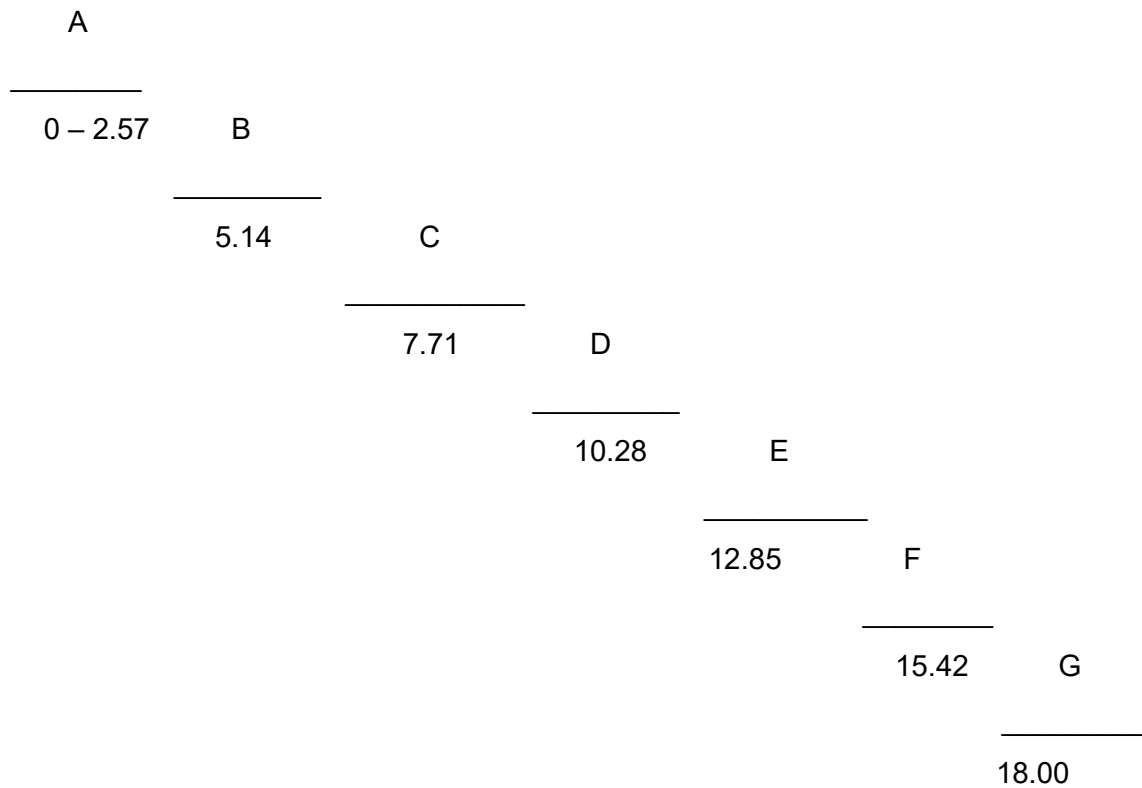
C = adecuación promedio

D = adecuación moderada

E = escasa adecuación

F = muy escasa adecuación

G = inadecuada



6. El punto DPP (0.75) se localizó en la zona A que se considera de 0 a 2.52.

Conclusión

El valor hallado del DPP en nuestro estudio fue de 0.75 encontrándose en la zona A lo cual significa adecuación total.

6. 5 ANEXO 5: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO

ESTADÍSTICA DE FIABILIDAD ALFA DE CRONBACH

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy Baja

Conocimiento:

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	180	100.0
	Excluido ^a	0	0.0
	Total	180	100.0

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.831	20

Conclusión

El valor hallado de Alfa de Cronbach en nuestro instrumento de estudio fue de 0.831, lo que indica que el instrumento sección de conocimiento de nuestro estudio tiene una confiabilidad MUY ALTA.

Actitud:

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	180	100.0
	Excluido ^a	0	0
	Total	180	100.0

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.859	10

Conclusión

El valor hallado de Alfa de Cronbach en nuestro instrumento de estudio fue de 0.859, lo que indica que el instrumento sección de actitud de nuestro estudio tiene una confiabilidad MUY ALTA.

Prácticas:

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	180	100.0
	Excluido ^a	0	0.0
	Total	180	100.0

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.918	10

Conclusión

El valor hallado de Alfa de Cronbach en nuestro instrumento de estudio fue de 0.918, lo que indica que el instrumento sección de práctica de nuestro estudio tiene una confiabilidad MUY ALTA.

El cuestionario CAP en general presenta una confiabilidad MUY ALTA.

6. 6 ANEXO 6: PERMISO Y ACEPTACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



"AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"

"CUSCO CAPITAL HISTÓRICA DEL PERÚ"

Cusco, 15 de Mayo del 2026

MEMORANDUM N°- 0936 - 2026-GR-CUSCO/GRSC/RSSCS/UP-GCS

DE : M.C. MILAGROS PINELO APAZA,
Directora Ejecutiva de la Red de Servicios de Salud Cusco Sur.

A : Jefe de la IPRESS Saylla
Jefe de la IPRESS Lucre
Jefe de la IPRESS Huaró
Jefe de la IPRESS Andahuaylillas
Jefe de la IPRESS San Sebastián
Jefe de la IPRESS Santa Rosa
Jefe de la IPRESS Oropesa
Jefe de la IPRESS Cusipata
Jefe de la IPRESS San Jerónimo
Jefe de la IPRESS Acomayo
Jefe de la IPRESS Paucartambo
Jefe de la IPRESS Huancarami
Jefe de la IPRESS Urcos
Jefe de la IPRESS Quiquijana

ASUNTO : Autorización para ejecución de proyecto de investigación.

REFERENCIA : Expedientes N° 0008845

Mediante el presente me dirijo a Ud., para hacer de su conocimiento que se ha recepcionado el documento de referencia, en cuyo asunto solicita autorización para desarrollar trabajo de investigación de carácter anónimo, voluntario y confidencial, utilizando únicamente con fines académico y científico en las diferentes IPRESS en mención.

Visto el documento, la Dirección de la Red de Servicios de Salud Cusco Sur a través de la Unidad de Recursos Humanos - Área de Capacitación con la finalidad de contribuir en el trabajo de investigación Titulado: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE EL DIAGNOSTICO DE CATARATAS EN CENTROS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL CUSCO 2026", de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, se desarrollará mediante la aplicación del instrumento de investigación, se efectuara en los establecimientos de primer nivel de atención, considerando la disponibilidad y los horarios de menor carga asistencial del personal de salud participante, la dirección a mi cargo **AUTORIZA** a:



N°	NOMBRES Y APELLIDOS	ESCUELA PROFESIONAL	FECHA INICIO	IPRESS	HORA
1	JOE GOJHAN AYALA HUILLCA	Universidad San Antonio Abad Cusco	15/05/2026 al 30/08/2026	Saylla, Lucre, Huaró, Andahuaylillas, San Sebastián, Santa Rosa, Oropesa, Cusipata, San Jerónimo, Acomayo, Paucartambo, Huancarami, Urcos, Quiquijana	11:00 am. A 18:00 pm.

Recursos Humanos, lo más valioso de nuestra RED!

Hagamos
HISTORIA



PERÚ
2024

C.S. Accemana - Urb. Pícol Orompuglo S/N. - Distrito de San Jerónimo.
CUSCO - PERÚ.

"AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"

"CUSCO CAPITAL HISTÓRICA DEL PERÚ"

1. Debiendo cumplir estrictamente las normas establecidas por la Institución.
2. Asistir al Establecimiento protegido con el EPP establecido por el MINSA suministrado por su cuenta siendo obligatorio el uso de mascarilla.
3. La Institución no se responsabiliza de ocurrir algún incidente en la salud con las investigadoras.
4. Deberá tener en cuenta la Ley de Protección de Datos Personales (Ley N° 29733) y su reglamento.

Se le otorga la presente AUTORIZACION estrictamente con fines académicos durante el tiempo establecido y finalizando el trabajo de investigación se realizará un informe reporte estadístico de cuantas encuestas fueron realizadas.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresar las muestras de mi estima personal.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO SUR

Milagros Pinedo Apaza

M.C. Milagros Pinedo Apaza
DIRECTORA EJECUTIVA
CMP.: 62580 - RNE. 048510

CC:
Archivo
MPP/PT/mcc.

Recursos Humanos, lo más valioso de nuestra REDI

**Hagamos
HISTORIA**



PERÚ
2024

C.S. Accamana - Urb. Pico Orcampugio S/N.- Distrito de San Jerónimo.
CUSCO - PERÚ.



CUSCO

Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia Regional
de Salud Cusco

Red de Servicios de
Salud Cusco Norte



"Cusco Capital Histórica del Perú"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Cusco, 12 de mayo del 2026

MEMORANDUM.N- 0853-2026-GR-CUSCO/GRSC/RSSCS/UP-CCS

DE: M.C. FERNANDO MINAURO ZECENARRO.

Director ejecutivo de la Red de Servicios de Salud Cusco Norte.

A:

Jefe de la IPRESS Independencia

Jefe de la IPRESS Belenpampa

Jefe de la IPRESS Zarzuela Alta

Jefe de la IPRESS Siete Cuartones

Jefe de la IPRESS San Buena Vista

Jefe de la IPRESS Ttio

ASUNTO: Autorización para ejecución de proyecto de investigación.

Expediente N° 0007891



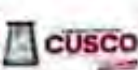
Por medio de la presente, se comunica que esta Dirección ha recibido el expediente de referencia, mediante el cual se solicita la autorización correspondiente para llevar a cabo un proyecto de investigación de participación anónima, voluntaria y confidencial. Dicha actividad tendrá fines exclusivamente académicos y científicos, y será desarrollada en los establecimientos de salud (IPRESS) señalados en el presente documento.

Luego de revisar la documentación presentada, la Dirección de la Red de Servicios de Salud Cusco Norte, a través de la Unidad de Recursos Humanos – Área de Capacitación, considera pertinente brindar las facilidades necesarias para el desarrollo del estudio denominado **"Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sobre el diagnóstico de cataratas en centros de primer nivel de atención del Cusco, 2026"**, investigación conducida por la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, se desarrollará mediante la aplicación del instrumento de investigación. La ejecución del referido estudio comprenderá la aplicación del instrumento de recolección de datos al personal de salud de los establecimientos del primer nivel de atención, garantizando el respeto de la disponibilidad de los participantes y procurando que las actividades se desarrollen en horarios que no afecten la prestación regular de los servicios de salud ni las labores asistenciales estudio desde 12 de mayo hasta el 30 de junio del presente año en los horarios establecidos 11:00 am. Hasta 18:00 pm. programadas, la dirección a mi cargo AUTORIZA a Sr. Joe Gojhan Ayala Huilca, para iniciar dicho estudio de investigación.

Av. Tomasa Tito Condemayta N° 1641- Wanchaq- Cusco telefono - 084-237953

<https://www.redcusconorte.gob.pe>

epicusunorte@renace.dge.gob.pe



"Cusco Capital Histórica del Perú"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Para la ejecución de la Investigación autorizada, deberán observarse las siguientes disposiciones:

- Cumplir en todo momento con las normas, directivas y procedimientos vigentes establecidos por la institución.
- Realizar las actividades de investigación respetando las medidas de bioseguridad aplicables, utilizando los equipos de protección personal que correspondan, los cuales deberán ser provistos por los propios investigadores.
- La Red de Servicios de Salud Cusco Norte no asumirá responsabilidad alguna por eventuales accidentes, enfermedades u otras contingencias que pudieran afectar a los investigadores durante el desarrollo de sus actividades.
- Garantizar el estricto cumplimiento de la Ley N.° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, así como de su respectivo Reglamento, asegurando la confidencialidad y el adecuado tratamiento de la información obtenida.



La presente autorización se concede únicamente para fines académicos y científicos, dentro del período establecido para la ejecución del estudio. Una vez concluida la investigación, deberá remitirse a esta Dirección un informe final que incluya los resultados obtenidos y el reporte estadístico correspondiente al número de encuestas aplicadas.

Sin otro asunto que comunicar, le expreso los sentimientos de mi especial consideración

Atentamente:

C.L. Andino

MCPA/ERB/jm

Av. Tomasa Tito Condemayta N° 1641- Wanchaq- Cusco telefono - 084-237953

<https://www.redcusconorte.gob.pe>

epi@cusconorte@renace.dge.gob.pe