



Universidad Abierta Interamericana

Sede Regional Rosario

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Lic. en Terapia Ocupacional

**PROPUESTA DE INTERVENCION EN EL CAMPO PROFESIONAL
PARA TITULO DE GRADO**

“Intervención en prevención primaria de salud en niños con epilepsia”

Cátedra: Seminario de Investigación

Docente: Lic. Luciana Alegre

Alumna: Di Lorenzo María Florencia

Título a Obtener: Lic. en Terapia Ocupacional

Diciembre 2016

Índice

Descripción.....	1
Justificación.....	2
Marco teórico.....	3
Marco Institucional.....	12
Objetivos.....	13
Personas destinatarias.....	14
Localización física y ámbito territorial.....	15
Actividades y tareas.....	16
Metodología.....	17
Calendario de trabajo.....	19
Administración del proyecto.....	20
Recursos necesarios.....	21
Presupuesto.....	23
Evaluación.....	24
Anexo I.....	25
Anexo II.....	26
Anexo III.....	30
Anexo IV.....	33
Bibliografía.....	43

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a mi hijo Juan, por ser el ser que convulsiono mi vida, a mi hija Gina por su paciencia. A David por colaborar en este proyecto. A mis padres por su apoyo personal. A mis amigas/os por las ayudas técnicas.

A mis incansables colegas, compañeras en este proceso Agustina, Helena y Nadia, fuente de energía para continuar.

A mi tutora, Lic. T.O. Luciana Alegre.

Descripción

Este proyecto propone brindar información acerca del auto cuidado y la adquisición de conductas saludables del niño con diagnóstico de epilepsia en los diferentes ámbitos de actuación, familia y comunidad educativa promoviendo el conocimiento sobre la epilepsia en la población y en las propias personas que tienen el trastorno y sus familias, así como mejorar el apoyo comunitario.

Proponer, participar y aportar información técnica y material de apoyo para permitir motivar y orientar a que niños, familia y comunidad educativa refuercen, compartan habilidades, estén mejor informados para alcanzar un mejor nivel de salud.

Justificación

La idea de realizar esta propuesta de intervención surge de mi interés y motivación personal como madre de un niño con diagnóstico de Epilepsia; revisar los fundamentos de la Terapia Ocupacional y dar a conocer sus posibles aportes en el primer nivel de prevención.

“La epilepsia puede presentarse a cualquier edad, pero es más frecuente que suceda en los dos extremos de la vida, uno de ellos en la infancia. No cabe duda que la aparición de la epilepsia conlleva un impacto no sólo en el paciente, sino en los padres y en toda la estructura familia”. (1)

Uno de los problemas clave en la provisión de servicios a las personas con esta enfermedad es en la identificación, manejo y seguimiento en la atención primaria de salud.

El manejo integral de las personas con epilepsia considerando los factores psicosociales es esencial; esto incluye el desarrollo de la educación para el autocuidado, es decir las diversas medidas y conductas que la persona con epilepsia debe adoptar y mantener para lograr el control de su enfermedad.

La prevención primaria se focaliza en reducir la incidencia de la enfermedad en la población a través de la modificación de los ambientes y del fortalecimiento de los individuos.

La prevención primaria debe considerar el sistema social en el cual la persona vive y así dirigir sus acciones hacia los contextos sociales y los factores ambientales que influyen en la salud, los comportamientos y la incidencia de la enfermedad.

La intervención de la Terapia Ocupacional está poco desarrollada en este colectivo donde se debería tener en cuenta la modificación de los patrones de desempeño, hábitos, rutinas y roles en la familia, repercutiendo en la autonomía del niño.

Se considera que sería un aporte pensar que el niño con diagnóstico de epilepsia alcance el mayor grado en su futura autonomía, haciendo un aporte a mejorar la calidad de vida del niño y su familia.

Marco Teórico

Según la OMS la epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todo el mundo y se caracteriza por convulsiones recurrentes. Estas convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres.

Los episodios de convulsiones se deben a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales. Las descargas pueden producirse en diferentes partes del cerebro.

Las convulsiones pueden ir desde episodios muy breves de ausencia o de contracciones musculares hasta convulsiones prolongadas y graves. Su frecuencia también puede variar desde menos de una al año hasta varias al día. Una sola convulsión no significa epilepsia (hasta un 10% de la población mundial sufre una convulsión a lo largo de su vida). La epilepsia se define por dos o más convulsiones no provocadas. (1)

Es uno de los trastornos reconocidos más antiguos del mundo, sobre el cual existen registros escritos que se remontan al 4000 a. C. Durante siglos, el temor, la incomprensión, la discriminación y estigmatización social han rodeado a esta enfermedad. Esta estigmatización persiste hoy en día en muchos países del mundo y puede influir en la calidad de vida de las personas con epilepsia y sus familias.

Las características de los ataques son variables y dependen de la zona del cerebro en la que empieza el trastorno, así como de su propagación. Pueden producirse síntomas transitorios, como ausencias o pérdidas de conocimiento, y trastornos del movimiento, de los sentidos (en particular la visión, la audición y el gusto), del humor o de otras funciones cognitivas.

Las personas con convulsiones tienden a padecer más problemas físicos (tales como fracturas y hematomas derivados de traumatismos relacionados con las convulsiones) y mayores tasas de trastornos psicosociales, incluidas la ansiedad y la depresión.

Del mismo modo, el riesgo de muerte prematura en las personas epilépticas es tres veces mayor que el de la población general, y las tasas más altas se registran en los países de ingresos bajos y medianos y en las zonas rurales más que en las urbanas. En esos países, una gran parte de las causas de defunción relacionadas con la epilepsia se pueden prevenir, por ejemplo, caídas, ahogamientos, quemaduras y convulsiones prolongadas.

En la actualidad, unos 50 millones de personas de todo el mundo padecen epilepsia. La proporción estimada de la población general con epilepsia activa (es decir, ataques continuos o necesidad de tratamiento) en algún momento dado oscila entre 4 y 10 por 1000 personas. Sin embargo, algunos estudios realizados en países de ingresos bajos y medianos sugieren una proporción mucho mayor, entre 7 y 14 por 1000 personas. (4)

Según estimaciones, se diagnostican anualmente unos 2,4 millones de casos de epilepsia. En los países de altos ingresos, los nuevos casos registrados cada año entre la población general oscilan entre 30 y 50 por 100 000 personas. En los países de ingresos bajos y medianos esa cifra puede ser hasta dos veces más alta.

Casi el 80% de las personas epilépticas viven en países de ingresos bajos y medianos.

Las Causas

El tipo más frecuente de epilepsia, que afecta a 6 de cada 10 personas, es la epilepsia idiopática, es decir, la que no tiene una causa identificable. La epilepsia con causas conocidas se denomina epilepsia secundaria o sintomática. Dichas causas pueden consistir en:

- daño cerebral por lesiones prenatales o perinatales (por ejemplo, asfixia o traumatismos durante el parto, bajo peso al nacer);
- malformaciones congénitas o alteraciones genéticas con malformaciones cerebrales asociadas;
- un traumatismo craneoencefálico grave;
- un accidente cerebrovascular que limita la llegada del oxígeno al cerebro;
- infecciones cerebrales como las meningitis y encefalitis o la neurocisticercosis. La Neurocisticercosis (NC) es la infección del sistema nervioso provocada por la larva de la lombriz *Taenia Solium* y se asocia a crisis convulsivas, cefalea, y déficit neurológico focal, por lo que puede llevar a secuelas neurológicas tales como epilepsia e hidrocefalia;
- algunos síndromes genéticos;
- los tumores cerebrales.

Los Tratamientos

La epilepsia se puede tratar fácil y asequiblemente con medicación diaria.

Estudios recientes en los países de ingresos bajos y medianos han revelado que hasta un 70% de los niños y adultos diagnosticados recientemente de epilepsia pueden tratarse con éxito (es decir, tener sus convulsiones completamente controladas) con fármacos anticonvulsionantes. Además, después de 2 a 5 años de tratamiento eficaz y una vez desaparecidas las convulsiones, los medicamentos se pueden retirar a un 70% de los niños y un 60% de los adultos, sin riesgo de ulterior recaída.

En los países de ingresos bajos y medianos, aproximadamente las tres cuartas partes de las personas epilépticas podrían no recibir el tratamiento necesario. Esto se denomina “brecha terapéutica”.

En muchos países de ingresos bajos y medianos la disponibilidad de medicamentos antiepilépticos es baja. Un estudio reciente reveló que la disponibilidad media de medicamentos antiepilépticos genéricos en el sector público de los países de ingresos bajos y medianos era inferior al 50%. Esto podría ser un obstáculo para acceder al tratamiento.

La mayor parte de los casos de epilepsia se pueden diagnosticar y tratar en el nivel de atención primaria de salud sin necesidad de ningún equipo sofisticado.

Los proyectos de demostración de la OMS indican que la capacitación de los dispensadores de atención primaria de salud para que puedan diagnosticar y tratar casos de epilepsia puede reducir realmente la brecha de tratamiento de la epilepsia. No obstante, la falta de dispensadores de atención de salud capacitados puede ser un obstáculo para el tratamiento de las personas epilépticas.

Prevención

La epilepsia idiopática no es prevenible, pero se pueden aplicar medidas preventivas frente a las causas conocidas de epilepsia secundaria.

- La prevención de los traumatismos craneales es la forma más eficaz de evitar la epilepsia postraumática.
- La atención perinatal adecuada puede reducir los nuevos casos de epilepsia causados por lesiones durante el parto.

- El uso de medicamentos y otros métodos para bajar la temperatura corporal de un niño afebrado puede reducir las probabilidades de convulsiones febriles.
- Las infecciones del sistema nervioso central son causas frecuentes de epilepsia en las zonas tropicales, donde se concentran muchos países de ingresos bajos y medianos.
- La eliminación de los parásitos en esos entornos y la educación sobre cómo evitar las infecciones pueden ser formas eficaces de reducir la epilepsia en el mundo, por ejemplo, los casos debidos a la neurocisticercosis.

Las causas y efectos de la epilepsia han generado un enorme interés desde hace muchos siglos. Ya Hipócrates, en el siglo V antes de Cristo, señaló que las manifestaciones convulsivas eran síntoma de un problema cerebral. Sin embargo, durante el transcurso de la historia las explicaciones místicas han resultado más convincentes y en consecuencia, enormemente extendidas.

A partir de 1950 se ha producido un importante avance científico en cuanto a la comprensión de esta enfermedad. No obstante, queda aún mucho camino por recorrer.

El desconocimiento actual sobre problemas que pueden presentar niños con epilepsia se ve reflejado en los ámbitos donde el niño se desempeña, especialmente en los ámbitos escolar y familiar. Así pues, resulta fundamental prestar atención a la realidad escolar, conductual, emocional y social del niño/a con epilepsia. El niño con epilepsia puede tener un desempeño intelectual y social totalmente normal acorde a su edad. La epilepsia no tiene nada que ver con enfermedad o deficiencia mental. (1)

Un hecho desde hace tiempo conocido y demostrado, es que una convulsión aislada de gran mal no conlleva la pérdida de neuronas, y que también las convulsiones de gran mal recurrentes (siempre y cuando no haya status o se presenten de forma sucesiva) no originan una discapacidad intelectual. La pregunta sobre los posibles "daños producidos por las convulsiones" es realizada con temor de manera habitual precisamente por los afectados, o sea los enfermos que padecen crisis y sus allegados. Temores que en ocasiones lamentablemente y en forma errónea, son confirmados por personas incompetentes. Pero también se sabe que los niños con epilepsia pueden presentar dificultades de aprendizaje, así como déficit atencional, enlentecimiento en el tiempo de reacción y niveles bajos en su autoestima. Todo ello repercute tanto en el ámbito escolar como psicosocial.

Resulta relevante valorar la posible aparición de estas problemáticas para poder iniciar una actuación temprana y prevenir la ansiedad que todo ello pudiera originar. En este punto, la escuela debe ajustar sus métodos de enseñanza a la realidad del niño, valorando cuáles van a ser las adaptaciones necesarias: desde la reducción en el volumen del material a trabajar y/o el aumento del intervalo de tiempo permitido para cada tarea hasta iniciar un proceso de adaptación curricular. Es cierto que habrá casos en los que nada de esto será necesario, pero es imprescindible realizar una valoración fundamentada. Ante ello, numerosos docentes afirman no disponer de información específica sobre epilepsia infantil.

Un comportamiento sobreprotector y de excesivo control va a producir una disminución de la autonomía y la autoconfianza del niño. Es cierto que muchos padres vigilan constantemente a sus hijos debido a la elevada frecuencia de crisis pero ello no debe confundirse con la sobreprotección que mencionamos. Podemos vigilar, acompañar a un niño sin sobreprotegerlo emocionalmente, podemos brindar apoyo sin anular su autonomía. Asimismo, estos niños son muy sensibles a las expectativas reducidas de los padres en relación a su desarrollo escolar, lo cual puede generar una ejecución pobre en este ámbito. Algo que ayuda eficazmente a minimizarlo es la presencia de material educativo en casa así como la participación activa de los padres en actividades de estimulación.

Es muy importante para la autonomía del niño, hacerle que participe de cuánto suceda a su alrededor. En el funcionamiento familiar, cada miembro de la familia ejerce algún rol que le identifica como miembro de la misma. El niño epiléptico va a ser “el niño que necesita un cuidado especial”. Debemos permitirle que, a la vez que “es cuidado” (por ejemplo cuando los padres le dan la medicación), “cuide” también él a los demás miembros de la familia en la medida en que pueda y sepa (por ejemplo, pidiendo su opinión de vez en cuando o reclamando su afecto). En definitiva, no debemos olvidar que el niño con epilepsia es ante todo un niño, y por ello necesita poder recibir y manifestar afecto así como asumir una trayectoria escolar que le permita adquirir conocimientos. Obviamente, para que todo ello pueda llevarse a cabo deben tenerse en cuenta las necesidades específicas según las características de la epilepsia, así como los rasgos personales de aquél niño en cuestión. Tal cosa no es fruto del trabajo independiente del médico que prescribe los fármacos, del profesor o de los padres, sino que es necesario que todos tomen parte del proceso.

Además, mediante nuestra reiteración y progresión en el trabajo debemos ser capaces de transmitir al niño la importancia de mirar siempre hacia delante, asumir su necesidad de pedir ayuda y potenciar su capacidad de poder ofrecer ayuda a los demás. Se trata pues, de ayudarlo a asumir el grado en que es diferente a los demás niños, y así que tomen conciencia sobre la necesidad de seguir pautas de medicación y cuidado, pero valorando a la vez ésa parte de niño que, al igual que al resto de compañeros de clase necesita ser elogiado, exigiéndole en todo momento el máximo que pueda dar de sí mismo. (2)

Las acciones de promoción apuntan a estimular los factores protectores de las personas y comunidades para enfrentar los desafíos de la vida diaria, mejorando su capacidad para manejar el estrés y promoviendo relaciones sociales de apoyo. Las actividades de promoción que el equipo de salud general debe realizar son necesariamente intersectoriales, con el objetivo de proponer, participar y aportar información técnica y material de apoyo para permitir, motivar y orientar a que individuos, familias y grupos refuercen, adquieran y compartan habilidades, estén mejor informados y se organicen para alcanzar y mantener un mejor nivel de salud. (6)

La promoción de la salud, puede ser considerada una mezcla de arte y ciencia. Como en Terapia Ocupacional, la pérdida del arte en la promoción de la salud significa el fracaso en el proceso y los resultados poco satisfactorios.

El verdadero arte en la promoción de la salud es aprender a aceptar y facilitar. Así, la estrategia y Plan de Acción sobre la epilepsia de la Organización Panamericana de la Salud sugiere que las intervenciones deben adecuarse a las condiciones locales teniendo en cuenta el ciclo de vida, el género y las particularidades socioculturales y étnicas de las poblaciones. Asimismo, debe incluir la educación para el autocuidado como un componente esencial, que reforzará la adherencia a la medicación y la adopción de otras conductas saludables que aseguren resultados positivos. En general se promueve aumentar el conocimiento sobre la epilepsia en la población y en las propias personas que tienen el trastorno y sus familias, así como mejorar el apoyo comunitario. (5)

La elaboración de esta estrategia de capacitación es consecuente con el hecho de que la educación en epileptología se reconoce como una necesidad a escala mundial y que la atención primaria de salud demanda un esfuerzo en este sentido. Precisamente, el equipo

básico de salud constituye el eslabón más cercano a la comunidad y es en él donde se han detectado errores frecuentes en el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia.

Las familias cercanas de las personas con epilepsia requieren de orientación y atención por el equipo de salud ya que utilizan fuertes mecanismos de sobreprotección, lástima y limitación en ocasiones innecesaria, además porque se estresa y tiene miedos específicos a los que necesita dar salida. (3)

La promoción de la salud es un proceso al cual Terapia Ocupacional puede contribuir. Así como el terapeuta ofrece intervenciones significativas basadas en la persona, en el trabajo en instituciones; en la promoción de la salud se puede ofrecer programas centrados en la comunidad. (2)

El Terapeuta Ocupacional que trabaja en la comunidad, debe focalizar su colaboración, y estar preparado para responder a las necesidades de las personas de maneras creativas e innovadoras. Basando sus intervenciones en el concepto de bienestar, y estando convencidos en nuestras destrezas profesionales para la intervención en la salud como en la enfermedad.

En Terapia Ocupacional se considera todos los aspectos de la persona, como un todo unificado, y este también es el foco en el trabajo comunitario. Las actividades de promoción de la salud deben considerar todas las "piezas" en cada tema específico. Considerando siempre, que la promoción de la salud es un proceso, una colaboración de muchas "piezas", y Terapia Ocupacional es una de ellas. (7)

El arte y el proceso de promoción de la salud incluye poner todas las partes juntas, creando una interacción continua entre el ambiente y el individuo. El individuo afecta el ambiente y hace cambios, y el ambiente responde en la salud y bienestar del individuo. La promoción de la salud, puede ser considerada una mezcla de arte y ciencia. Como en terapia ocupacional, la pérdida del arte en la promoción de la salud significa el fracaso en el proceso y los resultados poco satisfactorios.

El verdadero arte en la promoción de la salud es aprender a aceptar y facilitar el establecimiento de los deseos de la comunidad en el transcurso de la acción. Así terapia ocupacional puede ser el eslabón entre el individuo y la comunidad de manera de promover la salud para todos.

La prevención primaria se focaliza en reducir la incidencia de la enfermedad en la población a través de la modificación de los ambientes y del fortalecimiento de los individuos. (4)

Es tiempo de evaluar e identificar los factores que permiten a los individuos desempeñar una vida diaria saludable, así poder establecer programas que puedan ayudarlos a evitar discapacidades innecesarias.

Esto requiere que los T.O. se replanteen sus intervenciones, desde el marco conceptual biomédico a un marco social médico comunitario, asumiendo un rol activo en la construcción de comunidades saludables (Baum & Law, 1997).

El T.O. participa en las acciones comunitarias identificando aquellas condiciones que hacen la vida más difícil a cierto grupo de personas y busca soluciones. El concepto de prevención es relevante a la promoción de la salud. (7)

El diagnóstico de una epilepsia se acompaña con frecuencia de un impacto psicoemocional, tanto en el paciente cuando tiene edad suficiente para desarrollar esa vivencia, como en los familiares y especialmente en los padres cuando se diagnostica la enfermedad en un niño. Aparecen de inmediato las creencias generadas por ese concepto de enfermedad “especial”, tantas veces oculta, y que se vive, en algunos sectores sociales, como una carga que el paciente llevará durante toda su vida y que si es conocida en su entorno familiar y social puede llegar a ser un factor excluyente del mismo. Ésta es la razón por la que al elaborar una historia clínica e intentar hacer un árbol genealógico encontremos, en ocasiones, ausencia de antecedentes familiares de epilepsia, que posteriormente van apareciendo, al recabar información los interesados, como consecuencia de haber sido ocultados inicialmente. Es esencial por todo ello publicitar las realidades de la enfermedad como mejor método de ir venciendo los tabúes y falsas creencias, que siempre se enmarcan en conceptos prohibitivos y limitantes de la actividad social, familiar, lúdica e incluso académica y laboral de los portadores de una epilepsia.

Aclarar estos conceptos conlleva una mejoría notable de la calidad de vida, por ello es necesario comparar las creencias populares con las realidades, para poder comprobar cómo las diferencias pueden llegar a ser asombrosas. La información correcta proporciona a los pacientes la evidencia de que la enfermedad no es excluyente, permitiéndoles

desarrollar prácticamente todas las actividades cotidianas, estando limitadas únicamente y en algunos casos aquellos que podríamos considerar excepcionales. (8)

Marco Institucional

El proyecto de intervención se llevará a cabo en el Centro Integrador Comunitario, sede Servicio de Salud Mental de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos, Provincia de Buenos Aires, es una entidad municipal que depende de la Secretaria de Salud. El servicio que brinda es en Atención Primaria de Salud.

El proyecto de intervención se incluye en Programa de Salud Social y Comunitaria de la Nación y a nivel provincial con profesionales de la salud de la Secretaria de Salud Pública.

Objetivo General

- Brindar información acerca del auto cuidado y la adquisición de conductas saludables del niño con diagnóstico de epilepsia en los diferentes ámbitos de actuación (familia, escuela).

Objetivos específicos

- Aportar información técnica y material de apoyo para comunidad educativa
- Brindar orientación a familiares de niños con diagnóstico de epilepsia para alcanzar un mejor nivel de salud.

Personas destinatarias

Directas. Familias y comunidad educativa de niños con diagnóstico de epilepsia

Indirectas. Niños con diagnóstico de epilepsia

Localización física y ámbito territorial

Localización física

Los encuentros con la comunidad educativa se realizarán en el Auditorio Municipal de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos, espacio cedido por la Municipalidad para los encuentros de Centro Integrador Comunitario sede Salud Mental.

Los encuentros con las familias se realizarán en los ocho centros de atención primaria de salud. (CAPS) ubicados en barrios aledaños de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos.

Ámbito territorial

San Nicolás de los Arroyos. Provincia de Buenos Aires. Argentina.

Actividades y tareas

Niveles de ejecución

Son los siguientes:

Acciones a realizar

El dispositivo tiene el propósito de servir de instrumento orientador de la programación de los recursos y prestaciones del sistema, definiendo un conjunto de actividades básicas para dar respuesta a las necesidades de atención de esta población determinada.

- Actividades para la promoción en la familia y a la comunidad educativa.
- INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA, realizada por la T.O, Asistente Social, Psicólogo, Médico u otro integrante del equipo de salud mental e prevención primaria de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos.
- Nivel de ejecución informativo (familiarización): Se facilita al equipo básico de salud información científica actualizada sobre epileptología a través de conferencias, materiales impresos y en soporte magnético.
- Nivel de ejecución aplicativo (talleres participativos): Se organizan actividades participativas con las familias y la comunidad educativa de los niños con diagnóstico de epilepsia

Comunidad Educativa

Se realizará una encuesta simple que posibilitará evaluar los conocimientos previos de los asistentes.

Introducción teórica

Actividades

Cantidad de participantes: 30 docentes.

Encuentros: 12 encuentros.

Frecuencia: 1 vez por mes.

Días estipulados: miércoles de 14 a 16 hs.

Dinámica: los docentes se dividirán en 3 grupos de 10 personas. Se le entregará un cuento a cada grupo donde se trabajará sobre la epilepsia.(Anexo)

Objetivo de la dinámica: Sensibilización y reflexión acerca de la epilepsia.

En forma de cierre cada uno de los grupos contará el cuento con imágenes eligiendo un representante que posibilitará el debate.

Encuentros con familiares de niños con epilepsia.

Se realizará una encuesta simple que posibilitará evaluar los conocimientos previos de los asistentes.

Actividades:

Frecuencia: 1 vez por mes.

Duración: 8 meses.

Lugar: 8 CAPS (centro de atención primaria de salud).

Duración: 2 horas.

Dinámica: se informará con apoyos gráficos y soporte técnico (presentación con imágenes en PowerPoint) información general y específica de cómo afrontar la epilepsia en las diferentes áreas. (Anexo IV)

A modo de cierre se promoverá un debate con intervención de todos los participantes, coordinado por el T.O, quien destacará los conceptos centrales para el adecuado conocimiento de la enfermedad.

Para evaluar si la intervención produjo cambios en los concurrentes se realizará una breve encuesta en la misma jornada, antes y después de la intervención.

Objetivo General	Objetivos específicos	Objetivos operativos
<p>-Brindar información acerca del autocuidado y conductas saludables del niño con diagnóstico de epilepsia</p>	<p>1.1-Aportar información técnica y material de apoyo para comunidad educativa</p>	<p>1.1.1- Brindar información sobre epilepsia Indicador- encuentros de salud y educación</p> <p>1.1.2- Elaboración de video para brindar información Impresión de cuentos para trabajo grupal Indicador: elaboración de video. Distribución de 3 cuentos en soporte papel.</p>
	<p>1.2-Brindar orientación a familiares de niños con diagnóstico de epilepsia para alcanzar un mejor nivel de salud.</p>	<p>1.2.1- realizar relevamiento en 8 CAPS (Centro de Att. Primaria de Salud)</p> <p>Indicador: presentación de video descripción por áreas de cómo afrontar la epilepsia.</p>

Calendario de trabajo

2017	<u>Febrero</u>	<u>Marzo</u>	<u>Abril</u>	<u>Mayo</u>	<u>Junio</u>	<u>Julio</u>	<u>Agosto</u>	<u>Sept.</u>	<u>Oct.</u>	<u>Nov.</u>	<u>Dic.</u>
Análisis de antecedentes	Reunión con C.E.T										
Actividades para la promoción con la familia	Reunión con pediatra de los C.A.P.S	Convocatoria a familia de niños con diagnóstico de epilepsia	B° 25 de Mayo	B° 9 de Julio	B° Asonia	B° Del Carmen	B° 7 de Septiembre	B° A'va mbaé	La Emilia	B° Santa Rosa	Campos Salles
Actividades para la promoción con la comunidad educativa	Reunión con profesionales del C.I.C	AM	AM	AM	A.M	A.M	A.M	A.M	A.M	A.M	A.M

C.E.T:Centro de Estimulación Temprana.

C.A.P.S:Centro de Atención Primaria de Salud.

A.M:Auditoria Municipal

Administración del proyecto

Organización interna

Ámbito de gestión

Departamento de Desarrollo Social. Sede Servicio de Salud Mental. Encuentros de Salud y educación

Área: Salud y educación

Programa: Salud social y comunitaria

Equipo responsable

Profesionales de Salud de la Secretaria de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires.

Fonoaudióloga, psicopedagoga, psicóloga, pediatra. Espacio coordinado con el Centro de Estimulación Temprana (C.E.T)

- Persona coordinadora: Terapista Ocupacional

Dinámica de trabajo

Se realizarán reuniones semanales para coordinar trabajo y distribución de tareas.

Acciones

- Organización de material de trabajo
- Folleteria
- PowerPoint
- Impresión de material de trabajo (Encuestas-cuentos)

Coordinación externa

Se coordinará el trabajo con el Centro de Estimulación Temprana, a fin de detectar niños con diagnóstico de epilepsia para convocar a los padres a reuniones de información preventiva.

Coordinación con CAPS centros de prevención primaria en salud por zonas y delegaciones.

Se trabajara con pediatras para la convocatoria a familias con niños con diagnóstico de epilepsia que asistan a ocho (CAPS).

Promoción y difusión.

El proyecto se comunicará a las instituciones educativas, invitando desde la entidad municipal, sumándose a las diferentes jornadas que se realizan mensualmente por vía mail donde se comunicarán días y horarios de encuentros

Folletos informativos para colocar en sala de espera de CAPS

Recursos humanos

El personal con contrato estable con el que cuenta el CIC área de Salud Mental, asisten de lunes a viernes cuatro horas.

- Fonoaudióloga,
- Psicopedagoga
- Psicóloga
- Pediatra

La terapeuta Ocupacional coordinará el proyecto asistiendo dos veces por semana para organizar los encuentros, siendo contratada en forma temporal por un año.

Horas de trabajo semanales:

La exposición en el Anfiteatro Municipal se realizará los días miércoles, contando con 4 horas de trabajo con la comunidad educativa.

Una vez por mes asistiremos a los CAPS (8) a realizar encuentros con los padres coordinando con el CET (Centro de Estimulación Temprana.)

Cantidad de horas: 4 cuatro

Se realizarán reuniones semanales con el equipo en el CIC para coordinar el trabajo de difusión en la comunidad educativa y revisión de casos para la convocatoria según necesidad.

Se realizarán reuniones semanales con cada uno de los CAPS para realizar convocatoria para padres.

Cantidad de horas: 4 cuatro

Recursos materiales y técnicos

- Cañón
- Dispositivo de proyección
- Cesión de espacio (Auditorio Municipal)

Recursos materiales

- Tríptico para invitación de instituciones
- Material fotocopiado
- Encuestas
- Cuentos infantiles
- Lapiceras
- Hojas blancas

Presupuesto.

- Recursos humanos: Los profesionales convocados para este proyecto pertenecen a la planta estable de C.I.C (Centro Integrador Comunitario). Esta actividad se incluirá en la planificación de sus actividades de promoción anual.

La Terapeuta Ocupacional cobrará por 12 horas semanales, será contratada en forma temporal para la implementación del proyecto.

La T.O cobrará honorarios según está estipulado por la Municipalidad: sueldo básico por 12 horas mensuales- \$ 4200

- Recursos materiales: Los materiales serán suministrados por la Municipalidad utilizando el presupuesto que fue destinado al área de Salud Mental.

- Material fotocopiado -400 copias –(encuestas)
- Costo:\$500
- Lapiceras –
- Cantidad: 60
- Costo: \$300
- Hojas blancas 2 resma
- Costo: \$200.
- Cuentos infantiles en fotocopiado - 3 por encuentro.Costo: \$800

Evaluación del proyecto

Para ofrecer una atención que integre el manejo adecuado de la vida emocional y la adaptación psicosocial a la enfermedad de las personas con epilepsia se debe tener en cuenta:

- La orientación especializada en los ámbitos donde se desempeña el niño (escuela) que incluya desvanecer los estigmas que acompañan a la afección, debe dirigirse al niño integrando a la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad en general.
- Conceder el mismo nivel de importancia a la atención de los factores neurobiológicos y medicamentosos que a los de orden psicológico y social con enfoque multidisciplinario.
- Lograr que el paciente aprenda a expresarse libremente sobre su enfermedad, que incorpore hábitos de autoprotección y asuma su autocuidado con responsabilidad,
- Orientar a la familia para que elimine la sobreprotección y otros mecanismos dañinos, para que contribuya al desarrollo de estilos de vida y comportamientos saludables, al crecimiento personal de su enfermo y pueda disponer de los recursos para potenciar sus acciones como grupo de apoyo social.

Finalmente, podemos plantear que las guías aportan herramientas de trabajo para evitar la inadaptación psicosocial, los trastornos emocionales y la incapacidad para el autocuidado en pacientes con epilepsia.

Anexo I

Encuesta

1. ¿Sabés que es la epilepsia?
2. ¿Conoces algún niño con epilepsia?
3. ¿Qué harías si un niño tiene una crisis?
4. ¿Cuáles son las cosas que se deben hacer en caso de crisis?
5. ¿Cuáles son las cosas que No deben hacer en caso de crisis?

Anexo II

¿Qué debemos hacer cuando nos encontremos ante una crisis epiléptica?

1. ACTUAR CON CALMA Y OBSERVAR LOS DETALLES.
2. PROTEGER DE LOS GOLPES Y EVITAR QUE SE DAÑE.
3. NO INTRODUCZA NADA EN LA BOCA.
4. PONER AL PACIENTE TUMBADO DE LADO Y ASEGURARSE QUE TIENE LAS VÍAS RESPIRATORIAS LIBRES (NO OBSTRUIR NARIZ O BOCA).

¿QUÉ SE DEBE HACER?

- a) Mantenga la calma y no se asuste. No sujete ni trate de reanimar a la persona; por lo general, ella recuperará la conciencia en pocos minutos. Aunque aparentemente no respire, no necesita respiración artificial. No intente sujetarlo para que no convulsione, sólo evite que se haga daño.
- b) Evite que se haga daño. Aléjelo de objetos que puedan hacerle daño u ocasionarle peligro. Sujételo, si le es posible, para evitar que se haga daño al caer e intente tumbarlo de lado en el suelo o en una superficie blanda (cama, sofá, etc.). Colóquele una almohada o algo blando debajo de la cabeza para evitar que se golpee. Epilepsia 8.qxp 09/11/2005
- c) Ayúdele a respirar. Intente despejar las vías respiratorias (nariz y boca) para ayudarlo a respirar. Afloje el cuello de la camisa, corbata u otra prenda ajustada que pueda dificultarle la respiración. Una vez pasada la crisis, recuperará su ritmo respiratorio.
- d) No interfiera en sus movimientos. Tome su cabeza y evite que se golpee. Puede ponerlo de costado para que respire mejor y pueda expulsar los vómitos, si los hubiera. No trate de abrirle la boca a la fuerza. Solo conseguirá dañarle a él y a usted mismo. La mordedura de lengua ocurre en la primera fase de la crisis y es un

daño menor, al que le ocasionaría al intentar abrir la mandíbula en contracción durante la misma. No coloque pañuelos ni otros objetos entre sus dientes. Solo conseguirá dificultarle la respiración.

- e) Observe atentamente todo lo que ocurre durante la crisis. El elemento más útil para un adecuado diagnóstico de las crisis es un relato lo más detallado posible de todo lo que ocurre durante ellas. Esta información es más importante que cualquier prueba de diagnóstico que pueda efectuarse posteriormente. Recuerde que la crisis es auto limitada y que es muy importante recordar las características de la misma para su correcto diagnóstico y tratamiento. Epilepsia

¿QUÉ DEBEMOS HACER CUANDO NOS ENCONTREMOS ANTE UNA CRISIS EPILÉPTICA?

Espere pacientemente. No es necesario llevar a la persona a un Servicio de Urgencia, excepto si la crisis dura más de quince minutos o si se repite una crisis tras otra sin recuperar la conciencia. Es frecuente que después de la crisis el paciente caiga en un sueño profundo o se encuentre cansado y algo desorientado. No le interrumpa, déjele descansar. Tras la crisis háblele, oriéntele y ayúdele en el traslado a su casa o trabajo. Déjelo descansar hasta que se recupere totalmente.

¿QUÉ NO SE DEBE HACER?

1. No es necesario realizar respiración artificial. Los cambios de coloración de la piel se producen a causa de la reactividad de los vasos cutáneos. No hay riesgo de que el paciente se ahogue con su lengua. Los ruidos se deben a la falta de coordinación de la respiración y al aumento de secreciones. Al terminar la crisis recuperará su ritmo respiratorio normal.
2. No se debe sacudir o golpear al epiléptico. La crisis comienza y se interrumpe de forma espontánea. Son auto limitadas.

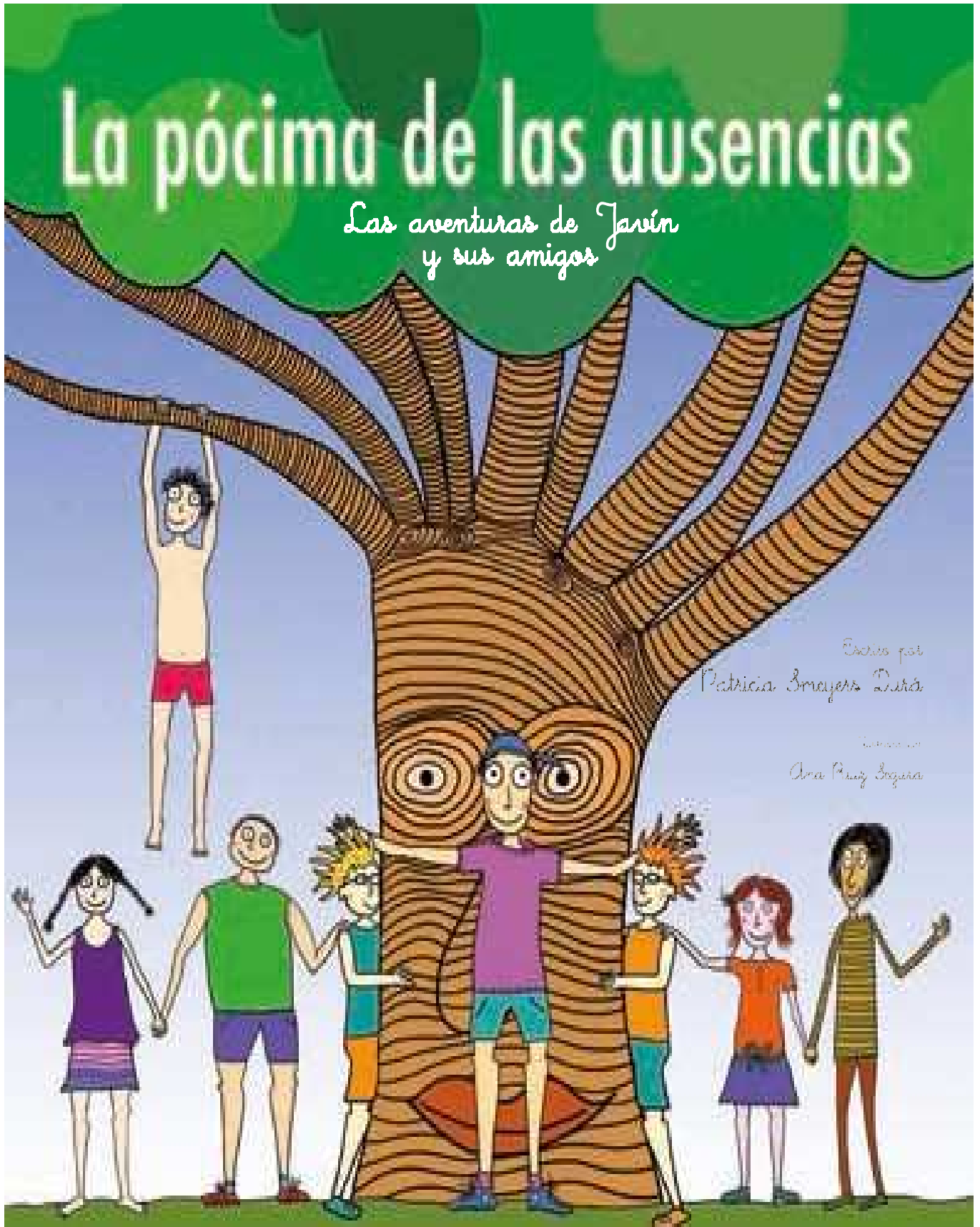
3. No hay que ponerle alcohol en la frente. No hay razón para frotarle la frente con alcohol. Esta medida no tiene ninguna utilidad para controlar las crisis convulsivas, y en cambio se corre el riesgo de que se produzcan lesiones químicas si el alcohol entra en contacto con los ojos. No hay que echarle agua ni realizar otras medidas para despertarlo. El paciente estará sin conciencia mientras dure la crisis y sólo se le puede perjudicar.
4. No es útil administrarle medicamentos por la boca. El epiléptico está inconsciente, el mecanismo para tragar está falto de coordinación en ese momento, por lo que se le puede provocar un cuadro de asfixia. Además, los medicamentos anticonvulsivos no hacen efecto inmediatamente, por lo que no tienen efecto en una crisis aguda. Los cambios en el control de las crisis se aprecian cuando los fármacos ya han llegado a la sangre en cantidades suficientes y tras siete días como mínimo de iniciar un tratamiento. Se puede administrar tratamiento sedante por vía rectal que se absorbe por el paquete venoso hemorroidal y pasa directamente a sangre, con una acción inmediata, igual que si se administrara por vía intravenosa. No administrar fármacos por vía intramuscular, dado que la crisis ya ha terminado cuando inician su efecto y lo que se consigue es dejar al paciente más somnoliento después de terminar ésta.
5. Pasada la crisis no se necesita ningún sedante. Una vez que el epiléptico deja de convulsionarse y está dormido, ya no es necesario. Los medicamentos que se usan para interrumpir las crisis son sedantes de acción corta (su efecto dura entre 20-40 minutos), por lo que una vez pasada la crisis no tienen utilidad.

RESUMEN

- No es necesario realizar respiración artificial. Evite que se haga daño.
- Ayúdele a respirar. No interfiera en sus movimientos.
- Observe atentamente todo lo que ocurre durante la crisis. Espere pacientemente a que termine la crisis.

- No es necesario realizar respiración artificial.
- No se debe sacudir o golpear al epiléptico.
- No hay que ponerle alcohol en la frente.
- No es útil administrarle medicamentos por la boca.
- Pasada la crisis no se necesita ningún sedante.

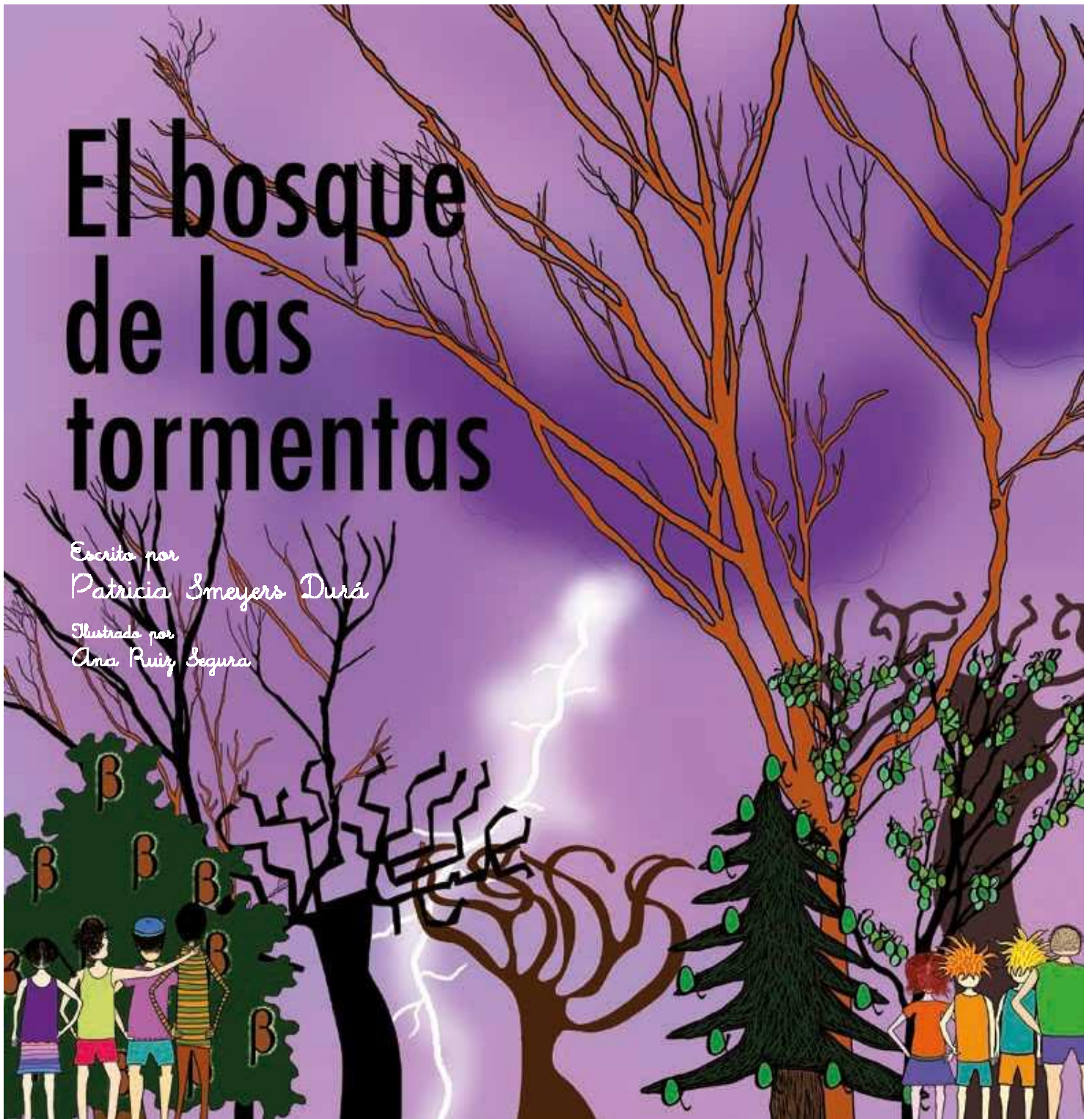
AnexoIII



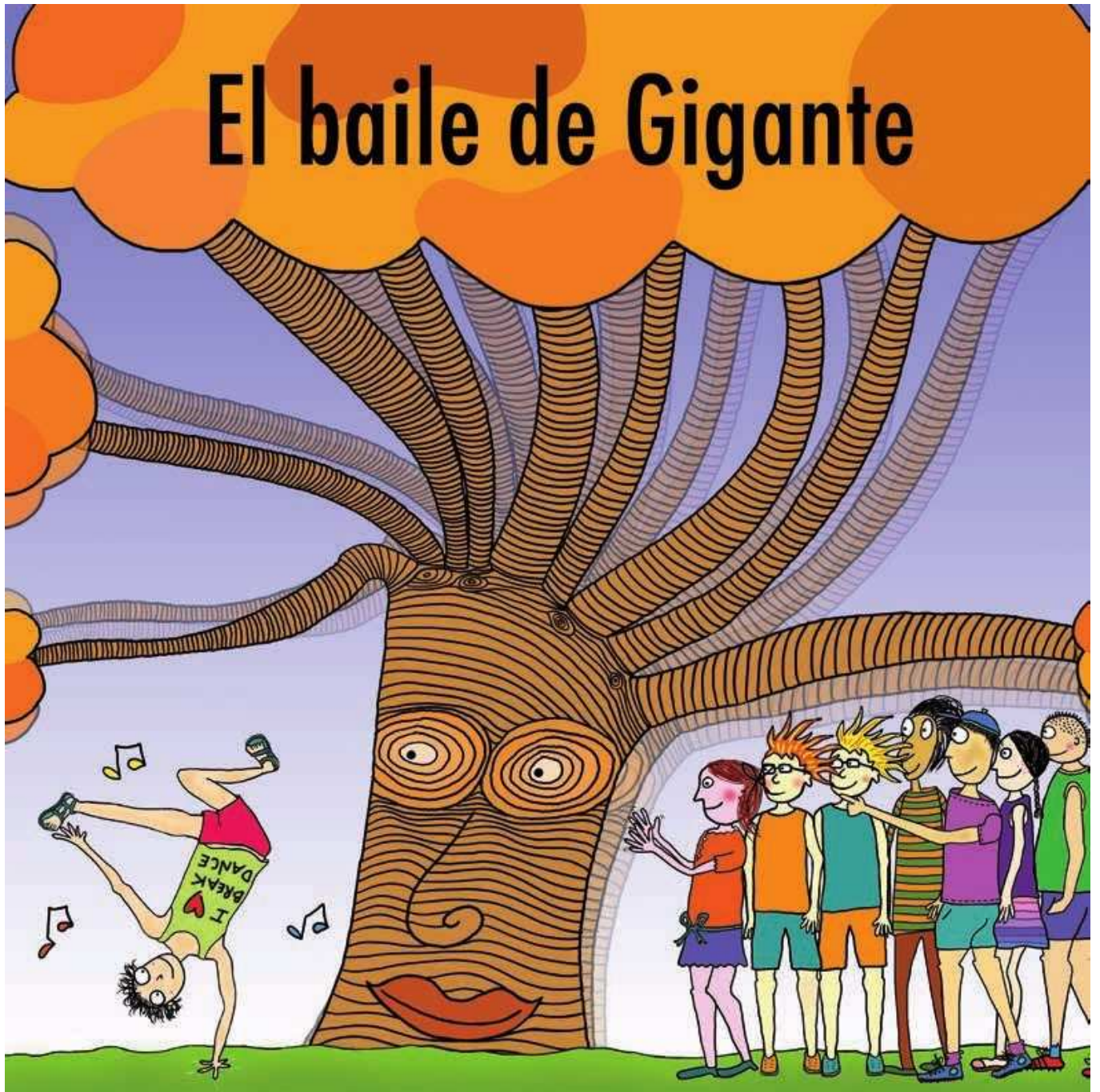
El bosque de las tormentas

Escrito por
Patricia Smeijers Durá

Ilustrado por
Ana Ruiz Segura





El baile de Gigante







Anexo IV

LIMITACIONES DE LA VIDA COTIDIANA EN LA EPILEPSIA		
	Comentario popular	Realidad
 Obligaciones académicas	No debe esforzarse, ya que el exceso de horas de estudio puede llegar a ser un factor de descompensación.	Las limitaciones se basan en una injustificada sobreprotección que perjudica y marca al paciente.
 Información al paciente de su enfermedad	Hay que evitarlo para no "acomplejarle".	Es necesaria una información clara a partir de la adolescencia. Es la mejor manera de desmitificar la enfermedad.
 Viajes	Es mejor evitarlos por el temor a una descompensación lejos de casa. En cualquier caso, los viajes en avión son especialmente problemáticos en un paciente con epilepsia.	Puede y deben hacerse, con la precaución de no olvidar la medicación, por la posibilidad de no encontrarla en el lugar de destino. No existe contraindicación para viajar en avión o cualquier otro medio.
 Vida social	Hay que protegerlo y evitar que sea discriminado.	No habrá restricciones. Únicamente hay que avisar del riesgo de la privación de sueño y del abuso del alcohol, como factores de descompensación.

CONSIDERACIONES SOBRE LA MEDICACIÓN





	Comentario popular	Realidad
<p>Número de tomas del fármaco</p> 	<p>Cuanto mayor sea el número de tomas al día, mayor será la protección del paciente.</p>	<p>La mayoría de los fármacos permiten la administración en dos tomas al día con una completa eficacia, salvo algunos pocos que requieren tres tomas.</p>
<p>Ritmo de administración del fármaco</p> 	<p>Debe administrarse con periodicidad horaria rigurosa.</p>	<p>Debe administrarse con las comidas (desayuno y cena), sin influir las variaciones horarias existentes entre los diferentes días de la semana y/o las diferentes épocas del año.</p>

ESCUELA - RENDIMIENTO Y APRENDIZAJE - UNIVERSIDAD

	Comentario popular	Realidad
 <p>Información a los profesores</p>	No es conveniente, debe ocultarse. Se corre el riesgo de discriminación.	Es imprescindible comunicarlo, ya que si surgen problemas se pueden solucionar mejor.
 <p>Exigencia escolar</p>	No debe forzarse al niño, para evitar descompensaciones de la enfermedad.	Debe exigirsele como a los demás niños, sin sobreprotegerle.
 <p>Rendimiento escolar</p>	Habitualmente es muy bajo.	Puede ser normal e incluso por encima de la media, salvo en las encefalopatías epilépticas.
 <p>Nivel universitario</p>	Debe ocultarse para evitar ser discriminado al llegar la etapa profesional.	Debe informarse a los amigos más próximos e íntimos para evitar problemas si tiene crisis.




ÁREA LÚDICA

(Deportes, entretenimiento, diversiones, relación social...)

	Comentario popular	Realidad
 <p>Deportes</p>	No deben practicarlos, la fatiga provoca la aparición de crisis.	Es recomendable ya que favorece al paciente y mejora la interacción social.
 <p>Deportes que han de ser evitados</p>	Han de ser evitados todos.	Submarinismo, montañismo, motociclismo y aquellos que requieran el empleo de vehículos a motor.
 <p>Deportes que han de ser vigilados</p>	No deben practicar deportes.	Natación, ciclismo (por lugares no transitados por automóviles).
 <p>TV, Videojuegos, Ordenador.</p>	Es perjudicial para cualquier paciente diagnosticado de epilepsia.	No existe contraindicación para su utilización.

ÁREA LÚDICA

(Deportes, entretenimiento, diversiones, relación social...)



	Comentario popular	Realidad
Proximidad de la pantalla 	Siempre debe estar alejada al menos tres metros.	Esta recomendación sólo ha de aplicarse en las epilepsias fotogénicas (fotosensibilidad detectada al aplicar ELI* en el EEG**).
Tiempo de exposición a la TV, Ordenador, Videojuegos. 	El menor tiempo posible.	No hay limitación por la enfermedad epiléptica, salvo en las fotogénicas, en las que se debe ser prudente.
Discotecas 	Deben ser prohibidas en los pacientes epilépticos.	No existe el menor grado de prohibición, salvo en las epilepsias fotogénicas en donde las luces potentes e intermitentes son perjudiciales.

* ELI: ESTIMULACIÓN LUMINOSA INTERMITENTE.


** EEG: ELECTROENCEFALOGRAMA.

ÁREA LÚDICA

(Deportes, entretenimiento, diversiones, relación social...)





	Comentario popular	Realidad
<p>Tabaco</p> 	<p>Puede empeorar la epilepsia e interactuar con algunos fármacos antiepilépticos.</p>	<p>No influye en absoluto sobre la epilepsia, aunque debe recomendarse no fumar como medida sanitaria general de primer orden.</p>
<p>Alcohol</p> 	<p>No debe consumirse en absoluto, debiendo evitar asimismo el etanol que se emplea como excipiente en diversos fármacos.</p>	<p>Pequeñas cantidades de alcohol no son nocivas (un vasito de vino, una cerveza, etc.). Deben evitarse los licores con alta gradación. No hay el más mínimo problema con el etanol empleado como excipiente de fármacos.</p>

ALIMENTACIÓN - APARATO DIGESTIVO




	Comentario popular	Realidad
 <p>Café, Té, Chocolate</p>	No deben ser consumidos por personas con epilepsia por riesgo de descompensación de las crisis.	No existe el menor grado de riesgo, es decir, pueden ser libremente consumidos.
 <p>Embutidos, Especies, Picantes, Conservas</p>	No deben ser consumidos por personas con epilepsia por riesgo de descompensación de las crisis.	No existe el menor grado de riesgo, pueden ser libremente consumidos.
 <p>Vómitos</p>	Acudir con urgencia a un centro hospitalario ante el riesgo de descompensación epiléptica.	Habitualmente no habrá problemas, aunque es conveniente tener alguna precaución. (Ver cuadro de página 80).
 <p>Diarrea</p>	Acudir con urgencia a un centro hospitalario ante el riesgo de descompensación epiléptica.	Sólo es importante si es muy severa, como ocurre con los vómitos, en cuyo caso puede ser necesario el empleo de tratamiento antiepiléptico endovenoso.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN Y VÓMITOS

Relación de tiempo entre la toma de medicación y el vómito	Actitud a seguir con la dosis de medicación que se administró
Menos de 15 minutos 	Repetir la administración de la dosis. 
De 15 a 30 minutos 	Administrar la mitad de la dosis. 
Más de 30 minutos 	No precisa administrar más medicación. 

VACUNAS - FIEBRE - ANESTESIA		
	Comentario popular	Realidad
 <p>Vacunas</p>	Son inductoras de crisis, deben evitarse.	Deben administrarse como a cualquier otra persona. La vacuna DTP (difteria-tétanos-tos ferina) acelular es más recomendable.
 <p>Fiebre</p>	Los antitérmicos son perjudiciales, por bloquear el efecto de los antiepilépticos.	En general no hay problema en este sentido.
 <p>Anestesia</p>	Tiene un elevado riesgo de descompensación epiléptica	No hay más riesgo que en cualquier otra persona, pero debe tenerse en cuenta el obligado período de ayuno preanestésico para distribuir adecuadamente las tomas de FAEs.
 <p>Anticonceptivos orales</p>	Es peligroso su empleo cuando se está siguiendo tratamiento antiepiléptico.	No hay peligro alguno, salvo que algunos antiepilépticos disminuyen el efecto de los anticonceptivos.

LIMITACIONES DE LA VIDA COTIDIANA EN LA EPILEPSIA

	Comentario popular	Realidad
 <p>Sueño.</p>	Siempre se altera como consecuencia del efecto de los fármacos antiepilépticos.	Si hay exceso de sueño hay que consultar al neurólogo para valorar un posible efecto adverso de los FAEs. La disminución de las horas de sueño genera riesgo de descompensación epiléptica. Si hay una fiesta nocturna es aconsejable "compensar" con sueño diurno (siesta).
 <p>Comidas</p>	Hay que excluir determinados alimentos (picantes, especias, carne de cerdo, cacao y chocolate, café).	La dieta será libre, sin limitaciones, salvo las que por cualquier otra causa necesite el paciente.
 <p>Bebidas</p>	Hay que excluir cualquier bebida con alcohol, así como bebidas gaseadas y las diferentes tipos de colas.	No hay razón para excluir las colas ni las distintas bebidas gaseadas. El alcohol con moderación y ocasionalmente, puede tomarse. Es más perjudicial la discriminación que supone la prohibición absoluta.

Resumen Bibliográfico

1. OMS | Epilepsia. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/
2. El niño epiléptico en atención primaria. A. Fernández-Jaéna, B. Calleja-Pérez. Neurología Infantil. Hospital La Zarzuela. Atención Primaria. Pediatría. Área Insalud. Madrid. Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 28/06/2016
3. Liga Argentina de Lucha contra la Epilepsia, www.lace.org.ar www.alce.org.ar/CAMPAÑAMUNDIAL.pdf
4. Programa de Epilepsia de la Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. <http://www.ms.gba.gov.ar/programas/proepi>
5. Vivir y Comprender la epilepsia. J.L. Herranz Ed. JanssenCilag
6. Plan Estratégico de Acción de Epilepsia en las Américas - ©2011 <https://www.ligaepilepsia.cl/info-medicos/plan-estrategico-de-accion-de-epilepsia>
7. TERAPIA OCUPACIONAL EN EL TRABAJO DE SALUD COMUNITARIA. Lic. en T.O. Mariel Pellegrini .Diciembre 2004. www.terapia-ocupacional.com/articulos/Salud-Comunitaria.shtm
8. 8-Cómo afrontar la epilepsia: una guía para pacientes y familiares. Fecha publicación: 01/12/2005. https://www.pfizer.es/salud/.../afrontar_epilepsia_una_guia_pacientes_familiares.html

Bibliografía

- Historia de la epilepsia García Albea Ristol Esteban Ed. Masson. Convulsiones neonatales. J. Campistol. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica Sugerencias a la nueva clasificación de las crisis
- Síndrome de Dravet. Documento pdf aportado por Monica Ramis. Colaboradora de la Fundación IDEA-League
- Epilepsia y discapacidad. G.A. Cruz Campos, F.J.Vadillo Olmo Ed. Viguera 2005 2
- Entrevista con el Dr. Antonio Gil Nagel, Especialista en epilepsia.
- Cirugía de la epilepsia. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), Madrid, abril de 1998. José L. Conde Olasagasti
- Evaluación en la cirugía de la epilepsia. F. Maestú et al REV NEUROL 2000epilépticas J.L. Herranz. REV NEUROL 1998
- Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica, Prevalencia e incidencia de la epilepsia en la infancia. R. Palencia. REV NEUROL 2000
- Características clínicas de las epilepsias del adolescente. S.I. Pascual-Pascual REV NEUROL 1999
- Epilepsias mioclónicas en el joven y en el adulto. J. Salas-Puig, S. Calleja REV NEUROL 1999
- Epilepsia y discapacidad. G.A. Cruz Campos, F.J.Vadillo Olmo Ed. Viguera 2005
- Síndromes epilépticos catastróficos en el niño. M.Nieto Barrera. 2001
- Epilepsia farmacorresistente del lóbulo temporal. Exploración con electrodos del foramen oval y resultados quirúrgicos. R.G.Sola et al.REV NEUROL 200
- Dieta cetógena en la epilepsia refractaria infantil: respuesta electroclínica, complicaciones y efectos secundarios. L.R.Panico, et al. REV NEUROL 20002
- Entrevista con el Dr. Antonio Gil Nagel. Especialista en epilepsia.
- Fármacos antiepilépticos. Armijo JA, HerranzJL.Medicine 1998
- Impacto clínico y económico de los fármacos genéricos en el tratamiento de la epilepsia A.Argumosa, J.L. Herranz. REV NEUROL 2005
- Tratamiento antiepiléptico. Vigilancia y Controles. José Luis Herranz Fernández. www.vademecum.es

- Problemas de aprendizaje y lenguaje en niños epilépticos. F. Mulas, S. Hernández; C.M. Etchepareborda.
- Manifestaciones psicológicas de la epilepsia en la infancia. J. Artigas. REV NEUROL 1999. Epilepsia y trastornos del aprendizaje. Archila G. REV NEUROL 1997
- Efectos de los fármacos antiepilépticos en la cognición. A.P.Aldenkamp et al. REV NEUROL 2002
- Trastornos del neurodesarrollo y epilepsia. R.F.Tuchman et al. REV NEUROL 2005
- Alteraciones neuropsicológicas en epilepsia. J.A.Mauri-Llerda et al. REV NEUROL 2001
- Dificultades del aprendizaje en los niños epilépticos. F. Mulas a, et al. REV NEUROL 2006
- Epilepsia y aprendizaje: enfoque neuropsicológico. M.C. Etchepareborda REV NEUROL 1999
- Efectos cognitivos de los fármacos antiepilépticos J. MalagónValdez REV NEUROL 2003
- Neuropsychologie et Épilepsies Novartis, 2007
- Sentimiento de seguridad y epilepsia. Gladys A. Rojas Sánchez, Helena Lorenzo Corrales 2008. L'épilepsie en clases. Novartis 2004