



GUÍA BÁSICA DE EPILEPSIA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

ASPECYL
ASOCIACIÓN DE PERSONAS CON EPILEPSIA
de CASTILLA y LEÓN



**Ayuntamiento
de Salamanca**

GUÍA BÁSICA DE EPILEPSIA

EN EL ÁMBITO EDUCATIVO



Redacción y maquetación:

Sandra Sánchez Monje
Psicóloga de ASPECYL

Coordinación:

Laura Marcos Rodríguez
Técnica de ASPECYL y ASPACE

Colaboraciones:

Miriam López Majada
Enfermera de ASPACE

Ayuntamiento de Salamanca

Instituto para la Competitividad Empresarial (ICE)

Universidad Pontificia de Salamanca (UPSA)

Ilustraciones:

Lucia Monje Prado, Daniel Hernández Díaz, Mónica Martín Díaz,
<https://pixabay.com/es>, <https://www.canva.com/>.

Edita:

ASPECYL, Asociación de Personas con Epilepsia de Castilla y León

Domicilio social: C/ Juan del Encina 4-6, 37004 Salamanca

Tel: 923 28 95 85

E-mail: aspecyl@spacesalamanca.org

Primera edición. Noviembre 2019

Depósito legal: DL S 513-2019

© ASPECYL

PRESENTACIÓN

Esta guía se ha podido llevar a cabo gracias a la colaboración de la Asociación de Personas con Epilepsia de Castilla y León (ASPECYL) con el Excmo. Ayuntamiento de Salamanca, el Instituto para la Competitividad Empresarial (ICE) y la Universidad Pontificia de Salamanca (UPSA).

La epilepsia es una de las patologías neurológicas con mayor prevalencia en el mundo y se puede presentar en cualquier persona independientemente de su edad, raza o género.

En el planeta, hay 50 millones de personas diagnosticadas. Aproximadamente, 345.000 personas se ven afectadas en España por la epilepsia; de este número, 29.000 son menores de edad.

A pesar de su alta prevalencia, es una enfermedad a la que se le han atribuido características erróneas durante todas las etapas de la humanidad hasta el momento actual. Hoy en día, es común encontrar en la sociedad ideas equivocadas sobre la epilepsia, que provocan rechazo y discriminación en diferentes áreas de la vida de la persona que la padece. En la mayoría de los casos las causas de exclusión se deben a la ignorancia, al miedo y a la carencia de conocimientos. Para que esto no ocurra, hay que convertir esa desinformación en información.

Nuestro objetivo principal es acercar la verdadera realidad de la epilepsia a los centros educativos: educadores, alumnos, personas con epilepsia y sus familias.

Esta guía recoge los conceptos básicos de la epilepsia, cómo actuar en caso de crisis y cómo tratar la patología en el ámbito educativo.

Esperamos que suscite interés y sea de gran utilidad en el profesorado, el alumnado, las propias personas con epilepsia y sus familias.

CÓMO MANEJAR ESTA GUÍA

En una primera parte, se explican detalladamente las características más importantes de la epilepsia: qué es, qué condiciones debe presentar una persona para que sea diagnosticada de la patología, cuáles son las causas de aparición y los tratamientos médicos establecidos, cómo actuar ante la aparición de una crisis o las medidas de autocuidado a tener en cuenta por parte de la persona con epilepsia, entre otras.

Dada la alta prevalencia de los menores con epilepsia en edad escolar, se han dedicado, además, unas páginas específicas, para que tanto educadores como alumnos afronten la epilepsia en el ámbito educativo. Se incluyen aspectos como: el impacto del diagnóstico en la familia, la influencia de la patología en la vida del menor en clase, cómo repercute en la adolescencia, en su aprendizaje y en su desarrollo emocional. Asimismo, se recomiendan algunas pautas de actuación para que el alumno gestione la epilepsia, se desenvuelva en el medio académico y lleve una vida como cualquier otro igual.

ÍNDICE

¿QUÉ SABES SOBRE LA EPILEPSIA?	8
1. ¿QUÉ ES LA EPILEPSIA?	9
2. DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA	11
3. TRATAMIENTO	12
4. CAUSAS DE LA EPILEPSIA	16
5. LA EPILEPSIA EN EL MUNDO	17
6. MITOS Y REALIDADES DE LA EPILEPSIA	19
7. CRISIS EPILÉPTICAS	23
8. CÓMO ACTUAR ANTE UNA CRISIS	27
9. EVALUACIÓN	34
10. MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	36
11. SIGNIFICADO DE LA EPILEPSIA	38
12. EPILEPSIA EN CLASE	40
13. EL DIAGNÓSTICO EN LA FAMILIA	42
14. EPILEPSIA Y ADOLESCENCIA	44
15. APRENDIZAJE Y EPILEPSIA	46
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
SOLUCIONES TEST “¿QUÉ SABES SOBRE LA EPILEPSIA?”	51

¿QUÉ SABES SOBRE LA EPILEPSIA?

La siguiente tabla contiene afirmaciones verdaderas y falsas sobre la epilepsia. Rodea con un círculo la respuesta que creas correcta, si es verdadera con (V) y si es falsa con (F). Al final de la guía podrás comprobar las respuestas.

AFIRMACIÓN	RESPUESTA	
La epilepsia es una enfermedad mental	V	F
La epilepsia es hereditaria.	V	F
Las personas con epilepsia pueden tragarse la lengua cuando están sufriendo una crisis epiléptica.	V	F
Si una persona tiene una crisis epiléptica, debo sujetarla para paralizar sus movimientos convulsivos.	V	F
Durante una crisis siempre hay que introducir algún elemento en la boca para impedir que se ahogue.	V	F
Hay diferentes tipos de crisis epilépticas, aunque las tónico-clónicas que incluyen convulsiones son las más conocidas.	V	F
No hay tratamiento para la epilepsia.	V	F
Las personas con epilepsia pueden llevar una vida totalmente normal a pesar de sus crisis.	V	F
Se puede escolarizar a un menor con epilepsia con otros que no padezcan la patología.	V	F
Las personas con epilepsia siempre pierden el conocimiento.	V	F

1. ¿QUÉ ES LA EPILEPSIA?

La **epilepsia** es una de las **patologías crónicas más frecuentes del planeta**. Está presente en aproximadamente **50 millones de personas**, entre el 0,8% y el 1% de la población. Puede afectar a cualquier persona independientemente de su edad, de su procedencia y de su género.

Según el estudio más reciente, realizado en la península en el 2018, en **España** la epilepsia afecta aproximadamente a **345.000 personas**. En esta cifra se encuentran personas de todas las edades, siendo **29.000 menores y adolescentes** en edad escolar.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) explica la epilepsia como una **afección crónica** de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes originadas debido a una **descarga excesiva de las neuronas cerebrales** (crisis epiléptica).

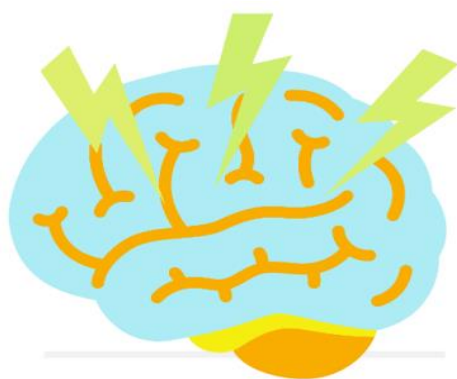
La epilepsia es uno de los trastornos neurológicos con mayor índice de aparición en el mundo. Se caracteriza por no tener límites de edad, geográficos, de raza o género. Por lo tanto, cualquier persona puede tener epilepsia en algún momento de su vida.

En otras palabras, la **epilepsia** se caracteriza por ser una **enfermedad neurológica**, **originada** por la aparición de **descargas eléctricas incontrolables del cerebro**, que dan lugar a una serie de **alteraciones** del sistema nervioso.

Estas descargas se producen debido a una **actividad anormal** de un grupo de células nerviosas, alojadas en el cerebro, denominadas **neuronas**. De manera habitual, las neuronas se comunican entre sí a través de pequeños impulsos eléctricos.

Si demasiadas neuronas se activan al mismo tiempo, se origina un exceso de energía que deriva en una **sobrecarga eléctrica**, dando lugar a una **crisis epiléptica**.

En la **crisis epiléptica** aparecen una serie de alteraciones del sistema nervioso. Estas **alteraciones** se pueden apreciar a través de múltiples formas, como la pérdida de conocimiento o la aparición de **movimientos corporales anormales**.



- ☐ La epilepsia es un trastorno frecuente en la población y especialmente en la infancia.
- ☐ En España, 29.000 personas afectadas por la epilepsia se encuentran en edad escolar.
- ☐ Es una patología producida por un funcionamiento anormal de un grupo aislado de neuronas que causa las crisis epilépticas en el cerebro.
- ☐ Aparecen una serie de alteraciones en el cuerpo de la persona que sufre la crisis, debido a la aparición de pequeñas descargas eléctricas incontrolables.

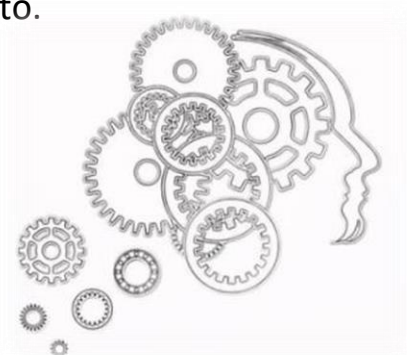
2. DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA

Una primera crisis puede indicarnos que una persona padece epilepsia, pero por sí mismo **no** es **suficiente** para hacer el **diagnóstico**. Según la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE), para que una persona sea diagnosticada de epilepsia tiene que cumplir alguna de estas **tres condiciones**:

1. Padeecer un **mínimo de dos crisis** epilépticas que estén **separadas** por más de 24 horas.
2. Presentar una crisis no provocada y un **riesgo mínimo** de un **60%** de padecer **nuevas crisis**.
3. El diagnóstico de un **síndrome epiléptico**.



La **epilepsia** **afecta** de **forma distinta** a cada **persona** diagnosticada. Esta afirmación se explica a través de la idea de que **cada sujeto es único** y **presenta una serie de características diferentes al resto**, como puede ser el tipo de epilepsia o la respuesta al tratamiento.



Por ejemplo, algunas personas, tomando la medicación adecuada consiguen controlar sus crisis de forma más eficaz que otras. Por lo tanto, **en algunos pacientes las crisis pueden remitir** mientras que en otros la epilepsia requiere de una importante atención para toda la vida.

A continuación, vamos a **ver los tratamientos disponibles** para tratar la epilepsia en cualquier persona.

3. TRATAMIENTO

En la epilepsia **no existe la curación sino la remisión de las crisis**. La desaparición absoluta de la epilepsia como enfermedad aun no es posible. Por lo tanto, la **remisión** nos indica el **cese de las crisis y el período en el que no hay presencia** de estas. Por este motivo, el objetivo principal de los tratamientos es controlar las crisis para que no aparezcan durante el mayor tiempo posible.

Normalmente la mayoría de las personas con esta patología logran controlar sus crisis gracias a la medicación. **El 70% de las personas que tienen pautado un tratamiento farmacológico tienen la epilepsia controlada**, es decir, consiguen no tener crisis y llevar una vida como la de cualquier otra persona sin epilepsia. Sin embargo, el **30% restante no responde a los fármacos**, no logran eliminar las crisis; aunque en muchos casos sí consiguen disminuir su frecuencia y gravedad. Algunos de estos casos corresponden a la **epilepsia refractaria**, que veremos más adelante.



Por lo tanto, el tratamiento más habitual es el farmacológico; pero si esta alternativa no tiene éxito, **hay otras opciones disponibles** como, la utilización de un dispositivo médico (**estimulador de nervio vago**), la **dieta cetogenica** y la **cirugía**.

7/10 PERSONAS CON EPILEPSIA CONSIGUEN CONTROLAR SUS CRISIS.



1. MÉDICACIÓN ANTIEPILEPTICA

La **primera opción** para tratar la patología es la toma de medicación antiepiléptica. En numerosas ocasiones, las personas que están diagnosticadas de epilepsia tienen que **probar varios tipos de fármacos** hasta encontrar aquel medicamento antiepiléptico que logre controlar sus crisis.

En los últimos años, se ha avanzado de forma significativa en la farmacología, han aparecido nuevos medicamentos denominados “**fármacos de tercera generación**”, que están dando lugar a **un mejor control de las crisis** en un porcentaje significativo, un **70% de personas** logran mitigar sus crisis.

Sin embargo, a pesar de los avances, el **25-30%** de las personas con epilepsia son **resistentes** a los **fármacos**, esto está favoreciendo el interés por la investigación de los mecanismos neuronales implicados en la resistencia a la medicación antiepiléptica.



Por otro lado, hay que señalar que los **fármacos** tienen **efectos secundarios** que pueden influir en las distintas dimensiones del **afectado: cognición, conducta o afectividad**. Por este motivo, se investigan nuevos medicamentos que actúen de forma neuroprotectora para reducir estos efectos.

2. ESTIMULACION DEL NERVI VAGO

Se trata de un **dispositivo que previene las crisis enviando pequeños impulsos regulares de electricidad al nervio vago**. Este aparato está formado por un generador programable que está conectado a un electrodo colocado alrededor de dicho nervio.

El nervio vago tiene **conexiones con varias estructuras del sistema nervioso central** que están implicadas, con frecuencia **en los procesos epilépticos**, como el hipocampo o la amígdala. La **estimulación del nervio vago** activa circuitos relacionados con estas áreas **deteniendo los síntomas de la crisis cuando aparece**.



Los afectados normalmente deben continuar tomando fármacos, pero las dosis y el **número de medicamentos pueden reducirse**, disminuyendo así los efectos adversos.

3. DIETA CETOGENICA

Se basa fundamentalmente en la **sustitución de los hidratos de carbono de la dieta por lípidos** convirtiéndose en el principal aporte energético. Por lo tanto, la dieta que sigue la persona es rica en grasas y pobre en proteínas y carbohidratos. La **finalidad es obligar al organismo a utilizar la grasa como fuente de energía** y generar un estado de cetosis que **disminuye el número de crisis**.

4. CIRUGIA

Intervención neuroquirúrgica cuya **finalidad es la curación o mejoría de la patología**. El objetivo de este tratamiento es tratar de eliminar las crisis epilépticas, disminuir los efectos **secundarios** y mejorar la calidad de vida del afectado.

Sin embargo, **no todos los afectados son candidatos a cirugía**. Se recomienda en un número reducido de personas cuando las crisis no se pueden controlar por los tratamientos anteriores.

Para **ser seleccionado**, tienen que darse las siguientes condiciones:

1. El foco epiléptico ha sido localizado.
2. Las crisis aparecen en una parte del cerebro.
3. Las alteraciones neurológicas están localizadas en un área que no controla funciones importantes.



Un porcentaje muy pequeño es candidato a cirugía, debido a que los focos epilépticos en el ser humano no suelen estar muy delimitados.

Aunque disponemos de varios fármacos antiepilépticos y de otros tratamientos como la cirugía o la estimulación del nervio vago, un porcentaje considerable de pacientes (20-30%) continúan teniendo crisis epilépticas. Actualmente, se está investigando para averiguar los mecanismos implicados en la resistencia a los fármacos.

EPILEPSIA REFRACTARIA

La mayoría de las personas con epilepsia consiguen un control de las crisis con la medicación antiepiléptica. Sin embargo, el 20-30% de los diagnosticados no logran mitigar sus crisis a pesar de los numerosos fármacos del mercado y de otros tratamientos terapéuticos. Nos encontramos ante un tipo de epilepsia resistente a los tratamientos médicos denominada epilepsia refractaria.

Un grupo de trabajo de la Liga Internacional contra la Epilepsia propuso como **criterio** principal, para que el concepto de **epilepsia refractaria** fuera válido, que hubieran **fracasado dos tratamientos terapéuticos bien tolerados**, correctamente **empleados** e indicados para conseguir un **control de crisis** en el tiempo.

EPILEPSIA REFRACTARIA EN LA INFANCIA

Cuando un menor en edad escolar no ha respondido a la toma de fármacos que ha sido recomendada por el neurólogo teniendo en cuenta sus características, tomados de forma apropiada, en monoterapia o en combinación, se dice que padece una

epilepsia resistente o refractaria. Por lo que se recomienda una revisión lo más exacta posible del diagnóstico, tratamiento recibido hasta ese momento y grado de cumplimiento terapéutico del menor.



La epilepsia refractaria aparece en aquellas personas que no consiguen controlar sus crisis mediante un tratamiento médico establecido.

4. CAUSAS DE LA EPILEPSIA

Las causas de las crisis epilépticas son tan distintas como formas puede adoptar. Este origen tan variado depende de la función de la corteza cerebral implicada en la descarga. Su origen puede ser químico, estructural o fisiológico e incluso una mezcla de los tres. Aunque todas tienen en común la falta de inhibición neuronal, es decir, las crisis se han originado debido a una sobrecarga eléctrica en el funcionamiento de las neuronas.

Según la Sociedad Española de Neurología (SEN) un 40% de las epilepsias se producen en el sistema nervioso central (SNC) debido a un trastorno estructural. Su aparición puede ser de origen prenatal, perinatal o postnatal.

Por otro lado, existe un porcentaje reducido de epilepsias (< 5%) en las que no se conoce la causa, pero se cree que están asociadas a un origen genético. Teniendo en cuenta esto, se estima que en una tercera parte de todas las epilepsias la causa no es conocida.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECEN LA APARICIÓN DE LA EPILEPSIA.

- Problemas del desarrollo cerebral del feto durante el embarazo

DESARROLLO
DEL FETO



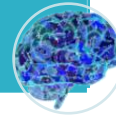
- Falta de oxígeno durante o después del parto

FALTA DE
OXÍGENO



- Traumatismos craneoencefálicos

TRAUMATISMO



- Tumores cerebrales

TUMORES
CEREBRALES



- Infecciones en el sistema nervioso central como la encefalitis o la meningitis

INFECCIONES



- Enfermedades cerebrovasculares
- Enfermedades degenerativas

ENFERMEDADES



- Excesivo consumo de alcohol y drogas

ALCOHOL Y
DROGAS



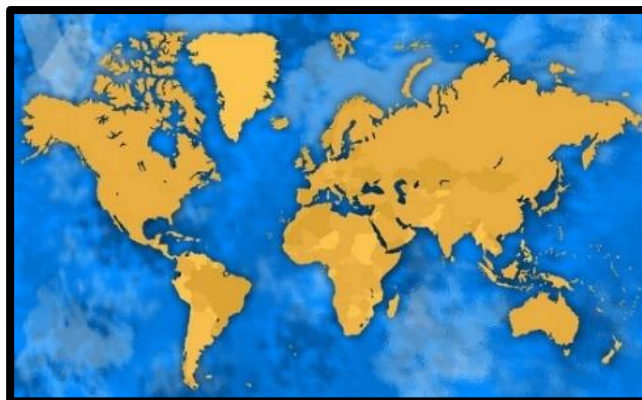
- Exposición a elementos tóxicos como el plomo o el mercurio

ELEMENTOS
TÓXICOS



5. LA EPILEPSIA EN EL MUNDO

De todas las enfermedades, la epilepsia es probablemente una de las más menos entendidas por la sociedad. Los [restos de las “antiguas” ideas acerca de la epilepsia siguen vigentes](#) en muchos puntos del planeta hoy en día. Este motivo se debe a que se le han atribuido [características erróneas](#) durante todas las etapas de la humanidad.



En algunas civilizaciones como la antigua [Grecia y el Egipto arcaico](#), la epilepsia era considerada como un [fenómeno sobrenatural](#). Se creía que las [crisis epilépticas](#) eran un [castigo divino](#) de los dioses hacia los hombres. [Roma](#) no solo apoyaba esta creencia, sino que también la concebía como una “[enfermedad contagiosa](#)”, que era motivo de aislamiento del resto de la población. Actuación que también promovía [Babilonia](#), que trataba a la epilepsia como una “[enfermedad vergonzante](#)”, comparándola con la lepra y prohibiendo a las personas que la padecían casarse o declarar en juicios. En otro continente como América, los [mayas](#), apreciaban la epilepsia como una [enfermedad](#)

[mágica](#) cuyo método de curación se basaba en la superstición. En [Europa](#), estas creencias eran similares, se entendía que las [convulsiones](#) eran fenómenos de [posesión diabólica](#), al aparecer durante las crisis. No fue hasta la [Edad Contemporánea](#) cuando [Jackson](#), padre de la neurología británica, le dio un carácter más cercano a la realidad y consideró la [epilepsia](#) como una [enfermedad](#) de [origen orgánico](#) provocada por una [descarga excesiva](#) y desordenada del [tejido nervioso](#). A partir de ese momento, se fue formando el concepto de epilepsia que tenemos hoy en día y definiendo las características médicas de la patología.

Lo más lógico sería que estas ideas anteriores se hubieran desechado y no circularan por la sociedad actual. Sin embargo, siguen en vigor algunas de estas creencias y actitudes. A continuación, vamos a ver algunos ejemplos.

Los indonesios aún creen que la epilepsia es un castigo proveniente de fuerzas oscuras desconocidas. En algunos países africanos, a las personas con esta patología se les prohíbe comer con el resto, siguen pensando que es contagiosa. Este aislamiento también se produce en China o en la India, donde no está bien visto estar amorosamente relacionado con alguien que tenga epilepsia, hasta llegar a ser la causa de prohibición o anulación del matrimonio, tendencia que también estuvo vigente hasta 1980 en algunos estados norteamericanos.

El área escolar y laboral sigue viéndose afectada en algunos países de la Unión Europea. Menores y adultos con epilepsia siguen viéndose involucrados en actitudes de rechazo y discriminación.

LA EPILEPSIA EN EL MUNDO

- En la antigua Grecia se creía que la epilepsia era un castigo de los dioses para los hombres.

ANTIGUA GRECIA



- Actualmente, en algunos países africanos no está permitido almorzar con personas con epilepsia, se les excluye a la hora de las comidas.

PAÍSES AFRICANOS



- La epilepsia puede ser la causa de anulación del matrimonio en China y en la India.

CHINA E INDIA



- En Europa, siguen existiendo actitudes de rechazo y discriminación en el mundo laboral y académico.

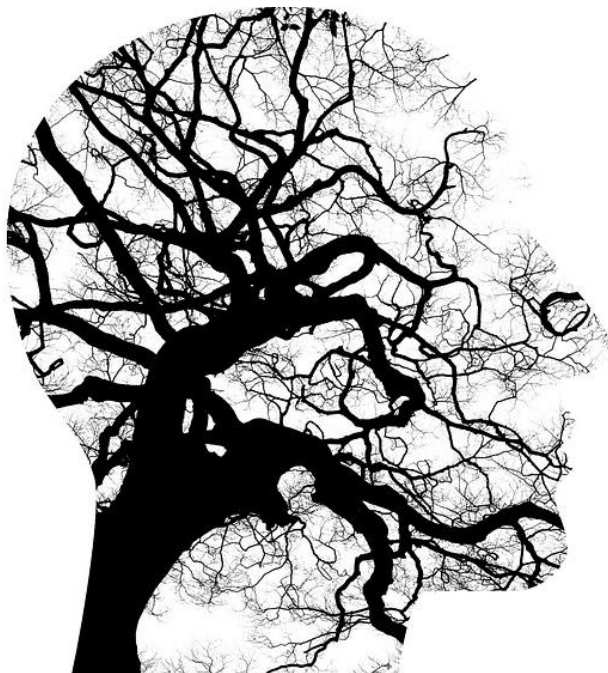
EUROPA



6. MITOS Y REALIDADES DE LA EPILEPSIA

Hoy en día, es común encontrar en la sociedad ideas erróneas sobre la epilepsia. Estas creencias no tienen ninguna base científica y se sostienen en el mito y en el desconocimiento.

En numerosas ocasiones, esta desinformación puede provocar respuestas de ocultamiento frente a amigos y conocidos. Para que esto no ocurra tenemos que convertir esta falta de conocimiento en información. Para ello, vamos a desmitificar algunas ideas que aun circulan en la actualidad y son falsas:



MITOS DE LA EPILEPSIA

MITO - “La epilepsia es una enfermedad mental”

REALIDAD - Tener epilepsia no significa ser un enfermo mental. Las personas que la padecen tienen en su cerebro un funcionamiento anormal esporádico de un grupo de neuronas. Se origina un exceso de actividad eléctrica cerebral desencadenada por ese conjunto de neuronas que producen las crisis.

MITO - “La epilepsia es hereditaria”

REALIDAD - La probabilidad de que una persona con epilepsia tenga un hijo que no la padezca es del 80-90 %.

MITO - “No hay tratamiento para la epilepsia”

REALIDAD - La gran mayoría de las crisis epilépticas se pueden controlar mediante fármacos. La medicación antiepiléptica consigue disminuir las crisis en aproximadamente el 70% de las personas.

MITO - “Las personas con epilepsia pueden tragarse la lengua cuando están sufriendo una crisis epiléptica”

REALIDAD - No es cierto. Las personas no pueden **tragarse** nunca la **lengua**, es anatómicamente imposible.

MITO – “Hay que sujetar a las personas cuando estén padeciendo una crisis epiléptica para impedir los movimientos convulsivos”

REALIDAD – No es cierto, incluso, podemos provocar lesiones sujetando. Hay que mantenerse calmado, **colocar a la persona de lado** e **impedir** cualquier posible golpe o **choque** con los **objetos** que haya alrededor transmitiéndole toda la tranquilidad que sea posible.

MITO - “No es posible que las mujeres con epilepsia tengan hijos”

REALIDAD - Aunque la epilepsia se puede asociar con un mayor riesgo de disfunción ovárica, las mujeres **pueden tener hijos**. Eso sí, se recomienda planificar el embarazo. Es importante que el año antes de quedarse embarazada la mujer tenga un buen control de crisis, lo que permitirá que aproximadamente el 90% de ellas se mantengan controladas durante la gestación.

MITO - “Hay que impedir que se ahogue, por lo que se debe introducir algún elemento en la boca”

REALIDAD - Totalmente falso. **No** hay que **introducir nada** en la **boca** de la persona que está sufriendo la crisis porque **podemos dañar** sus **piezas dentales**, **lesionar** la **mucosa oral** y dañarnos **a nosotros mismos**. Además, hay que impedir que cualquier objeto dificulte el buen funcionamiento de su respiración por lo que se recomienda no tocar la boca, a no ser que tenga algún objeto dentro que favorezca el ahogamiento de la persona.



MITO - “Las personas con epilepsia tienen grandes dificultades para trabajar”

REALIDAD - Los afectados de epilepsia no suelen tener ningún tipo de limitación a la hora de desempeñar un puesto laboral. Son **plenamente conscientes** y **capaces** de **desempeñar cualquier función** mientras no sufran ninguna crisis. Hay que tener en cuenta que, aunque la epilepsia sea una enfermedad crónica se manifiesta de forma intermitente. Sin embargo, la **ley** considera que la **epilepsia** es **incompatible con** el desempeño de **algunas profesiones**, tales como las relacionadas con: cuerpos de seguridad (policía y guardia civil), militar profesional (tropas y marinería), buceador profesional, piloto de aeronaves y helicópteros, controlador aéreo, funcionario de prisiones, títulos ferroviarios y bombero.

MITO - “Una persona con epilepsia no debe practicar ningún deporte”

REALIDAD – La gran mayoría de las personas que padecen epilepsia **pueden practicar deportes de equipo como el fútbol, el baloncesto o el balonmano**. El ejercicio puede ser una gran solución para mejorar la condición física y mental, así como para reducir el estrés acumulado.

No obstante, hay **ciertos deportes**, como la natación o el submarinismo que se deben realizar con **mucha cautela** y en compañía de alguien que les vigile.

Se recomienda que los padres **informen** a los profesores, monitores y compañeros de clase de lo que le ocurre a su hijo.

MITO - “Padecer epilepsia conlleva un cambio físico significativo en algunas partes del cuerpo”

REALIDAD – La epilepsia **no modifica ninguna parte física**. Aunque se producen una serie de movimientos involuntarios corporales durante la crisis, al finalizar todo vuelve a su estado habitual.



REALIDADES DE LA EPILEPSIA

**LA EPILEPSIA NO
ES UNA
ENFERMEDAD
MENTAL**

**EL 70% DE LAS
PERSONAS CON
EPILEPSIA LLEVA
UNA VIDA
NORMAL**

**SUJETANDO A LAS
PERSONAS NO SE
PARALIZAN LAS
CONVULSIONES**

**NO HAY QUE
INTRODUCIR
NADA EN LA
BOCA DURANTE
LA CRISIS**

**SE PUEDE
PRACTICAR
DEPORTE CON
EPILEPSIA**

**DURANTE UNA
CRISIS LA
LENGUA NO SE
TRAGA**

**LAS PERSONAS
CON EPILEPSIA
ESTÁN
CAPACITADAS
PARA TRABAJAR**

**LAS MUJERES
CON EPILEPSIA
PUEDEN TENER
HIJOS**

7. CRISIS EPILEPTICAS

La epilepsia modifica el funcionamiento normal de las neuronas, originando las crisis que se manifiestan en comportamientos, sensaciones y emociones anormales de forma intermitente durante un breve periodo de tiempo.

La epilepsia es una patología neurológica originada por una alteración de la actividad neuronal en el cerebro. Un grupo de **neuronas** realiza una **descarga excesiva de energía** que se propaga **en el cerebro** y realiza **cambios en el individuo** durante un periodo breve de tiempo.

Esta **sobreestimulación de energía** se puede ir transmitiendo desde un **foco inicial** a **diferentes áreas** cerebrales. Se origina lo que se denomina **crisis epilépticas**, que se manifiestan de manera distinta dependiendo de la actividad epiléptica que presente la persona.

Por lo tanto, una crisis epiléptica se define como la aparición transitoria de **signos y/ o síntomas** causada por una actividad neuronal excesiva en el cerebro. Durante las crisis el afectado entra en un estado anormal momentáneo que puede incluir alteración de la conciencia o no, síntomas **motores, sensitivos o cognitivos**.



Las crisis epilépticas son signos y síntomas transitorios, originados por una descarga anormal de las neuronas situadas en la corteza cerebral. Este exceso de actividad es, generalmente, breve y autolimitada.

TIPOS DE CRISIS EPILÉPTICAS

La Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) diferencia **dos tipos** de crisis epilépticas: **Crisis parciales** y **Crisis generalizadas**.

Esta **distinción** depende de la **localización** de la crisis, es decir, si el inicio de la crisis comienza en una zona determinada de la corteza cerebral (Crisis focales o parciales) o si su comienzo es simultáneo en los dos hemisferios cerebrales (Crisis generalizadas).

CRISIS FOCALES O PARCIALES

Las **crisis focales** afectan únicamente a **zonas cerebrales**, sobre todo las **estructurales temporal y límbica**, como la amígdala o el hipocampo.

Las crisis parciales se **clasifican** en **complejas** y **elementales**. Esta subdivisión se realiza teniendo en cuenta donde se origina la actividad anormal de las neuronas, si se produce en una **zona localizada** o si se propaga por todo el cerebro después de haber comenzado en un área específica.

Además, también se tiene en cuenta si se ha producido o no **afectación** de la **conciencia**.

CRISIS GENERALIZADAS

Las crisis epilépticas afectan a **ambos hemisferios**, durante los cuales la **conciencia** se ve **afectada**.

Las crisis generalizadas pueden ser **convulsivas** y **no convulsivas**, dependiendo de la presencia o ausencia de síntomas motores significativos.



CRISIS FOCALES



CRISIS GENERALIZADAS

Las crisis focales y generalizadas se subdividen en otros tipos de crisis teniendo en cuenta sus características.

CRISIS FOCALES O PARCIALES	CRISIS GENERALIZADAS
Parcial simple	Tónico- clónicas
Parcial compleja	Ausencias
Motoras	Mioclónicas
Sensoriales	Clónicas
	Tónicas
	Atónicas
	Espasmos musculares

SÍNDROMES EPILÉPTICOS

Los síndromes epilépticos están formados por **signos** y **síntomas** específicos que son **únicos** en una determinada **condición epiléptica**. Después de haber determinado el diagnóstico de epilepsia, permite ajustar al máximo el tratamiento e indicar de forma más precisa el curso de la patología.

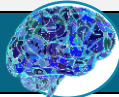
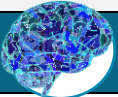
ALGUNOS TIPOS DE SÍNDROMES EPILÉPTICOS

Síndrome de Dravet	Aparece a partir de los 3-6 meses . Diferencia 3 fases clínicas . En la primera fase , los dos primeros años , toman protagonismo las crisis febriles , después, entorno, a los 8 años , segunda fase , brotan diferentes tipos de crisis (mioclónicas, ausencias y crisis focales) y en la tercera fase las crisis epilépticas son poco frecuentes , pero muestra sintomatología atáxica.
Síndrome de Lennox- Gastaut	Debuta en los primeros 8 años de vida . Sus síntomas generales incluyen la aparición de convulsiones, mirada pérdida y/o espasmos.
Síndrome de West	Se inicia por lo general en los primeros seis meses de vida. Las crisis suelen implicar la musculatura del cuello, el tronco y las extremidades.
Síndrome de Dosse	Comienza entre los 7 meses y 6 años . Alterna crisis tónico – clónicas con crisis atónicas o ausencias.
Epilepsia Rolándica	Se caracteriza por aparecer en los diez primeros años de vida y por presentar sintomatología principalmente por la noche .

EL AURA

Algunas personas con epilepsia experimentan una serie de síntomas antes de sufrir una crisis epiléptica. Estas alteraciones se denominan “aura epiléptica” y es un sobre aviso de que el afectado va a padecer de inmediato una crisis epiléptica.

CLASIFICACION DE LAS CRISIS SEGÚN SU ETIOLOGIA

-Se cree que un factor genético podría ser la causa de la crisis. -Son las que mejor pronóstico tienen, muestran una buena exploración neurológica y respuesta al tratamiento. -Aparecen con más frecuencia en la infancia y en la adolescencia, pudiendo remitir de forma espontánea.	- Este tipo de crisis son de origen desconocido. -En la exploración física y en su historia los afectados muestran alteraciones. -Se cree que puede ser una fase temprana de la patología. Cuando se llega a determinar pasa de la categoría criptogénica a la sintomática.	- En estas crisis los afectados presentan una historia previa de daño neurológico. -La corteza cerebral está afectada debido a: • Traumatismos • Enfermedades • Infecciones • Parálisis cerebral
IDIOPÁTICAS 	CRIPTOGENICAS 	SINTÓMATICAS 

DEFINICIONES DE EPILEPSIA

Dependiendo de la frecuencia de las crisis, se diferencian varios tipos de epilepsia.

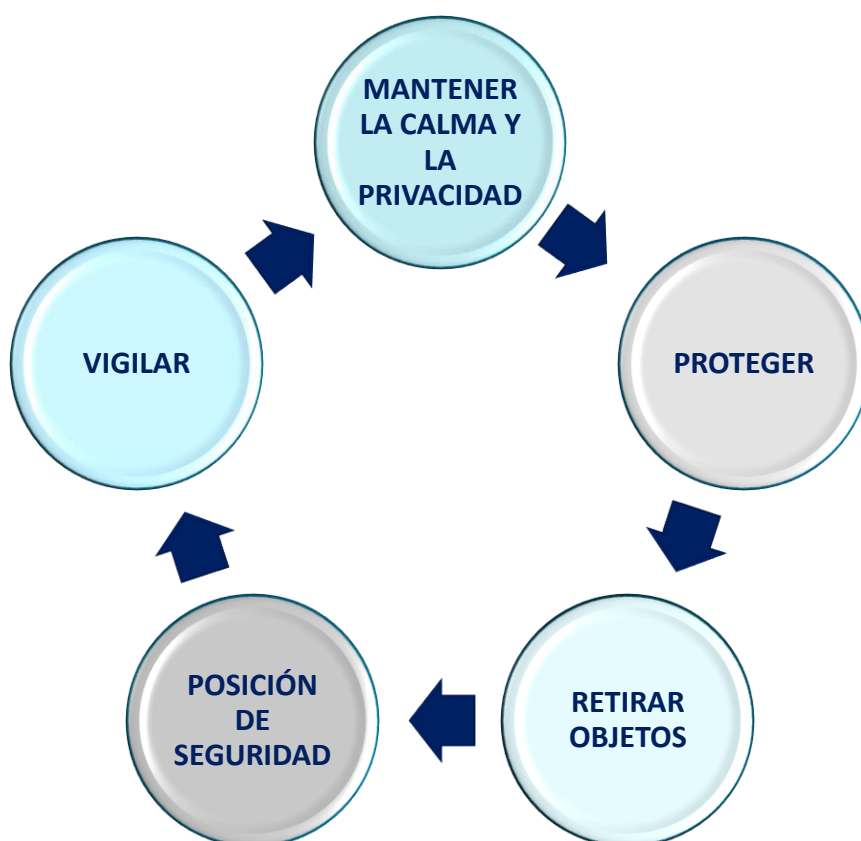
EPILEPSIA ACTIVA	EPILEPSIA EN REMISIÓN CON TRATAMIENTO	EPILEPSIA EN REMISIÓN SIN TRATAMIENTO
La persona con epilepsia ha tenido al menos una crisis en los últimos cinco años , sin tener en cuenta el tratamiento seguido.	La que no ha padecido crisis en los últimos cinco años y permanece con tratamiento antiepiléptico.	Las crisis epilépticas no han aparecido en la persona en los últimos cinco años y no está en tratamiento antiepiléptico.

8. CÓMO ACTUAR ANTE UNA CRISIS

PRIMEROS AUXILIOS EN CRISIS EPILÉPTICAS

Los primeros auxilios en crisis epilépticas son sencillos y fáciles de llevar a cabo. Sin embargo, en numerosas ocasiones, las personas no saben cómo actuar cuando se encuentran ante una crisis epiléptica. Familiares, profesores, iguales y la comunidad en general, suelen presentar una falta de conocimiento y un nivel alto de ansiedad al encontrarse una crisis epiléptica, a menudo desproporcionado a la gravedad de la situación. Por lo tanto, es especialmente importante hacer hincapié en la educación en primeros auxilios ante una crisis.

QUÉ HACER DURANTE UNA CRISIS



QUÉ NO HACER ANTE UNA CRISIS

Tan importante es saber **qué hacer** en caso de crisis como **qué NO** se debe **hacer** cuando tenemos que ayudar a una persona. Vamos a distinguir 4 acciones que **NO** se deben realizar.

QUÉ HACER EN UNA CRISIS EPILEPTICA



MANTENER LA CALMA Y LA PRIVACIDAD

- Hay que mantener la calma y la privacidad de la persona afectada.
- Evitar las aglomeraciones.



POSICIÓN DE SEGURIDAD

- Colocar a la persona de lado para facilitar la respiración.



RETIRAR OBJETOS

- Tratar que la persona no se lesione, quitando objetos peligrosos de su alrededor y colocando algo blando bajo su cabeza.



AFLOJAR LA ROPA

- Aflojar la ropa y los objetos del cuello.
- Quitar las gafas
- Si tiene algún objeto dentro de la boca, retirarlo para evitar ahogamiento.



VIGILAR

- Cronometrar la duración de la crisis. Si dura más de 5 minutos, llamar al 112.
- Acompañar hasta que la persona se recupere.

QUÉ NO HACER EN UNA CRISIS EPILÉPTICA



NO INTRODUCIR NADA EN LA BOCA

- No introducir ningún objeto en la boca durante ni después de la crisis puesto que un posible vómito podría ser muy peligroso y dificulta la respiración.
- Tampoco se puede dar agua ni alimentos después de la crisis hasta su completa recuperación.



NO INMOVILIZAR

- No se debe inmovilizar a la persona durante la crisis epiléptica, ya que, podríamos dañarla.
- Además, por intentar paralizar no se interrumpen los movimientos producidos por la crisis.



NO REALIZAR RESPIRACIÓN BOCA A BOCA

- Tampoco es conveniente intentar abrir la boca de la persona afectada porque se podría romper un diente, erosionar la mucosa bucal o hacerse daño en la mandíbula.
- Sólo se realizaría la respiración boca a boca tras la finalización de la crisis y tras comprobar que no respira.



NO MEDICAR SIN AUTORIZACIÓN

- Sólo se administran medicamentos por prescripción médica.
- No se puede suministrar ningún fármaco si la persona no lo tiene pautado previamente por su neurólogo.

TIPOS DE CRISIS



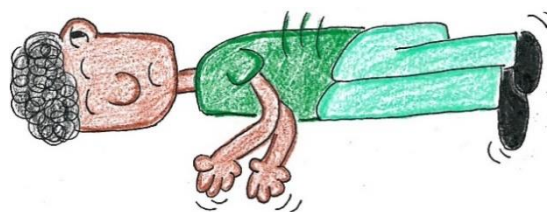
CRISIS DE AUSENCIA



CRISIS MIOCLÓNICA



CRISIS ATÓNICA



CRISIS TÓNICO – CLÓNICA



CRISIS DE ESPASMOS

CÓMO ACTUAR DEPENDIENDO DEL TIPO DE CRISIS

CRISIS GENERALIZADA TÓNICO- CLÓNICA		
QUÉ OCURRE	LO QUE NO ES	QUÉ HACER
Se produce una pérdida brusca de conocimiento, que conduce a una caída si se está de pie. El cuerpo se pone rígido en una primera fase (fase tónica) y después comienzan los movimientos involuntarios en el tronco, la cabeza y las extremidades (fase atónica). Son las crisis más aparatosas pero la persona se recupera minutos después y todo el cuerpo vuelve a su estado habitual.	- Infarto - Ictus	En este caso, realizaremos los primeros auxilios básicos. 1. Mantenga la calma y la privacidad de la persona. 2. Protégelo de posibles peligros que haya a su alrededor para que no se golpee con ellos. 3. Afloje la ropa y los objetos del cuello. 4. Si tiene algún objeto en la boca, retirarlo. 5. Colocar a la persona de lado. 6. Acompañarle y cronometrar la duración de la crisis. * Si dura más de 5 minutos, llamar al 112. * Si tiene medicación pautada, suministrársela.

CRISIS DE AUSENCIA		
QUÉ OCURRE	LO QUE NO ES	QUÉ HACER
Una mirada fija que comienza y termina de forma repentina. Dura un breve periodo de tiempo (segundos). Puede ir acompañada de un rápido parpadeo o por movimientos de masticación de la boca.	- Soñar despierto - Inatención - Despistes	No son necesarios los primeros auxilios. Sin embargo, si es la primera vez que se observa esta crisis, hay que comunicárselo de inmediato a los padres para que el neurólogo le haga una evaluación médica. Si no se reconoce y no se trata puede dar lugar a problemas de aprendizaje.

CRISIS PARCIAL SIMPLE

QUÉ OCURRE	LO QUE NO ES	QUÉ HACER
Hay una serie de movimientos involuntarios que pueden comenzar en el brazo, pierna, o la cara. El afectado se encuentra despierto y consciente . Estos movimientos se pueden expandir convirtiéndose en una crisis generalizada tónico-clónica .	-Embriaguez -Enfermedad mental -Comportamiento rebelde -Intoxicación por drogas	A menos que la crisis se convierta en una crisis generalizada sólo habría que tranquilizar y proporcionar apoyo emocional a la persona . Si la crisis se extiende, habría que actuar siguiendo los pasos de las crisis tónico – clónicas .

CRISIS PARCIAL SENSORIAL

QUÉ OCURRE	LO QUE NO ES	QUÉ HACER
Este tipo de crisis puede pasar desapercibida por los demás . La persona siente que su medio ambiente está distorsionado . Puede ver u oír cosas que no están allí, sentir un miedo inexplicable u otras emociones como la tristeza, la ira o alegría.	- Embriaguez -Intoxicación por drogas. -Enfermedad mental -Conducta desordenada	Proporcionar calma y seguridad a la persona afectada. Si la crisis se extiende, habría que actuar siguiendo los pasos de las crisis tónico – clónicas.

CRISIS PARCIAL COMPLEJA

QUÉ OCURRE	LO QUE NO ES	QUÉ HACER
Suele empezar con una mirada fija , junto con movimientos de masticación , y un comportamiento anormal al habitual . La persona realiza acciones torpes sin un objetivo definido. También puede tratar de quitarse la ropa . Al finalizar la crisis, no recuerda ocurrido.	-Intoxicación etílica o por drogas. -Enfermedad mental -Conducta desordenada	1. Mantenga la calma, tranquilice al afectado y a los compañeros que haya a su alrededor. 2. Aparte los objetos peligrosos de alrededor. 3. Permanezca con la persona hasta que esté plenamente consciente.

CRISIS ATÓNICA		
QUÉ OCURRE	LO QUE NO ES	QUÉ HACER
El menor cae de manera imprevista al suelo. Los músculos han perdido su fuerza. Después, recupera la consciencia y regresa a su estado habitual.	-Torpeza -Trastorno del sueño. -Puede parecer que es una falta de destreza al caminar. - Embriaguez	A no ser que la persona se lesione al caer no es necesario el protocolo de actuación, pero si es necesario mantener la calma y acompañar a la persona hasta que se recupere.

CRISIS MIOCLÓNICA		
QUÉ OCURRE	LO QUE NO ES	QUÉ HACER
De repente, la persona empieza a tener espasmos musculares breves en todo el cuerpo o en algunas zonas. Si tiene algún objeto en la mano, se cae al no tener fuerza muscular o también se puede caer de una silla si está sentado.	-Torpeza -Mala coordinación	No es necesario actuar, solo mantener la calma y acompañar a la persona hasta que se recupere.

ESPASMOS INFANTILES		
QUÉ OCURRE	LO QUE NO ES	QUÉ HACER
Comienzan entre los tres meses y dos años. Se trata de movimientos rápidos y repentinos de los miembros superiores e inferiores (brazos y piernas).	-Movimientos normales del bebé. -Cólico.	No es necesario realizar nada, pero hay que avisar a los padres de inmediato si ha sido la primera vez para que le evalúe un neurólogo.

EPILEPSIA FOTOSENSIBLE

Es una forma de epilepsia cuyas crisis se desencadenan debido a una reacción anormal en el cerebro ante estimulación luminosa. Podrían causarla tanto la televisión como las pantallas de ordenadores, tablets o móviles; además de, las luces fluorescentes o las de discoteca. Por ello, hay que tener extrema precaución con este tipo de luces.

9. EVALUACIÓN

Los afectados deben seguir una serie de pruebas para confirmar el diagnóstico de epilepsia y definir mejor el síndrome epiléptico.

- Se trata de un **registro** de todos los **hechos clínicos** que han acontecido en la persona.
- Algunos de ellos incluyen el embarazo de la madre, el parto, la historia de patologías anteriores y un relato detallado de la aparición y curso del padecimiento.

HISTORIA CLÍNICA



- Es una **evaluación** que se realiza con el **objetivo** de **detectar** alguna **alteración del sistema nervioso** o de otras partes del cuerpo.

EXAMENES FÍSICO Y NEUROLÓGICO



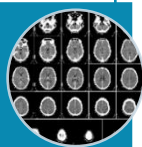
- La **herramienta** fundamental para **realizar el diagnóstico**. También se utiliza para la **clasificación de las crisis**, **conocer** la **evolución** de la epilepsia y la **elección** del **tratamiento**.

ENCEFALOGRAMA



- A través de **distintas técnicas** podemos ver una **imagen** de la **estructura del cerebro** y permite **detectar** donde está la **actividad epileptiforme**. También permite conocer posibles **lesiones cerebrales** causantes de la epilepsia.

TÉCNICAS DE NEUROIMAGEN



- Se trata de un **registro escrito** que lleva la persona con epilepsia de las **crisis** que ha ido presentando. Permite tanto al protagonista como a su médico **saber** cuál es la **frecuencia** y la **evolución** de las **crisis** a lo largo del tiempo. Además de, **evaluar** la respuesta a un determinado **tratamiento**.

DIARIO DE CRISIS



ENCEFALOGRAMA

El encefalograma (EEG) es uno de los instrumentos más utilizados en el diagnóstico y seguimiento de las epilepsias. La realización de un EEG frente a una primera crisis epiléptica es indispensable, sobre todo si se realiza dentro de las primeras 48 horas. Con este instrumento, se puede conseguir una sensibilidad muy alta que permite realizar un diagnóstico más eficaz.

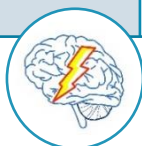
Está compuesto por una serie de electrodos que recogen el exceso de energía cerebral en la persona. Estos electrodos se colocan en el cuero cabelludo junto con una pasta conductora que permite la captación de la señal eléctrica cerebral.



Hay varios tipos de encefalogramas y cada uno de ellos es solicitado dependiendo de la tipología y características de cada paciente:

- La **prueba** se realiza con la persona en **estado de vigilia**.
- Suelen realizarse una serie de **medidas de activación**.
-Apertura y cierre de los ojos
-Exposición a diversos estímulos como los auditivos o los luminosos.

EEG ESTÁNDAR



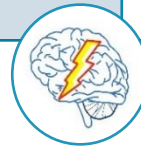
- La persona **no puede dormir la noche anterior**.
- La finalidad es **encontrar actividad epileptiforme**, ya que, la carencia de sueño favorece la aparición de crisis.
- Se recomienda la **privación de sueño durante 24 horas** en pacientes **mayores de 15 años**.

EEG CON PRIVACIÓN DE SUEÑO



- A través de un **video** se ve la **actividad epileptiforme** en los estados de vigilia y sueño nocturno.
- Permite incluso dormir al paciente durante la prueba.
- Se obtiene un registro de las actividad epileptiforme en tiempo real.
- Permite un **reconocimiento** de las características de las crisis.

EEG CON VIDEO DE MONITOREO



10. MEDIDAS DE AUTOCUIDADO

Como hemos visto anteriormente, el 70% de las personas con epilepsia, tomando la medicación adecuada, pueden llevar una vida plena. Aun así, no sólo basta con la toma de fármacos antiepilépticos, es imprescindible que conozcan todo lo relacionado con la patología y adopten unos hábitos de autocuidado para controlar sus crisis.

Definimos el concepto “autocuidado” como la conducta que debe desarrollar una persona con epilepsia para mejorar su día a día y controlar sus crisis. Para conseguirlo, tendrá que llevar a cabo una serie de actividades y comportamientos que le ayuden a manejar la patología.

PRINCIPALES MEDIDAS DE AUTOCUIDADO

- Buscar **información** en **profesionales sanitarios** acerca de la **epilepsia** y del **tratamiento**.

BUSCAR INFORMACIÓN



- Consultar al **neurólogo** todas las **dudas** que tenga acerca de la toma de medicación o tratamiento.

CONSULTAR DUDAS AL NEURÓLOGO



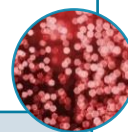
- Llevar un **registro** de las **tomas**, utilizar **pastilleros** y poner **alarmas** para **recordar** el momento de la administración.

MEDICACIÓN DIARIA



- **Informar** al profesional de la salud acerca de los posibles **efectos secundarios** de la medicación.

INFORMAR DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS



- Se aconseja **registrar** los **eventos** que hayan podido **ocasionar las crisis**. Así se conoce cómo es su **frecuencia** y su **evolución**.

REALIZAR UN REGISTRO DE LAS CRISIS



- Dormir la cantidad de horas necesarias todos los días para conseguir la sensación de descanso (7-9 horas) No **trasmochar**.

ADECUADA HIGIENE DEL SUEÑO



- Desempeñar un trabajo rutinario que no afecte al sueño. Se aconseja **no realizar turnos de noche**.

TRABAJO RUTINARIO



- Realizar **ejercicio físico** tiene tanto **beneficios físicos** como **psíquicos** para la **salud**.

ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR



- Beber mucha agua y evitar el alcohol.

**BEBER MUCHA
AGUA Y EVITAR
EL ALCOHOL**



- Limitar el consumo de excitantes como la cafeína o la teína.

**LIMITAR EL
CONSUMO DE
EXCITANTES**



- Evitar los destellos de las luces de las discotecas y de las pantallas.

**CONTROLAR LA
ILUMINACIÓN**



El autocuidado en epilepsia es el conjunto de comportamientos que debe adoptar una persona con epilepsia para optimizar el control de las crisis.



¡RECUERDA!

ALGUNAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO

- ✓ No olvidar la medicación.
- ✓ Realizar un registro de crisis.
- ✓ Tener una adecuada higiene del sueño.
- ✓ Limitar el consumo de excitantes (cafeína o teína).
- ✓ Realizar una actividad física regular.
- ✓ No tomar alcohol.

FACTORES DESENCADENANTES

- ☐ Sueño insuficiente.
- ☐ La fiebre.
- ☐ El alcohol.
- ☐ Los estímulos luminosos.
- ☐ El esfuerzo físico
- ☐ El estrés.
- ☐ La menstruación.
- ☐ Las infecciones.

11. SIGNIFICADO DE LA EPILEPSIA

La **epilepsia** como enfermedad o patología crónica puede tomar **protagonismo** en la vida de un individuo si no es comprendida adecuadamente. El modo en que las personas diagnosticadas entienden el significado de la epilepsia en sus vidas puede influir en la **construcción** de su **identidad** y en la **interacción** con el **entorno** que le rodea.

BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN PARA REDUCIR TEMORES

Tras el **diagnóstico**, puede aparecer el **miedo**. Para evitarlo, es imprescindible que tanto el afectado como las personas de su alrededor conozcan la máxima **información** posible de la **epilepsia**. Un buen **conocimiento**, no solo **reduce** las **preocupaciones** y **temores** que se puedan presentar, si no que evita posibles situaciones de rechazo o **discriminación**.



SOCIEDAD Y EPILEPSIA

Sin embargo, en ocasiones, la sociedad rechaza o discrimina a la persona con epilepsia en diferentes ámbitos de su vida. En la mayoría de los casos, las **causas de exclusión** se deben a la **ignorancia**, al **miedo** y a una **carencia de conocimientos**. Algunas de las **formas** de exclusión incorporan actitudes de **aislamiento**, **tratos diferenciados**, **lástima**, **burlas**, humillaciones, despidos laborales y expulsiones en ambientes académicos.



DISCRIMINACIÓN Y EPILEPSIA

La **discriminación** es una **acción negativa**, que **produce rabia**, **tristeza** y **sensación de inferioridad o de rareza**. Además, favorece el distanciamiento social y educacional, aumentando el aislamiento familiar. Esto da lugar a que las personas con epilepsia, frecuentemente, **escondan** su padecimiento, invisibilizando su **condición** y ocultando sus **síntomas**.

CONVERTIR EL DESCONOCIMIENTO DE LA SOCIEDAD EN CONOCIMIENTO

El apartado anterior nos lleva a la reflexión de que hay que tomar **las medidas adecuadas** para que **no** se produzcan situaciones de **discriminación**, siendo la primera acción por parte de la **sociedad** convertir el desconocimiento en conocimiento.

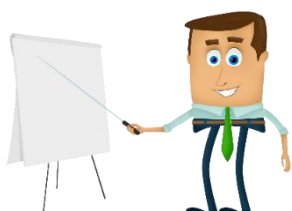
Abordar el problema de las falsas interpretaciones en torno a la epilepsia requiere una **educación** adecuada en su conjunto. Es necesario que los **educadores, compañeros, familiares, amigos y personas allegadas** conozcan y entiendan la **verdadera realidad** de la **epilepsia**. Así, los errores y la desinformación sobre esta patología se extinguirán y desaparecerán de la discriminación o exclusión social.



Es imprescindible tener la máxima información de la patología. Una comprensión de la verdadera realidad de la epilepsia disminuye el miedo y la discriminación.

12. EPILEPSIA EN CLASE

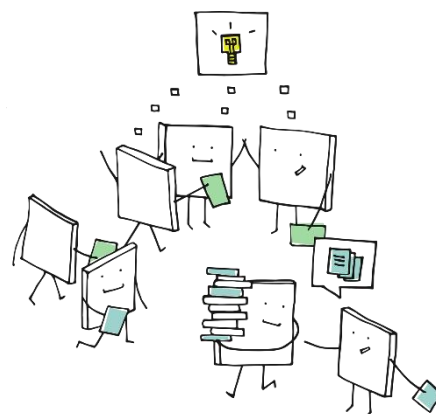
Se recomienda que los docentes y educadores conozcan que el alumno padece epilepsia, cuáles son los medicamentos que toma y que efectos secundarios pueden influir en su desarrollo.



Es **imprescindible** que los **profesores** sepan **cómo actuar** cuando aparece una **crisis epiléptica** en un alumno. También es necesario que conozcan cuál es la **medicación** de rescate que tiene **pautada** por el médico y que tiene que avisar a la familia en el supuesto de que se observe algo extraño durante la crisis. Sin embargo, **no todos los educadores saben cómo actuar** en una crisis durante el horario escolar. Incluso, con frecuencia, educadores y alumnos se muestran **asustados** y **ansiosos** cuando se presenta una crisis epiléptica, llegando a presentar actitudes de **discriminación**.

El desconocimiento de la epilepsia y el no saber qué hacer en estas situaciones provoca esta conducta. Para **evitar** este **tipo de actitudes**, es **necesario** que todos los compañeros de clase **conozcan** la **epilepsia** tal y como es y así se pueden **eliminar** los **datos erróneos** que circulan hoy en día en la sociedad. Se recomienda que el **educador** dé la oportunidad de **hablar** sobre la **patología** y **favorecer** todo tipo de **dudas** por parte de los **alumnos**.

La **percepción** que el **alumno** tiene de las **personas que le rodean** (familia, escuela y amigos) **influye** en su **autoestima**. Definimos la autoestima como la **evaluación** que el **individuo realiza de sí mismo**. Esta valoración expresa una **actitud de aprobación o desaprobación** y señala la medida en la que el **individuo cree** en sí mismo para **ser capaz de obtener logros**, tener **éxito** y ser **valioso**. Si el menor **realiza** una **valoración negativa**, pueden originarse **inadaptaciones significativas** en el **ámbito familiar, escolar** y en la interacción **social** con los otros. Por este motivo, son muy **importantes** las **respuestas** de las **personas que rodean al alumno**, ya que, **influyen** en la **percepción** que tiene de **sí mismo** e interfieren en su manera de **relacionarse** con los demás.



Padres y profesores deben asegurarse de que tanto ellos mismos como los compañeros de clase tienen un conocimiento veraz de la epilepsia, ya que su opinión, puede incidir en la conducta y el rendimiento del propio alumno.

Los educadores en el ámbito escolar juegan un papel muy importante en la integración del niño con epilepsia. La normalización de la patología es la idea principal que el docente tiene que transmitir a los alumnos.

PAUTAS DE ACTUACIÓN DIRIGIDAS A PROFESORES Y EDUCADORES PARA MANEJAR LA EPILEPSIA EN CLASE

Hablar sobre todos los contenidos relacionados con la epilepsia, permitiendo todo tipo de cuestiones.

Informar a los alumnos de cómo actuar ante una crisis epiléptica.

Evitar que las personas del núcleo escolar tengan ideas erróneas sobre la patología.

Insistir en que se debe comportar con la epilepsia de manera natural.

Hacer sentir a la persona con epilepsia que es igual de capaz que cualquier otro y que puede realizar actividades comunes a los demás.

Ayudar al alumno con epilepsia en las posibles dificultades que tenga durante su aprendizaje, buscando medios que favorezcan su adaptación escolar.

QUÉ DEBEN SABER LOS EDUCADORES



- Que el alumno tiene epilepsia
- Cuál es el tipo de epilepsia qué tiene y en qué modalidad aparece
- Qué tiene que hacer en caso de que se presente una crisis epiléptica.
- Qué efectos secundarios pueden repercutir en su desarrollo académico.

13. EL DIAGNÓSTICO EN LA FAMILIA

El diagnóstico “epilepsia” no solo influye en la persona que padece la patología sino también en su familia. En este núcleo pueden aparecer diferentes actitudes y comportamientos. Se pueden mostrar incrédulos, temerosos o sobreprotectores. El no saber cuándo va a desencadenarse una crisis puede hacer que la familia se mantenga en constante estado de alarma.

Por este motivo, el ámbito escolar puede notar que los padres o familiares están muy atentos a todo lo que pueda realizar el niño con epilepsia en clase. El profesor tiene que actuar de manera comprensiva ante estos acontecimientos. Para un mayor entendimiento, explicaremos las reacciones principales que aparecen en la familia ante el diagnóstico de la epilepsia.

SOBREPROTECCIÓN

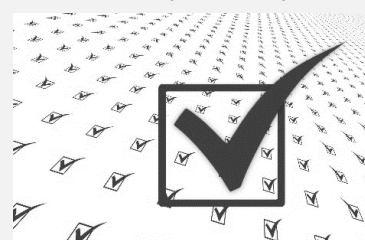
Los progenitores tienden a limitar la vida de su hijo por miedo a que se desencadene una crisis. Hay temores constantes a pesar de que las crisis hayan podido ser controladas. Con su mejor intención los familiares realizan acciones para que el menor esté lo más protegido y aislado posible, evitando que realice actividades propias con su edad de manera autónoma. Este aislamiento puede hacer que la persona no tenga la oportunidad de valerse por sí misma, no desarrolle ampliamente sus potencialidades y habilidades, retrasando su desarrollo integral.



PERMISIVIDAD

Los padres pueden adoptar una actitud opuesta a la sobreprotección y ser permisivos. De modo que, temerosos de que se produzca una crisis en el menor al llorar o agitarse demasiado porque no se le permite realizar lo que él quiere, den a todos sus deseos.

De esta manera, nos encontramos con un modelo de niño que reacciona llorando o con una rabieta para conseguir lo que quiere.



La forma en la que los padres manejen el protagonismo de la patología en la vida familiar influirá en el éxito de la adaptación del menor a su vida diaria.



EPILEPSIA EN CLASE

Durante las **clases** también se pueden dar este tipo de **reacciones**. El profesor puede temer que se produzca una **crisis** en un alumno y le trate de **manera especial** o que no **comprenda** la **patología** y **no se adapte** a las **necesidades** del menor.

Por eso, se aconseja a los educadores que permitan que **el alumno** con epilepsia **realice** las **mismas actividades** que el resto de sus **iguales**. Debe fomentar su **participación** en la mayoría de las **clases de juego**, así como los deportes. Los **deportes de equipo aumentan** la **sociabilidad**, son beneficiosos para la **salud** y generan **cohesión grupal**. No obstante, se recomienda prestar especial atención a la natación y a aquellos ejercicios que se realicen con ayuda de aparatos de altura como las espalderas.

RECOMENDACIONES PARA PADRES Y EDUCADORES

- **Evitar** la **sobreprotección** a pesar del temor de las crisis. Hay que **permitir** que lleve una **vida normal** como el resto de sus iguales, sin prohibirle nada.
- **Descartar** las **restricciones** en el área social, intelectual o deportiva (salvo en excepciones muy puntuales).
- Encontrar el **término medio** entre la **sobreprotección** y la **permisividad**.
- Hacer sentir a la **persona con epilepsia** que es igual de **capaz que cualquier otro** y que puede realizar las **mismas actividades** que el resto de los **compañeros**.

14. EPILEPSIA Y ADOLESCENCIA



La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como una etapa de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Es uno de los periodos de transición más importantes en la vida del ser humano caracterizado, por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios.

En esta etapa, la **epilepsia** puede ir acompañada del **proceso de aceptación**. No es infrecuente que hasta ese momento al **menor** se le haya **ocultado** su patología. De modo que, al llegar a la **adolescencia** puede que tome **conciencia** de forma más brusca que padece epilepsia y tenga que aceptar su presencia.

Por eso, es necesario que maneje una **información** clara y **veraz** de la patología, es la mejor manera de **desmitificar la enfermedad**. Hay que explicarle que puede realizar una **vida como** la de **cualquier otra persona de su edad**, pero que tiene que **aceptar** que la **epilepsia** forma parte de su vida y que tiene que llevar a cabo una serie de **medidas de autocuidado**. Algunas de estas **precauciones** incluyen la evitación del alcohol, dormir adecuadamente o no olvidar la toma de medicación.

Por otro lado, es conveniente saber que en esta etapa toman protagonismo la **independencia** y la **búsqueda** de la **propia identidad**. Por eso, los adolescentes pueden sentir en sí mismos un **conflicto interno** en el que por un lado quieran ser **libres e independientes**, haciendo **planes con sus iguales** sin contar con sus padres y por otro, se vean **dependientes** de estos. Mientras tanto, los **familiares** más cercanos se pueden mostrar temerosos ante ello y no les permiten realizar ciertos planes.



Por este motivo, los **adolescentes** con epilepsia se pueden mostrar más **malhumorados**, **irascibles** y realizar **conductas rebeldes**, o dejar de tomar la medicación, sin consultar al médico ni a sus padres, favoreciendo la aparición de las crisis.

Su objetivo sería demostrar que ellos tienen el control de su cuerpo como los demás adolescentes. También pueden llegar a **sentir** que la **epilepsia les hace diferentes** y se aíslan del resto de sus iguales.

Por lo tanto, se recomienda que durante este periodo el **chico** sea **escuchado** y **apoyado** por sus **progenitores** y **educadores**. Tienen que darle la oportunidad de **exponer** sus **sentimientos** y **pensamientos** respecto a la epilepsia. De esta manera, podrán ayudarle a reducir sus posibles miedos.

El **trato** que **reciba el adolescente** por parte de sus **familiares**, **educadores** y **compañeros** **incide** directamente en su **autoimagen** y en la forma en como los demás miembros lo ven. Por eso, son de **especial importancia** las **reacciones** que estos tengan en la relación con el menor. Se aconseja que se pongan en su lugar e intenten **comprenderle**, favoreciendo su **autonomía personal** y dándole **responsabilidades** de su propia vida.

RECOMENDACIONES PARA PADRES Y EDUCADORES EN LA ADOLESCENCIA

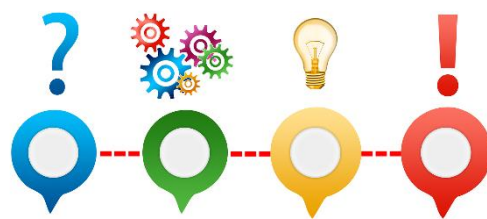
- **Involucrar** al **adolescente** en las **conversaciones** acerca de la **epilepsia** con **educadores**, **amigos** y **familiares**.
- Reconocer las **fortalezas** e **intereses** del **adolescente**. Evitar las comparaciones con otros iguales. Hay que **hacer sentir** que **cada persona es única**.
- **Respetar** su **privacidad** y su **tiempo** de soledad.
- Valorar los **esfuerzos** que realiza la **persona** para **conseguir metas**.
- **Estimular** al **adolescente** para que explore **nuevos lugares** y se enfrente a nuevas **experiencias**, a pesar del temor de las crisis. Esto le ayudará a **fomentar sus habilidades**.
- Incluir al **adolescente** en la **toma de decisiones**. **Hacerle sentir** que puede elegir entre **alternativas**, **evaluarlas** y después **seleccionar** una **respuesta**. Así podrá **desarrollar** la **capacidad para llevar a cabo** buenas **elecciones** y establecer **expectativas razonables**.
- **Estar pendiente de la vida social** del **adolescente** y de que realiza las medidas de autocuidado recomendadas, pero **sin invadir su espacio personal**.

15. APRENDIZAJE Y EPILEPSIA

Aunque los menores con epilepsia suelen tener una **capacidad cognitiva normal**, es imprescindible que tanto los **padres** como los **educadores observen el desarrollo cognitivo, emocional y conductual** de la persona desde el inicio de la epilepsia hasta que consiga una situación estable en el manejo de sus crisis. También es necesario que **presten atención** a posibles **dificultades escolares** que puedan presentar en el **ámbito educativo**.

ATENCIÓN Y MEMORIA

Centrándonos en la **función cognitiva**, la **atención** y la **memoria** son las **estructuras** que pueden verse **afectadas** en el **aprendizaje** del alumno con epilepsia. Estas áreas **permiten** la **concentración** y su **continuidad** en el **tiempo** a la hora de realizar tareas cognitivas y conductuales.



La **atención** se define como una **función mental** por la que el individuo se **concentra** en un **objeto**. Los niños afectados de **inatención** no son capaces de **centrarse** en una **tarea** durante un **tiempo prolongado**. En varias ocasiones, se les llama “distraídos”, “despreocupados” e incluso “vagos” cuando en realidad están viéndose afectados por las consecuencias de un desajuste en su atención. Es muy **importante** tener en cuenta este **factor** a la hora de atender a la **explicación del profesor en clase**, al realizar **exámenes** y al **retener información**. Una **medida** que podría ayudar es la ampliación de la duración de un **examen de un alumno que tenga esta necesidad**. Las dificultades de la atención se dan principalmente en personas con **crisis generalizadas**.

La memoria también se ve afectada, algunos alumnos con epilepsia pueden tener **dificultades** a la hora de **recordar instrucciones** o tareas. Por ello, es conveniente proporcionarles **instrucciones por escrito** y **alargar** un poco el **tiempo** destinado a la realización de la tarea.

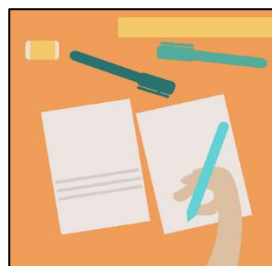
Los **olvidos** son más **frecuentes** en aquellos que se ven afectados por **crisis originadas** en el **lóbulo temporal**, zona donde se localiza el **hipocampo**. Esta estructura cerebral es imprescindible para la **consolidación de nueva información**.

Además de otros factores, el **aprendizaje** de un alumno se ve **influido** principalmente por la **familia**, la **escuela** y sus **iguales**. Por lo que hay que prestar **especial atención** a estas **relaciones**.

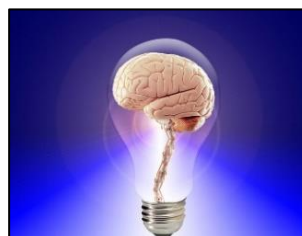
RELACIÓN PROFESOR – ALUMNO

La **calidad** de la **relación profesor – alumno** es un determinante en la **cantidad** y **eficacia** de los **logros educativos**. Es importante señalar, la gran influencia que adquieren los **juicios de valor** que los **educadores** realizan de sus alumnos, por lo que es importante **evaluar** las propias **opiniones** realizadas. Los **alumnos** que **perciban fracaso escolar** tienen un **autoconcepto bajo** porque quien se siente fracasado experimenta una imagen negativa de sí mismo. Por eso, es indispensable que el **profesor motive** al alumno y lo haga sentir **valioso**, destacando sus **habilidades**. Una buena percepción de sí mismo dota de recursos para hacer frente a las dificultades escolares que se puedan presentar.

Los **educadores** junto con la **familia** deben **buscar medios** que fomenten la **buena adaptación** del alumno al medio escolar.



El **objetivo** es **moldear el talento y la destreza individual** de la **persona** con epilepsia para ir **encaminándolo** hacia su **orientación profesional**.



Los **menores** con epilepsia tienen un **riesgo incrementado** respecto a otros **alumnos** sin la **patología** de presentar **dificultades cognitivas** y **comportamentales** debido a los **efectos secundarios** de la **medicación** y la **propia patología**.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Artigas, J. (1999). Implicaciones psicológicas y sociales de las epilepsias de adolescente. *Revista de Neurología*, 28(161), 43-9.
- Barrera, M. N., Jiménez, M. N., & Jiménez, E. N. Epilepsias y síndromes epilépticos del preescolar y del escolar. (2008) *Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica Neurología*, 28.
- Barrera, M. N., Jiménez, M. N., & Jiménez, E. N. Epilepsias y síndromes epilépticos del preescolar y del escolar. *Protocolos de Neurología*, 28.
- Bustos, M. L. R., Maldonado, D. M. C., Beltrán, Y. P. G., Ávila, N. G., & Beltrán, D. A. R. (2012). La epilepsia y la presencia de dificultades en el aprendizaje. *Arete*, 12(1), 111-127.
- Carolina, P. J., & William, B. B. (2013). Neuropsicología en epilepsia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(6), 987-994.
- Fabelo Roché, J. R., Iglesias Moré, S., Louro Bernal, I., & Pal, S. G. (2013). Afrontamiento familiar a la epilepsia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(3), 450-461.
- Fernando, N. S., & Francisco, C. A. J. (2013). Consideraciones éticas en epilepsia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(6), 1034-1037.
- Figueroa-Duarte, A. S., & Campbell-Araujo, O. A. (2015). La Visión de la Epilepsia a Través de la Historia. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 32(2), 87-101.
- Fisher, R., et al (2017). Clasificación operacional de los tipos de crisis por la Liga Internacional contra la Epilepsia: Documento - Posición de la Comisión para Clasificación y Terminología de la ILAE. 58(4):522–530.
- Florez, A. R., & Valencia, M. M. A. (2017). Vivir con epilepsia: significados contruidos por las personas que padecen la enfermedad. *Avances en Enfermería*, 35(3), 255-265.
- García Martín, G., & Serrano Castro, P. J. (2018). Epidemiología de la epilepsia en España y Latinoamérica. *Revista Neurología*, 67, 249.

- García-Peñas, J. J., Fournier-Del Castillo, M. C., & Domínguez-Carral, J. (2014). Epilepsia y cognición: el papel de los fármacos antiepilépticos. *Revista de Neurología*, 58(Supl 1), 537-42.
- Iglesias Moré, S., Fabelo Roche, J. R., Rojas Velázquez, Y., González Pal, S., & Ramírez Muñoz, A. (2012). Calidad de vida en niños y adolescentes con epilepsia. *Revista Cubana de Enfermería*, 28(2), 99-111.
- Ivanovic-Zuvic, F. (2003) Calidad de Vida. *Revista Chilena de Epilepsia*, 4 (1).
- Ivanovic-Zuvic, F. (2004). Epilepsia y Adolescencia. *Revista Chilena de Epilepsia*, 5 (1).
- Lee, T., & Chan, J. (2002). Factores que afectan el estado cognitivo de personas que sufren epilepsia. *Revista de neurología*, 34(9), 861-865.
- Loreto, O. R. (2013). Medidas de autocuidado en el paciente con epilepsia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(6), 1027-1033.
- Loreto, R. P., & Carolina, A. D. (2013). Aporte de los distintos métodos electroencefalográficos (eeg) al diagnóstico de las epilepsias. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(6), 953-957.
- Manga, D., & Ramos, F. (2001). Evaluación de los síndromes neuropsicológicos infantiles. *Revista de Neurología*, 32(7), 664-675.
- Manual de la epilepsia y mi hijo/a. Epilepsy & My child. (2013) Toolkit. *Epilepsy foundation*.
- Martino, G. M. (2011). *Manual de epilepsia*. Nobuko.
- Millán, M., Macías, A. G., & Millán, M. (2008). Crisis epilépticas. *AMF: Actualización en Medicina de Familia*, 4(2).
- Molina, A. (2004). Impacto de la Epilepsia en la Familia. *Revista chilena de epilepsia*, 5(1).
- Mulas, F., Hernández, S., Mattos, L., Abad-Mas, L., & Etchepareborda, M. C. (2006). Dificultades del aprendizaje en los niños epilépticos. *Revista de Neurología*, 42(Supl 2), S157-S162.
- Muñoz G., Pilar. Desarrollo psicosocial del Niño con Epilepsia. *Revista Chilena de Epilepsia*, 2008; 5 (1).
- Novoa., & Cabello, A. (2013). Consideraciones éticas en epilepsia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(6), 1034-1037.

- Ordoñez, M. A. P. (2005). *Guías neuropedagógicas para autismo, DHAD, dislexia y epilepsia*. U. Cooperativa de Colombia.
- Saldaña, L. M. T., Álvarez, A. E., Bello, Á. I., Cabrera, S. C., Vásquez, P., & Uscátegui, O. L. (2011). Caracterización de Los Problemas de Aprendizaje en Niños y Adolescentes con Epilepsia Primaria Generalizada en La Liga Central contra la Epilepsia y El Hospital de la Misericordia. *Medicina*, 33(4), 227-248.
- Sánchez-Carpintero R. (2010). Variabilidad de la evolución cognitiva en los distintos tipos de epilepsia del niño. *Revista de Neurología*, 3;50,3: S31-6.
- Sánchez-Carpintero, R. (2010). Variabilidad de la evolución cognitiva en los distintos tipos de epilepsia del niño. *Revista de Neurología*, 50 (Supl 3), S31-S36
- Saray, A. G. G. (2006). Deterioro neuropsicológico en niños con epilepsia. *Investigación en Salud*, 8(1), 44-49.
- Tirado Requero, P & Jiménez, A. (2015). *Pediatría Integral*; XIX (9): 609 – 621
- Tuchman, R. F., Moshé, S. L., & Rapin, I. (2005). Trastornos del neurodesarrollo y epilepsia. *Revista de Neurología*, 40(Supl 1), S3-S10.
- Vania, K. P., & De La Barra, M. (2013). Trastornos psiquiátricos en los pacientes con epilepsia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(6), 979-985

SOLUCIONES TEST “¿QUÉ SABES SOBRE LA EPILEPSIA?”

1. Falso, la epilepsia no es una enfermedad mental. Es un trastorno neurológico originado por la actividad cerebral anormal de un grupo de neuronas.
2. Falso, solo hay un 10% de posibilidades de tener un hijo con la patología.
3. Falso, es anatómicamente imposible tragarse la lengua.
4. Falso, no se paralizan los movimientos convulsivos por el hecho de inmovilizar.
5. Falso, no hay que introducir ningún objeto en la boca durante una crisis epiléptica.
6. Verdadero
7. Falso, hay varios tipos de tratamientos para la epilepsia como la medicación, consigue controlar las crisis en un 70% de la población afectada.
8. Verdadero
9. Verdadero
10. Falso, durante las crisis no siempre hay una pérdida de conciencia.



**Ayuntamiento
de Salamanca**

ASPECYL
ASOCIACIÓN DE PERSONAS CON EPILEPSIA
de CASTILLA y LEÓN

