

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Perfil del cuidador y adherencia al tratamiento antiepiléptico
en niños del Hospital I EsSalud Tumbes, 2024**

TESIS

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Br. Luis Enrique Arámbulo Celi

Tumbes, 2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Perfil del cuidador y adherencia al tratamiento antiepiléptico en
niños del Hospital I EsSalud Tumbes, 2024**

Tesis aprobada en forma y estilo por:

Dr. Mauro Pablo Meza Olivera

(Presidente).

Mg. José Wilmer Curay Lupuche

(Secretario).

Mg. Miriam Rodfeli Arredondo Nontol

(Vocal).

Tumbes, 2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Perfil del cuidador y adherencia al tratamiento antiepiléptico en
niños del Hospital I EsSalud Tumbes, 2024.**

**Los suscritos declaramos que la tesis es original en su contenido
y forma**

Br. Luis Enrique Arámbulo Celi

Autor

Mg. Miriam Rodfeli Arredondo Nontol

Asesora

Mg. Narcisa Elizabeth Reto Otero

Coasesora

Tumbes, 2026

DEDICATORIA

Dedico este logro, fruto de años de esfuerzo y perseverancia.

A mi familia entera, por su ayuda incondicional y su constante fe en mi potencial.

A mi madre y mi abuela mis pilares inquebrantables, quienes con amor y sacrificio me criaron y educaron, inculcándome los valores que hoy me permiten llegar a la meta. Son mi inspiración eterna.

A la memoria de mi padre, cuya ausencia no ha mermado la luz de su recuerdo, consejos y profundo impacto en mi vida.

A mis maestros, por la transmisión de conocimiento y siembre de la curiosidad.

A la Dra Miriam Arredondo (Asesora) y Dra. Narcisa Reto (coasesora), que me acogieron durante mi formación académica y su apoyo incondicional, por su guía experta, paciencia y dirección cruciales en la efectucción del estudio.

A todos ustedes, mi gratitud infinita.

AGRADECIMIENTO

A lo largo de este camino en primero lugar agradezco a Dios, por la culminación de este estudio ha sido posible gracias a la invaluable ayuda de personas excepcionales.

A mi familia, por ser el cimiento y motivación constante, por su incondicional amor y su inquebrantable fe en mí.

De manera especial, a mi madre, por su sacrificio, por enseñar el valor de la perseverancia y por ser la inspiración más grande en cada paso de mi vida y también a mi padre, aunque ya no está conmigo vida, pero sé que donde este, el me sigue cuidado.

A mis maestros y mentores, quienes con su sabiduría, paciencia y guía me proveyeron las herramientas y conocimientos crucial para transformar la visión de esta tesis en realidad.

Su influencia ha marcado profundamente mi formación profesional y personal. ¡Gracias de todo corazón!



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
Licenciada
Resolución del Consejo Directivo N° 155-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Tumbes – Perú

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En Tumbes, a los 09 días del mes de julio del dos mil veintiséis, siendo la 20.30 horas, en la modalidad presencial, en el pabellón de Medicina Humana aula M - 4 se reunieron el jurado calificador de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes, designado con RESOLUCIÓN DECANAL N°273- 2025/ UNTUMBES – FCS, el Dr. Mauro Meza Olivera, (Presidente), Mg. Jose Wilmer Curay Lupuche (Secretario), Dra. Miriam Arredondo Nontol (Asesor-Vocal), se procedió a evaluar, calificar y deliberar la sustentación de la tesis, titulada "PERFIL DEL CUIDADOR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIEPILÉPTICO EN NIÑOS DEL HOSPITAL I ESSALUD TUMBES, 2024", para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, presentado por el bachiller:

Bach. Luis Enrique Arámbulo Celi

Concluida la sustentación y absueltas las preguntas, por parte del sustentante y después de la deliberación, el jurado según el artículo N° 65 del Reglamento de Tesis para Pregrado y Posgrado de la Universidad Nacional de Tumbes, declara al bachiller **Luis Enrique Arámbulo Celi APROBADO**, con calificativo: **MUY BUENO**

En consecuencia, queda **APTO** para continuar con los trámites correspondientes a la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano, de conformidad con lo estipulado en la ley universitaria N° 30220, el Estatuto, Reglamento General, Reglamento General de Grados y Títulos y Reglamento de Tesis de la Universidad Nacional de Tumbes.

Siendo las **21:30 pm** del mismo día, se dio por concluida la ceremonia académica, procediendo a firmar el acta en presencia del público asistente.

Tumbes, 09 de Julio del 2026.


Dr. Mauro Meza Olivera
DNI N° 00244870
ORCID N° 0000-0002-2059-573X
(Presidente)


Mg. Jose Wilmer Curay Lupuche
DNI N° 02853403
ORCID N° 0000-0002-3928-3533
(Secretario)


Mg. Miriam Arredondo Nontol
DNI N° 19082319
ORCID N° 0000-0001-6269-7593
(Asesor – Vocal)

cc:
Jurado (03)
Asesor
Interesado
Archivo (Decanato)

Luis Arambulo

1.07.2026_OBS_IFC_LUIS ARÁMBULO - OBSERVACIONES RESUELTAS

 Tesis II

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:604113936

Fecha de entrega

1 jul 2026, 19:52 GMT-5

Fecha de descarga

2 jul 2026, 9:03 GMT-5

Nombre del archivo

1.07.2026_OBS_IFC_LUIS ARÁMBULO - OBSERVACIONES RESUELTAS.docx

Tamaño del archivo

2.3 MB

79 páginas

18.824 palabras

115.627 caracteres


Miriam Arreola Noé
• C.M.P. 3457 C.R.E. 1373
PUEBLA

4% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

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

Fuentes principales

- 4%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 3%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitan 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.



Miriam Arredondo Noels
• C.M.P. 3400 E.E.E. 1273
PUEBLO

Fuentes principales

4%	Fuentes de Internet
0%	Publicaciones
3%	Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.untumbes.edu.pe	2%
2	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
3	Internet	hdl.handle.net	<1%
4	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
5	Internet	repositorio.ucn.edu.nl	<1%
6	Internet	repositorio.uct.edu.pe	<1%
7	Trabajos del estudiante	D.A. de Medicina Humana on 2026-05-27	<1%
8	Trabajos del estudiante	Universidad Catolica San Antonio de Murcia on 2024-05-06	<1%
9	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
10	Internet	www.scielo.org.mx	<1%
11	Trabajos del estudiante	Ponce Health Sciences University on 2026-01-20	<1%

Miriam Arredondo Noval
 • C.E.P. 3407 E.E.E. 1273
 PERAZA

12	Publicación	
Rojas Peralta, Gaby Priscila. "El planeamiento estratégico y la gestión de tributos ..."		<1%
13	Trabajos del estudiante	
Universidad Nacional de Tumbes on 2025-09-11		<1%
14	Trabajos del estudiante	
Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-03-31		<1%
15	Trabajos del estudiante	
Universidad Nacional de Cajamarca on 2025-10-09		<1%
16	Trabajos del estudiante	
Universidad Nacional de Tumbes on 2026-05-28		<1%
17	Trabajos del estudiante	
Universidad Nacional de Tumbes on 2026-05-28		<1%


MIRIAM ASTRID NOELS
CAR. HED. CEE LIT3
PERU

CERTIFICADO DE ASESORÍA

Dra. Miriam Rodfeli Arredondo Nontol

Docente adscrita a la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes.

Certifica:

Que el presente proyecto de tesis: **“Perfil del cuidador y adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños en el Hospital I EsSalud Tumbes 2024”**, presentado por el bachiller Arámbulo Celi Luis Enrique, ha sido asesorado y guiado por mi persona, por tanto, queda autorizada para su presentación e inscripción a la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes para su revisión correspondiente.

Tumbes, 24 de octubre del 2024



Dra. Miriam Rodfeli Arredondo Nontol



DECLARACIÓN JURADA DE VERIFICACIÓN DE REPORTE DE SIMILITUD

Yo, MG. Miriam Rodfeli Arredondo Nontol, con N° DNI 19082319, declaro bajo juramento que haciendo uso del usuario del software Turnitin que me ha proporcionado la UNTUMBES, he procedido a revisar la tesis que se indica a continuación; la cual se encuentra dentro del rango permitido como porcentaje de similitud autorizado.

Escuela Profesional	
Medicina Humana	
Autor (es)	
N° DNI	Nombres y Apellidos
71584976	Luis Enrique Arámbulo Celi
Título de la Tesis	
Perfil del cuidador y adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños del Hospital I EsSalud Tumbes, 2024	
Porcentaje de similitud	Número de la clase
4 %	50753140

Lo que se indica cumple con lo dispuesto en los artículos 8.2 y 8.3 del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI), que señala que la universidad debe contar con medidas para proteger la propiedad intelectual.

Tumbes, 15 de julio de 2026

Firma de Asesor

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	xvi
ABSTRACT	xvii
I. INTRODUCCIÓN	18
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	20
2.1 Bases teóricas – científicas.....	20
2.2 Antecedentes	38
III. MATERIALES Y MÉTODOS	44
3.1. Tipo de investigación	44
3.2. Diseño de investigación	44
3.3. Población, muestra y muestreo.....	44
3.4. Criterios de selección.....	45
3.5. Técnica e instrumentación de recolección de datos.....	45
3.6. Validación y confiabilidad del instrumento	47
3.7. Plan de procesamiento y análisis de datos	48
3.8. Consideraciones éticas	49
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	50
V. CONCLUSIONES	59
VI. RECOMENDACIONES.....	60
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
ANEXOS	72

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Perfil de cuidadores de niños con epilepsia en el Hospital I EsSalud Tumbes, 2024.	50
Tabla 2. Nivel de adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños del Hospital I EsSalud Tumbes, 2024	50
Tabla 3. Relación entre perfil del cuidador y adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños del Hospital I EsSalud Tumbes, 2024.	51

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia	72
Anexo 2. Operacionalización de variables	73
Anexo 3. Consentimiento Informado	76
Anexo 4. Solicitud para otorgar para aplicar el instrumento por juicio de expertos al establecimiento de Salud (JAMO)	78
Anexo 5. Solicitud para autorización y validación de instrumento por juicio de especialistas	79
Anexo 6. Solicitud de autorización para ejecución de instrumento	80
Anexo 7. Acta de comité de ética en investigación Red Asistencial EsSalud	85
Anexo 8. Documento enmendado	86

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre perfil del cuidador y adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños del Hospital I EsSalud Tumbes durante el año 2024. Para ello, se empleó una metodología de tipo básica, con enfoque cuantitativo, nivel relacional, diseño no experimental y corte transversal. La muestra fue constituida por 102 cuidadores de niños con epilepsia atendidos en el Hospital I EsSalud Tumbes, quienes fueron elegidos empleando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Asimismo, se ejecutó una encuesta presencial a cada participante utilizando un cuestionario que contó con criterios de validez y confiabilidad. Los resultados indicaron que 94,1% de los cuidadores presentó un perfil alto y el 5,9% un perfil regular. Respecto a la adherencia al tratamiento antiepiléptico, el 94,1% de los niños fue adherente, el 4,9% moderadamente adherente y el 1,0% poco adherente. Asimismo, se evidenció que todos los cuidadores con perfil alto tenían niños adherentes al tratamiento, mientras que los cuidadores con perfil regular concentraron los casos de adherencia moderada y baja. Se concluyó que existe correlación positiva, de magnitud baja y estadísticamente significativa entre el perfil del cuidador y la adherencia al tratamiento antiepiléptico (Rho de Spearman = 0,274; $p = 0,005$).

PALABRAS CLAVES: Adherencia al tratamiento, Cuidadores, Epilepsia infantil, Perfil del cuidador, Tratamiento antiepiléptico.

ABSTRACT

This study aimed to establish the relationship between the caregiver profile and adherence to antiepileptic treatment in children at Hospital I EsSalud Tumbes during 2024. A basic research methodology was employed, featuring a quantitative approach, a relational level, a non-experimental design, and a cross-sectional study. The sample consisted of 102 caregivers of children with epilepsy treated at Hospital I EsSalud Tumbes, selected via non-probability convenience sampling. Additionally, an in-person survey was conducted with each participant using a questionnaire that met validity and reliability criteria. The results indicated that 94.1% of caregivers presented a high profile, while 5.9% presented a fair profile. Regarding adherence to antiepileptic treatment, 94.1% of the children were adherent, 4.9% were moderately adherent, and 1.0% had low adherence. Furthermore, it was observed that all caregivers with a high profile had children who were adherent to treatment, whereas caregivers with a fair profile accounted for the cases of moderate and low adherence. It was concluded that there is a statistically significant, positive correlation of low magnitude between the caregiver profile and adherence to antiepileptic treatment (Spearman's $Rho = 0.274$; $p = 0.005$).

Keywords: Epilepsy, treatment adherence, antiepileptic treatment in children.

I. INTRODUCCIÓN

La epilepsia constituye una enfermedad neurológica crónica que puede manifestarse tanto en la niñez como en edad adulta. Según estimaciones recientes, cerca de cinco millones de individuos son diagnosticados anualmente en el mundo, variando significativamente de 49 casos por cada 100 000 habitantes en naciones de ingresos altos frente a hasta 139 por cada 100 000 en naciones de ingresos bajos y medianos. Además, las personas con esta condición enfrentan hasta tres veces más probabilidades de fallecer prematuramente, más aún en entornos rurales y con recursos sanitarios limitados. (1)

En la población infantil, esta condición adquiere una relevancia crítica al impactar a unos 25 millones de niños a nivel global, lo que supone una carga considerable. Asimismo, se le atribuyen cerca de 125 000 muertes anuales, con una mortalidad que supera de 1,6 a 7,2 veces la registrada en la población general, siendo notable en las regiones de ingresos medios y bajos con alrededor del 80% de los casos, de los cuales hasta el 90% permanece sin tratamiento adecuado debido a limitaciones económicas, estigma social y barreras culturales, dificultando el control de las crisis y agravando las inequidades en salud. (2)

En este escenario, los fármacos antiepilépticos representan un recurso clave para estabilizar las crisis y optimizar la calidad de vida de los niños con epilepsia, no obstante, en escenarios caracterizados por escasos recursos sanitarios y problemas socioeconómicos, donde la carga de la enfermedad es mayor, persisten barreras que limitan la adherencia, entre ellas la discriminación y escasos de acceso a una atención sostenida. Estas barreras existentes no únicamente limitan el acceso a un manejo adecuado y temprano de la enfermedad, sino que además agravan sus efectos, lo que coloca a los niños en una circunstancia de vulnerabilidad mayor frente a las desigualdades en salud. (3)

Asimismo, la falta de adherencia puede acrecentar la frecuencia y gravedad de las convulsiones, deteriorando el bienestar del niño al generar síntomas emocionales como ansiedad o tristeza y reforzar el estigma y el aislamiento social, lo que a largo plazo dificulta el control de crisis y compromete significativamente su calidad de vida. (4)

La magnitud de este problema se evidencia también a nivel nacional; se llega a estimar que cerca de medio millón de individuos viven con epilepsia en el Perú, , siendo una de las primordiales motivos de morbilidad en los usuarios del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) en 2023. Y donde la adherencia terapéutica continúa siendo un desafío debido al acceso limitado a medicamentos, escasa concientización y el estigma social. Según fuentes del Ministerio de Salud, cerca del 30 % de pacientes presenta epilepsia farmacorresistente (EFR), condición asociada con mayor riesgo de depresión, aislamiento social asimismo muerte súbita, evidenciando el requerimiento de efectuar fortalecimiento de estrategias de tratamiento y seguimiento en el contexto nacional. (5)

Tal es así, que diversos estudios respaldan que la adherencia al tratamiento en epilepsia depende no solo de las condiciones del paciente, sino también del cuidador, cuya función resulta esencial para administrar y controlar la medicación. Destacando elementos como el nivel educativo, conocimiento sobre enfermedad y apoyo emocional como determinantes para asegurar la continuidad del tratamiento; en contraste, la sobrecarga emocional y la carencia de estrategias de afrontamiento pueden obstaculizarla. (6)

De manera similar, bajo nivel educativo en el cuidador se vincula con dificultades para interpretar adecuadamente la epilepsia y las orientaciones sobre el uso de los fármacos, lo que incrementa el riesgo de errores en la administración y, por ende, de incumplimiento terapéutico y mayor frecuencia de crisis. (7) También las variables sociodemográficas y económicas, entre ellas el ingreso familiar y la situación conyugal, posee efecto relevante en adherencia al tratamiento; señalándose que los cuidadores solteros o con escasos medios económicos suelen disponer de menos tiempo y apoyo social, llegando a afectar tanto la adherencia como la calidad de vida del menor. (8)

En el contexto del Hospital I EsSalud Tumbes, se considera posible la existencia de ciertas limitaciones que podrían influir en la adherencia terapéutica infantil. Entre ellas, destacan potencialmente el acceso restringido a servicios especializados y las condiciones del cuidador, relacionadas con una formación educativa limitada y un conocimiento insuficiente sobre la enfermedad y su manejo farmacológico. Sugiriendo que incluso las restricciones económicas podrían representar un factor

que limite la adquisición de fármacos y la asistencia a las consultas de seguimiento, lo que eventualmente afectaría la adherencia al tratamiento. No obstante estas observaciones, derivadas de la práctica clínica, aún no han sido aún respaldadas por investigaciones sistemáticas, lo que coloca de manifiesto el requerimiento de generar nuevo conocimiento científico que permita diseñar intervenciones contextualizadas a la realidad local y contribuir al fortalecimiento de la atención pediátrica.

De esta manera, los resultados del análisis llegan a aportar relevante información al servir de base para la generación de políticas y estrategias orientadas al manejo integral de la epilepsia infantil, con un enfoque que contemple tanto al paciente como a su cuidador. Por ello, se plantea como objetivo general: determinar la relación entre el perfil del cuidador y la adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños del Hospital I EsSalud Tumbes, 2024.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Bases teóricas – científicas

La teoría de la promoción de la salud tiene como propósito guiar a las personas para que adopten decisiones adecuadas que mejoren su calidad de vida y bienestar. En el contexto de la epilepsia infantil, esto implica no solo brindar información sobre el tratamiento y prácticas de autocuidado, sino también fortalecer la capacidad de los niños y sus familias para seguir el tratamiento de forma efectiva. Asimismo, resalta la importancia de considerar los determinantes sociales de la salud, como el acceso a los servicios sanitarios, recursos económicos y respaldo social. Por ello, las intervenciones dirigidas a mejorar el adecuado seguimiento de la epilepsia en niños deben tomar en cuenta estos factores, ofreciendo apoyo y recursos adicionales cuando sea necesario. (9)

Por otra parte, el autocuidado se ha detallado como las actividades diarias que tanto los pacientes como sus cuidadores pueden realizar con el objetivo de disminuir los síntomas y la progresión de la enfermedad, así como para atenuar los distintos efectos adversos y consecuencias vinculadas a ella. En el caso de los cuidadores de niños con epilepsia, esto implica asumir las responsabilidades vinculadas al cuidado de la salud, como administrar los medicamentos anticonvulsivos según lo

prescrito, asistir a las consultas médicas, evitar los factores desencadenantes de las crisis, colaborar en la supervisión remota y participar en la toma de decisiones (10)

El perfil de los cuidadores hace referencia al conjunto de características personales, sociales y económicas que definen a la persona responsable del cuidado directo de un niño con epilepsia. Incluye, por tanto, las características sociodemográficas que permiten describir aspectos generales, las cuales están directamente relacionadas con el rol que desempeñan en la atención del menor y con la forma en que enfrentan los desafíos propios del cuidado, tales como (11):

Edad: Se ha identificado que, la adherencia al tratamiento en niños con epilepsia disminuye con la edad. La autonomía creciente de los niños puede generar obstáculos para seguir adecuadamente el tratamiento o recordar la medicación. En contraste, los menores dependen de sus cuidadores, lo que generalmente mejora el cumplimiento del tratamiento. (12)

Sexo. Generalmente, las cuidadoras de niños con epilepsia son féminas del entorno familiar, reflejando normas socioculturales que las responsabilizan del cuidado. La continuidad de esta labor implica un esfuerzo físico y emocional significativo, aumentando la tensión y la sensación de dificultad, particularmente en casos de epilepsia refractaria o cuando existen múltiples hijos con enfermedades crónicas. Señalando que las cuidadoras solteras experimentan un incremento notable en el estrés y la carga percibida, mientras que la barrera idiomática y la carencia de apoyo familiar contribuyen a intensificar estas dificultades. De igual manera, la atención constante a un menor con enfermedad crónica puede afectar su bienestar, resiliencia y calidad de vida, reforzando la importancia de proporcionar apoyo adecuado dentro de cada contexto familiar y sociocultural. (13).

Estado civil. La situación civil del cuidador determina en gran medida el apoyo disponible y la carga asociada al cuidado de niños con epilepsia. Aquellos que viven con una pareja suelen compartir las responsabilidades, lo que ayuda a mermar el estrés y facilita la atención diaria y médica del menor. Por su parte, los cuidadores solteros, separados o viudos enfrentan una mayor carga, al encargarse solos de la medicación, citas médicas y supervisión continua. Evidenciándose que esta

situación incrementa significativamente la probabilidad de experimentar estrés, ansiedad y afectación del bienestar emocional, sobre todo en casos de epilepsia refractaria o múltiples necesidades crónicas del niño ya que la ausencia de apoyo familiar o social puede potenciar estos efectos. (14)

Tipo de cuidador: La adherencia al tratamiento farmacológico en niños con epilepsia depende en gran medida del cuidador que supervisa su cuidado. Según investigaciones recientes fundamentadas en la teoría de la motivación de protección (PMT), variables como el desempleo, la disponibilidad de tiempo y la experiencia previa del cuidador afectan la decisión de cumplir con el régimen terapéutico. De este modo, la confianza del cuidador en su capacidad para manejar la enfermedad y su percepción sobre la gravedad y vulnerabilidad del niño se relacionan positivamente con el cumplimiento del tratamiento, mientras que factores percibidos como el costo o la complejidad de la medicación pueden reducirlo. Por lo tanto, el tipo de cuidador influye en la supervisión directa de la medicación y en la motivación del niño para seguir el régimen y considerar estas diferencias permite implementar intervenciones individualizadas, fortalecer la educación sanitaria y mejorar la eficacia terapéutica mediante apoyo específico según el contexto familiar. (15)

El aspecto socioeconómico contempla las circunstancias económicas, educativas y materiales del cuidador, las cuales influyen significativamente en su capacidad de proporcionar cuidados efectivos al niño, estas condiciones afectan la accesibilidad a servicios sanitarios, la disponibilidad de recursos médicos y la comprensión de la información clínica. Las evidencias recientes señalan que los menores de hogares con menos recursos o con cuidadores con bajo nivel educativo enfrentan barreras significativas para acceder a atención sanitaria y diagnósticos oportunos, estas desigualdades socioeconómicas se reflejan en calidad y oportunidad de servicios, puntualmente en el sector privado. Por consiguiente, comprender el componente socioeconómico es vital para diseñar estrategias que faciliten un acceso equitativo y eficiente a la salud infantil.(16) Entre los aspectos se toman en consideración:

Ocupación laboral: El empleo del cuidador condiciona su tiempo disponible y sus recursos financieros, influyendo en la calidad de atención y seguimiento de niños con epilepsia, de esta forma, aquellos con trabajos a tiempo completo tienen menos

posibilidad de supervisar tratamientos, acudir a citas médicas o atender emergencias, incrementando la presión y el estrés del cuidado. En cambio, aquellos sin empleo o dedicados al hogar pueden proporcionar cuidado más continuo, aunque con posibles limitaciones económicas que afecten la adquisición de medicamentos y la asistencia a servicios de salud. así también cuidadores que realizan trabajos informales, aunque flexibles, carecen de seguridad social y están expuestos a riesgos frente a emergencias médicas. De esta forma, estas condiciones laborales, junto con la escases de apoyo social, aportan a que la experiencia de cuidado sea retadora y afecte la calidad de vida del cuidador, por ello la importancia de integrar la ocupación laboral como un factor relevante para garantizar la continuidad del cuidado, adherencia al tratamiento y bienestar tanto del niño como del adulto. (17)

Nivel educativo: La formación educativa avanzada en los cuidadores se asocia con una mejor comprensión y aplicación de las pautas clínicas requeridas para el cuidado de niños con epilepsia. No obstante, la capacidad de los cuidadores se ve afectada por su comprensión del padecimiento, las tradiciones culturales, disponibilidad de servicios de salud y soporte social y emocional recibido. Por lo tanto, la educación formal debe integrarse con capacitaciones y orientaciones que incrementen conocimiento, fortalezcan actitudes correctas y promuevan prácticas adecuadas en la atención de niños con epilepsia. (18)

El conocimiento o información que maneja el cuidador sobre la epilepsia representa una competencia fundamental, dado que le permite comprender los aspectos básicos del trastorno y responder eficazmente ante las convulsiones. Este saber capacita al cuidador para mantener la adherencia al tratamiento médico y asegurar la protección del niño, al tiempo que le permite responder eficazmente ante las convulsiones fuera del ámbito hospitalario. Aunque manifiestan actitudes favorables frente al manejo de crisis agudas, muchos carecen de conocimientos prácticos y destrezas necesarias, destacando la urgencia de desarrollar programas educativos localizados que refuercen la información, promuevan actitudes apropiadas y optimicen las prácticas de cuidado dentro de la familia. (19) Ese conocimiento abarca:

Conocimiento general sobre la epilepsia: Entender que la epilepsia es una enfermedad neurológica de carácter crónico que se manifiesta con crisis epilépticas recurrentes forma parte de la información básica e indispensable para su correcto manejo. Este conocimiento permite reconocer que las crisis son el resultado de una actividad eléctrica anormal en el cerebro. Sin embargo, aún existen creencias equivocadas, como pensar que la epilepsia es contagiosa o que la totalidad de las crisis se exhiben de la misma manera, lo cual puede afectar negativamente el cuidado del paciente. También es importante saber que el estrés y la falta de sueño pueden desencadenar crisis, y que prácticas peligrosas como introducir objetos en la boca del niño durante una convulsión deben evitarse por completo. (20)

Conocimiento sobre signos y síntomas: Este aspecto se refiere a la habilidad del cuidador para comprender e identificar las distintas manifestaciones clínicas de la epilepsia. Dado que algunas crisis no presentan convulsiones evidentes, como sucede en episodios de desconexión o ausencias breves, se requiere un conocimiento específico para poder detectarlas. Asimismo, reconocer señales como la presencia de espuma en la boca, la pérdida de conciencia o la desorientación posterior a una crisis resulta fundamental para ofrecer una respuesta inmediata y adecuada. (20)

Conocimiento sobre tratamiento y adherencia: Involucra el nivel de entendimiento del cuidador sobre el empleo apropiado de medicamentos antiepilépticos, puesto que debe conocer el esquema de medicación, administrar las dosis conforme los horarios indicados y hallarse atento a cualquier señal de efectos adversos. Señalando asimismo que la interrupción del tratamiento sin control médico puede generar crisis más graves o frecuentes. Señalando además que incluso ante afecciones leves, como una gripe, es necesario continuar con la medicación prescrita. (21)

Cuidados generales del niño con epilepsia: Se refiere al conocimiento que posee el cuidador sobre las medidas necesarias para asegurar la protección, estabilidad y desarrollo del niño que vive con epilepsia. Esto incluye la prevención de los factores que pueden desencadenar crisis, el seguimiento continuo del control médico y participación activa del menor en sus actividades cotidianas. Resulta fundamental que el cuidador mantenga una comunicación fluida con el entorno escolar para

garantizar el apoyo educativo necesario y que, ante una crisis, sepa actuar correctamente para evitar lesiones, siguiendo los protocolos básicos de primeros auxilios en epilepsia. (22)

Además, entre las características personales más importantes del cuidador destacan las prácticas, entendidas como el conglomerado de acciones que efectúa de forma habitual en el cuidado del niño con epilepsia. Dichas prácticas pueden favorecer positivamente el control de las crisis o, por el contrario, dificultarlo. (19)

Implicando aspectos como:

Administración: La correcta administración del tratamiento antiepiléptico depende de que el cuidador siga rigurosamente las indicaciones médicas, garantizando la toma de los medicamentos en los horarios establecidos, su disponibilidad suficiente, el cumplimiento de las dosis prescritas y su transporte seguro fuera del domicilio. Este manejo exige, además comprensión de la enfermedad, disciplina, constancia y un fuerte sentido de responsabilidad, se ha observado que, aunque los cuidadores son esenciales en manejo de epilepsia en niños, su capacidad para garantizar un cuidado efectivo se potencia con el respaldo continuo de profesionales de la salud, mediante orientación y consejería, mejorando la adherencia al tratamiento y fortaleciendo seguridad y calidad de vida del paciente. (23)

Manejo de crisis: Este punto hace referencia a la habilidad del cuidador para responder de manera apropiada frente a una crisis convulsiva. Entre las acciones sugeridas se incluyen colocar al niño de costado, alejar cualquier objeto que pueda lastimarlo, no introducir nada en su boca y mantener la tranquilidad. Además, instruir a los demás integrantes de la familia sobre cómo actuar en estas situaciones mejora la preparación grupal y garantiza una respuesta rápida y eficaz en caso de que el cuidador principal no esté presente. (24)

Supervisión general y entorno familiar: Este aspecto se centra en consolidar un entorno doméstico estable y saludable que asegure prácticas cotidianas orientadas al cuidado del niño, tales como mantener una alimentación adecuada, garantizar horas de sueño suficientes y acudir a evaluaciones médicas periódicas. Además, favorecer su participación en entornos sociales, educativos y recreativos fortalece

su desarrollo personal y socioafectivo, revelándose que la labor del cuidador, aunque esencial, alcanza su máximo potencial cuando recibe formación y soporte continuo de enfermeras comunitarias de epilepsia. Dichas profesionales fortalecen las capacidades familiares mediante educación adaptada, identificación de necesidades no cubiertas y promoción de un cuidado integral y humanizado, repercutiendo positivamente en la seguridad y bienestar del menor. (25)

Prácticas alternativas, registro y monitoreo: Se destaca la importancia de que el cuidador pueda anotar o recordar con claridad los episodios de convulsiones, detectar los efectos adversos del tratamiento farmacológico y valorar de manera responsable la posibilidad de incorporar terapias complementarias o alternativas. Aunque algunas de estas terapias pueden emplearse junto con el tratamiento médico convencional, resulta fundamental respetar siempre las indicaciones de los expertos de la salud. Llevar un registro de la frecuencia y la duración de las crisis permite que el equipo sanitario ajuste el manejo clínico de forma más precisa y adecuada. (26)

Se entiende por adherencia a la medicación el grado en que los pacientes cumplen con las indicaciones médicas respecto al consumo de fármacos. Asimismo, hace referencia a la coincidencia entre los medicamentos que realmente toma el paciente y lo prescrito por el médico. (27) En el caso de la epilepsia, el propósito del tratamiento farmacológico es lograr el control de las crisis sin que aparezcan problemas asociados a los medicamentos. La terapia debe ser individualizada para minimizar cualquier efecto adverso relacionado con los fármacos. No obstante, en los países de escasos recursos, casi todos los pacientes con epilepsia carecen de acceso a la medicación adecuada. Del mismo modo, los países en desarrollo también presentan deficiencias en este aspecto, debido a la complejidad de los perfiles farmacocinéticos. (28)

La falta de adherencia al tratamiento es un fenómeno habitual, sobre todo en enfermedades crónicas, y se vincula con malos resultados en salud. Además, está condicionada por múltiples factores, tales como las características propias de cada niño, el ambiente familiar y la calidad de la comunicación con los profesionales de la salud. (27) Uno de los primordiales retos en el manejo de la epilepsia es asegurar un control adecuado de las crisis, donde la adherencia a medicación anticonvulsiva

desarrolla un rol primordial, es así, que el incumplimiento puede surgir por dosis incorrectas, administración irregular, ajustes inapropiados en el estilo de vida, diagnósticos equivocados o elección inadecuada de medicamentos, lo que incrementa la recurrencia de las crisis y repercute negativamente en la salud del paciente. Factores como la forma de epilepsia, el esquema de medicación, la cantidad de fármacos, el uso de sustancias y la frecuencia de seguimiento influyen en la adherencia al tratamiento. Esas circunstancias llegan a afectar tanto la eficacia de la terapia como el bienestar del paciente, por lo que entender los elementos que condicionan el cumplimiento resulta clave para diseñar estrategias de intervención efectivas, siendo así importante capacitar al paciente y su familia así como proporcionar seguimiento profesional continuo y así favorecer la adherencia, minimizar complicaciones y potencia los resultados clínicos. (29)

El control efectivo de la epilepsia en la infancia posee dependencia de tres factores clave: cumplir con la medicación anticonvulsiva, evitar los desencadenantes de las crisis y recibir educación tanto sobre la enfermedad como sobre su tratamiento. Esto favorece un mayor bienestar y un mejor control de las convulsiones. Así, la confianza del niño en su habilidad para manejar las crisis influye directamente en su calidad de vida, impactando áreas físicas, emocionales, sociales y académicas. Se observa que los niños que sienten un mayor control sobre sus crisis suelen presentar menos ansiedad, mejor integración social y más autonomía. Por ello, al elegir un tratamiento para la epilepsia, no solo debe considerarse la eficacia de los fármacos, sino también incorporar estrategias que refuercen la autoeficacia y el aprendizaje del niño, favoreciendo la adherencia y resultados positivos tanto físicos como psicosociales. Esto se logra mediante educación, seguimiento profesional y apoyo emocional, que permitan un abordaje integral para mejorar el control de las crisis y la calidad de vida de los pacientes pediátricos. (30)

La elección del tratamiento para la epilepsia varía conforme el tipo, frecuencia y gravedad de las crisis. Es esencial un preciso diagnóstico del tipo de epilepsia para seleccionar la terapia más indicada. El objetivo principal del tratamiento es lograr la ausencia total de crisis y de efectos secundarios, junto con una calidad de vida óptima. (31)

El incumplimiento del tratamiento farmacológico incluye tanto conductas voluntarias como involuntarias, como no adquirir o no renovar una receta, abandonar la terapia antes de finalizarla, no seguir las indicaciones acordadas con el profesional de salud, tomar una dosis mayor o menor a la prescrita, o administrar el medicamento en horarios inadecuados. Las investigaciones sobre adherencia han señalado cuatro grupos de factores asociados al incumplimiento: los relacionados con el paciente (aspectos socioeconómicos, percepciones y creencias); con la enfermedad (gravedad y frecuencia de los síntomas); con la medicación (número de tomas diarias, eficacia y efectos adversos); y con el personal sanitario (calidad de la relación médico-paciente). (31)

El concepto de autocuidado resulta esencial en el abordaje de enfermedades crónicas, pues resalta el papel activo del paciente y su cuidador en el seguimiento habitual de la enfermedad y en su implicación con el tratamiento. Esto no solo favorece una mayor adherencia terapéutica, sino que también empodera a los pacientes al fomentar habilidades de resolución de problemas y autorregulación, lo cual contribuye a optimizar los resultados sanitarios en el contexto de las enfermedades crónicas. (32)

El manejo de la epilepsia requiere que tanto el paciente como su cuidador desarrollen acciones sistemáticas de autocuidado que permitan controlar las crisis, evitar efectos adversos y fortalecer su calidad de vida cotidiana, tal es así, que el control efectivo de la epilepsia exige no solo disciplina terapéutica y hábitos saludables, sino también vinculación colaborativa entre paciente, cuidador y el equipo médico. En este proceso, la incorporación de recursos digitales, como aplicaciones móviles orientadas al apoyo conductual y educativo, contribuye a mejorar la autoeficacia y el compromiso del cuidador, puntualmente en escenarios en el cual el acceso a la atención médica es restringido, reforzando así la continuidad del tratamiento y el bienestar del paciente. (33)

Para medir el cumplimiento terapéutico se utilizó la Escala de Morisky (MMAS), instrumento validado por su facilidad de aplicación y eficacia para identificar conductas de adherencia en padecimientos crónicos. Esta escala consiste de 4 interrogantes dicotómicas, puntuadas con 1 para las respuestas afirmativas y 0 para las negativas. Los pacientes con una puntuación total de 0 se consideraron

altamente adherentes, aquellos con 1–2 puntos presentaron adherencia media y quienes obtuvieron entre 3–4 puntos, baja adherencia; una puntuación igual o superior a 5 se definió como falta de adherencia. La versión extendida de ocho ítems ha evidenciado propiedades psicométricas satisfactorias en distintos contextos poblacionales, lo que la consolida como un instrumento válido y confiable para medición de adherencia al tratamiento y reconocer conductas de incumplimiento en patologías crónicas, incluida la epilepsia. (34)

Tradicionalmente, la epilepsia se ha definido como un trastorno cerebral que se particulariza por la presencia de convulsiones recurrentes sin una causa inmediata identificable, aceptándose de forma generalizada que esto implica al menos 2 crisis epilépticas separadas por un intervalo mínimo de 24 horas. La identificación y clasificación de los síndromes epilépticos puede resultar de gran utilidad para orientar la selección del tratamiento, definir su duración y pronosticar la evolución del paciente. (35) Considerada uno de los padecimientos neurológicos más comunes en la niñez, la epilepsia presenta una mayor prevalencia en primeros meses de vida, con una merma gradual durante la adolescencia. Se ha estimado que su incidencia oscila de 33,3 y 82 casos por cada 100.000 niños al año, cifra que refleja la magnitud del problema y necesidad de estrategias preventivas y asistenciales oportunas. (36)

Algunos niños logran mantener las crisis bajo control por más de tres años, lo que les permite suspender los medicamentos anticonvulsivos durante largos periodos. No obstante, la mayoría presenta resistencia a los fármacos. Esto, a su vez, da lugar a complicaciones asociadas como trastornos cognitivos, conductuales y psiquiátricos, además de osteoporosis, lesiones derivadas del tratamiento o de las propias crisis, y muerte súbita inesperada. (36)

Esta afección puede afectar a personas de cualquier edad, género, raza, estrato social y región geográfica. Las crisis convulsivas persistentes y repetitivas suelen acarrear consecuencias a nivel neurobiológico, cognitivo, psicológico y social, lo cual puede reducir la calidad de vida. Tanto las crisis epilépticas como los síntomas no convulsivos pueden reflejar y, a su vez, generar diversos mecanismos neuronales asociados a la enfermedad. (37)

De acuerdo con el Ministerio de Salud, la epilepsia se categoriza de la correspondiente forma: 1) Epilepsias sintomáticas: aquellas en las que se identifica una causa subyacente específica. 2) Epilepsias probablemente sintomáticas: aquellas en las que, por sus características clínicas, se sospecha una causa subyacente, aunque no se logra confirmar. 3) Epilepsias idiopáticas: condiciones en las que la persona solo presenta crisis epilépticas, sin otros síntomas ni anomalías cerebrales estructurales detectables; estas varían según la edad del paciente y se cree que tienen un origen hereditario. (38)

Las principales causas de la epilepsia pueden clasificarse en 2 grupos: 1) Las hereditarias y congénitas, vinculadas a factores genéticos, ya que ciertas mutaciones pueden elevar la probabilidad de padecer la enfermedad. Estas alteraciones pueden transmitirse de uno o ambos padres. En esta categoría se incluyen epilepsias de origen genético, displasias, algunos tumores cerebrales, lesiones ocurridas en el útero, malformaciones vasculares, síndromes neurocutáneos, anomalías cromosómicas, trastornos metabólicos congénitos y epilepsias mioclónicas progresivas. 2) Las adquiridas, que no se hallan presentes al nacer, sino que surgen a lo largo de la vida por diversos factores. Aquí se agrupan los traumatismos, lesiones posteriores a cirugías o infecciones, infartos y hemorragias cerebrales, tumores, esclerosis del hipocampo, exposición a sustancias tóxicas, así como enfermedades degenerativas y metabólicas adquiridas. (39)

Se diagnostica epilepsia cuando ocurren dos o más convulsiones no provocadas, distanciadas por más de un día, o una sola crisis con alta posibilidad de repetirse en los siguientes diez años. La evaluación diagnóstica incluye el uso del electroencefalograma (EEG), que evidencia descargas eléctricas anómalas en el cerebro, y la resonancia magnética (RM), que permite identificar alteraciones morfológicas como esclerosis temporal mesial. Asimismo, la carpeta clínica y los exámenes bioquímicos son primordiales para orientar el diagnóstico y definir el tratamiento. Los fármacos anticonvulsivos constituyen la base terapéutica y se categorizan conforme su mecanismo de acción y el tipo de crisis. Entre las opciones más recientes destacan el levetiracetam, la lamotrigina y la zonisamida por su buena tolerancia y menor riesgo de interacciones. El valproato sigue siendo el

medicamento de elección en las epilepsias generalizadas, aunque se recomienda prevenir su empleo en féminas en edad fértil por su efecto teratogénico. (40)

Para establecer el diagnóstico de epilepsia infantil se necesita un abordaje multidimensional que combine la observación clínica con estudios especializados. El examen físico cumple una función clave al evidenciar señales que orientan hacia causas genéticas o metabólicas, tales como rasgos faciales inusuales, cambios en color o textura de la piel y características distintivas del cabello o el olor corporal pueden servir como indicadores de alteraciones neurocutáneas o neurometabólicas. Asimismo, la electroencefalografía (EEG) es una técnica clave que se recomienda tras las primeras crisis espontáneas, ya que aporta datos valiosos para predecir nuevas recurrencias y establecer el tipo específico de epilepsia. A su vez, la resonancia magnética cerebral (RM) complementa este análisis al revelar posibles anomalías corticales o lesiones localizadas, optimizando la exactitud del diagnóstico. Un abordaje diagnóstico integral en niños con sospecha de epilepsia debe incluir la carpeta clínica, examen físico y estudios complementarios como EEG y la RM, herramientas que permiten precisar el origen idiopático o genético de la enfermedad y asegurar una intervención terapéutica adecuada, sobre todo en cuadros poco diagnosticados como la epilepsia vertiginosa. (41)

Dentro de las herramientas diagnósticas, los estudios de imágenes desempeñan un papel esencial. La resonancia magnética cerebral se recomienda en todo paciente con epilepsia de diagnóstico reciente, con el fin de detectar alteraciones estructurales que expliquen la enfermedad y permitan guiar el tratamiento y la valoración del pronóstico. En epilepsias farmacorresistentes, la repetición del estudio con equipos de mayor resolución puede facilitar la localización exacta del foco epileptogénico. Asimismo, la espectroscopia de resonancia magnética es un método diagnóstico no invasivo que analiza el contenido bioquímico cerebral, proporcionando información relevante para el diagnóstico y pronóstico clínico. Su aplicación facilita la detección de encefalopatías neonatales y de errores congénitos del metabolismo, especialmente cuando son identificados en etapas iniciales del desarrollo. (41)

En cuanto al tratamiento, el propósito fundamental al elegir un esquema de fármacos antiepilépticos consiste en identificar un medicamento que resulte totalmente eficaz y que no genere efectos adversos en el paciente. Estos fármacos pueden diferir en cuanto a su costo, sus interacciones con otros medicamentos y su potencial teratogénico. Además, el tratamiento varía según el tipo de crisis epiléptica que presente el paciente. (42) El abordaje terapéutico de la epilepsia requiere seleccionar los fármacos de acuerdo con la naturaleza de la crisis, tal es así, que en las crisis generalizadas idiopáticas suelen indicarse ácido valproico, lamotrigina y levetiracetam, descartándose gabapentina y vigabatrina por su efectividad limitada y la posibilidad de complicaciones clínicas. Para las crisis parciales, el tratamiento suele basarse en carbamazepina, valproato, lamotrigina o topiramato, ajustando la elección a las características individuales del paciente y para aquellas crisis mioclónicas, el ácido valproico junto con benzodiacepinas como clonazepam o clobazam ofrecen buenos resultados, mientras que la carbamazepina y la vigabatrina no se recomiendan porque pueden agravar el cuadro clínico. Mientras el tratamiento de crisis de ausencia se fundamenta principalmente en el uso de etosuximida, ácido valproico y lamotrigina. De esta manera, la decisión clínica busca no solo controlar las convulsiones, sino también adaptarse a las características personales del niño, reduciendo al mínimo las complicaciones y efectos indeseados. (43,44,45)

A continuación, se presentan de manera conjunta las propiedades y efectos de ciertos medicamentos, incluyendo sus vías de administración, dosis y posibles reacciones adversas (46).

- Brivaracetam: utilizado como tratamiento concomitante, este medicamento trata crisis parciales, con posible generalización secundaria, en individuos desde los 2 años hasta adultos, pudiendo administrarse oralmente en comprimidos o solución, o por vía intravenosa mediante bolo o perfusión de 15 minutos, sin mezclarse con otros fármacos. En menores de 50 kg, la dosis inicial es de 1 mg/kg/día, llegando como máximo a 3 mg/kg/día; en pacientes de 50 kg o más, se administra entre 50 y 150 mg al día en dos tomas. Entre secundarios efectos más usuales se observan somnolencia, mareo,

irritabilidad, insomnio, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, fatiga y algunas infecciones respiratorias.

- Clobazam: se emplea como tratamiento complementario en epilepsias parciales en niños mayores de 6 años y adolescentes, administrándose por vía oral en comprimidos enteros, triturados o mezclados con líquidos, con o sin alimentos. Reportándose como efectos secundarios más habituales somnolencia, mareo, debilidad muscular, ataxia, confusión, cefalea, depresión, cambios psiquiátricos, sequedad de boca, estreñimiento, náuseas e incremento de peso.
- Lacosamida: es un antiepiléptico indicado para tratamiento de crisis parciales, solo o junto con otros medicamentos, en niños desde 2 años, adolescentes y adultos; se aplica por vía oral o intravenosa, usualmente 2 veces al día, pudiendo tomarse con o sin alimentos. La máxima dosis habitual para adultos y adolescentes es de 400 mg/día. Reportándose como efectos secundarios más frecuentes mareos, somnolencia, cefalea, alteraciones de coordinación y memoria, náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, debilidad, fatiga e irritabilidad.
- Carbamazepina: indicada para el tratamiento de crisis parciales y generalizadas, esta medicación antiepiléptica se administra por vía oral durante o después de las comidas; en pediatría, la dosis inicial es de 10–20 mg/kg/día dividida en 2–3 tomas, ajustándose según niveles plasmáticos y respuesta clínica hasta 20–35 mg/kg/día. Entre los secundarios efectos más usuales se hallan somnolencia, mareo, problemas de coordinación, cefalea, diplopía, reacciones cutáneas, leucopenia, trombocitopenia, náuseas, vómitos, hiponatremia y alteraciones hepáticas.
- Ácido valproico: se emplea en epilepsias generalizadas, parciales, mixtas y secundariamente generalizadas, y en episodios maníacos del trastorno bipolar cuando el litio está contraindicado; la administración es oral, aunque en casos urgentes puede ser vía intravenosa. La dosis recomendada en niños es de 10–15 mg/kg/día, con rango máximo de hasta 60 mg/kg/día, adaptándose según la edad y realizando seguimiento de la función hepática y

hematológica. Los efectos secundarios relevantes abarcan somnolencia, mareos, cefalea, temblor, fallo de memoria, visión doble, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, alopecia, aumento ponderal, anemia, trombocitopenia, hiponatremia y lesión hepática.

- Fenitoína: medicamento antiepiléptico que regula la actividad convulsiva del cerebro y actúa como antiarrítmico, pudiendo aplicarse por vía intravenosa o oral. Los efectos adversos principales contienen somnolencia, mareos, ataxia, nistagmo, confusión, alteraciones del habla, náuseas, vómitos, estreñimiento, erupciones cutáneas, trombocitopenia, leucopenia, hiperplasia gingival y, vía intravenosa, depresión cardíaca y necrosis local.
- Lamotrigina: antiepiléptico indicado para monoterapia o terapia combinada, con administración por vía oral, la dosis se llega a ajustar de acuerdo con la edad, peso y el tipo de crisis, requiriendo supervisión médica para su inicio y modificaciones. Reportando como reacciones adversas somnolencia, mareo, cefalea, temblor, insomnio, náuseas, vómitos, diarrea, irritabilidad, agresividad, erupciones cutáneas y, con tratamiento prolongado, pérdida de densidad ósea, osteopenia u osteoporosis.
- Levetiracetam: antiepiléptico que reduce la liberación de calcio intraneuronal, modulando la actividad excesiva de las neuronas; se administra por vía oral, y excepcionalmente por vía intravenosa cuando no es factible la administración oral. En pacientes pediátricos de 1 mes a <6 meses, la dosis inicial es de 7 mg/kg cada 12 h, alcanzando hasta 21 mg/kg cada 12 h; en lactantes de 6 hasta 23 meses y niños de 2-11 años, se inicia con 10 mg/kg/12 h, aumentando hasta 30 mg/kg/12 h. Para adolescentes de 12-17 años con peso <50 kg se sigue el mismo esquema, y si el peso es ≥50 kg, se administra 500 mg cada 12 h, ajustando hasta 1.500 mg según la respuesta. Reportando como efectos adversos más frecuentes somnolencia, mareo, cefalea, temblor, alteraciones del equilibrio, irritabilidad, agresividad, problemas gastrointestinales y erupciones cutáneas.

Fenobarbital: barbitúrico de acción prolongada posee propiedades anticonvulsivas, sedantes e hipnóticas, y se emplea para tratar y prevenir

convulsiones; se administra oralmente en comprimidos, debiendo ajustarse la dosis en niños según riesgo/beneficio, particularmente en insuficiencia hepática o renal. Los efectos adversos habituales incluyen somnolencia, mareos, alteraciones en la coordinación, artralgia y reacciones cutáneas, y por vía intravenosa puede presentarse depresión respiratoria grave.

- Perampanel: antiepiléptico oral en adolescentes desde los 12 años para tratar crisis parciales y tónico-clónicas generalizadas, comenzando con 2 mg al acostarse y ajustando la dosis según respuesta hasta 4–8 mg/día en crisis parciales y 8–12 mg/día en tónico-clónicas. Entre los secundarios efectos más usuales se hallan mareos, somnolencia, problemas de equilibrio y coordinación, visión borrosa, variaciones en el apetito, irritabilidad y fatiga, pudiendo causar además reacciones cutáneas graves y daño hepático.
- Etosuximida: Anticonvulsivante oral del grupo de las succinimidas, indicado para el manejo de crisis de ausencia, se administra por vía oral, preferentemente después de las comidas, y la dosis debe ajustarse individualmente bajo supervisión médica. Los efectos adversos frecuentes comprenden somnolencia, mareos, cefalea, trastornos del sueño y la conducta, alteraciones gastrointestinales y reacciones cutáneas graves, pudiendo también afectar la visión, el equilibrio y la coordinación.
- Topiramato: anticonvulsivante oral, administrado fuera de las comidas en forma de comprimidos o cápsulas que pueden espolvorearse sobre alimentos. La dosis pediátrica en monoterapia es de 0,5–1 mg/kg/día, aumentando cada 1–2 semanas hasta 2 mg/kg/día; en combinación con otros fármacos, se inicia con 25 mg/día y se ajusta hasta 5–9 mg/kg/día en dos tomas, considerando edad, peso y tolerancia, bajo supervisión médica. Reportando como efectos adversos somnolencia, mareos, alteraciones de la cognición y visión, cambios de peso, trastornos digestivos, musculoesqueléticos y cutáneos, junto con nefrolitiasis y acidosis.
- Vigabatrina: fármaco anticonvulsivante que eleva los niveles de GABA en el cerebro, indicado en epilepsia parcial resistente y espasmos infantiles, administrándose oralmente. La dosis pediátrica inicia en 40 mg/kg/día dividido

en 2 tomas y se incrementa hasta 150 mg/kg/día conforme la respuesta clínica y tolerancia, bajo control médico, especialmente en niños menores de 9 años. Los efectos secundarios más usuales comprenden aumento de peso, somnolencia, alteraciones de la cognición y atención, trastornos del habla, temblor, fatiga, cefalea, molestias gastrointestinales, irritabilidad, agitación o agresividad en niños, y daños irreversibles en los campos visuales.

- Gabapentina: anticonvulsivante y analgésico del sistema nervioso central, administrado por vía oral. En niños, la dosis se llega a ajustar conforme edad y peso, comenzando con 10–15 mg/kg/día y aumentando gradualmente hasta 25–35 mg/kg/día según tolerancia y respuesta clínica. Entre los efectos secundarios se encuentran somnolencia, mareos, ataxia, confusión, temblor, cefalea, vértigo, alteraciones de la visión, trastornos gastrointestinales, edema, erupciones cutáneas, dolor articular y muscular, fatiga, fiebre, disfagia y depresión respiratoria.
- Tiagabina: fármaco antiepiléptico oral bloquea selectivamente la recaptación de GABA y se emplea como terapia complementaria para crisis parciales en pacientes mayores de 12 años y cuya administración debe ser con alimentos y no se aconseja en epilepsias generalizadas ni en niños menores de 12 años por ausencia de información pediátrica. Reportando como efectos adversos somnolencia, mareos, alteraciones de la visión, dificultad para concentrarse, nerviosismo, inestabilidad emocional, vértigo, temblor, diarrea, dolor abdominal, equimosis y cansancio, afectando la capacidad de conducir o usar maquinaria.
- Clonazepam: Antiepiléptico derivado de benzodiazepina que inhibe la transmisión mediada por GABA a nivel posináptico, administrado oralmente. La dosis pediátrica se ajusta según la edad: 0 –1 año, 0,01–0,03 mg/kg/día; 1–5 años, 0,05–0,1 mg/kg/día; 6–10 años, 0,05–0,2 mg/kg/día; 11–15 años, 0,05–0,2 mg/kg/día, repartida en 2–3 tomas. Reportando como efectos adversos cansancio, hipotonía, mareos, ataxia, reflejos lentos, confusión, depresión respiratoria y disminución de la concentración, con impacto sobre la conducción y operación de maquinaria.

- Primidona: antiepiléptico barbitúrico que modula los flujos iónicos neuronales, indicado para administración oral. La posología pediátrica varía según edad y peso, comenzando con 1 hasta 2 mg/kg/día y acrecentando de forma gradual hasta un máximo de 7 hasta 10 mg/kg/día, repartido en 2 hasta 3 tomas. Entre los efectos secundarios se encuentran somnolencia, apatía, problemas visuales, mareos, nistagmo, cefalea, vómitos y ataxia, pudiendo comprometer la conducción y el uso de maquinaria; también puede interactuar con inductores hepáticos y depresores del SNC, siendo necesario ajustar la dosis y supervisión clínica.

2.2 Antecedentes

2.2.1. Antecedentes internacionales

En los antecedentes se presenta a Alene T et al. (47) quienes en el 2024 realizaron el estudio “Resultado del tratamiento de la epilepsia y sus predictores entre niños que tuvieron seguimiento crónico en el Hospital Especializado Integral de Dessie” con el fin de evaluar la magnitud de los desenlaces terapéuticos y los factores predictivos en pacientes pediátricos con epilepsia que estuvieron en seguimiento en el Hospital Especializado Integral de Dessie, en el noreste de Etiopía, se empleó un diseño cuantitativo transversal basado en entrevistas directas, revisión de historias clínicas y la inclusión de 200 niños. Los hallazgos mostraron que 34,5% presentó malos resultados del tratamiento. Los factores asociados a esa condición fueron la edad, baja adherencia terapéutica, antecedentes de alta frecuencia de crisis antes de iniciar el tratamiento y traumatismo craneoencefálico. En conclusión, dichos factores explicaron los malos resultados del tratamiento.

Mohammed S et al. (48) realizaron en 2024 la investigación “Adherencia a los fármacos anticonvulsivos y factores asociados entre niños con epilepsia en el centro de Sudán” con la finalidad de analizar la adherencia al tratamiento con fármacos antiepilépticos (FAE) en niños de 2 a 16 años diagnosticados con epilepsia y atendidos en la consulta de neurología del Hospital Pediátrico de Wad Medani, se adoptó un enfoque cuantitativo y transversal. Para ello, se utilizó la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8) junto con la revisión de las historias clínicas, contando con la colaboración de 67 niños. Los hallazgos indicaron que 71.6% de niños presentaba una adherencia buena al tratamiento, el 49.3% sufría entre 1 y 12 convulsiones al año, y 58.2% mostraba crisis generalizadas. No se observó asociación estadísticamente significativa entre factores sociodemográficos de los padres y adherencia terapéutica ($p > 0.05$), lo que llega a sugerir que otros elementos podrían estar influyendo en el cumplimiento del tratamiento por parte de los niños.

Negussie et al. (49) llevaron a cabo un estudio en el 2024 un estudio denominado “Conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores de niños con diagnóstico de epilepsia que asisten a una clínica ambulatoria pediátrica”, tuvo como propósito

evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores de niños con epilepsia. Se hizo empleo de un diseño cuantitativo y transversal con la muestra de 120 cuidadores, a quienes se les administró un cuestionario. Los hallazgos detallaron una brecha primordial en el conocimiento sobre la epilepsia, ya que menos del 52% había recepcionado información previa, y se llegaron a detectar múltiples concepciones erróneas correspondiente a sus causas. Se halló una vinculación positiva entre nivel de conocimiento y haber tenido acceso a información sobre epilepsia ($p < 0.001$), así como con la experiencia cercana con otros casos ($p < 0.001$). Asimismo, se reportó que el 70% de los cuidadores recurría a prácticas complementarias junto con el tratamiento médico convencional. Se concluye que las prácticas de los cuidadores, influenciadas en gran medida por creencias culturales y un conocimiento limitado sobre la epilepsia, podrían afectar la continuidad y la adherencia al tratamiento médico prescrito.

Sinha et al. (50) desarrollaron un estudio en el 2023 titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas de los padres/cuidadores frente a la epilepsia en pacientes pediátricos en un centro de atención terciaria del norte de la India”, con la finalidad de examinar los niveles de conocimiento, actitud y práctica entre los cuidadores de menores con epilepsia, desarrollando un estudio transversal ,cuantitativo, encuestando a 418 individuos. Hallando una escases de conocimiento significativo, resaltando que únicamente una minoría comprendía que la enfermedad no es un trastorno psiquiátrico. Asimismo, se visualizó que aquellos con niveles educativos más bajos poseían tendencia a tener percepciones incorrectas sobre la epilepsia. Pertinente a sus prácticas, aunque en general exhibían adherencia al tratamiento, 36.6% admitió omitir dosis, y 46.6% creía en la eficacia de terapias alternativas. Concluyendo que las limitaciones detectadas en niveles de conocimiento y prácticas de cuidadores, influenciadas por factores como el nivel educativo y creencias culturales, podrían comprometer tanto la continuidad del tratamiento médico como su apropiada adherencia.

Ramírez D et al. (51) efectuaron un análisis en el 2023 denominado “Factores relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes pediátricos con epilepsia durante la pandemia de COVID-19” con el fin de analizar la frecuencia y los factores o barreras asociadas a la falta de adherencia terapéutica en pacientes pediátricos con epilepsia, se llevó a cabo un estudio con enfoque cuantitativo y transversal. Se

empleó un cuestionario ejecutado mediante entrevistas telefónicas a 101 niños. Los hallazgos indicaron que 75% padecía epilepsia y 49,1% recibía tratamiento con ácido valproico. El 56,7% presentó descontrol de las crisis epilépticas, mientras que el 51% exhibió baja adherencia. Las primordiales barreras identificadas fueron la dificultad para acudir a las citas médicas (34,7%) y problemas económicos. Se concluye que la adherencia baja a la medicación en niños con epilepsia está relacionada con factores como el limitado acceso a consultas y las dificultades económicas, los cuales poseen dependencia de las características y situación del cuidador.

Nasir M et al. (52) efectuaron en el 2023 el estudio “Características clínicas, resultados del tratamiento y factores asociados de la epilepsia en niños en hospitales del noroeste de Etiopía”, con el fin de analizar las características clínicas, los desenlaces terapéuticos y los factores vinculados a la epilepsia controlada en niños monitoreados en el Hospital Integral Especializado Debre Markos, se empleó un enfoque cuantitativo, retrospectivo y transversal. Se utilizó un cuestionario estructurado previamente validado, junto con la revisión de historias clínicas, contando con la colaboración de 385 niños. Los hallazgos indicaron que 88.1% de los niños presentaron crisis tónico-clónicas, atribuidas a antecedentes perinatales, traumatismo craneoencefálico e infecciones. Asimismo, un tercio de los niños mostró un deficiente control de las crisis, identificándose como factores asociados al tratamiento la figura del cuidador y mala adherencia terapéutica. Se concluye que la deficiencia en el tratamiento estuvo relacionada con un escaso control de convulsiones por parte de cuidadores.

Ge P et al. (53) efectuaron un análisis en el 2022 denominado “La influencia de los padres en la adherencia a la medicación de sus hijos en China: una investigación transversal en línea basada en el modelo de creencias sobre la salud”, con el fin de investigar el impacto de la participación parental en la adherencia al tratamiento médico de sus hijos, se adoptó una metodología cuantitativa y transversal, utilizando un cuestionario basado en el modelo de creencias de salud (HBM, por sus siglas en inglés), en el que participaron 573 niños. Los hallazgos revelaron que los factores con influencia directa en la adherencia a la medicación por parte de los niños fueron la autoeficacia ($\lambda = 0,177$), susceptibilidad percibida ($\lambda = -0,244$) y gravedad percibida ($\lambda = 0,243$), todos ellos con efectos directos sobre la adherencia.

Se concluye que reforzar las creencias de salud de los padres, especialmente en lo relativo a la gravedad y la autoeficacia, junto con brindar educación médica y apoyo social, resulta primordial para mejorar el cumplimiento terapéutico de los niños.

Zhu Q et al. (54) realizaron un estudio en el 2021 denominada “Factores sociodemográficos asociados con la primera administración de medicamentos anticonvulsivos en pacientes con epilepsia focal en el oeste de China” con el propósito de analizar los factores sociodemográficos vinculados a las características del tratamiento inicial en pacientes pediátricos con diagnóstico reciente de epilepsia focal, se empleó una metodología cuantitativa y transversal, utilizando un cuestionario diseñado por los propios investigadores, en el que participaron 569 niños. Los hallazgos detallaron que aquellos con un nivel educativo superior y mayores ingresos familiares tenían mayor probabilidad de recibir atención neurológica especializada y prescripción de levetiracetam, mientras que mostraban menor tendencia a ser tratados con carbamazepina. En conclusión, las variables sociodemográficas influyeron en el acceso al neurólogo y en la elección de fármacos antiepilépticos, información que podría resultar valiosa para que los encargados de políticas de salud pública desarrollen guías clínicas y distribuyan recursos de forma equitativa.

Hajatmena A y Inaam M (55), efectuaron en el 2021 el análisis “Adherencia a los medicamentos anticonvulsivos entre niños sudaneses y factores asociados utilizando la Escala de Adherencia a los Medicamentos de Morisky” con la finalidad de determinar el nivel de adherencia a los fármacos antiepilépticos e identificar los factores relacionados con la falta de adherencia. Se empleó enfoque cuantitativo y transversal, ejecutando un cuestionario estructurado junto con la "Escala de adherencia de Morisky" a una muestra de 350 niños. Los hallazgos revelaron que el 48,6 % de participantes presentaba una alta adherencia a la medicación, 24,6 % mostraba una adherencia media y 26,9 % reportaba una adherencia baja. Asimismo, se identificó que los factores asociados a esta condición fueron la falta de disponibilidad, la poca asequibilidad económica y la dificultad de acceso a los medicamentos. En conclusión, los factores se vincularon significativamente con un manejo inadecuado de la medicación, alcanzando un valor de $p < 0,05$.

Yang C et al. (56) efectuaron el 2020 el análisis “Prevalencia de la adherencia a la medicación y factores que influyen en la adherencia a los fármacos antiepilépticos en niños con epilepsia del oeste de China” con el propósito analizar la adherencia a los fármacos antiepilépticos (FAE) prescritos y los factores que la influyen en niños con epilepsia. Se adoptó enfoque cuantitativo de tipo transversal, utilizando un cuestionario para recoger datos sociodemográficos y clínicos iniciales, así como la escala de Morisky para medición del nivel de adherencia al tratamiento, con una muestra de 399 niños. Los hallazgos mostraron que 57,1 % presentaba crisis epilépticas generalizadas; en cuanto a la adherencia, 21,3 % mostró buena adherencia, 51,4 % una adherencia moderada y 27,3 % una mala adherencia. Se identificó que factores asociados a la adherencia fueron la edad del paciente, tipo de epilepsia, ingresos familiares totales y fuente de información sobre los medicamentos. Se concluye que baja adherencia en los niños estuvo determinada por múltiples factores, por lo que se sugiere implementar estrategias educativas personalizadas e intervenciones conductuales para mejorarla.

Banks J et al. (57) efectuaron un análisis en el 2020 titulado “Cumplimiento de la medicación antiepiléptica auto informada y su conexión con la percepción de error de medicación” con la finalidad evaluar las tasas de adherencia a la medicación y su asociación con los errores percibidos en la administración de fármacos en pacientes con epilepsia atendidos en una consulta externa. Se empleó un diseño cuantitativo y transversal, en el que participaron 186 niños, a quienes se les ejecutó un cuestionario. Los hallazgos indicaron que 41 % presentaba adherencia subóptima al tratamiento; además, 28,5 % manifestó que, de manera involuntaria, solía omitir la toma de sus medicamentos con frecuencia, el 5,9 % no daba cumplimiento la pauta prescrita y el 6 % no daba cumplimiento con el tratamiento. En conclusión, la baja adherencia en los niños estuvo más vinculada a aspectos relacionados con el cuidado, en particular con el seguimiento apropiado por parte de cuidadores, que con factores sociodemográficos.

Ejeqliogu E y Coraje A (58) efectuaron en el 2020 el análisis “Prevalencia y factores asociados con la falta de adherencia a los medicamentos antiepilépticos entre niños con epilepsia en Jos, Nigeria” tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores vinculados a la falta de adherencia a los fármacos antiepilépticos en niños con epilepsia atendidos en el Jos University Teaching Hospital. Se adoptó un

enfoque cuantitativo de corte transversal, en el que colaboraron 194 niños, a quienes se les administró un cuestionario estructurado basado parcialmente en la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8). Los resultados revelaron una prevalencia de incumplimiento terapéutico del 44,8 %, identificándose como factores asociados el nivel socioeconómico bajo, politerapia y prolongada duración del tratamiento. En cuanto a las causas del incumplimiento, las principales fueron las dificultades económicas, el olvido, percepción de falta de mejoría y aparición de efectos secundarios. Se concluye, por tanto, que la baja adherencia al tratamiento de la epilepsia estuvo determinada por factores económicos, el uso de múltiples medicamentos, el tiempo prolongado de tratamiento y barreras como olvidos, ausencia de mejoría y efectos adversos, lo que subraya la necesidad de brindar ayuda educativa a los cuidadores.

2.2.1. Antecedentes nacionales

Se evidencio una limitada producción de investigaciones relacionadas con la adherencia al tratamiento antiepiléptico en población pediátrica, identificándose únicamente el trabajo de Dávila M (59) quien efectuó un análisis en el 2020 titulado “Adherencia al tratamiento de epilepsia y factores asociados, Servicio Neurología, Hospital Cayetano Heredia, Piura, 2018”, con el propósito evaluar el nivel de adherencia al tratamiento de la epilepsia en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia, así como los factores asociados al mismo. Para ello, se empleó enfoque cuantitativo de tipo correlacional, empleando la "Escala de adaptación a la medicación y al tratamiento médico" en la muestra de 72 usuarios. Los hallazgos mostraron que 56,58 % de participantes eran mujeres, 35,53 % contaba con educación básica, el 43,42 % tomaba dos fármacos antiepilépticos y el 35,53 % consumía tres medicamentos. Asimismo, 44,74 % tenía diagnóstico de epilepsia con una antigüedad de diez años, y 60,53 % presentaba crisis generalizadas. Se halló que 77,63 % de pacientes reportó una mala adherencia al tratamiento. En conclusión, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y el tipo de epilepsia mostraron vinculación significativa con la mala adherencia terapéutica ($p = 0,021$).

En el ámbito local, no se hallaron antecedentes que puedan servir de referencia directa para el presente estudio, ya sea que aborden de manera específica las variables planteadas o su relación, lo que justifica aún más su desarrollo.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

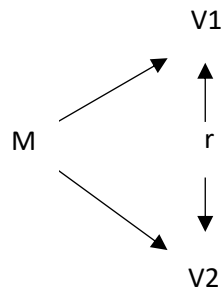
3.1. Tipo de investigación

El estudio fue de tipo básico, con enfoque cuantitativo y nivel relacional. (60,61)

3.2. Diseño de investigación

El diseño metodológico que se eligió para el análisis fue de naturaleza no experimental y tipo transversal. (62)

La fórmula correspondiente detalla el diseño que se acato



En el cual:

M: Cuidadores de niños con epilepsia.

V₁: Perfil del cuidador

V₂: Adherencia al tratamiento.

r: Relación de variables

3.3. Población, muestra y muestreo

Población:

Este concepto alude al grupo total de personas o elementos que integran una determinada comunidad o colectivo, y que fueron seleccionados para formar parte de la investigación, para esta investigación estuvo conformada por los cuidadores de los pacientes pediátricos portadores de epilepsia. (63)

Muestra: Este término hizo referencia a un subgrupo de individuos o elementos extraído de una población más amplia(63), para estudio, estuvo compuesta por 102 cuidadores de niños de 0 hasta 15 años con diagnóstico de epilepsia, los cuales correspondían a la red de atención sanitaria durante el año 2026.

Muestreo: Se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo o por conveniencia, el cual permitió seleccionar a los participantes con base en su disposición y facilidad de acceso, agilizando así el proceso de recolección de datos sin afectar los objetivos del estudio. (64) Esta estrategia se adoptó debido al reducido tamaño de la población, con la finalidad de minimizar la pérdida de información y asegurar la colaboración de mayor cantidad probable de sujetos.

3.4. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Cuidadores adultos (≥ 18 años) de niños diagnosticados con epilepsia que asisten al Hospital I EsSalud Tumbes.
- Cuidadores que faculden su colaboración mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Cuidadores que, por limitaciones cognitivas, sensoriales o físicas, no tengan la capacidad para completar adecuadamente los formularios.
- Cuidadores que expresen su negativa a participar en el estudio.

3.5. Técnica e instrumento de recolección de datos

En primer lugar, se solicitó la revisión y conformidad institucional del proyecto de investigación por parte de la Universidad Nacional de Tumbes. Posteriormente, con el fin de recolectar la información en el entorno sanitario, se presentó formalmente la solicitud de autorización ante la dirección de Hospital Regional Jamo II – 2 – Tumbes (ANEXO 5).

Una vez obtienen el permiso correspondiente, se ejecutó una prueba piloto con una muestra de 10 pacientes en los consultorios externos de las especialidades de Pediatría y Neurología del referido nosocomio. El instrumento principal, diseñado expresamente para este estudio, consistió en una validación mediante juicio de expertos, conformado por dos neurólogos y cuatro pediatras, quienes otorgaron una calificación excelente al instrumento. Cabe precisar que la aplicación de los cuestionarios estuvo supeditada a la firma previa del consentimiento informado por parte de los participantes que cumplieron rigurosamente con los criterios de selección establecidos.

La técnica de recolección de datos empleado fue la encuesta, la cual permitió obtener información directa sobre las percepciones y características de la población de estudio mediante un conglomerado de interrogantes(65). Para ello, se estructuraron dos cuestionarios compuestos por una serie de preguntas organizadas sistemáticamente(66).

Instrumento 1: Cuestionario del perfil del cuidador

El investigador elaboró 42 ítems de preguntas distribuidos en tres dimensiones: a) sociodemográfica/socioeconómica (descriptiva), b) conocimiento sobre epilepsia, y c) prácticas de cuidado. Las respuestas son dicotómicas ("Sí/No"), asignándoles puntajes de acuerdo con la corrección de la respuesta.

Por un lado, los datos sociodemográficos y socioeconómicos no recibieron puntuación ni se emplearon para indicar categorías, ya que su propósito fue meramente descriptivo. Esta información sirvió para caracterizar el contexto del cuidador y explorar posibles asociaciones con la segunda variable del estudio.

En cuanto a las variables de conocimiento y prácticas, estas fueron evaluadas por medio de preguntas de respuesta dicotómica (es decir, "Sí" o "No"). Cabe precisar que la puntuación asignada no fue uniforme, sino que dependió del contenido específico de cada ítem: se otorgó 1 punto a la respuesta que indicara un conocimiento correcto o práctica apropiada, sin importar si dicha respuesta era "Sí" o "No".

Se clasificó el nivel en cada dimensión se estableció con base en el puntaje total obtenido. Para el conocimiento, se definieron 3 niveles: alto (16 hasta 20 puntos), regular (11 hasta 15 puntos) y bajo (0 hasta 10 puntos). En la dimensión de prácticas, los niveles fueron: alto (11 hasta 16 puntos), regular (6 hasta 10 puntos) y bajo (0 hasta 5 puntos).

Instrumento 2: Cuestionario de la adherencia al tratamiento “Modelo de Morisky Green Levine”

Fue un instrumento con validación internacional y adaptado previamente en estudios realizados en Perú. Constó de 4 ítems, en los cuales se otorga 1 punto a aquellas respuestas que denotan una mala adherencia (esto es, responder “sí” en los ítems 1, 3 y 4, y “no” en el ítem 2), mientras que se asignó 0 puntos a las respuestas que reflejaron una buena adherencia (es decir, “no” en los ítems 1, 3 y 4, y “sí” en el ítem 2). En consecuencia, la suma total de puntos permitió clasificar a los cuidadores en tres categorías: adherencia (0 puntos), adherencia moderada (de 1 a 2 puntos) y poca adherencia (de 3 a 4 puntos). De este modo, se consideró que existió falta de adherencia al tratamiento cuando el puntaje obtenido es igual o superior a 1.

3.6. Validación y confiabilidad del instrumento

El cuestionario “Perfil del cuidador” fue sometido inicialmente a un proceso de validación de contenido por medio de la evaluación de 6 especialistas en la materia, quienes analizaron la pertinencia y claridad de cada ítem, con el fin de que garanticen y representen adecuadamente las dimensiones del concepto que se pretendió medir. Posteriormente, se aplicó un estudio piloto en una muestra pequeña de cuidadores, lo que permitió detectar posibles dificultades en la comprensión o interpretación de preguntas, y con base en hallazgos, se efectuaron los ajustes necesarios en el instrumento.

A continuación, se estimó la confiabilidad del cuestionario, lo que implicará la valoración de su consistencia interna empleando coeficiente alfa de Cronbach, esperándose alcanzar un valor mínimo aceptable superior a 0.70, que indique que los ítems miden de manera homogénea el mismo constructo. Dicho procedimiento garantizó que el cuestionario cuente con propiedades psicométricas de validez y

fiabilidad para ser empleado en la medición de características del cuidador vinculadas al manejo de la epilepsia en niños.

Respecto al cuestionario de adherencia terapéutica "Modelo de Morisky Green Levine", esta herramienta fue empleada con frecuencia tanto en el ámbito investigativo como en la práctica clínica, gracias a su utilidad para detectar las causas de la escasez de adherencia. En el contexto peruano, el cuestionario goza de amplia utilización y ha demostrado poseer niveles notables de confiabilidad. Asimismo, la versión empleada en el estudio de Ayala (67) del 2022 cuenta con validez de contenido, la cual fue verificada mediante la evaluación de tres expertos.

Por otro lado, el investigador realizó un análisis de la fiabilidad del instrumento a través de prueba piloto aplicada en una muestra semejante a la del análisis principal. Para medir la consistencia interna de ítems, se empleó coeficiente Kuder-Richardson 20, cuyo valor esperado es de al menos 0.75. Dicho resultado señalaría que el cuestionario es apropiado para ser aplicado en la población de estudio seleccionada.

3.7. Plan de procesamiento y análisis de información

Cuando se recolectaron los datos, se gestionó previamente una solicitud de autorización institucional dirigida al hospital a través de la Facultad correspondiente. Una vez obtenida la aprobación, se invitó a que participen a cuidadores de niños con epilepsia que asisten a consulta externa. Los que brinden confirmación serán informados sobre los propósitos del análisis y efectuarán la firma del consentimiento informado, autorizando de forma voluntaria su colaboración. Posteriormente, se aplicarán cuestionarios, con un estimado lapso de 15 minutos para brindar respuesta. Culminado el proceso, se realizó la recogida de los formularios, agradeciendo la colaboración de participantes y garantizando que la información conseguida se empleará de forma exclusiva para propósitos de investigación y tratada con confidencialidad estricta.

Una vez que se obtuvieron los datos recolectados de las encuestas que cumplen criterios de inclusión, así como de exclusión, las respuestas fueron organizadas en Microsoft Excel y fueron analizados con el software SPSS v26. Se ejecutó estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) para particularizar el perfil de los

cuidadores y los niveles de adherencia. Para análisis inferencial, se hizo empleo de prueba de Chi-cuadrado, dado que ambas variables son de naturaleza categórica, en este sentido, no se requiere aplicar pruebas de normalidad, asimismo, nivel de significancia será de $p < 0.05$, donde los hallazgos se exhibieron por medio de tablas que permitieron su análisis de hallazgos.

3.8. Consideraciones éticas

El análisis fue regido por los principios éticos del Informe Belmont; se respetó la autonomía de participantes, los cuales podrán voluntariamente decidir si participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Se promovió la beneficencia resguardando el bienestar físico y emocional de las personas a lo largo de toda la investigación. El principio de justicia que garantizó el cumplimiento de las normas y regulaciones éticas, certificando selección equitativa y trato justo de partícipes. Asimismo, se procuró la no maleficencia, reduciendo al mínimo cualquier posible riesgo derivado de la participación en el estudio para la integridad de los participantes y su entorno cercano. (68)

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Tabla 1. Nivel de perfil de cuidadores de niños con epilepsia en el Hospital I EsSalud Tumbes, 2024.

Nivel de perfil de cuidador	Frecuencia	Porcentaje %
Alto	96	94,1
Regular	6	5,9
Bajo	0	0,0
Total	102	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores de niños con epilepsia del Hospital I EsSalud Tumbes.

La tabla se visualiza que, de cuidadores evaluados, el 94,1% (96) presentó perfil alto, mientras que solo en 5,9% (6) mostró un perfil regular; estos hallazgos evidenciaron que la mayoría de los cuidadores poseen características favorables relacionadas con el cuidado de niños con epilepsia, lo que podría influenciar positivamente en el manejo de la enfermedad y el seguimiento del tratamiento.

Tabla 2. Distribución de los niños según nivel de adherencia al tratamiento antiepiléptico. Hospital I EsSalud Tumbes, 2024.

Adherencia al tratamiento antiepiléptico	Frecuencia	Porcentaje %
Poca	1	1,0
Moderada	5	4,9
Adecuada	96	94,1
Total	102	100,0

Nota. Cuestionario aplicado a cuidadores de niños con epilepsia del Hospital I EsSalud Tumbes.

La tabla, se evidencia que 94,1% (96) de niños presentó adherencia al tratamiento antiepiléptico, seguido del 4,9% (5) con adherencia moderada y únicamente el 1% con poca adherencia; estos hallazgos evidencian que, en la población estudiada, predominó una adecuada adherencia al tratamiento antiepiléptico, siendo mínima la proporción de niños con bajo cumplimiento terapéutico.

Tabla 3. Relación entre perfil del cuidador y adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños del Hospital I EsSalud Tumbes, 2024.

		Adherencia al tratamiento			Total
		Poco adherente	Adherencia moderada	Adherencia adecuada	
Perfil del cuidador	Alto	Frecuencia	0	0	96
		%	0,0%	0,0%	94,1%
	Regular	Frecuencia	1	5	0
		%	1,0%	4,9%	0,0%
	Bajo	Frecuencia	0	0	0
		%	0,0%	0,0%	0,0%
	TOTAL	Frecuencia	1	5	96
		%	1,0%	4,9%	94,1%

Nota. Correlación de Spearman $\rho = 0,274$; $p = 0,005$.

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores de niños con epilepsia del Hospital I EsSalud Tumbes.

Respecto a la tabla 3, se observa que los 96 cuidadores (94,1%) con un perfil alto tienen niños clasificados como adherentes al tratamiento antiepiléptico; en contraste, los 6 cuidadores (5,9%) con un perfil regular presentan niños con menor adherencia, de los cuales 5 (4,9%) corresponden a una adherencia moderada y 1 (1,0%) a una condición de poco adherente; asimismo, no se registran cuidadores con un perfil bajo. El análisis de correlación de Spearman evidencia un $\rho = 0,274$ y un valor de $p = 0,005$, lo que indica una relación positiva de magnitud baja y estadísticamente significativa entre el perfil del cuidador y la adherencia al tratamiento antiepiléptico. En ese sentido, se concluye que, a medida que el perfil

del cuidador es más favorable, la adherencia al tratamiento antiepiléptico en los niños tiende a ser mayor.

4.2. Discusión

En relación con el propósito general, los hallazgos evidenciaron una relación estadísticamente significativa entre el perfil del cuidador y la adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños del Hospital I EsSalud Tumbes, debido a que el valor de significancia obtenido fue $p = 0,005$. Asimismo, el coeficiente de correlación de Spearman indicó una relación positiva baja ($Rho = 0,274$). Asimismo, se observó que el 94,1% de los cuidadores con un perfil alto correspondió a niños que presentaron adherencia al tratamiento antiepiléptico, lo que permitió inferir que un perfil más favorable del cuidador tendió a relacionarse con un mayor cumplimiento terapéutico. No obstante, la baja magnitud de la correlación sugirió que la adherencia no dependió únicamente de las características del cuidador, sino también de otros factores, como el acceso a los servicios de salud, la disponibilidad oportuna de los medicamentos, el apoyo familiar y las condiciones socioeconómicas, los cuales pudieron influir en la continuidad y el cumplimiento del tratamiento antiepiléptico.

Los hallazgos del presente estudio difieren de los reportados por Negussie et al. (49), quienes identificaron que los conocimientos y las prácticas limitadas de los cuidadores influyeron negativamente en la continuidad del tratamiento de los niños con epilepsia. Asimismo, señalaron que las creencias erróneas y el escaso acceso a información adecuada favorecieron prácticas inadecuadas durante el cuidado diario. De igual manera, Nasir et al. (52) encontraron que el deficiente control de las convulsiones estuvo asociado con factores relacionados con el cuidador y con la adherencia al tratamiento, destacando que las limitaciones en el seguimiento terapéutico incrementaban el riesgo de descontrol de las crisis epilépticas. Por su parte, Ramírez et al. (51) evidenciaron que las barreras económicas y las dificultades para asistir a las citas médicas afectaron significativamente la adherencia al tratamiento. Estas diferencias podrían explicarse por las características de la población estudiada, el contexto sanitario, los instrumentos de medición utilizados y las condiciones socioeconómicas propias de cada investigación.

Sin embargo, los hallazgos difirieron de Mohammed et al. (69), quienes no encontraron asociación significativa entre factores sociodemográficos de cuidadores y adherencia al tratamiento antiepiléptico, indicando que otros elementos podrían explicar el cumplimiento terapéutico en los niños. De igual manera, Ge et al. (53) sostuvieron que la adherencia estuvo más influida por factores psicológicos como la autoeficacia y la percepción de gravedad de la enfermedad, más que por las características generales del cuidador. Estas diferencias pudieron atribuirse a variaciones culturales, económicas y sanitarias entre poblaciones analizadas, así como a diferencias metodológicas y a los instrumentos empleados para evaluar tanto el perfil del cuidador como el nivel de adherencia terapéutica.

Es importante señalar que los sesgos y limitaciones del estudio pudieron influir en la magnitud de la relación encontrada entre el perfil del cuidador y la adherencia al tratamiento antiepiléptico. Entre ellos destacó, en primer lugar, el escaso nivel de variabilidad observado en las variables, ya que el 94,1% de los cuidadores presentó un perfil alto y, de manera similar, el 94,1% de los niños fue clasificado como adherente al tratamiento, lo que pudo atenuar la fuerza de la correlación obtenida. Asimismo, aunque el instrumento identificó un perfil favorable del cuidador, este se centró principalmente en la evaluación de conocimientos y características generales, sin profundizar en competencias prácticas indispensables para el manejo cotidiano de la epilepsia, como la correcta interpretación de las indicaciones médicas, la organización de los horarios de administración de los fármacos, el reconocimiento oportuno de signos de alarma o la capacidad para afrontar situaciones imprevistas. En consecuencia, el perfil evaluado pudo no reflejar de manera integral las habilidades requeridas para garantizar un adecuado cuidado del niño con epilepsia.

Desde el sustento teórico, los resultados pudieron explicarse mediante la teoría de Promoción de la Salud, la cual plantea que el control adecuado de las enfermedades crónicas depende no solo de la educación sanitaria, sino también de condiciones personales, familiares y sociales que favorezcan la adopción y el mantenimiento de conductas saludables. En ese sentido, aunque la mayoría de los cuidadores presentó un perfil alto y los niños evidenciaron una elevada adherencia al tratamiento, la correlación positiva encontrada fue de baja magnitud, lo que

sugirió que el cumplimiento terapéutico también estuvo influenciado por otros factores, como la disponibilidad de medicamentos, el acceso oportuno a los servicios de salud, la continuidad del seguimiento médico, el apoyo familiar y las condiciones socioeconómicas. Estos elementos pudieron contribuir conjuntamente a la adherencia observada en la población estudiada y explicar que el perfil del cuidador, por sí solo, no presentara una asociación más fuerte con dicha variable (16).

De igual manera, la teoría del autocuidado permitió comprender que el tratamiento de la epilepsia pediátrica requirió una participación activa y permanente del cuidador, quien asumió la responsabilidad de administrar correctamente los medicamentos, asistir a los controles médicos y prevenir factores desencadenantes de las crisis epilépticas. Sin embargo, la baja intensidad de la correlación evidenció que un perfil favorable del cuidador no garantizó por sí mismo una adherencia óptima, sino que esta dependió de la interacción de múltiples factores personales, familiares y del sistema de salud. En consecuencia, los resultados respaldaron la necesidad de fortalecer las intervenciones educativas dirigidas a los cuidadores, complementándolas con estrategias de acompañamiento familiar, seguimiento continuo y facilidades para el acceso al tratamiento, con el propósito de consolidar y mantener adecuados niveles de adherencia terapéutica en los niños con epilepsia (17).

En relación con el primero objetivo específico, los hallazgos evidenciaron que 94,1% de cuidadores presentó un perfil alto, mientras que solo el 5,9% mostró un perfil regular, lo cual indicó que la mayoría poseía características favorables relacionadas con el cuidado del niño con epilepsia. Este hallazgo permitió inferir que los cuidadores contaban con conocimientos básicos sobre la enfermedad, sus signos y síntomas, así como sobre las medidas generales de cuidado y seguimiento terapéutico. Además, reflejó que existió una adecuada disposición por parte de los cuidadores para asumir el rol de apoyo permanente en el manejo de la enfermedad. Sin embargo, pese a presentar un perfil favorable, ello no aseguró un apropiado acatamiento del tratamiento, lo que sugirió la existencia de otros factores externos que pudieron influir de forma negativa en adherencia terapéutica.

Los hallazgos difirieron de lo detallado por Negussie et al. (49), quienes identificaron importantes deficiencias en el conocimiento de los cuidadores respecto a la

epilepsia, además de múltiples creencias erróneas relacionadas con las causas y manejo de las crisis epilépticas. Del mismo modo, Sinha et al. (50) encontraron que una proporción importante de cuidadores presentaba limitaciones en sus conocimientos y prácticas relacionadas con la enfermedad, especialmente en aquellos con bajo nivel educativo. Estas diferencias pudieron detallarse por características socioculturales de cada población, así como por acceso desigual a programas de educación sanitaria y orientación profesional sobre epilepsia pediátrica.

Por otro lado, los hallazgos guardaron cierta similitud con Ge et al. (53), quienes señalaron que algunos padres desarrollaron adecuados niveles de autoeficacia y compromiso frente al cuidado de sus hijos, favoreciendo una mejor participación en el tratamiento. Asimismo, Zhu et al. (54) reportaron que factores como el nivel educativo y condiciones socioeconómicas influyeron en acceso a información especializada y atención neurológica, lo que pudo fortalecer las capacidades de los cuidadores. En el presente estudio, el predominio de cuidadores con perfil alto pudo estar relacionado con experiencias previas de convivencia con la enfermedad y con el aprendizaje progresivo adquirido durante el seguimiento médico de los niños.

Es necesario reconocer que la evaluación del perfil del cuidador mediante el instrumento empleado podría presentar limitaciones que afectaron los resultados. El instrumento podría no haber capturado adecuadamente dimensiones críticas como la comprensión lectora funcional necesaria para interpretar correctamente las indicaciones médicas, la capacidad para organizar horarios de administración de medicamentos en contextos de múltiples responsabilidades, o el manejo del estrés y la ansiedad asociados al cuidado de un niño con enfermedad crónica. El grado de instrucción del cuidador, aunque no se detalló en el perfil, constituye un factor que podría haber influido en la capacidad real para sostener conductas de adherencia a largo plazo, más allá de los conocimientos declarativos evaluados.

Desde el enfoque teórico, el perfil del cuidador comprendió diversas dimensiones relacionadas con el conocimiento sobre epilepsia, identificación de signos e igualmente síntomas, manejo del tratamiento farmacológico y cuidados generales del niño. Estas dimensiones permitieron valorar las capacidades del cuidador para enfrentar las necesidades del menor y responder adecuadamente ante situaciones de crisis. En ese sentido, el predominio de un perfil alto reflejó que la mayoría de

los cuidadores poseía información básica sobre la enfermedad y comprendía la importancia de mantener medidas preventivas y terapéuticas para reducir las complicaciones asociadas a la epilepsia pediátrica. (18) Asimismo, el conocimiento sobre signos y síntomas permitió reconocer oportunamente episodios convulsivos y brindar una respuesta inmediata frente a las crisis epilépticas. (27)

La teoría del autocuidado también respaldó estos resultados, debido a que estableció que el cuidador cumplió un rol esencial en el seguimiento del tratamiento y en la vigilancia permanente del estado de salud del niño. El conocimiento adecuado sobre la administración de medicamentos, reconocimiento de factores desencadenantes y cumplimiento de controles médicos constituyó un componente fundamental para garantizar la estabilidad clínica del paciente pediátrico. No obstante, los resultados demostraron que contar con un perfil favorable no fue suficiente para asegurar la adherencia terapéutica, situación que evidenció el requerimiento de implementar intervenciones multidisciplinarias enfocadas no solo al fortalecimiento del conocimiento, sino también al abordaje de factores económicos, emocionales y sociales presentes en el entorno familiar. (28,29)

En relación al segundo objetivo específico, los hallazgos evidenciaron que el 94,1% de los niños presentó adherencia al tratamiento antiepiléptico, mientras que el 4,9% mostró una adherencia moderada y solo el 1,0% fue clasificado como poco adherente; estos resultados reflejaron un adecuado cumplimiento terapéutico en la mayoría de los niños evaluados, lo que sugirió que, en términos generales, los cuidadores siguieron las indicaciones médicas relacionadas con la administración de los medicamentos antiepilépticos. No obstante, el reducido grupo que presentó adherencia moderada o poca adherencia pudo estar influenciado por factores como dificultades económicas, olvidos en la administración de la medicación, barreras para el acceso a los servicios de salud, problemas en la disponibilidad de los medicamentos o limitaciones familiares que afectaron la continuidad del tratamiento prescrito.

Los resultados coincidieron con Dávila (59), quien reportó que el 77,63% de pacientes presentó adherencia mala al tratamiento antiepiléptico, concluyendo que tiempo de diagnóstico y tipo de epilepsia influyeron significativamente en el incumplimiento terapéutico. Asimismo, Ramírez et al. (51) identificaron baja adherencia en más del 50% de pacientes pediátricos analizados, señalando como

principales barreras las dificultades económicas y la imposibilidad de acudir a citas médicas durante la pandemia. Del mismo modo, Ejeqliogu y Coraje (58) encontraron que la falta de recursos económicos, los olvidos y efectos secundarios de medicamentos fueron factores frecuentes asociados a la no adherencia terapéutica en infantes con epilepsia.

De igual manera, Banks et al. (57) indicaron que un porcentaje considerable de pacientes presentó adherencia subóptima debido a errores involuntarios en la aplicación de medicamentos y fallas en el seguimiento terapéutico por parte de los cuidadores. Yang et al. (70) también evidenciaron niveles elevados de adherencia moderada y baja, atribuyendo esta situación a factores relacionados con los ingresos familiares, el acceso a información sobre medicamentos y las características clínicas de la enfermedad. Estos antecedentes respaldaron los hallazgos obtenidos en el presente estudio y permitieron comprender que la adherencia terapéutica en epilepsia pediátrica constituyó un evento complejo influenciado por múltiples elementos personales, familiares y sociales.

La elevada proporción de niños adherentes encontrada en el presente estudio pudo estar favorecida por el seguimiento recibido en el Hospital I EsSalud Tumbes, el compromiso de los cuidadores con la administración del tratamiento y el acceso a controles médicos periódicos. Sin embargo, el reducido grupo de niños con adherencia moderada o baja probablemente estuvo condicionado por factores como las dificultades económicas, los olvidos en la administración de los medicamentos, las barreras de acceso a los servicios de salud, la disponibilidad irregular de los fármacos o las limitaciones familiares para mantener un seguimiento continuo del tratamiento. Estos aspectos continúan representando desafíos para lograr una adherencia terapéutica óptima en todos los pacientes.

En contraste, los resultados fueron similares a los obtenidos por Mohammed et al.(48) y Hajatmena e Inaam (55), quienes también reportaron elevados porcentajes de adherencia al tratamiento antiepiléptico en población pediátrica. Esta coincidencia pudo explicarse por la existencia de estrategias de seguimiento clínico, acceso oportuno a los medicamentos, programas de educación dirigidos a los cuidadores y un adecuado acompañamiento por parte del personal de salud. Asimismo, las diferencias observadas entre los distintos estudios pudieron atribuirse a variaciones metodológicas, al empleo de diferentes instrumentos para

medir la adherencia terapéutica y a las características clínicas, sociales y económicas propias de cada población.

Entre las principales limitaciones del estudio se reconoció que el diseño transversal no permitió establecer relaciones de causalidad entre las variables analizadas. Además, la adherencia fue evaluada mediante un instrumento de autor reporte, por lo que las respuestas pudieron verse influenciadas por sesgos de deseabilidad social, llevando a algunos cuidadores a sobreestimar el cumplimiento del tratamiento. Del mismo modo, el tamaño de la muestra y la inclusión de participantes provenientes de un único establecimiento de salud limitaron la posibilidad de generalizar los resultados a otras poblaciones. Finalmente, la ausencia de variables clínicas como el tipo de epilepsia, la frecuencia de las crisis o la presencia de efectos adversos de los medicamentos impidió realizar un análisis más integral de los factores asociados con la adherencia terapéutica.

Desde el sustento teórico, la teoría de Promoción de la Salud permitió comprender que la adherencia al tratamiento dependió no solo del conocimiento y compromiso del cuidador, sino también de factores estructurales como el acceso a los servicios de salud, la disponibilidad de medicamentos, el apoyo social y las condiciones económicas familiares. De igual manera, la teoría del autocuidado planteó que el cuidador asumió un papel fundamental en la administración correcta de los medicamentos, el cumplimiento de los controles médicos y la prevención de factores desencadenantes de las crisis epilépticas. En consecuencia, la elevada adherencia observada en la mayoría de los niños sugirió que estos elementos favorecieron el seguimiento del tratamiento; sin embargo, la presencia de un pequeño grupo con adherencia moderada o baja evidenció la necesidad de fortalecer las estrategias de educación, acompañamiento familiar y seguimiento continuo para garantizar un cumplimiento terapéutico sostenido en todos los niños con epilepsia (16,17).

V. CONCLUSIONES

1.-Se determino que el perfil del cuidador y la adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños del Hospital I EsSalud Tumbes, tuvieron una relación positiva, pero magnitud evidencia que el cumplimiento terapéutico también está influenciado por otros factores, como el acceso oportuno a los medicamentos, las condiciones socioeconómicas y la continuidad del seguimiento por los servicios de salud.

2.- El perfil de los cuidadores se caracteriza por un nivel alto de conocimientos y competencias para el manejo de la epilepsia pediátrica, lo que favorece el reconocimiento de la enfermedad, la administración del tratamiento y los cuidados básicos del niño. Este hallazgo refleja que, en la mayoría de los casos, los cuidadores cuentan con las capacidades necesarias para apoyar el tratamiento.

3.- Se determino que existe adherencia adecuada, pero persiste un grupo vulnerable de niños con adherencia moderada y poca adherencia al tratamiento antiepiléptico, lo que justifica la necesidad de fortalecer estrategias institucionales orientadas a mejorar el cumplimiento terapéutico; este hallazgo indica que las intervenciones no deben centrarse únicamente en la capacitación del cuidador, sino también en reducir las barreras económicas, las deficiencias estructurales y las limitaciones en el acceso continuo a los servicios de salud que afectan la continuidad del tratamiento.

VI. RECOMENDACIONES

- 1.- Al Servicio de Neurología y al personal de Enfermería del Hospital I EsSalud Tumbes implementar programas permanentes de seguimiento y acompañamiento familiar orientados a fortalecer la adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños, mediante estrategias educativas, monitoreo continuo y orientación personalizada a los cuidadores, considerando además los factores económicos y sociales que puedan interferir en el cumplimiento terapéutico.
- 2.- Al Servicio de Enfermería del Hospital I EsSalud Tumbes fortalecer las intervenciones educativas dirigidas a cuidadores de niños con epilepsia mediante talleres, sesiones demostrativas y consejería continua sobre el manejo integral de la enfermedad, reforzando temas relacionados con la administración adecuada de medicamentos, el reconocimiento oportuno de las crisis epilépticas y cuidados preventivos en el hogar, con la finalidad de consolidar las competencias del cuidador y favorecer una mejor continuidad terapéutica.
- 3.- Al Servicio de Neurología, al personal de Enfermería y al equipo de salud multidisciplinario del Hospital I EsSalud Tumbes desarrollar estrategias de intervención orientadas a optimizar la adherencia al tratamiento antiepiléptico, incluyendo sistemas de recordatorio para la administración de medicamentos, seguimiento domiciliario o telefónico, educación continua sobre la importancia del tratamiento, así como coordinación multidisciplinaria entre profesionales de la salud y familiares, con el propósito de disminuir las complicaciones derivadas de la escasa adherencia y mejorar el control de la epilepsia en los niños.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Epilepsy [Internet]. 2024 [citado 2024 Jun 20]. Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>.
2. Chen Z, Brodie M, Ding D, Kwan P. Epidemiology of epilepsy and seizures. *Front Epidemiol*. 2023;3(1):1273163. doi:10.3389/fepid.2023.1273163.
3. Biset G, Abebaw N, Gebeyehu N, Estifanos N, Birrie E, Tegegne K, et al. Prevalence, incidence, and trends of epilepsy among children and adolescents in Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2024;24(1):771. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18236-z>.
4. Amy L, Stevens J, Mora C, Patel A, Tenney J, Schmidt M, et al. Predictors of objective treatment adherence in adolescents with epilepsy: The important role of motivation. *Epilepsy Behav*. 2023;142(109192):1-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525505023001117>.
5. Ministerio de Salud. Aproximadamente medio millón de personas viven con epilepsia en nuestro país [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 2024 Jun 20]. Disponible: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/898850-aproximadamente-medio-millon-de-personas-viven-con-epilepsia-en-nuestro-pais>.
6. Yu Z, Shao Q, Hou K, Wang Y, Sun X. The experiences of caregivers of children with epilepsy: a meta-synthesis of qualitative research studies. *Front Psychiatry*. 2022;13(1):987892. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.987892>.
7. Shahin M, Hussien R. Knowledge, attitude, practice, and self-efficacy of caregivers of children with epilepsy: impact of a structured educational intervention program. *Epilepsy Seizure*. 2021;13(1):1-16. Disponible en: <https://doi.org/10.3805/eands.13.1>.
8. Huber R, Weber P. Is there a relationship between socioeconomic factors and prevalence, adherence and outcome in childhood epilepsy? *Eur J Paediatr Neurol*. 2022;38(1):1-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1090379822000307>.

9. Organización Panamericana de la Salud. Epilepsia [Internet]. Washington D.C.: OPS;2024[citado2024Feb17]. Disponible: <https://www.paho.org/es/temas/epilepsia>.
10. Mohammed H, Lemmuro K, Mekonnen T, Melaku T. Adherence to anti-seizure medications and associated factors among children with epilepsy at tertiary Hospital in Southwest Ethiopia. BMC Neurol. 2022;22(310):1-10. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12883-022-02842-8>.
11. Samanta D, Elumalai V, Leigh M, Modi A, Sajatovic M. A qualitative study of epilepsy self-management barriers and facilitators in Black children and caregivers in Arkansas. Epilepsy Behav. 2022;126(1):108491. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525505021007526>.
12. Lee J, Yoon Y. Development of a parent questionnaire to assess treatment adherence for a child or adolescent with epilepsy. Epilepsy Behav. 2023;140(1):109112. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525505023000306>.
13. Yang C, Liu J, Zhang L, Huang X. Treatment access barriers and medication adherence among children with epilepsy in western China. Epilepsy Behav. 2023;149(1):109511. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505023004304>.
14. El Peruano. Minsa: 20 de cada 1000 personas sufren de epilepsia en el Perú [Internet]. Lima: El Peruano; 2022 [citado 2024 Feb 18]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/142272-minsa-20-de-cada-1000-personas-sufren-de-epilepsia-en-elperu#:~:text=28%2F03%2F2022%20Se%20calcula,%2C%20el%20doctor%20Jorge%20Medina>.
15. EsSalud. EsSalud: niños con diagnóstico de epilepsia infantil deben ser tratados oportunamente para evitar daño neurológico [Internet]. Lima: EsSalud; 2022 [citado 2024 Feb 18]. Disponible en: <http://noticias.essalud.gob.pe/?innoticia=essalud-ninos-con-diagnostico-de-epilepsia-infantil-deben-ser-tratados-oportunamente-para-evitar-dano-neurologico>.

16. Segovia-Sánchez F, Bautista-Rafael A, Donayre-Rodríguez E, Rozas-Acurio Z, Guillén-Pinto D. Características clínicas del estado epiléptico en niños de un hospital de tercer nivel de Lima. *Rev Neuropsiquiatr.* 2022;85(4):271-278. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/4367>.
17. Leviton A, Patel A, Loddenkemper T. Self-management education for children with epilepsy and their caregivers. *Epilepsy Behav.* 2023;144(1):109232. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505023001518>.
18. Zúniga M, Castellanos N, Lobo F, Saucedo D. Características clínicas y sociodemográficas de pacientes con epilepsia en un hospital pediátrico en Honduras. *Rev Méd Hondur.* 2022;90(1):1-94. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2022/pdf/Vol90-1-2022-5.pdf>.
19. Dima S, Shibeshi M. Antiepileptic drug adherence in children in southern Ethiopia: a cross sectional study. *PLoS One.* 2022;17(2):e0263821. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263821>.
20. Schiller K, Dassi C, Berrahmoune S, Frauscher B, Myers K. Sociocultural factors influence on burden and stress of caregivers of children with epilepsy. *Can J Neurol Sci.* 2025;52(2):322-326. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/cjn.2024.271>.
21. Kinariwalla N, Sen A. Epilepsy, marriage, and other social relationships. En: *Comorbidities and Social Complications of Epilepsy and Seizures: The cognitive, psychological and psychosocial impact of epilepsy.* 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 2024. p. 266. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=I8sVEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA266&dq=The+marital+status+of+caregivers+of+children+with+epilepsy+influences+the+support+available+who+are+married+or+living+together>.
22. Yang C, Deng W, Zeng L, Tao Q, Zhang L. Predicting medication adherence among children with epilepsy: Application of the protection motivation theory. *Epilepsy Behav.* 2025;162(1):110153. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2024.110153>.

23. Ge Y, Liang D, Cao J, Gosling R, Mushi V, Huang J. How socioeconomic status affected the access to health facilities and malaria diagnosis in children under five years: findings from 19 sub-Saharan African countries. *Infect Dis Poverty*. 2023;12(1):29. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40249-023-01075-2>.
24. Yang L, Ji J, Lu Q, Tang P, Jiang Y, Yang H, et al. Caregivers' experiences in the management of children with epilepsy: a systematic synthesis of qualitative studies. *Seizure*. 2023;106(1):117-128. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2023.02.004>.
25. El-Amin R, El-Sadig S, Mohamed I. Knowledge, attitudes, and practices of caregivers of children with epilepsy in Sudan. *Epilepsy Behav*. 2021;123(1):108283. Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108283>.
26. Cui C, Li S, Chen W, Zhou H, Zheng X. Chinese families' knowledge, attitudes, and practices regarding seizure management for children with epilepsy: a mixed-methods study. *Front Public Health*. 2023;11(1):1081720. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1081720>.
27. Rodrigues C, Rodrigues G, Oliboni T, Folgieri R, Kalsing R, Nunes M. Getting to know the needs of caregivers of children and adolescents with epilepsy for the development of technological tool. *Arq Neuropsiquiatr*. 2023;81(1). Disponible: <https://www.thiemeconnect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0043-1774439>.
28. Abebaw N, Girma N, Yasin M. Non-adherence to anti-epileptic drugs and associated factors among epileptic patients in Dessie Town Public Hospitals, Northeast Ethiopia. *J Epilepsy Res*. 2021;11(1):39. Disponible en: <https://doi.org/10.14581/jer.21006>.
29. Carter B, Cook G, Bray L, Collingwood A, Saron H, Rouncefield-Swales A, et al. Parents'/caregivers' fears and concerns about their child's epilepsy: A scoping review. *PLoS One*. 2022;17(9):e0274001. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274001>.

30. Musekwa O, Makhado L. It goes beyond anxiety: experiences of family members and caregivers of epilepsy care and support. *Neuropsychiatr Dis Treat.*2023;1(1):2757-2764.Disponible en: <https://doi.org/10.2147/ndt.s430337>.
31. Wang H, Gan H, Zhou Q, Dai L. A comprehensive unit-based safety program to enhance the safe management of children in an epilepsy monitoring unit. *J Neurosci Nurs.* 2024;10(1):1097. Disponible en: <https://www.ovid.com/journals/jnenu/abstract/10.1097/jnn.0000000000000806~a-comprehensive-unit-based-safety-program-to-enhance-the>.
32. Hutchinson K, Ryder T, Coleman H, Nullwala R, Herkes G, Bleasel A, et al. Determining the role and responsibilities of the community epilepsy nurse in the management of epilepsy. *J Clin Nurs.* 2023;32(13-14):3730. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.16582>.
33. Mugumbate R. *Epilepsy in Resource Limited Settings: Managing Quality of Life.* 1st ed. New York: Taylor & Francis; 2025. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2wdXEQAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Caregivers+should+record+seizures,+monitor+treatment+effects,+and+responsibly+evaluate+complementary+therapies.+These+practices+allow+for+mor>.
34. Chunsong Y, Yaya Y, Lingli Z. Examining factors that influence medication adherence with children seen at outpatient department in Western China: a cross-sectional survey. *Sci Rep.* 2023;13(16814):1-10. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-43538-4>.
35. Bekele F, Mamo T, Fekadu G. Prevalence and associated factors of medication-related problems among epileptic patients at ambulatory clinic of Mettu Karl Comprehensive Specialized Hospital. *J Pharm Policy Pract.* 2022;15(71):1-10. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40545-022-00468-2>.
36. Jopowicz A, Piechal A, Bronisz E, Kurkowska I. Adherence to epilepsy's medical recommendations. *Brain Sci.* 2024;14(3):255. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/brainsci14030255>.

37. Tekçiftçi F, Köse S. The relationship between seizure self-efficacy and quality of life in children with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2024;160(1):110015. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2024.110015>.
38. Bereda G, Gemechis B. Determination of the factors leading to non adherence with anti-epileptic medication in psychiatric ambulatory follow up patients of Mettu Karl Referral Hospital, South Western, Ethiopia. *J Basic Clin Pharm.* 2021;1(1):51-56. Disponible en: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/74985723/Gudisa_epilepsy-libre.pdf?1637557721=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPregabalin Induced Syndrome of Inappropopr.pdf&Expires=1712343600&Signature=eQyH~t4tCQCF3e6vJlruK2h](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/74985723/Gudisa_epilepsy-libre.pdf?1637557721=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPregabalin+Induced+Syndrome+of+Inappropopr.pdf&Expires=1712343600&Signature=eQyH~t4tCQCF3e6vJlruK2h).
39. Rozensztrauch A, Koltuniuk A. The quality of life of children with epilepsy and the impact of the disease on the family functioning. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(4):2277. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/4/2277>.
40. Mirpuri P, Chandra P, Samala R, Agarwal M, Doddamani R, Kaur K, et al. The development and efficacy of a mobile phone application to improve medication adherence for persons with epilepsy in limited resource settings: A preliminary study. *Epilepsy Behav.* 2021;116(1):107794. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.107794>.
41. Zhang Y, Wang R, Chen Q, Dong S, Guo X, Rao Y, et al. Reliability and validity of a modified 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with chronic pain. *Ann Palliat Med.* 2021;10(8):9088-9095. Disponible en: <https://doi.org/10.21037/apm-21-1878>.
42. Katayayan A, Diaz G. Epileptic syndromes and treatment. *Neurol Clin.* 2021;39(1):779-795. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/agosto21/41.pdf>.
43. Hauser W, Giussani G, Beghi E. Incidence and prevalence of seizures and epilepsy. En: *Epilepsy: A Comprehensive Textbook*. 3rd ed. Wolters Kluwer; 2023. p. 1726. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=45zeEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT159&dq=Epilepsy+has+a+higher+prevalence+in+the+first+months+of>

+life,+with+a+gradual+decrease+during+adolescence.+Its+incidence+ranges+bet.

44. Akyuz E, Koklu B, Ozenen C, Arulsamv A, Farooq M. Elucidating the potential side effects of current anti-seizure drugs for epilepsy. *Curr Neuropharmacol*. 2021;19(15):1865-1883. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9185788/>.
45. Ministerio de Salud. Abecé sobre la epilepsia [Internet]. Bogotá: MINSALUD; 2024[citado 2024 Abr 8]. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-epilepsia.pdf>.
46. Ding D, Zhou D, Sander J, Wang W. Epilepsy in China: major progress in the past two decades. *Lancet Neurol*. 2021;20(4):315-326. Disponible en: [https://www.thelancet.com/article/S1474-4422\(21\)00023-5/abstract](https://www.thelancet.com/article/S1474-4422(21)00023-5/abstract).
47. Hakami T. Neuropharmacology of antiseizure drugs. *Neuropsychopharmacol Rep*. 2021;41(3):336-351. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/npr2.12196>.
48. Wood A, Thompson A, KB. Vertiginous epilepsy in the pediatric population. *Front Neurol*. 2024;15(1):1403536. Disponible: <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1403536>.
49. Milligan T, Faan. Epilepsy: A clinical overview. *Am J Med*. 2021;134(7):840-847. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002934321001637>.
50. National Institute for Health and Care Excellence. Epilepsies in children, young people, and adults [NG217] [Internet]. London: NICE; 2022 [citado 2025 Sep 12]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng217>.
51. McWilliam M, Asuncion R, Al Khalili Y. Idiopathic (genetic) generalized epilepsy [Internet]. StatPearls; 2024 [citado 2025 Sep 12]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546611>.
52. Rathore C, Patel K, Satishchandra P. Current concepts in the management of idiopathic generalized epilepsies. *Ann Indian Acad Neurol*. 2022;25(1):35-42. Disponible en: https://doi.org/10.4103/aian.aian_888_21.

53. VADEMECUM [Internet]. [citado 2025 Oct 30]. Disponible en: <https://www.vademecum.es>.
54. Alene T, Tessema G, Birhane T, Gedamu S. Epilepsy treatment outcome and its predictors among children who had chronic follow up at Dessie Comprehensive Specialized Hospital. Patient Relat Outcome Meas. 2024;15(1):7180. Disponible: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/PR.OM.S431242>.
55. Mohammed S, Hadi H, Osman I, Taj I. Adherence to anti-seizure drugs and associated factors among children with epilepsy in central Sudan. EIKI. 2024;2(1):29-39. Disponible en: <https://journals.eikipub.com/index.php/AIM-Medicine/article/view/154/120>.
56. Negussie AS, DMF, MSA, ZTG. Knowledge, attitudes, and practices of caregivers with children diagnosed with epilepsy attending a pediatric outpatient clinic: a descriptive, cross-sectional, questionnaire-based study in Addis Ababa, Ethiopia. BMC Neurol. 2024;24(1):252. Disponible: <https://doi.org/10.1186/s12883-024-03766-1>.
57. Sinha R, Soneji D, Tewari V, Singh S, Ojha P, Patra A, et al. Assessment of knowledge, attitude and practice (KAP) of parents/caregivers towards epilepsy in children – A cross-sectional observational study. Heliyon. 2023;9(9). Disponible en: [https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440\(23\)07057-3?uuid=uuid%3A73f05774-bdff-4e8b-bfdb-3422f905bcc3](https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440(23)07057-3?uuid=uuid%3A73f05774-bdff-4e8b-bfdb-3422f905bcc3).
58. Ramírez D, Marlon D, Chinchilla K. Factores relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes pediátricos con epilepsia durante la pandemia de COVID-19. Rev Mex Pediatr. 2023;90(4):193-143. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2023/sp234c.pdf>.
59. Nasir M, Abebaw E, Ahmed M, Bekele D. Clinical characteristics, treatment outcome and associated factors of epilepsy among children at hospitals of North-West Ethiopia. Pediatr Health Med Ther. 2023;14(1):385-404. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/PHMT.S436022>.
60. Ge P, Tong S, Xu S, Zhang J, Lai Y, Fu R. The influence of parents on medication adherence of their children in China: a cross-sectional online

investigation based on health belief model. Front Public Health. 2022;10(1):1-10. Disponible: <https://www.frontiersin.org/journals/publichealth/articles/10.3389/fpubh.2022.845032/full>.

61. Zhu Q, Ma S, Yang L, Lin Z, Sun H, Guangzong L. Sociodemographic factors associated with the first administration of anti-seizure medication in patients with focal epilepsy in Western China. BMC Neurol. 2021;21(251):1-10. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12883-021-02282-w>.
62. Hajatmena A, Inaam M. Adherence to anti-seizure medications among Sudanese children and associated factors using Morisky Medication Adherence Scale. Khartoum Med J. 2021;14(3):1896-1901. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/InaamMohamed/publication/363640563_Adherence_to_antiseizure_medications_among_Sudanese_children_and_associated_factors_using_Morisky_Medication_Adherence_Scale_facility-based_study/links/63.
63. Yang C, Jiayuan L, Yu D, Zhang L. Prevalence of medication adherence and factors influencing adherence to antiepileptic drugs in children with epilepsy from western China. Epilepsy Behav. 2024;104(1):10662. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525505019307139>.
64. Banks J, Varley J, Fitzsimons M, Doherty C. Self-reported antiepilepsy medication adherence and its connection to perception of medication error. EpilepsyBehav.2020;104(1):106896.Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525505019311655>.
65. Ejeliogu E, Courage A. Prevalence and factors associated with non-adherence to antiepileptic drugs among children with epilepsy in Jos, Nigeria. Niger J Paediatr.2020;47(3):240.245.Disponible: <https://www.ajol.info/index.php/njp/article/view/198392>.
66. Dávila M. Adherencia al tratamiento de epilepsia y factores asociados. Servicio Neurología - Hospital Cayetano Heredia. Piura 2018 [tesis]. Piura: Universidad Privada.Antenor.Orrego;2020.Disponible: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6083>.

67. Hidalgo N, Cañadas L, Martínez C, Murillo J, Zubillaga M. Materiales docentes para el diseño y desarrollo de investigaciones, innovaciones y revisiones sistemáticas en la formación inicial del profesorado. 1st ed. Madrid: Dykinson Ebook;2023.Disponible: <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=XdTWEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&dq=Hidalgo+N,+Ca%C3%B1adas+L,+Mart%C3%ADnez+C,+Murillo+J,+Zubillaga+M.+Materiales+docentes+para+el+dise%C3%B1o+y+desarrollo+de+investigacione>.
68. Argimón Pallàs JM, Vila J. Clasificación de los tipos de estudio. En: Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 6th ed. Barcelona: Elsevier España; 2019. p. 27-31. Disponible en: <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Anexo-1A.-U-4.-Argimon-PJ-Clasificacion-de-los-tipos-de-estudio.pdf>.
69. Holgado J, Arias J, Tafur T, Vásquez M. Metodología de la investigación: El método de ARIAS para realizar un proyecto. Puno: Instituto Universitario de la Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2022. doi:10.35622/inudi.b.080. Disponible en: <https://doi.org/10.35622/inudi.b.080>.
70. Reyes E. Metodología de la investigación científica. 1st ed. Page Publishing; 2022.Disponible: https://www.google.com.pe/books/edition/Metodologia_de_la_Investigacion_Cientifi/SmdxEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=metodologia+de+la+investigaci%C3%B3n+tipo+aplicado&printsec=frontcover.
71. Mar C, Barbosa A, Molar J. Metodología de la investigación: Métodos y técnicas.1st ed. Patria Educación; 2020. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Metodolog%C3%ADa_de_la_investigaci%C3%B3n_M%C3%A9todos/e5otEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=metodologia+de+la+investigaci%C3%B3n+dise%C3%B1o+no+experimental&printsec=frontcover.
72. Arias J. Métodos de investigación online. Arequipa: Biblioteca Nacional del Perú; 2020.
73. Ñaupas H, Mejía E, Trujillo I, Romero H, Medina W, Novoa E. Metodología de la investigación total: Cuantitativa-Cualitativa y Redacción de tesis. 6th ed. Edu; 2023.Disponible: <https://www.google.com.pe/books/edition/Metodolog%C3%A>

[Da de la investigaci%C3%B3n total/0djDEAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=metodologia+de+la+investigaci%C3%B3n+nivel+correlacional&pg=PA485&printsec=frontcover.](https://hdl.handle.net/20.500.13053/7000)

74. Ayala R. Adherencia al tratamiento farmacológico recetado a pacientes pediátricos atendidos por consultorio externo del Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja. Lima 2021 [tesis de especialidad]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/7000>.
75. Tariq M. The Belmont report: Guiding ethical principles in human research. En: IRB, human research protections, and data ethics for researchers. 1st ed. IGI Global Scientific Publishing; 2025. p. 245-268. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=LQg1EQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA245&ots=G5cgS1KZrf&sig=BvnTw0xVoEN4vxCcThaR8Rmx2_k&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la relación entre el perfil del cuidador y adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños del Hospital I EsSalud Tumbes, 2024?	OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre el perfil del cuidador y adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños del Hospital I EsSalud Tumbes, 2024.	HIPÓTESIS GENERAL Existe relación entre el perfil del cuidador y la adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños del Hospital I EsSalud Tumbes, 2024.	Variable 1: Perfil del cuidador Variable 2: Adherencia al tratamiento antiepiléptico	Tipo: Básico Enfoque: Cuantitativo Nivel: Relacional Diseño: No experimental y transversal Población: 102 cuidadores de niños con epilepsia. Muestra: 102 cuidadores de niños con epilepsia. Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario de Perfil del cuidador y Cuestionario adaptado de adhesión terapéutica (Morisky-Green) Análisis estadístico: Análisis inferencial SPSS v26
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS OE1: Determinar el perfil de los cuidadores de niños con epilepsia en el Hospital I EsSalud Tumbes, 2024. OE2: Determinar el nivel de adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños del Hospital I EsSalud Tumbes, 2024.			

Anexo 2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO POR SU NATURALEZA	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS O VALORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Perfil del cuidador	Es un grupo de peculiaridades que describen y clasifican a un grupo de individuos en función a sus aspectos sociales y demográficos. (11)	La variable se evaluará en base a las siguientes dimensiones: sociodemográfico, socioeconómico y de conocimiento.	Cualitativa	Sociodemográfico	Edad	18 a 29 años 30 a 59 años > 60 años	De razón	Cuestionario Parte 1: Datos sociodemográficos y socioeconómicos del cuidador
					Sexo	Femenino Masculino	Nominal	
					Estado civil	Casado Conviviente Divorciado Viudo Soltero	Nominal	
					Tipo de cuidador	Padre Madre Tío(a) Hermano(a) Tutor(a) Abuelo(a)	Nominal	
				Socioeconómico	Ocupación laboral	Trabaja No trabaja Ama de casa Otros	Nominal	
					Grado académico	Sin estudios Primaria Secundaria Superior Técnico Superior Universitario	Ordinal	

				Conocimiento	Conocimiento general sobre la epilepsia	Si No	Nominal	Cuestionario Parte 2: Conocimiento del cuidador ante la epilepsia Valoración Correcta=1, Incorrecta o NS=0 Nivel de conocimiento Alto:16–20 Regular:11- 15 Bajo: 0 – 10
					Conocimiento de signos y síntomas.		Nominal	
					Conocimiento sobre tratamiento.		Nominal	
					Cuidados al niño con epilepsia.		Nominal	
				Prácticas	Administración	Si No	Nominal	Cuestionario Parte 3: Prácticas del cuidador en niños con epilepsia Valoración Adecuada=1, Inadecuada=0
					Manejo de crisis			
					Supervisión general y entorno familiar			

					Prácticas alternativas, registro y monitoreo			Nivel de prácticas Alto:11–16 Regular:6- 10 Bajo: 0 – 5
Adherencia al tratamiento	La adherencia a la medicación se define como el nivel en el cual los pacientes siguen las indicaciones de un profesional de la salud respecto a la toma de medicamentos. (27)	La variable se evaluará en base a las siguientes dimensiones: cumplimiento con la medicación y conducta frente a síntomas y bienestar	Cualitativa	Cumplimiento con la medicación	Olvido de la medicación	Si No	Nominal	Cuestionario de adhesión terapéutica de Morisky-Green Adherencia adecuada: 0 Adherencia moderada:1 – 2 Poca adherencia: 3 – 4

Anexo 3. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado del cuidado

Título de la investigación: Perfil del cuidador y adherencia al tratamiento antiepilépticos en niños del Hospital I EsSalud Tumbes, 2024.

Investigador es: Luis Enrique Arámbulo Celi

Objetivo del estudio

Le invitamos a participar en la investigación titulada “Perfil del cuidador y adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños del Hospital I EsSalud Tumbes, 2024”, cuyo objetivo es determinar la relación entre el perfil del cuidador y adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños del Hospital I-1 EsSalud, Tumbes, 2024.

Esta investigación es desarrollada por el Bachiller Luis Enrique Arámbulo Celi de la carrera profesional Medicina Humana de la Universidad Nacional de Tumbes (UNTumbes). La investigación ha sido aprobada para su ejecución por las autoridades de la UNTumbes y se espera que al finalizar se logre obtener los resultados esperados para que, a través de ellos, implementar estrategias de mejora para contribuir positivamente a la adherencia del tratamiento de epilepsia.

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente:

1. Se realizará una encuesta, donde se recogerán sus datos personales, así como algunas preguntas para el análisis de la investigación, en la cual la identificación de potenciales participantes se realizará a partir de registros institucionales del hospital. El acceso a dichos registros será limitado al personal autorizado por la institución.

2. El investigador no tendrá acceso directo a información de contacto personal (dirección, teléfono) en la fase inicial, un profesional de la salud será designado por el hospital EsSalud, con la especialista en Pediatra y Neurología. Se informará a los futuros participantes, que la encuesta durará aproximadamente 15 minutos, pero de manera presencial, las respuestas que usted brinde serán codificadas usando un número que no permitirá su identificación, por lo que serán anónimas. El responder las preguntas de la (encuesta) NO implicará ningún riesgo o daño al participar de la investigación. Sin embargo, si existen preguntas que le puedan generar incomodidad, usted tiene la libertad de responderlas o no.

3. Si el cuidador expresa interés de manera voluntaria, autorizará verbalmente que su información de contacto sea compartida con el equipo investigador. Solo tras dicha autorización, el investigador se comunicará para explicar el estudio y solicitar.

Durante durante o después del estudio hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas. Así también en cuanto usted decida no participar o retirarse del estudio su decisión será respetada.

Se le informará los resultados de la investigación por los medios que Usted señale. No recibirá ningún beneficio económico ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de su persona, sin embargo, los resultados del estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con el Investigador Arámbulo Celi Luis Enrique, email: celuenarc0494@gmail.com, número de teléfono: 952616033 y/o con el asesor Arredondo Nontol Miriam Rodfeli, email: Rodfelian@gmail.com, número de teléfono: 988930781. Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Nombre y apellidos:

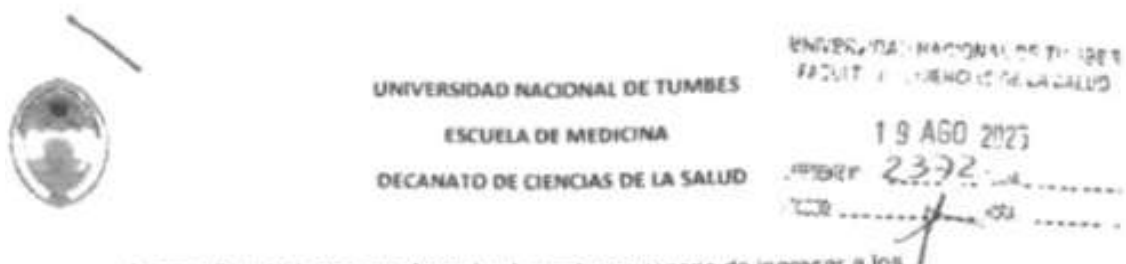
Fecha y hora:

Telefono:



FIRMA

Anexo 4. Solicitud para otorgar para aplicar el instrumento por juicio de expertos al establecimiento de Salud (JAMO)



Anexo Solicitud para ser otorgado el permiso necesario de ingresar a los establecimientos de salud (JAMO), para aplicar un plan piloto a los pacientes

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, CIUDAD UNIVERSITARIA PAMPA GRANDE - TUMBES

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

SOLICITUD EL PERMISO PARA APLICAR UN PLAN PILOTO CON 10 PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DE LA ESPECIALIDAD DE NEUROLOGIA Y PEDIATRIA, PARA LA APLICACION DE MI INSTRUMENTO PARA EL JUICIO DE EXPERTOS PARA MI INVESTIGACION EN PROFESIONALES DE SALUD EN EL HOSPITAL REGIONAL II - 2 "JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA" DE TUMBES (JAMO)

SEÑOR:

Dr. Mauro Meza Olivera
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
Dr. Luis Fernando Fernández Neyra
Director de Escuela Profesional Académica de Medicina Humana.
DR. Raúl Rivero Clavo
Director Ejecutivo del Hospital Regional II-2 "José Alfredo Mendoza Olavarría" de Tumbes (JAMO)

Presente. -

Yo LUIS ENRIQUE ARÁMBULO CELI estudiante de la Escuela Académica Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud, identificada con el DNI N° 71584976 y el código de matrícula N° 190377171, tengo el agrado de dirigirme a usted y manifestarle lo siguiente.

Que con el fin de promover elaboración del proyecto de tesis de Pre-Grado y siendo requisito indispensable para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, estoy desarrollando en lo que va del 2025 mi proyecto de tesis, titulado: "Perfil del cuidador y adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños del Hospital I EsSalud Tumbes, 2024"
, por lo cual solicito a su despacho ser revisada y aprobada por la escuela.

Agradezco anticipadamente por la atención que brinda al proyecto, es propicia la ocasión para expresar las muestras de mi consideración y
Estima, anexo mis documentos del instrumento ha validar por juicio de expertos.

Tumbes, 19 de agosto del 2025

Atentamente

Luis Enrique Arámbulo Celi

Anexo 5. Solicitud para autorización y validación de instrumento por juicio de expertos

	PERU	MINISTERIO DE SALUD	HOSPITAL REGIONAL "JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA" JAMO II-2 TUMBES	DIRECCIÓN EJECUTIVA	CARGO 
---	------	---------------------------	---	------------------------	---

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Tumbes, 21 de noviembre del 2025.

OFICIO N°1863 -2025/GOB.REG.TUMBES-DRST-HR-JAMO-II-2-T-DE

Señor:
Dra. GREVILLI MARLITT GARCIA GODOZ CASTILLO.
DECANA
Universidad Nacional de Tumbes
Facultad de Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

24 NOV 2025
3650

Presente.-

ASUNTO : SOBRE AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS.

REFERENCIA : a) OFICIO N°0743-2025/UNTUMBES-FCS-D
b) INFORME N° 120-2025/DRST-HR-JAMO-II-2-T-DE-U.AP.DOC.INVG.
Reg. N° 2898905 / 2661266

De mi mayor consideración;

Mediante el presente me dirijo a usted, para expresarle mis afectuosos saludos y en atención al documento de la referencia a), mediante el cual solicita Autorización de Ejecución de Proyecto de Tesis para el estudiante LUIS ENRIQUE ARAMBULO CELI.

Ante ello, la Jefa de la Unidad de Apoyo a la Docencia mediante el documento de la referencia b), informa que habiendo revisado el expediente presentado y habiendo cumplido con presentar los documentos exigidos a quienes se encuentran interesados en realizar investigaciones en seres humanos en nuestra institución **es Factible atender su Solicitud**, para que para el estudiante **LUIS ENRIQUE ARAMBULO CELI** ejecute su Proyecto de Tesis titulado "**PERFIL DEL CUIDADOR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIEPILEPTICO EN NIÑOS DEL HOSPITAL**", debiendo cumplir con la aplicación del consentimiento informado para garantizar que la investigación se realice bajo los principios fundamentales del respeto por la vida, la salud, la autodeterminación, la dignidad y el bienestar de los sujetos a investigar, debiendo al finalizar el proceso realice la socialización de los resultados de la investigación científica en nuestra institución, se adjunta al presente el respectivo informe para su conocimiento y cumplimiento respectivo.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para manifestarle las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente;

HEBDE
Cc.
Archivo
FOLIOS: _____

GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES
HOSPITAL REGIONAL "JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA"
Dr. Harold Leoncio Burgos Herrera
(E) DIRECCIÓN EJECUTIVA
DNI 07815463 - CMP 629799

N° DOC.	02901601
N° EXP	02661266

HOSPITAL REGIONAL II-2 "JAMO" TUMBES
Calle 24 de Julio N° 565 – Tumbes
Página Web: www.hrjt.gob.pe

Anexo 6. Solicitud de autorización para aplicación de instrumento

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Requisitos para la elaboración de los documentos de aprobación del protocolo de investigación y del(os) formato(s) de consentimiento informado emitidos por los Comités Institucionales en Ética de la Investigación



- a. Membrete que identifique a la Institución de Investigación a la que pertenece el CIEI.
- b. Datos generales de contacto del CIEI. Hospital Carlos Cortez Jiménez Tumbes.
- a. Denominación del documento de aprobación y su codificación (Constancia N° 006-25)
- b. Apellidos y nombres del Investigador Principal del Protocolo de Investigación: Luis Enrique Arámbulo Celi
- c. Nombre de la Institución y Centro de Investigación donde se ejecutará la investigación: Hospital Carlos Cortez Jiménez Tumbes.
- d. Número de miembros del quórum:03
- e. Listado de miembros que participaron en la decisión y declaración explícita de ausencia de conflictos de interés:Dr.Néstor Purizaga Izquierdo, Mg. Miriam Arredondo Nontol, Lic. María Consuelo Girón Velorio
- f. Fecha de reunión o sesión:11-12-2025.
- g. Descripción detallada de los documentos evaluados y aprobados: PERFIL DEL CUIDADOR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EPILEPTICO EN NIÑOS DEL HOSPITAL I ESSALUD TUMBES 2024.
- h. Declaración expresa del resultado de la revisión del CIEI:Aprobación,
- i. Periodo de vigencia o tiempo de validez de la aprobación emitida:12 Meses
- j. I.Incluir lo siguiente: "El presente estudio solo podrá iniciarse en Hospital Carlos Cortez Jiménez Tumbes. bajo la conducción del investigador principal Luis Enrique Arámbulo Celi, después de obtenerse la aprobación por el Comité Institucional de Ética en Investigación respectivo y la autorización de la OGITT del INS"
- k. Nombre y firma del presidente(e) del CEI Néstor Herminio Purizaga Izquierdo.
- l. Fecha de emisión o firma del documento de aprobación:11-12-2025

Instrumentos de recolección de datos

A. CUESTIONARIO DE “PERFIL DEL CUIDADOR”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Instrucciones generales

Este cuestionario forma parte del estudio titulado: “Perfil del cuidador y adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños del Hospital I EsSalud Tumbes, 2024”. Su participación es voluntaria y consiste en responder con sinceridad a cada una de las afirmaciones, marcando únicamente una opción de respuesta: **“Sí” o “No”**, colocando un aspa (X) en la casilla correspondiente.

Toda la información proporcionada será tratada con estricta **confidencialidad** y será utilizada únicamente con fines académicos en el marco de esta investigación.

Datos del instrumento:

- **Población objetivo:** Cuidadores de niños con diagnóstico de epilepsia
- **Modalidad de aplicación:** Presencial / Autoadministrado
- **Duración estimada:** 20 minutos
- **Número total de ítems:** 42

PARTE I: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS DEL CUIDADOR		
1. Edad	18 a 29 años	()
	30 a 59 años	()
	> 60 años	()
2. Sexo	Femenino	()
	Masculino	()
3. Estado civil	Casado	()
	Conviviente	()
	Divorciado	()
	Viudo	()
	Soltero	()
4. Tipo de cuidador	Padre	()
	Madre	()
	Tío(a)	()
	Hermano(a)	()
	Tutor(a)	()
	Abuelo(a)	()
4. Ocupación laboral	Trabaja	()
	No trabaja	()
	Ama de casa	()
	Otros	()
6. Grado académico	Sin estudios	()
	Primaria	()
	Secundario	()
	Superior universitario	()
	Superior técnico	()

PARTE II: CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE LA EPILEPSIA		
A. Conocimiento general sobre la epilepsia	SI	NO
1. ¿La epilepsia es contagiosa?	0	1
2. ¿Las crisis epilépticas son idénticas en todas las personas?	0	1
3. ¿Durante una crisis epiléptica, se debe colocar un objeto en la boca del niño?	0	1
4. ¿La falta de sueño puede desencadenar una crisis epiléptica?	1	0
5. ¿El estrés puede provocar una crisis epiléptica?	1	0
B. Conocimiento sobre signos y síntomas	SI	NO
6. ¿Todas las crisis epilépticas incluyen convulsiones fuertes?	0	1
7. ¿Perder conocimiento de forma repentina puede ser una señal de crisis epiléptica?	1	0
8. ¿Después de una crisis, el niño puede estar confundido o somnoliento?	1	0
9. ¿La presencia de espuma en la boca puede ser un signo de crisis epiléptica?	1	0
10. ¿Algunas crisis epilépticas pueden pasar desapercibidas?	1	0
C. Conocimiento sobre tratamiento y adherencia	SI	NO
11. ¿Es importante administrar el medicamento siempre a la misma hora?	1	0
12. ¿No seguir el tratamiento puede aumentar el riesgo de nuevas crisis?	1	0
13. ¿Se puede suspender el tratamiento si el niño no presenta crisis durante algunos días?	0	1
14. ¿Debe suspenderse el tratamiento si el niño tiene fiebre o gripe?	0	1
15. ¿Algunos medicamentos para la epilepsia pueden causar efectos secundarios?	1	0
16. ¿Conoce usted el tratamiento que toma el niño a su cuidado?	1	0
D. Cuidados del niño con epilepsia	SI	NO
17. ¿Se deben realizar chequeos médicos, aunque el niño no tenga síntomas?	1	0
18. ¿Los niños con epilepsia no deben realizar actividad física?	0	1
19. ¿Es importante informar a los profesores sobre la condición del niño?	1	0
20. ¿Durante una crisis, se debe proteger al niño para que no se golpee?	1	0

PARTE III: PRÁCTICA DEL CUIDADOR EN NIÑOS CON EPILEPSIA		
A. Administración	SI	NO
1. Administro los medicamentos antiepilépticos en el horario indicado por el médico	1	0
2. Sigo las instrucciones del médico sobre la dosis y no la cambio sin consultar.	1	0
3. Verifico que haya medicamento suficiente en casa para no suspender el tratamiento	1	0
4. Consulto con el personal médico antes de cambiar medicamentos o terapias	1	0
5. Llevo siempre el medicamento conmigo cuando salimos de casa	1	0
B. Manejo de crisis	SI	NO
6. Comunico al personal de salud si noto efectos secundarios del medicamento.	1	0
7. Durante una crisis, coloco al niño(a) de lado y retiro objetos peligrosos	1	0
8. Evito realizar prácticas perjudiciales como meter objetos en la boca o forzar líquidos	1	0
9. Me siento capaz de brindar los cuidados necesarios durante una crisis convulsiva.	1	0
10. Enseño a otros familiares cómo actuar ante una convulsión	1	0
C. Supervisión general y entorno familiar	SI	NO
11. Llevo al niño puntualmente a las citas con neurología	1	0
12. Aseguro que el niño(a) duerma y se alimente correctamente, según las recomendaciones médicas.	1	0
13. Le permito participar en actividades recreativas, escolares o excursiones según su condición.	1	0
14. Ajusto mis actividades personales o laborales para cumplir con las responsabilidades de cuidado.	1	0
D. Prácticas alternativas, registro y monitoreo	SI	NO
15. He utilizado tratamientos tradicionales o alternativos para las convulsiones.	0	1
16. Registro las crisis epilépticas (por escrito o mentalmente).	1	0

DATOS SOBRE LA PUNTUACIÓN

1. Baremo del nivel de conocimiento:

Nivel	Rango de puntaje
Alto	16 – 20
Regular	11 – 15
Bajo	0 – 10

2. Baremo de prácticas del cuidador

Nivel	Rango de puntaje
Alto	11 – 16
Regular	6 – 10
Bajo	0 – 5

3. Clasificación del perfil del cuidador

Nivel	Rango de puntaje
Alto	26 - 36
Regular	13 – 25
Bajo	0 - 12

B. CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

“ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN DE MORISKY – 4”

Instrucción: El cuestionario forma parte del estudio denominado “Perfil del cuidador y adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños del Hospital I EsSalud Tumbes, 2024”. Para ello se le pide su colaboración para el llenado de las preguntas, eligiendo una sola alternativa como respuesta. Recuerde que la información que nos proporciona será confidencial y de uso exclusivo para la presente investigación.

I. Adherencia del tratamiento de niños con epilepsia

1. Marcar con una X a las siguientes preguntas:	SÍ	NO
Adherencia al tratamiento: “Modelo de Morisky Green Levine”.		
1. ¿Se olvida alguna vez de darle la medicación al niño?	1	0
2. ¿El niño toma la medicación a la hora indicada?	0	1
3. Cuando el niño(a) se encuentra bien ¿alguna vez deja de tomar la medicación?	1	0
4. ¿Si alguna vez se siente mal el niño(a), ¿deja de tomar la medicación?	1	0

¡ GRACIAS POR SU COLABORACIÓN ¡

DATOS SOBRE LA PUNTUACIÓN

Ítems 1, 3 y 4

- Sí = 1 punto (indica mala adherencia)
- No = 0 puntos (indica buena adherencia)

Ítem 2:

- Sí = 0 puntos (indica buena adherencia)
- No = 1 punto (indica mala adherencia)

Baremo del nivel de adherencia al tratamiento: (Mientras más bajo el puntaje, mayor adherencia)

Nivel	Rango de puntaje
Adherencia adecuada	0
Adherencia moderada	1 – 2
Poca adherencia	3 – 4

Anexo 7. Acta de comité de ética en investigación Red Asistencial EsSalud

ACTA DE REUNION DEL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION RED ASISTENCIAL ESSALUD. TUMBES

El día once de diciembre del dos mil veinticinco, a las once horas, los miembros del Comité de Ética se reúnen de manera presencial, la Presidente(e) Dr. Néstor Purizaga Izquierdo Secretaria: Dra. Miriam Arredondo Nontol y Lic. María Consuelo Girón Velorio miembro, para evaluar los siguientes trabajos de investigación:

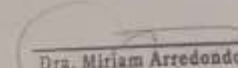
MEDICINA HERBAL EN DENGUE Y CARACTERISTICAS CLINICAS EN NIÑOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL FRONTERIZO DEL NORTE DEL PERU:ESTUDIO TRANSVERSAL. MIRIAM ARREDONDO NONTOL

CASO CLINICO:GESTANTE ADOLESCENTE DEL III TRIMESTRE CON DENGUE GRAVE. HOSPITAL II-1 "CARLOS CORTEZ JIMENEZ". TUMBES AÑO 2023. TESIS LIC. MATILDE CAROLINA LOPEZ SOSTOMAYOR.

PPERFIL DEL CUIDADOR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EPILEPTICO EN NIÑOS DEL HOSPITAL I ESSALUD TUMBES 2024. TESIS LUIS ENRIQUE ARAMBULO CELI

Resultando aprobados por unanimidad.


Dr. Néstor Purizaga Izquierdo


Dra. Miriam Arredondo Nontol
C.M.P. N° 34497
Presidente del Comité de Ética
Red Asistencial
EsSalud TUMBES
Dra. Miriam Arredondo Nontol.

Lic. María Consuelo Girón Velorio.

Anexo 8. Documento enmendado

EsSalud
Hosp. Carlos A. Cortes Jiménez
Red Asistencial Tumbes
MESA DE PARTES
05 FEB 2026
Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"
La Recepción NO es señal de Conformidad
Hora: 9:26 Folios:.....

SOLICITO: Enmienda al protocolo de tesis dirigido al comité de ética.

PARA EL HOSPITAL I "CARLOS CORTEZ JIMENEZ" – EsSalud Tumbes.

Yo, Luis Enrique Arámbulo Celi, siendo bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNTUMBES, identificado con DNI N° 71584976, ante usted, con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que, me encontraba realizando la ejecutando mi proyecto de investigación para optar el título profesional de Médico Cirujano, titulado: **"Perfil del cuidador y adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños del Hospital I EsSalud Tumbes, 2024"**, habiendo tenido el permiso con el padre de familia por vía telefónica, para llegar a su domicilio, y al llegar a dicho domicilio y explicando en que consiste mi estudio, note la incomodidad de la madre hacia mi persona, dudando de mi identificación como investigador y alegando que quién le había proporcionado la información de su menor hijo, para la aplicación de la encuesta de mi estudio y que iba averiguar la veracidad de mis documento sustentados y aprobados por el comité de ética, en la cual solitio un cambio en el abordaje dentro del protocolo dentro de las cuales expongo lo siguiente:

❖ **Nuevo apartado:** Procedimiento de identificación y contacto de participantes

- La identificación de potenciales participantes se realizará a partir de registros institucionales del hospital.
- El **acceso** a dichos registros será limitado al personal autorizado por la institución.
- El investigador no tendrá acceso directo a información de contacto personal (dirección, teléfono) en la fase inicial.

❖ **Procedimiento de contacto:**

- Un profesional designado por el hospital revisará los criterios de elegibilidad.
- Dicho profesional realizará el primer contacto con el cuidador, informando sobre la existencia de un estudio aprobado.
- Si el cuidador expresa interés, autorizará verbalmente que su información de contacto sea compartida con el equipo investigador.
- Solo tras dicha autorización, el investigador se comunicará para explicar el estudio y solicitar consentimiento informado formal.

❖ **Protección de datos:**

- Los datos serán codificados mediante identificador alfanumérico.
- La base con información identificable permanecerá bajo custodia institucional.
- El equipo investigador trabajará únicamente con bases codificadas.

Justificación de la enmienda

Esta modificación busca fortalecer la protección de privacidad y confidencialidad, minimizar riesgos para los participantes y alinearse con las guías internacionales de ética en investigación.

Tumbes, miércoles 4 de febrero del 2026


Luis Enrique Arámbulo Celi