CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Epilepsia es una enfermedad compleja que deja secuelas en los niñ@s.

Un número considerable de casos mediante los métodos de diagnóstico disponibles actualmente, no es posible determinar la causa y son las formas de epilepsia llamadas primarias.

Cuando se determina el origen se denomina epilepsia secundaria las causas principales son daños por asfixia que sufre el cerebro al momento de nacer por una atención inadecuada del parto, traumatismos en la cabeza, otras causas que puede producir la epilepsia son el alcoholismo, tumores cerebrales.

En el centro de desarrollo infantil luz del mañana ubicado en Carcelén bajo. Un niño de 5 años tuvo un ataque epiléptico las profesoras no sabíamos que hacer en esta situación. Luego de averiguar los motivos de este incidente me interese en el tema y empecé a preguntar documentarme, yo como docente en esta situación no quisiera tener que pasar por lo que viví en ese momento angustia por no saber cómo actuar. Así el tema planteado responde a esa inquietud vivida en el lugar donde lo haré actualmente.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿La epilepsia al no ser tratada que secuelas produce en los niñ@s de 5 a 6 años?

OBJETIVOS

Objetivo general

➢Identificar las secuelas que la epilepsia deja en los niñ@s de 5 a 6 años del Centro de Desarrollo Infantil Luz del Mañana destinado a los docentes del Distrito Metropolitano de Quito

Objetivos específicos

➢ Motivar la realización de los deportes a las personas que padecen de epilepsia.

➢ Elaborar una guía para orientar a docentes sobre la epilepsia en niñ@s de 5 a 6 años del Centro de Desarrollo Infantil Luz del Mañana.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

¿QUÉ ES LA EPILEPSIA?

(http://familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/epilepsy.html)Para comprender que es la epilepsia se debe conocer cómo funciona normalmente el cerebro. El mismo tiene millones de neuronas que son células que tienen axones, los cuales conforman una red de conexiones. Cada neurona mantiene un estado eléctrico que es capaz de transmitirse con otras células. (pág. 5)

¿CUÁLES SON SUS CAUSAS?

(http://www.binasss.sa.cr/poblacion/epilepsia.htm) Las causas de la epilepsia varían. Se pueden producir crisis en una etapa determinada de la vida y con el tiempo cesan; otras causan epilepsia de manera crónica. (pág. 56)

Cuando se determina el origen se denomina epilepsia secundaria las causas principales son daños por asfixia que sufre el cerebro al momento de nacer, por una atención inadecuada del parto, traumatismos en la cabeza, otras causas que puede producir la epilepsia son el alcoholismo, tumores cerebrales etc.

Dependiendo de ello las causas son:

HERENCIA aunque existe la creencia popular de que la epilepsia se hereda no suele ser así. Esta demostrada esta causa solo en determinados tipos de epilepsia, como en el caso de la esclerosis tuberosa, la neuro – fibromatosis y la lipidosis.

En otras ocasiones lo que se puede heredar es un umbral convulsivo más o menos alto que es diferente en cada persona. Salvo en caso de tratarse de una enfermedad neurológica hereditaria como las mencionadas, el factor genético de predisposición a padecer crisis convulsivas es muy limitado.

ERRORES CONGENITOS DEL DESARROLLO

Malformaciones congénitas hereditarias: comprenden las malformaciones arteriovenosas. Algunas malformaciones congénitas presentes en el nacimiento no son hereditarias como las deformidades sufridas por hijos de madres que han sido sometidas a productos tóxicos durante la gestación o bien han sufrido algún tipo de infección, irradiación etc.

Errores congénitos del metabolismo: Hiperglucemia, fenilcetonuria, enfermedad de Huntington infantil, enfermedad de Gaucher, etc.

ANOXIA CEREBRALES el insuficiente aporte de oxígeno al cerebro que puede ocurrir durante el parto o en la infancia. Una convulsión febril puede ser responsable de anoxía cerebral severa y condicionar una ulterior epilepsia por el daño cerebral secundario

TRAUMATISMOS CRANEO – ENCEFÁLICOS (TCE) la lesión cerebral proveniente de traumatismo cerebral puede provocar una epilepsia secundaria. Hay 3 factores que indican un mayor riesgo de padecer crisis secundarias aun traumatismo.

Duración de la amnesia postraumática. A mayor duración mayor riesgo

La presencia de signos neurológicos focales

La presencia de una lesión localizada en la superficie cortical cerebral.

Si no existe ninguno de estos factores, el riesgo de padecer epilepsia postraumática se calcula en un 2% de los casos. En caso contrario el riego asciende a un 40%. Por otro lado la aparición de crisis epilépticas tempranas, tras

el traumatismo (en la primera semana), incrementa aun más la posibilidad de una epilepsia secundaria.

TUMORES CEREBRALES primarios y secundarios (mamá y pulmón son los focos primarios)

ENFERMEDADES INFECCIOSAS meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales bacterianos o parasitarios.

TRANSTORNOS METABÓLICOS ADQUIRIDOS: Insuficiencia renal crónica, hipoglucemia, hipocalcemia, hipernatremia, etc.

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

ALCOHOL: el consumo crónico puede llevar a una epilepsia alcohólica.

TÓXICOS: exposición a elementos tóxicos como el plomo, mercurio, monóxido de carbono, etc.

¿QUÉ ES UNA CRISIS EPILÉPTICA?

(Ángel Pérez Sempere, 2005)Una crisis epiléptica o convulsión corresponde a los hallazgos físicos o cambios en el comportamiento que ocurren después de un episodio de actividad eléctrica anormal en el cerebro. (pág. 25)

Los ataques son consecuencia de una disfunción de la actividad eléctrica cerebral. Comienzan cuando un grupo de neuronas produce impulsos eléctricos (descargas) de manera anormal, que se propagan por el resto del cerebro alcanzando las neuronas que movilizan los músculos. Éstas empiezan a descargar también de manera anormal y es entonces cuando se producen los movimientos incontrolados tan típicos de los ataques epilépticos.

Además de las causas enumeradas anteriormente, cualquier persona susceptible puede sufrir un ataque de manera aislada por una intoxicación por drogas o una bajada brusca de la glucosa, pero si se repiten con cierta frecuencia se considera epilepsia.

¿CÚAL ES LA CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS?

(A. Yusta Izquierdo, 2005**)** La Clasificación Internacional de las Crisis Epilépticas (Comisión para la Clasificación y Terminología de la Liga Internacional contra la Epilepsia ILAE) divide las manifestaciones clínicas en crisis parciales (comienzan en un área hemisférica especifica) y en crisis generalizadas (comienzan en los dos hemisferios simultáneamente). **Tabla 1**

Además los síndromes epilépticos se dividen en: 1) Aquellos debidos a una disfunción cerebral (epilepsia primaria o idiopática) 2) Aquellos debidos a anomalías estructurales específicas las cuales pueden ser genéticas o adquiridas. **Tabla 2**(pág. 69)

¿CUÁNTO DURA UNA CRISIS EPILÉPTICA?

(J.L. Herranz, 2003) La duración de la gran mayoría de ellas es breve, con promedio de 3 a 4 minutos. Algunas como las mioclónicas, las crisis atónicas y las ausencias típicas duran fracciones de segundos o segundos. Cuando la duración del episodio es mayor de 30 minutos, se denomina status y representa una emergencia neurológica que debe ser manejada en una unidad hospitalaria. (pág. 652)

En general, para que un traumatismo encefálico termine produciendo una epilepsia, éste debe ser "importante":

- Pérdida de conciencia de varias horas de duración

- Amnesia de al menos 24 horas de duración

- Fractura craneal

- Evidencia de lesión cerebral (contusión, hematoma...)

TODAS LAS CRISIS EPILÉPTICAS GENERALIZADAS SON IGUALES

(Juan Carlos Sánchez Álvarez, 2004) No. Hay muchas variedades de crisis generalizadas: Crisis generalizadas tónico clónico, de ausencia, atónico, de espasmos, y otras más infrecuentes.

En la crisis generalizada convulsiva tónico-clónica se produce una pérdida de conciencia brusca, rigidez y movimientos rítmicos de todo el cuero (que se llaman convulsiones) y después de la crisis la persona se va recuperando poco a poco, en varios minutos. (PÁG. 17)

En las crisis generalizadas de ausencia la persona se queda inmóvil, con el conocimiento perdido y con la mirada fija durante unos segundos.

En la crisis generalizada atónica, la persona cae bruscamente, con riesgo de heridas y se recupera en pocos segundos.

La crisis de espasmo se produce en niños pequeños y consiste en una flexión o extensión bruca del cuerpo durante unos segundos. Hay otras variedades más raras de crisis generalizadas.

TODAS LAS CRISIS EPILÉPTICAS PARCIALES SON IGUALES

(Pedro Castro, 2004)Todas las crisis epilépticas son causadas por trastornos eléctricos anormales en el cerebro. Las crisis epilépticas parciales (focales) ocurren cuando esta actividad eléctrica permanece en un área limitada del cerebro.

Las crisis epilépticas algunas veces pueden transformarse en convulsiones generalizadas, las cuales afectan todo el cerebro. (pág. 18)

Esto se denomina generalización secundaria. Las crisis epilépticas parciales se pueden caracterizar más ampliamente como:

•Simples, que no afectan la conciencia ni la memoria

•Complejas, que afectan la conciencia o los recuerdos de eventos antes, durante e inmediatamente posteriores a la crisis, al igual que el comportamiento**.**

Es un episodio de actividad eléctrica anormal en una parte específica del cerebro.

¿QUÉ ES UNA CONVULSIÓN FEBRIL?

(Juan Carlos Sánchez Álvarez, 2004) Es una convulsión en un niño que se desencadena por la fiebre. Estas convulsiones ocurren sin ninguna infección del cerebro o de la médula espinal u otra causa del sistema nervioso (neurológica).

Una convulsión febril es un evento convulsivo, generalmente inofensivo, en un niño precipitado o inducido por fiebre y en ausencia de una infección cerebral, de la espínalo de cualquier otra causa neurológica subyacente. Las convulsiones febriles usualmente ocurren en menos del 5% de niños entre las edades de 6 meses a 5 años. (Pág. 20)

Las convulsiones febriles en infantes o niños pequeños son convulsiones causadas por fiebre. Durante las convulsiones febriles, los niños a menudo pierden la conciencia y se estremecen, moviendo las extremidades en ambos lados del cuerpo. Menos comúnmente, el niño se vuelve rígido o tiene contracciones en una sola parte del cuerpo, tal como en un brazo o una pierna, o en el lado izquierdo o derecho solamente. La mayoría de las convulsiones febriles duran un minuto o dos, aunque algunas pueden ser tan breves como algunos segundos y otras pueden durar por más de 15 minutos.

La mayoría de los niños con convulsiones febriles tienen temperaturas en el recto de más de 102 grados F. La mayoría de las convulsiones febriles ocurren durante el primer día de la fiebre en el niño.

No se considera que los niños propensos a convulsiones febriles tengan epilepsia, ya que la epilepsia se caracteriza por convulsiones recurrentes que no son precipitadas por fiebre.

La convulsión febril (CF) es un síntoma neurológico que aparece súbitamente pero que es transitorio y aparece en relación con la fiebre. Muchas veces se

emplea incorrectamente el término de "crisis epiléptica" para designar a una convulsión febril

Ocurre al inicio de un cuadro febril o cuando la fiebre sube rápidamente.

Sólo por unos momentos el niño:

-Tiene una expresión extraña.

- Su cuerpo adopta una postura rígida, con sacudidas o con notable flaccidez.

- Su respiración se altera.

- Su piel puede parecer más oscura o más fría que lo habitual.

Rápidamente se recupera; no suele durar más de 1 minuto y rara vez dura más tiempo, pero sin superar los 15 minutos.

Una convulsión febril es un evento convulsivo, generalmente inofensivo, en un niño precipitado o inducido por fiebre y en ausencia de una infección cerebral, de la médula espinal o de cualquier otra causa neurológica subyacente.

¿ES FRECUENTE LA EPILEPSIA?

(Juan Galán Barranco, 2004) La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes: un adulto de cada 200 sufre epilepsia.Su incidencia anual se sitúa entre 20-70 casos nuevos por cada 100.000 habitantes/año. (pág. 24)

Si se incluyen las convulsiones asociadas a fiebre en los niños menores de 5 años y los que sólo han tenido un episodio convulsivo la estadística aumenta a una de cada 80 personas

¿SE HEREDA LA EPILEPSIA?

(Juan Carlos Sánchez Álvarez, 2004) Habitualmente la epilepsia no se hereda. Para tener una idea si la proporción de la población general es de un 1% de

padecer epilepsia en caso del padre sería de un 2.4% y si fuera la madre la enferma el 8.7%.

Estos datos los dan algunos autores, aunque referidos a síndromes epilépticos muy concretos. Y siempre diciendo que las epilepsias heredadas generalmente se controlan muy fácilmente.

Aproximadamente en el 25% de casos. Precisamente en determinados síndromes epilépticos que suelen ser benignos. Los que son hereditarios suelen controlarse con suma facilidad con fármacos. (pág. 26)

Sí, existen casos de epilepsia hereditaria, aunque la mayoría son casos esporádicos o bien la predisposición genética es sólo parte de las causas de la epilepsia. Como ejemplo de epilepsia genética está la epilepsia benigna de la infancia o la epilepsia de ausencias infantil. En cambio, las epilepsias causadas por traumatismos craneales, meningitis u otras enfermedades pueden ocurrir con más facilidad en personas que tengan una predisposición genética, aunque es más difícil de demostrar.

¿CUÁLES SON LOS FÁRMACOS PARA EL CONTROL DE LA EPILEPSIA?

(http://www.epilepsiahoy.com/tratamiento.html) El tratamiento de la epilepsia con medicamentos se inició el siglo XIX con la utilización de los bromuros. Desde entonces, se han desarrollado diversos fármacos que son actualmente de uso común, y se encuentran otros más en investigación.

Cualquiera que sea el medicamento, necesariamente lleva a cabos diversos pasos desde su ingestión hasta la producción de efectos clínicos.

Los cambios que los medicamentos (fármacos o drogas) sufren en el organismo se resumen en la **Tabla 3.**

Los medicamentos anticonvulsivos interactúan entre sí, por lo que lo más recomendable es evitar asociaciones. Por lo que hay que tener en cuenta los efectos recíprocos sobre los respectivos niveles. **Tabla 4.** (pág.90)

Con los fármacos anticonvulsivos conocidos es posible controlar satisfactoriamente más del 80 % de los casos de epilepsia, aunque no siempre con el primer tratamiento elegido. Lo más recomendable es la mono terapia (terapia con un solo medicamento).

La cuantificación de los niveles séricos de los fármacos anticonvulsivos es un auxiliar valioso. Al inicio de un tratamiento sirven como una guía para ajustar dosis siempre y cuando se realicen pasado el tiempo necesario para alcanzar el estado estable (cuando los niveles del fármaco circulante tienen mínimas fluctuaciones).

Si el paciente se controla bien y no hay manifestaciones colaterales es innecesario repetir los niveles periódicamente, pero si no hay buen control o hay efectos colaterales o tóxicos es conveniente hacerlos para decidir las modificaciones pertinentes.

FÁRMACOS TRADICIONALES

(Cramer, 1993)Los llamados fármacos tradicionales son aquéllos que tienen en uso varias décadas y cuyos efectos tanto terapéuticos como colaterales y tóxicos son ya muy bien conocidos: fenobarbital, fenitoína, primidona, carbamazepina, valproatos y benzodiazepinas. **Tabla 5**

Fenobarbital: Bueno para convulsiones generalizadas y parciales, y puede ser usado para convulsiones febriles. Recientemente, más con frecuencia usado en el período neonatal y raramente usado después de 5 años de edad debido a su potencial de causar dificultades del aprendizaje.

Los efectos colaterales y tóxicos son: sedación, ataxia, mareo, insomnio, hiperquinesia, cambios del talante, agresividad, disfunción cognitiva, impotencia, reducción de la libido, deficiencia de folato, de vitamina K y D, osteomalacia, hombro congelado, anormalidades del tejido conectivo, rash.

A pesar de los efectos colaterales, es muy efectivo y barato. Muchos de los efectos son dependientes de dosis, por lo que una vigilancia adecuada, con la dosis mínima efectiva mejora la tolerabilidad.

El Fenobarbital es mejor tolerado en niños de menos de 1 año de edad.

Carbamazepina (tegretol): El Tegretol en sus varias formas es un medicamento excelente. Es sobre todo usado en convulsiones parciales. Las convulsiones Mioclínicas y las convulsiones de ausencia atípica pueden empeorarse considerablemente debido al uso del Tegretol. En general es muy bien tolerado, tiene alguna sedación pasajera, por lo general resolviéndose en 3 días. El Tegretol puede causar también amenaza de vida en cuanto a disfunción del hígado y con el conteo sanguíneo. Este puede causar también una erupción severa de tipo Steven Johnson y otras erupciones alérgicas.

Ácido de valproico (depakene): El ácido Valproico es un anticonvulsivante excelente para convulsiones generalizadas, así como focales.

Recientemente esto ha comenzado a ganar el uso para desórdenes no convulsivos incluyendo la prevención de migraña y como un estabilizador del humor en desórdenes maniacos depresivos.

El ácido Valporico viene en forma de Depakote y Depakene. El Depakote es mejor tolerado en cuanto a síndromes de dolores abdominales debido a su capa entérica de protección.

Las convulsiones controladas con estos medicamentos incluyen convulsiones mioclínicos, convulsiones de ausencia, y convulsiones de tipo mixto. Los efectos secundarios del ácido Valporico incluyen sedación inicial pasajera y el dolor abdominal (mejor tolerado con la forma de Depakote).

Este puede aumentar también el apetito, causando ganancia de peso, causa alguna pérdida del cabello pasajero que mejora con la suplementación de zinc, y raramente causa anormalidades del conteo sanguíneo y del hígado.

Hiperamonemia y disfunción pancreática fueron también reportados. En niños menores de 3 años, y especialmente menores de 2, ácido Valporico puede causar una enfermedad del hígado severa y fatal con una frecuencia tan alta como el 1 en 300. (pag.77)

MEDICAMENTOS NUEVOS

(Codina, F.M., Viteri, 2003)Existen nuevos fármacos (oxcarbazepina, Lamotrigina, felbamato, gabapentín, vigabatrina, topiramato, levetiracetam, etc.) que actualmente se usan en los casos considerados refractarios y cuya verdadera utilidad se evaluará con el tiempo. **Tabla 6.**

Felbamato (felbatol): Anticonvulsivante muy eficaz, aun para convulsiones severas y resistentes, como el síndrome Lenox-Gastaut, ausencia generalizada, Mioclínicas y convulsiones focales. Ahora su uso es limitado a casos sumamente raros debido a daños severos fatales del hígado y de la sangre asociados con este medicamento.

Gabapentina (neurontin): Este es otro medicamento anticonvulsivante con un diseño en mente. La Gabapentina era una tentativa de imitar la molécula GABA.

El GABA es neurotransmisor inhibitorio; teóricamente el aumento de concentración del GABA disminuiría la excitación cerebral y las convulsiones se detendrían. La Toma del GABA sí mismo (disponible en tiendas de productos naturales) sería inútil, ya que el GABA no cruza la barrera sanguéneo cerebral; el Neurontin fue diseñado para hacer que una estructura de GABA aún fuera capaz de penetrar en el cerebro.

El mecanismo actual de la acción de este medicamento es desconocido, pero claramente no es para lo que fue diseñado. Su indicación principal es como una terapia de adjunto para convulsiones parciales.

Lamotrigina (Lamictal): Bueno para convulsiones generalizadas y parciales, puede ser eficaz en convulsiones de ausencia, convulsiones atómicas, y síndrome de Lenox-Gastaut.

Esto es un eficaz medicamento bien tolerado que puede tener que ver con el desarrollo de erupción severa, sobre todo de ser combinado con el ácido Valporico. Los estudios recientes, sin embargo, indican que la erupción no ocurre con frecuencia si la dosis es gradualmente subida. Otros efectos secundarios son suaves y consisten sobre todo en algún mareo, somnolencia, o dolores de cabeza. (pág. 80)

Generalmente bien tolerada, pero en algunos niños causa una somnolencia extrema. El Zonegran es por lo general bien tolerado en adultos y puede causar algunos efectos hematológicos secundarios raros pero serios.

Cada uno de los fármacos sean de uso tradicional o no tienen cierta especificidad para un tipo de crisis convulsiva. **Tabla 7**

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA EPILEPSIA?

(http://www.fisterra.com/salud/1infoconse/epilepsia.asp**)** El diagnóstico de la epilepsia es eminentemente clínico, y las pruebas complementarias pueden ayudarnos a confirmar la sospecha clínica o a identificar una causa responsable del cuadro.

Los pasos a seguir para establecer un diagnóstico de epilepsia incluyen:

1. Historia clínica: deberá incluir:

- Antecedentes familiares de epilepsia.

- Antecedentes personales: desarrollo del embarazo y parto, desarrollo psicomotor posterior, malformaciones congénitas, enfermedades hereditarias, traumatismos craneales, fármacos o tóxicos utilizados, Edad de aparición de las crisis.

- Características de las crisis: horario de aparición, factores desencadenantes conocidos, síntomas antes y después de la crisis, secuencia pormenorizada de los acontecimientos durante la crisis.

2. Examen físico: incluyendo examen físico general y exploración neurológica exhaustiva, buscando lesiones, malformaciones o signos que orienten hacia enfermedades que puedan estar implicadas en la etiología del cuadro.

3. Pruebas complementarias, según la historia clínica y características de las crisis: electroencefalograma, tomografía computarizada craneal (TAC), resonancia magnética craneal, tomografía (pag.60)

Es muy importante establecer un diagnóstico correcto de epilepsia, descartando otras enfermedades que pueden producir cuadros similares a una crisis epiléptica como el síncope, los accidentes isquémicos transitorios, las migrañas, las alteraciones del sueño, los espasmos del llanto en bebés, o las intoxicaciones por tóxicos: alcohol, plomo, mercurio, insecticidas, anfetaminas o cocaína

¿PARA QUÉ SIRVE EL ELECTROENCEFALOGRAMA?

(http://www.cun.es/area-salud/pruebas-diagnosticas/electroencefalograma)El EEG sirve para observar el funcionamiento eléctrico cerebral. Por lo tanto será de interés conocer su normalidad o no en pacientes con alteración de las funciones cerebrales, bien de forma persistente o bien de modo episódico.

Puede detectar alteraciones de todo el cerebro o de algunas áreas, es decir podrá servir para observar alteraciones en lesiones (tumores, hemorragias, encefalitis, traumatismos entre otras) y lesiones difusas (tóxicas, metabólicas, infecciosas etc.).

Es decir, es fundamental realizar el EEG en pacientes cuyos síntomas o quejas sean deterioro del nivel de conciencia (somnolencia, estupor, coma), pérdida de facultades intelectuales (pérdida de memoria, demencia) o episodios que hagan

sospechar crisis epilépticas (ya que la epilepsia es una enfermedad en la que el cerebro descarga de modo brusco impulsos eléctricos produciendo los ataques).

En pacientes con episodios peculiares el EEG fuera del episodio y especialmente durante el episodio ayudará al diagnóstico de epilepsia o no (hay otras enfermedades que pueden semejar epilepsia, como síncopes, migraña, trastornos del sueño, trastornos del control motor (tics, mioclonías), procesos psiquiátricos, trastornos endocrinos.

Además el EEG es muy útil en casos de intoxicaciones y otras enfermedades que pueden afectar al cerebro de modo difuso. En niños, especialmente en recién nacidos, es fundamental para detectar anomalías tanto por poder detectar daños establecidos, como para señalar defectos en la maduración y crecimiento cerebral.

En pacientes con otros síntomas los EEG pueden ayudar a conocer mejor la enfermedad, el daño que están produciendo y si existen más riesgos, siendo complementarios a los métodos diagnósticos de imagen cerebral; entre ellos van a estar por ejemplo la cefalea, nerviosismo, inestabilidad, que pueden ser manifestaciones bien de enfermedades de buen pronóstico o de lesiones más graves.

En cada paciente hay que pensar qué es lo que se quiere descartar para adecuar las condiciones del registro. En algunos pacientes será preciso registrar sueño, y en ocasiones de modo prolongado durante toda la noche, 24 horas o más, para observar si existe actividad que haga sospechar la presencia de procesos epilépticos.

¿QUÉ TIPO DE DIETA DEBE SEGUIR UNA PERSONA CON EPILEPSIA?

(http://www.fisterra.com/salud/1infoconse/epilepsia.asp) Para tratar la epilepsia en casos resistentes a la medicación, se puede utilizar la llamada dieta cetogénica, con contenido muy alto en grasas y bajo en carbohidratos y proteínas. Este tipo de dieta produce una condición química en el organismo que

se llama "cetosis". En algunas personas, sobre todo en los niños, la cetosis parece evitar los ataques epilépticos, pero a la par estos ácidos afectan mucho el funcionamiento intelectual de los niños. (pag.80)

Para instaurar este tipo de dieta es necesario ingresar al niño, para calcular la cantidad de cada alimento que necesita y entrenar a la madre o cuidador. Tiene muchos efectos secundarios y es incompatible con un desarrollo sano del niño, aunque en algunos casos puede ser beneficiosa. La dieta cetogénica sólo se utiliza cuando los medicamentos no han podido controlar la epilepsia. Al igual que los otros tratamientos, la dieta cetogénica debe ser prescrita y controlada por un médico.

¿PUEDEN LAS PERSONAS CONDUCIR SI SE PADECE DE EPILEPSIA?

(http://www.epilepsiaecuador.org)Podrás manejar cuando no experimentes crisis por 12 meses, si no tomas medicamentos o cuando tu médico diga que tu epilepsia es estable.

ANTES DE MANEJAR DEBES SABER QUE:

- Tu doctor debe evaluar la frecuencia de las crisis.
- Tus antiepilépticos no causan efectos adversos peligrosos para manejar.
- Debes estar bajo supervisión médica.
- Tus crisis deben estar controladas.

CONDUCCIÓN SEGURA

- Los autos pueden transportarte, pero también matarte, no conviertas tu auto en un arma.
- Manejar solo es una declaración de independencia, pero hay maneras más seguras de vivir y disfrutar la vida.

Drogas

No juegues con tu cerebro. Si consumes nicotina, cafeína, marihuana, éxtasis, anfetaminas, cocaína, crack o alucinógenos estarás en un gran problema, porque todos ellos tienen efectos adversos.

Tus medicamentos antiepilépticos pueden ocasionar problemas a tu organismo si los mezclas con otras drogas.

Alcohol

El alcohol en exceso reduce el efecto de los medicamentos y te hace perder el control de tus crisis, por lo que debes ser moderado al ingerirlo o de preferencia, no hacerlo.

Tus crisis pueden desencadenarse si bebes demasiado, duermes poco y no te alimentas adecuadamente. Cuando tomas bebidas alcohólicas, tu cuerpo tiene mayor resistencia a la acción de los medicamentos y puedes tener crisis convulsivas aisladas 6 a 72 horas después de ingerirlas, además de que te aumenta la frecuencia de las crisis.(pág. 19)

¿CUÁLES SON LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA MEDICINA ANTIEPILÉPTICA?

(http://www.epilepsy.org.uk/info/developing-epilepsy-later-life/side-effects&usg=ALkJrhge2DRUquvvjLt4gO3g6NTiBCnTJw) Al igual que con todos los medicamentos, fármacos anti-epilépticos tienen muchos posibles efectos secundarios. Los efectos secundarios comunes que afectan a las personas en su vida posterior incluyen falta de equilibrio y somnolencia. Los efectos secundarios ocurren con frecuencia cuando empiece a tomar un nuevo medicamento antiepiléptico, o si la dosis es demasiado alta para usted. Si usted tiene efectos secundarios, dígale a su médico. (pág. 10)

Se puede reducir la dosis o sugerir cambiar a otro medicamento antiepiléptico.

¿EL EPILÉPTICO PUEDE TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS?

(Juan Galán Barranco, 2004) Es necesario tener en consideración dos importantes aspectos cuando surge el tema del alcohol y la epilepsia. El primero es el efecto que el alcohol puede tener en los medicamentos utilizados para controlar los ataques.

El alcohol puede ser peligroso si se mezcla con medicamentos sedantes como el fenobarbital, y puede provocar un coma, e incluso la muerte. El segundo es si el alcohol en sí mismo puede provocar una crisis.

Se cree que el alcohol en grandes cantidades aumenta el riesgo de sufrir crisis epilépticas e incluso puede llegar a provocarlos. (pág. 53)

Por lo tanto, las personas que toman grandes cantidades de alcohol pueden llegar a sufrir ataques tras períodos en los que han bebido en exceso, aunque no tengan epilepsia.

Sin embargo, si se "bebe moderadamente" (una o dos bebidas en una noche), el efecto varía según cada individuo. A algunas personas con epilepsia les afecta y a otras no.

Es menos probable que una bebida provoque un ataque si se toma con una comida copiosa que si se toma con el estómago vacío.

¿QUIÉN PUEDE PADECER LA EPILEPSIA?

(http://www.feeneurologia.com/html2/enfermedades-neurologicas)La epilepsia es una enfermedad neurológica que puede afectar a personas de cualquier edad, sexo, raza, clase social o país. Según las estadísticas disponibles se calcula que en España una de cada 200 personas padece epilepsia. Es decir, aproximadamente 200.000 españoles padecen epilepsia en la actualidad, y cada año 20.000 personas desarrollan la enfermedad por primera vez. En el mundo, se estima que 50 millones de personas padecen epilepsia.

¿HAY RIESGOS PARA MÍ SI QUEDO EMBARAZADA?

(http://www.epilepsiaecuador.org)Las mujeres con epilepsia que quedan embarazadas tienen un riesgo mayor de complicaciones que las mujeres que no tienen epilepsia. Estas complicaciones incluyen la posibilidad de que sus convulsiones ocurran con más frecuencia.

Las convulsiones pueden hacer que usted se caiga y tenga una lesión grave. Cuando usted está embarazada su cuerpo procesa los medicamentos anticonvulsivos de un modo diferente. Esto puede conducir a niveles de medicamentos que son demasiado altos, o sea que pueden causar efectos secundarios, o demasiado bajos lo cual puede significar más convulsiones.

Toda mujer que tiene epilepsia y queda embarazada reaccionará diferente; por lo tanto, su médico hablará con usted acerca de los riesgos y le hará un seguimiento continuo a usted y a su bebé. (pág. 20)

¿Cuál es el coeficiente intelectual de una persona epiléptica?

(Nancy Tamayo, 1997)La clasificación del CI obtenida por estos pacientes al aplicar el *test* de Terman Merrill fue: 1 niño (0,3 %) clasificó como superior (S), 14 (4,5 %) fueron promedio alto (PA), 42 (13,5 %) promedio (P), 88 (28,4 %) clasificaron como promedio bajo (PB), 86 (27,8 %) como fronterizos o limítrofes (L), 54 (17,4 %) como deficientes ligeros, 18 (5,8 %) como deficientes moderados (DM) y 7 (2,3 %) como deficientes severos (DS).Un total de 111 niños (35,81 %) presentaron retraso escolar (RE) y 199 (64,19 %) no lo tuvieron.

En la figura 1 aparece la clasificación del CI en relación con la situación académica de los niños. El test de diferencia de medias de 2 grupos mostró valores de diferencias significativas entre los grupos PA ($p < 0,01$), P, PB, DL y DM ($p < 0,0001$) y DS ($p < 0,001$). No se obtuvieron valores significativos en S y L. (FIGURA 1.)

La EI fue a los 5 años o antes en 170 pacientes (54,8 %) y se les presentó después de los 5 años a 140 (45,2 %).La figura 2 muestra la clasificación del CI en relación con la EI. Sólo se encontró una diferencia significativa al aplicar el *test* de diferencias de medias en relación con los DS ($p < 0,05$). (FIGURA 2.)

La relación de la EI y la situación escolar aparece en la tabla 1. El *test* de X2 mostró valores de $p < 0,05$. (TABLA 1)

El TE fue de 5 años o menos en 202 pacientes (65,1 %) y mayor de 5 años en 108 (34,9 %).La relación de la clasificación del CI con él TE aparece en la figura 3. El *test* de diferencias de medias entre 2 grupos mostró valores de diferencias significativos entre los grupos PA ($p < 0,025$), P ($p < 0,05$), PB ($p < 0,0005$), DL y DM ($p < 0,005$). No se obtuvieron valores significativos en S, L y DS. (FIGURA 3.)

La tabla 2 muestra la relación entre el TE y la situación escolar de estos niños. Se obtuvo X2 = 21,917 para P = 2,846E-06 ($p < 0,0001$). (TABLA 2) (pág. 10)

¿CÓMO SE DA EL APRENDIZAJE EN LOS NIÑOS CON EPILEPSIA?

(Dra. María José Martínez Segura, 200) Las dificultades en el aprendizaje no son una consecuencia directa e inexcusable de la epilepsia. De hecho, no existen datos concluyentes que permitan afirmar que exista relación causal directa entre epilepsia y dificultades de aprendizaje.

Sin embargo, sí que parece probado que en determinados tipos de epilepsia, en los que están presentes alteraciones neurológicas, exista un bajo rendimiento intelectual y académico, siendo las dificultades de aprendizaje una posible consecuencia.

También parece claro que, aún en los casos más benignos de la enfermedad, algunas funciones cognitivas relacionadas con la atención o la memoria se ven afectadas. Convirtiéndose, de este modo, la epilepsia en un importante factor de riesgo en el desarrollo y aparición de las dificultades de aprendizaje. (pág. 16)

¿CÓMO ES LA MOTRICIDAD FINA Y GRUESA EN NIÑOS CON EPILEPSIA Y COMO MEJORARLO?

Los niños exploran el medio a medida que se mueven e interactúan con él.

Al manipular objetos y conseguir información sobre sus características eventualmente los llena de la información perceptual necesaria para juzgar sin la necesidad del contacto físico.

En la escuela, los niños pequeños pasan aproximadamente del 60% al 70% de su tiempo realizando actividades y trabajos que requieren de la motricidad fina. Aproximadamente el 12% de los niños tienen dificultad en esta área. El control y las habilidades en la motricidad fina, le permiten al niño desarrollar capacidades que impactan inmediatamente su vida ya que implican a los pequeños músculos del cuerpo que permiten funciones como la escritura, tomar objetos pequeños, sujetar cubiertos, abotonar, amarrar agujetas, subir cierres, entre otras.

Las habilidades motoras finas requieren de fuerza, control motor fino y destrezas. Los niños que presentan dificultades en el área de motricidad necesitan de sus padres para estimula sus habilidades.

Desde que son muy pequeños podemos fomentar el crecimiento de los niños y su desarrollo por medio de actividades apropiadas para su edad y nivel de destrezas.
Desarrollo de habilidades motoras finas, consejos para los padres. Recuerda que los niños con dificultades en el movimiento, requieren de mayor tiempo para aprender una habilidad.

Constantemente necesitan retroalimentación y frecuentemente, necesitan guía física hacia los movimientos (asistencia kinestésica).

Algunas dificultades desaparecerán a medida que los niños maduran; otras no van a desaparecer.

Mientras más tiempo permitamos que el movimiento físico ineficaz continúe, más difícil será su corrección porque el niño practica los movimientos incorrectos y los convierte en hábitos.

Otra cosa que puede suceder, es que si las dificultades persisten por mucho tiempo, los niños comienzan a evadir actividades porque representan un reto y un fracaso para ellos, como el escribir, vestirse o comer.

La identificación e intervención temprana siempre es favorable en todos los casos. Requiere de consistencia, cooperación y efectividad en la escuela, terapia y en casa. Trata de hacer que tu hijo sea lo más independiente posible. Para esto, es importante que te resistas a la tentación de terminar sus tareas, incluyendo las cotidianas como amarrar sus agujetas o cortar su comida. En vez de hacerlo por él, enséñalo y ayúdalo a que lo logre de manera independiente.

Es muy importante promover las fortalezas de los niños así como asistirlo en sus dificultades, puedes lograrlo escogiendo algunas de las actividades en las que sabes que tu hijo es hábil, como recortar o lanzar pelotas, pero en caso de que se le dificulte -por ejemplo atar sus agujetas-, entonces puedes alternar actividades para que él se sienta exitoso. Por sobre todas las cosas, sé paciente con tu niño. Lograr y dominar las habilidades motrices requieren más de lo que nos imaginamos y toman mucho tiempo. Valida todos sus esfuerzos, todos necesitamos de estímulos y refuerzos positivos. Siete ejercicios para ayudar a la escritura. Es un hecho que los niños no pueden escribir hasta que han desarrollado buenas habilidades motoras finas.

Afortunadamente, estas habilidades pueden mejorar fácilmente con mucha práctica. Usa las siguientes actividades para ayudar a tu niño a desarrollar la precisión, el balance y la coordinación ojo-mano: habilidades necesarias para lograr la escritura. Estos ejercicios involucran y ejercitan a los músculos y a las habilidades motoras finas que se usan en la escritura. Entre más un niño utilice sus dedos en actividades, más fácil le será adquirir estas habilidades.

➢Jugar con barro, masita o plastilina para fortalecer los músculos que se usan para escribir.

➢Promueve su juego con Legos, carros miniatura, pequeños bloques y cubos, figuras de acción y otros juguetes pequeños.

➢Armen rompecabezas juntos.

➢Creen y desarrollen proyectos de arte creativos en donde usen crayolas, plumones, tijeras, pintura digital y puedan rasgar papel.

➢Jueguen juegos de mesa que involucren el uso de tarjetas, barajas y pequeñas piezas.

➢Pídele que clasifique monedas "perdidas" en montones de 10, 20 ó 50 centavos y 1, 5 y 10 pesos.

➢Ayúdalo a desarrollar y controlar actividades diarias de vestimenta.

FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Educación

Art. 26.- La educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del Estado.

Constituye un área prioritaria de la política pública y de la inversión estatal, garantía de la igualdad e inclusión social y condición indispensable para el buen vivir. Las personas, las familias y la sociedad tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo.

Art. 27.- La educación se centrará en el ser humano y garantizará su desarrollo holístico, en el marco del respeto a los derechos humanos, al medio ambiente sustentable y a la democracia; será participativa, obligatoria, intercultural, democrática, incluyente y diversa, de calidad y calidez; impulsará la equidad de género, la justicia, la solidaridad y la paz; estimulará el sentido crítico, el arte y la

cultura física, la iniciativa individual y comunitaria, y el desarrollo de competencias y capacidades para crear y trabajar. La educación es indispensable para el conocimiento, el ejercicio de los derechos y la construcción de un país soberano, y constituye un eje estratégico para el desarrollo nacional.

Art. 28.- La educación responderá al interés público y no estará al servicio de intereses individuales y corporativos. Se garantizará el acceso universal, permanencia, movilidad y egreso sin discriminación alguna y la obligatoriedad en el nivel inicial, básico y bachillerato o su equivalente. Es derecho de toda persona y comunidad interactuar entre culturas y participar en una sociedad que aprende. El Estado promoverá el diálogo intercultural en sus múltiples dimensiones.

El aprendizaje se desarrollará de forma escolarizada y no escolarizada.

La educación pública será universal y laica en todos sus niveles, y gratuita hasta el tercer nivel de educación superior inclusive.

Art. 29.- EI Estado garantizará la libertad de enseñanza, la libertad de cátedra en la educación superior, y el derecho de las personas de aprender en su propia lengua y ámbito cultural.

Las madres y padres o sus representantes tendrán la libertad de escoger para sus hijas e hijos una educación acorde con sus principios, creencias y opciones pedagógicas.

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin

exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

CARACTERIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Preguntas Directrices de la Investigación

¿Puede estudiar la persona con epilepsia?

¿Las personas con epilepsia pueden ser felices?

¿Los niños con epilepsia pueden jugar?

¿Se puede casar la persona con epilepsia?

¿Las mujeres con epilepsia se pueden quedar embarazadas?

Variables de la Investigación

Variable dependiente:

Guía para el control de las secuelas de la epilepsia

Variable independiente:

Definición, Organización, Desenvolver, Valoración

Conceptualización de Variables

Variable dependiente:

Guía: Persona que enseña más destacado de una ciudad, monumento, museo, etc.

Secuelas de la epilepsia: La epilepsia (del latín epilepsia, y este del griego ἐπιληψία, intercepción) es una enfermedad caracterizada por uno o

varios trastornos neurológicos que deja una predisposición en el cerebro para generar convulsiones recurrentes, que suelen dar lugar a consecuencias neurobiológicas, cognitivas y psicológicas.

Variable independiente:

Definición: Es una proposición que trata de exponer de manera unívoca y con precisión la comprensión de un concepto o término.

Organización: Son sistemas sociales diseñados para lograr metas y objetivos por medio de los recursos humanos o de la gestión del talento humano y de otro tipo.

Están compuestas por subsistemas interrelacionados que cumplen funciones especializadas.

Convenio sistemático entre personas para lograr algún propósito específico. Las Organizaciones son el objeto de estudio de la Ciencia de la Administración, a su vez de otras disciplinas como la Sociología, la Economía y la Psicología.

Desenvolver: Descifrar, descubrir o aclarar algo que estaba oscuro o enredado.

Valoración: En medicina una actividad médica que tiene por objetivo evaluar e informar de las lesiones, secuelas y perjuicios de un paciente.

Definiciones Conceptuales

Espasticidad.-La espasticidad son los músculos tensos y rígidos.

También se puede llamar "tensión" inusual o aumento del tono muscular. Los reflejos (por ejemplo, un reflejo rotuliano) son más fuertes o exagerados. La afección puede interferir con la actividad de caminar, el movimiento o el habla.

Estigma.- El estigma es una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros

se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptable o inferior.

Inhibir.-Decidir que un juez no prosiga en el conocimiento de una causa por no considerarla de su competencia. Impedir. Suspender transitoriamente la función de un órgano. Reprimir, contener.

Tangibles.-Que puede tocarse

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

TIPOS DE INVESTIGACIÓN

Tipos

Descriptiva: (Villalba Carlos, 2009) busca caracterizar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier elemento o fenómeno que pueda ser sometido a un análisis. Esta captación sirve para profundizar el conocimiento, objetos y más tarde elaborar ciertos conceptos, leyes y categorías (pág. 10).

La investigación Descriptiva es el proceso de selección del tema para el control de las secuelas de la epilepsia dirigido a niñ@s de 5 a 6 años destinada para los docentes del CDI luz del mañana

Documental: (Torres Bernal, 2006) consiste en un análisis de la información escrita sobre un determinado tema con el propósito de establecer relaciones, diferencias como etapas, posturas o estado actual del conocimiento respecto del tema objeto de estudio (pág. 110)

Usamos para la selección del tema porque mediante esto hallaremos distintos proyectos que ya existen de este tema, en el planteamiento, la justificación, antecedentes y en todo el proyecto es que tenemos que fundamentar nuestra investigación

Bibliográfica: (Jarrin Pablo, 1994) Se refiere a la consulta, recopilación, investigación de toda clase de libros, revistas de carácter científico folletos,

artículos de prensa que contengan la información del tema que se está investigando (pág. 64)

Nos sirve para cada parte porque sabremos de donde vamos a fundamentar cada dato donde sacaremos la información pero en especial, lo encontraremos en la fundamentación teórica que es donde sacamos, las diferentes investigaciones

Básica: (Aguilar Ruth, 1994) Constituye el fundamento de cualquier otra investigación. Este tipo de investigación se propone llegar y establecer principios para desarrollar nuevas teorías (pág. 62)

Se encuentra en la característica de las variables, en la definición conceptual en el diseño de la investigación de esta forma podemos instituir un progreso óptimo de la realización del proyecto

Aplicada: (Sabino Carlos, 1800) Es aquella que se realiza con su propósito. Aplicar los conocimientos, su interés predominante es utilitario, utiliza los hallazgos de la investigación básica en situaciones prácticas. Por su parte concentran su atención en estas posibilidades concretas de llevar a la práctica las teorías generales y destinan sus esfuerzos a resolver las necesidades que se plantean la sociedad y los hombres (pág. 24)

Vamos a aplicar en los diferente aspecto del proyecto en especial en la fundamentación y como se ha plica en la justificación para tener un correcto desempeño

Histórica: (Gutiérrez Abraham, 1982) Indaga los objetos, los sucesos y los acontecimientos en su proceso de nacimiento, desarrollo y muerte en relación con las condiciones históricas concretas (pág. 23)

Se basara en la fundamentación teórica podemos ver como las diferentes formas que en realizando otros proyectos ya realizados

Exploratoria: (Gutiérrez Abraham, 1999) Debemos realizar los observaciones inmediatas del área y los elementos construidos del objeto que va a ser investigado (pág. 33)

Se fundamento en todo el proyecto por la cual sabremos de la diligencia precedente al intermedio que se ejecuta en mi tema y las dificultades de que se vaya a encontrar

Método

Analítico: (Gutiérrez Abraham, 1999) En el presente tema se expondrá sobre el significado método lógico del análisis y síntesis seguidamente haremos relación al análisis y síntesis reales o experimentales, luego continuaremos con el análisis y síntesis racionales o lógicos (pág. 78)

Se analizara las diferentes formas y podemos en contra en fundamentación teórica en donde de cada libro o cada investigación podemos sacar una conclusión

Sintético: (Rodríguez Marcelo, 2003) El análisis es un procedimiento mental que logra la descomposición de un todo en sus partes, componentes y relaciones, este procedimiento se complementa con el de síntesis que logra la integración a nivel mental de las partes constitutivas de los objetos (pág. 84)

Vemos que todo el proyecto podemos enconaremos en especial cuando realicemos las investigaciones de el tema que estamos tratando

Inductivo: (Torres Cesar, 2006) Es un método de razonamiento para obtener conclusiones que parten de hechos particulares aceptados como validos, y para llegar a conclusiones cuya aplicación sea de carácter general (pág. 56).

En la fundamentaciones donde de cada investigación que tengamos nuestro criterio tiene que ser lógico para una mejor comprensión

Deductivo: (Torres Cesar, 2006) Es un método de razonamiento que consiste en tomar conclusiones generales para explicaciones particulares el método se indica con el análisis de los postulados teoremas, leyes, principios, etc., (pág. 56).

Es decir de cuál es la posibilidad de desarrollas este proyecto y cuanto beneficiaria a las personas y para en contra donde acure y por qué se da las consecuencias.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: (Villalba Carlos, 2006) Se la define como el conjunto de todos los campos que concuerdan con una serie de de especificaciones la realización de una tesis implica la estimación de una característica de alguna población (pág. 180).

En el centro de desarrollo infantil luz del mañana hay aproximadamente 110 niños aprendiendo en esta institución.

Muestra: (Andino Patricio, 1994) Para calcular el tamaño de la muestra existen diferentes procedimientos en este apartado y por no tratarse de un texto especializado en el tema únicamente nos remitiremos a los elementos más importantes presidiendo hasta donde sea posible al aspecto matemático (pág. 171).

En el centro de desarrollo inicial luz del mañana hay 1 de los niños con epilepsia en la edad de 5 a 6 años.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR
Variable dependiente: Guía para el control de las secuelas de la epilepsia	**Unidades I** EN LA ESCUELA **Unidades II** LA EPILEPSIA Y LA FAMILIA **Unidades III** EN LA SOCIEDAD	**Tema:** Los maestros en la vida estudiantil de un epiléptico **Subtema:** Sobreprotección **Tema:** La marginación social **Subtema:** rechazo en la sociedad **Tema:** la relación entre padres e hijos epilépticos **Subtema:** actividades o juegos **Tema:** ansiedad **Subtema:** la respiración **Subtema:** relajación **Tema:** deportes **Subtema:** básquet **Subtema:** natación
Variable independiente: Definir	Observación Entrevistas Encuestas	Fichas de observación Expertos Padres de familia
Organizar	Contenidos de la guía	**UNIDAD I** **EN LA ESCUELA** **Tema:** Los maestros en la vida estudiantil de un epiléptico **Subtema:** Sobreprotección **Tema:** La marginación social **Subtema:** rechazo en la sociedad **UNIDAD II** **LA EPILEPSIA Y LA FAMILIA** **Tema:** la relación entre padres e hijos epilépticos **Subtema:** actividades o juegos **Tema:** ansiedad **Subtema:** la respiración **Subtema:** relajación **UNIDAD III** **EN LA SOCIEDAD** **Tema:** deportes **Subtema:** básquet **Subtema:** natación

Desenvolver	**UNIDAD I** **EN LA ESCUELA** **Tema:** los padres en la vida estudiantil de un epiléptico **Subtema:** la sobreprotección **Tema:** la marginación **Subtema:** rechazo en la sociedad **UNIDAD II** **LA EPILEPSIA Y LA FAMILIA** **Tema:** la relación entre padres e hijos epilépticos **Subtema:** actividades o juegos **Tema:** ansiedad **Subtema:** la respiración **Subtema:** relajación **UNIDAD III** **EN LA SOCIEDAD** **Tema:** deportes **Subtema:** básquet **Subtema:** natación	3 UNIDADES

INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Observación: (Leiva franco, 1979) Es una Técnica que consiste en observar directamente el fenómeno hecho o caso tomar información y registrar su posterior análisis. (pág. 27).

Entrevista: (Leiva franco, 1979) Es una Técnica que consiste en un interrogatorio dirigido aquellas personas que pueden dar información sobre el asunto investigado (pág. 27).

Encuesta: (Leiva franco, 2001) Es una Técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador, para ello a diferencia de la entrevista, se utiliza un listado de preguntas escritas que se entregan a los sujetos a fin de que las contesten igualmente por escrito. Este listado se denomina cuestionario (pág. 59)

PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Observación: Mediante el tiempo que se lo estimula al niño se va viendo resultados que tienen buenos resultados.

Entrevista: Cuando al niño se le hace preguntas él no responde a ninguna persona, por ningún motivo se puede dar un criterio que es por falta de estimulación.

Encuesta: En estas encuestas podemos determinar exactamente qué es lo que tiene el niño

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR CORDILLERA

LA EPILEPSIA Y SUS SECUELAS EN NIÑ@S DE 5 A 6 AÑOS.

ENCUESTA

La siguiente encuesta tiene como fin conocer cuánto usted sabe sobre la epilepsia de las respuestas lea con cuidado las siguientes preguntas y marque con una (x) la respuesta que usted considera más adecuada. Gracias por su colaboración que usted nos dé podremos establecer mejorar pero esta enfermedad y tratarla con más detenimiento.

Nombre: _____

Sexo:

F ☐ M ☐

Edad

20 a 35 ☐

35 a 45 ☐

45 a 55 ☐

1.- ¿Ha oído hablar de la epilepsia?

Si ☐ No ☐

2.- ¿Cree que la epilepsia es una enfermedad mental?

Si ☐ No ☐

3.- ¿Conoce alguna persona que padezca epilepsia?

Si ☐ No ☐

4.- ¿Cree que la epilepsia puede producir discapacidad?

Si ☐ No ☐ Algunos casos ☐

5.- ¿Ha presenciado alguna crisis epiléptica?

Si ☐ No ☐ Algunas ☐

6.- ¿Sabría cómo reaccionar frente a una crisis epiléptica?

Si ☐
No ☐
Buscaría ayuda ☐
Me paralizaría de miedo ☐

7.- ¿Crees que los epilépticos pueden practicar deportes?

Si ☐ No ☐

8.- sabe dónde acudir en caso de necesitar información sobre la enfermedad mencionada. ☐

- Psicólogo
- Neurólogo ☐
-Psiquiatra ☐
- Asociación de enfermos epilépticos. ☐

9.- ¿Las empresas y colegios tienen información actualizada sobre la epilepsia?

Si ☐ No ☐

10.- Si fuera empresario y en la entrevista laboral hubiera una persona con epilepsia, que reúna los requisitos para el puesto que haría:

- No le cogería por miedo a las crisis ☐
- Si me interesase, me informaría mientras esté en el periodo de prueba. ☐
- Le contrataría ☐

11.- ¿Está la sociedad bien informada sobre la epilepsia?

Si ☐ No ☐ Se puede mejorar. ☐

CAPÍTULO IV

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

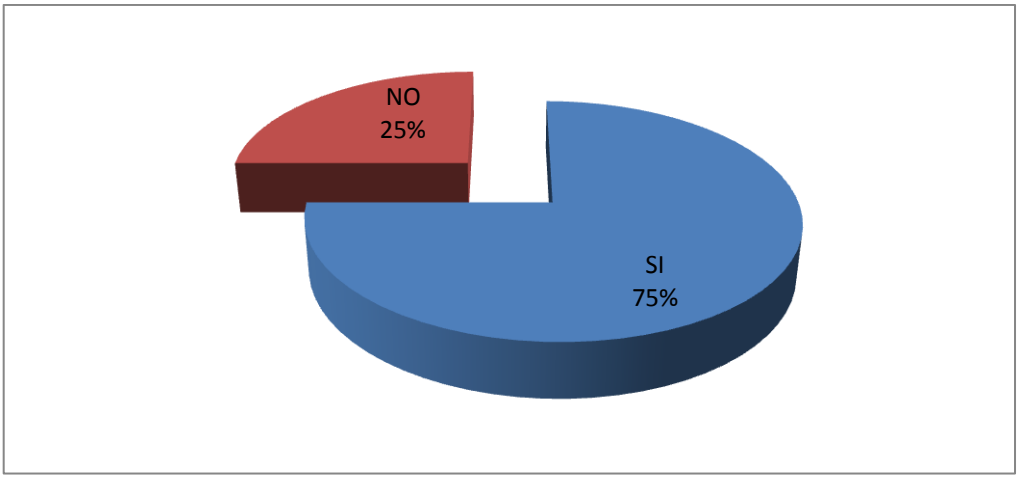
MANUAL: la recopilación de datos de información se realizo mediante encuestas dirigida a docentes y padres de familia del centro de desarrollo infantil luz del mañana

MECÁNICO: De la información recopilada en las encuestas dirigidas a docentes y a padres de familia para su procesamiento se ha utilizado los programas de Microsoft Excel 2007, Microsoft Word 2007. El ingreso de datos se puede apreciar en la tabulación, y ha expresada en los pasteles.

1.- ¿Ha oído hablar de la epilepsia?

FACTOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	75%
NO	2	25%
TOTAL	8	

Cuadro 1

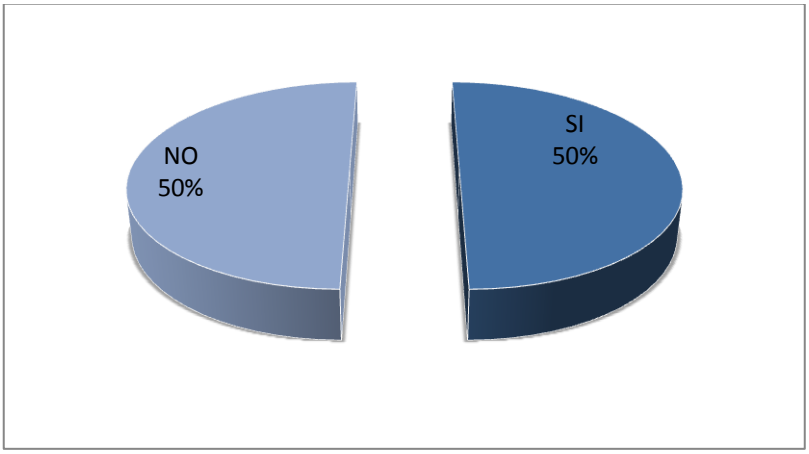


En el gráfico muestra que el 75% si han oído hablar de la epilepsia y el 25% no lo han oído con este porcentaje mí labor se encamina a que se difunda el conocimiento del tema.

2.- ¿Cree que la epilepsia es una enfermedad mental?

FACTOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	50%
NO	4	50%
TOTAL	8	

Cuadro 2

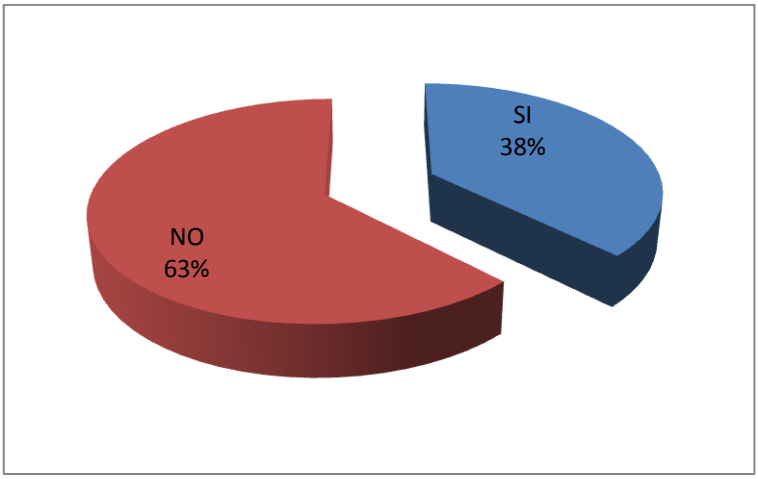


Existe equilibrio en la respuesta el 50% cree que es una enfermedad mental y el otro 50% cree que no, aquí nos damos cuenta que la gente no tiene bien clara la enfermedad.

3.- ¿Conoce alguna persona que padezca epilepsia?

FACTOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	37%
NO	5	63%
TOTAL	8	

Cuadro 3

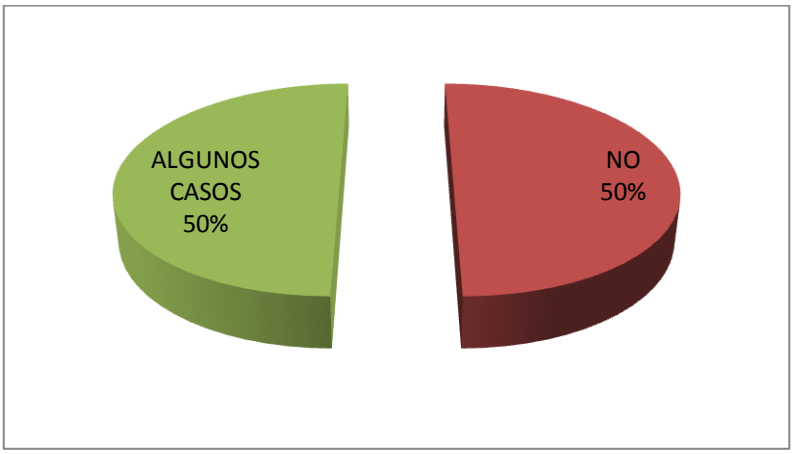


El 38% conoce a personas epilépticos y ha convivido con ellos y el 63% no los conoce las personas que conviven son los que aportaron información para el tratamiento.

4.- ¿Cree que la epilepsia puede producir discapacidad?

FACTOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI		0%
NO	4	50%
ALGUNOS CASOS	4	50%
TOTAL	8	

Cuadro 4

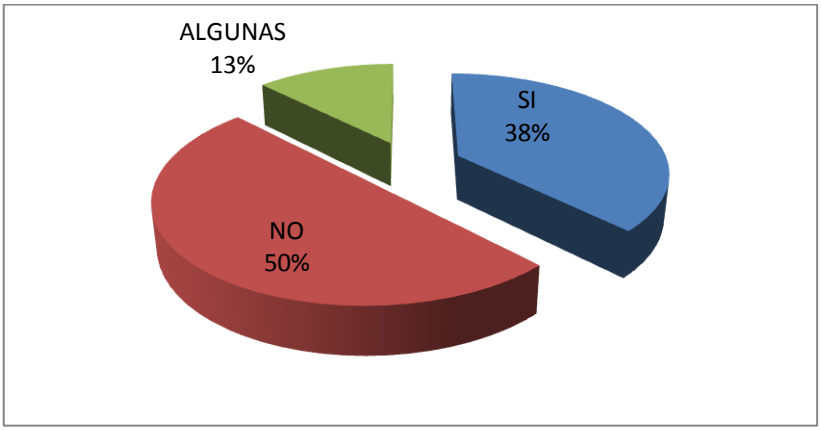


Las respuestas fueron iguales 50 -50% lo que me indica que no conocen del tema.

5.- ¿Ha presenciado alguna crisis epiléptica?

FACTOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	37%
NO	4	50%
ALGUNAS	1	13%
TOTAL	8	

Cuadro 5

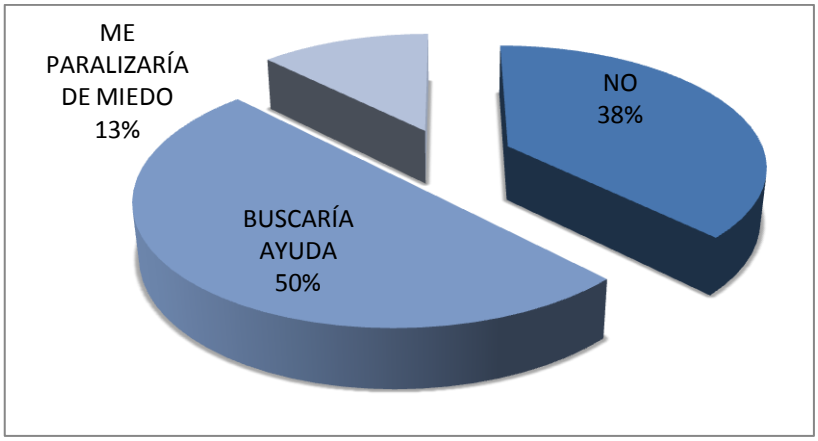


El 37% han presenciado una crisis epiléptica y saben cómo actuar y el 50% no han presenciado una crisis epiléptica, tampoco saben cómo ayudarlo por lo que se debe difundir la información.

6.- ¿Sabría cómo reaccionar frente a una crisis epiléptica?

FACTOR	FRECUENCIA	PORSENTAJE
SI		0%
NO	3	37%
BUSCARÍA AYUDA	4	50%
ME PARALIZARÍA DE MIEDO	1	13%
TOTAL	8	

Cuadro 6

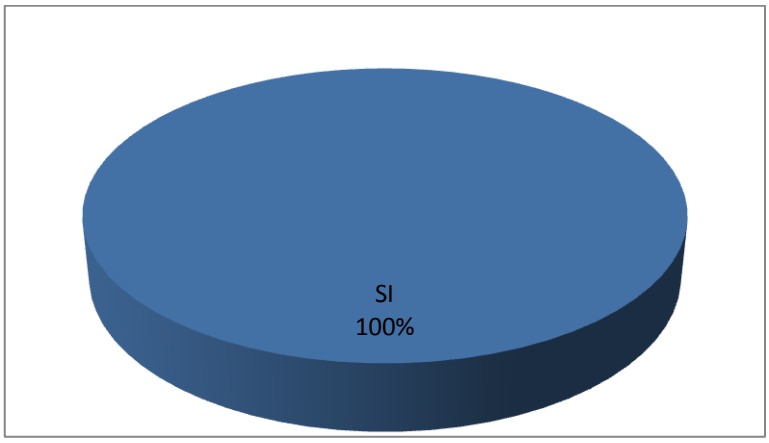


El 13% de las profesoras se paralizarían de miedo, el 37% no sabe qué hacer en estos casos y el 50% de las profesoras buscarían ayuda estos porcentajes nos indican que no conocen el tema por miedo a enfrentar situaciones que estas personas padecen.

7.- ¿Crees que los epilépticos pueden practicar deportes?

FACTOR	FRECUENCIA	PORSENTAJE
SI	8	100%
NO		0%
TOTAL	8	

Cuadro 7

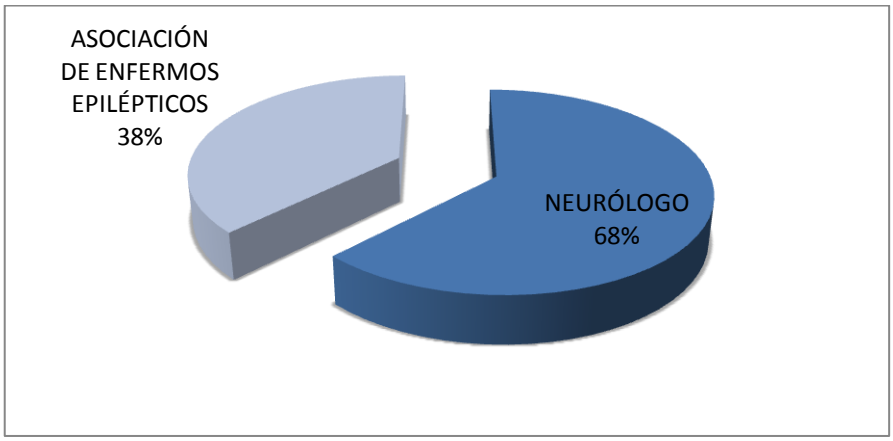


El 100% de las profesoras creen que los niños que padecen de epilepsia pueden hacer deportes ya que esta no está presente siempre y se puede tratar con atención temprana.

8.- Sabe dónde acudir en caso de necesitar información sobre la enfermedad mencionada.

FACTOR	FRECUENCIA	PORSENTAJE
PSICÓLOGO		0%
NEURÓLOGO	5	62%
PSIQUIATRA		0%
ASOCIACIÓN DE ENFERMOS EPILÉPTICOS	3	38%
TOTAL	8	

Figura 8

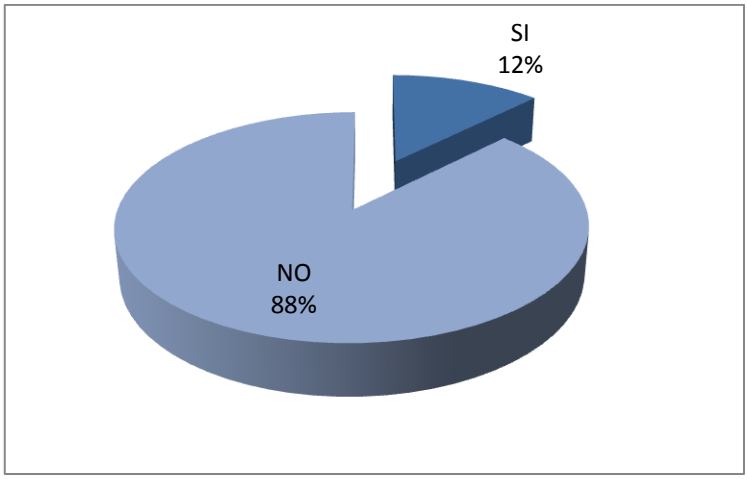


En el gráfico nos muestra que si sabrían donde acudir ya que son personas que conviven con estos seres.

9.- ¿Las empresas y colegios tienen información actualizada sobre la epilepsia?

FACTOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	1	12%
NO	7	88%
TOTAL	8	

Cuadro 9

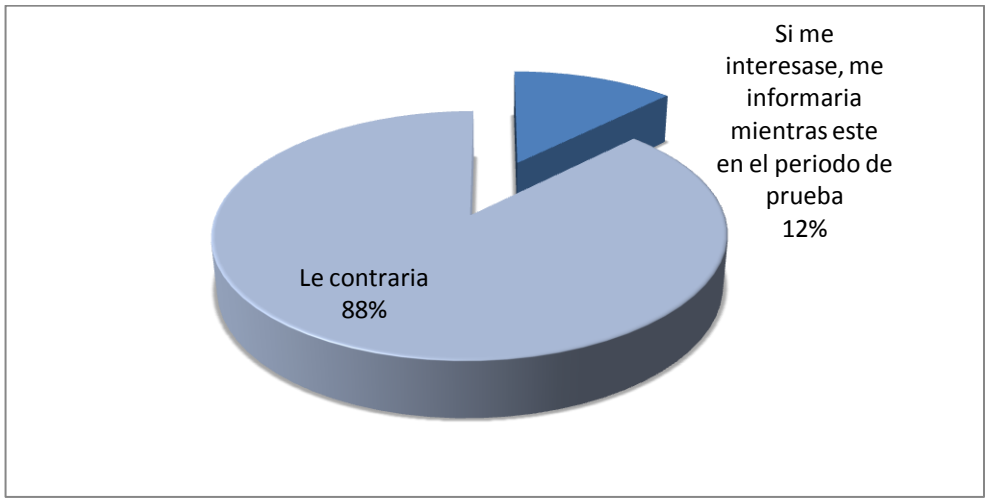


La gráfica muestra que no en un 88% por lo mismo se debe promocionar y difundir esta enfermedad que a veces pasa desapercibida y son más comunes de lo que creemos.

10.- Si fuera empresario y en la entrevista laboral y hubiera una persona con epilepsia, que reúna los requisitos para el puesto que haría:

FACTOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No le cogería por miedo a las crisis		0%
Si me interesase, me informaría mientras este en el periodo de prueba	1	12%
Le contraria	7	88%
TOTAL	8	

Cuadro 10

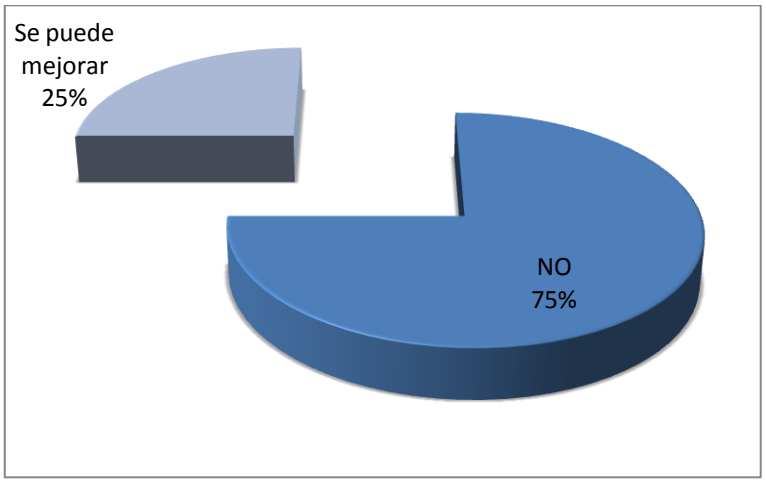


En la gráfica se puede observar que el 12% se interesaría y se pondría a buscar información y lo mantendrá en periodo de prueba y el 88% de la empresa lo contrataría por lo cual vemos que son personas capaces de realizar actividades cotidianas sin dificultad pero consientes de su problema siempre debe estar tratado con medicamentos adecuados.

11.- ¿Está la sociedad bien informada sobre la epilepsia?

FACTOR	FRECUENCIA	PORSENTAJE
SI		0%
NO	6	75%
Se puede mejorar	2	25%
total	8	

Cuadro 11



En el siguiente gráfico se puede observar que el 25% de la sociedad cree que se puede mejorar y el 75% de la sociedad no tiene información sobre la epilepsia por lo mismo se debe trabajar con los futuros docentes para difundir la información.

RESPUESTAS A LAS INTERROGANTES DE LA INVESTIGACIÓN

¿Puede estudiar la persona epiléptica?

Si los niños con epilepsia bien controlada, sin trastorno neurológico asociado que produzca discapacidad y CI normal pueden asistir a un centro de educación regular. Jugar un papel importante en su desarrollo.

En nuestro medio, muchos niños con epilepsia no continúan sus estudios porque se cree que no tienen capacidad para aprender, creencia compartida inclusive por algunos profesionales de la salud.

La epilepsia es un factor de riesgo para el desarrollo del niño. Hasta la tercera parte tendrán dificultades cognitivas y emocionales causadas por la lesión cerebral, la actitud de los padres y del medio social, la actividad convulsiva, el síndrome epiléptico y los efectos colaterales de los FAE.

El profesor y los compañeros de clase deben conocer qué niño del grupo tiene epilepsia y saber qué hacer en el caso de una crisis. Esto genera confianza en el niño con epilepsia, disminuye la ansiedad causada por ocultar la enfermedad y crea un vínculo de acercamiento y solidaridad con sus compañeros.

¿Las personas con epilepsia pueden ser felices?

Una vez controlados los trastornos, pueden llevar una vida rica y productiva, pueden ser felices y hacer felices a las personas con quienes se relacionan. La mayoría de las personas que padecen de epilepsia son tan capaces y valiosas como todas las demás.

¿Los niños con epilepsia pueden jugar?

Los niños con epilepsia no controlada pueden hacer la mayor parte de los deportes, tomando las precauciones adecuadas (casco por ejemplo). Lo más importante es tener sentido común y procurar no hacer deporte solos. La mayor parte de los niños y adolescentes epilépticos pueden montar en bicicleta,

caballo, nadar, correr, jugar al fútbol, etc. Indudablemente, ciertos tipos de deportes de riesgo deben de evitarse (escalada, boxeo, buceo a alta profundidad, ala delta, etc.)Pero no arriesgarse ya que son juegos que demandan mucha descarga energética.

¿Se puede casar la persona epiléptica?

¡Claro que sí! Las relaciones sexuales son parte normal de una vida sana las personas que tienen ataques se enamoran y se casan como cualquier otra persona. Las mujeres con epilepsia pueden quedar embarazadas y la mayoría tienen bebés sanos y normales. Es posible que se tenga problemas específicos relacionados con los trastornos convulsivos que pueden interferir en la relación sexual. Por la preocupación de no poder controlar los ataques o la ingesta de medicamentos que daño puede causar en caso de un embarazo es normal sentir temor pero claro estas interrogantes se deben consultar con el especialista.

¿Las mujeres con epilepsia se pueden quedar embarazadas?

Si las mujeres en edad fértil con epilepsia pueden tener hijos. Es fundamental planificar la maternidad, y tomar ácido fólico un tiempo antes de quedarse embarazada, para minimizar los riesgos. Durante el embarazo se realiza un control coordinado con el obstetra y neurólogo, que le ayudan a seguir un control adecuado para el proceso gestacional.

El parto puede ser normal, tener epilepsia no cambia esta situación. En la lactancia, hay que controlar los niveles de concentración de la medicación para que la leche no se vea afectada y no exista problemas con el bebe.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La guía elaborada para docentes es esencial para mí y mis colegas que está orientada al cuidado de los niñ@s con epilepsia los mitos sobre esta enfermedad.
- El ejercicio en los niños con epilepsia permiten que descarguen tenciones lo que les ayuda en su problema llevando así una vida sana.
- La epilepsia es uno de los trastornos neurológicos más frecuentes de acuerdo a la estadística realizada y obteniendo en la información tabulada.
- El rechazo social influye negativamente en la persona por no tienen un adecuado controlar las crisis de la enfermedad.
- El tratamiento debe ser integral en las personas con epilepsia pero esto se debe contar con un equipo de especialistas multidisciplinario.

RECOMENDACIONES

- El ITSCO y la escuela de educación sigan incentivando la formulación del tema con enfoques en el desarrollo intelectual de los niñ@s.
- La guía de la epilepsia y sus secuelas en niños de 5 a 6 años es una propuesta para que otros grupos se motiven y puedan seguir investigando.
- El médico, al conocer las características individuales de la persona epiléptica, conseguirá que su paciente le de continuidad a su tratamiento le aconsejará para su adaptación en la vida profesional y social, como su propio protagonista.

- La sobreprotección de estas personas no es conveniente pues se vuelven dependientes y lo que debemos lograr es su independencia.

CAPÍTULO VI
LA PROPUESTA

TITULO

Guía para docentes en el manejo de la epilepsia en niñ@s de 5 a 6 años.

JUSTIFICACIÓN

Social

Desde el punto de vista del área social los niños de 2 a 6 años se benefician con el tratamiento y manejo específico para el control de la epilepsia, los niños que tienen esta enfermedad se los puede tratar como niños normales claro, con los respectivos cuidados.

(http://www.epilepsiahoy.com/gadep.html) Las actitudes de la gente hacia el epiléptico son habitualmente discriminatorias, muchas veces propiciadas por el mismo enfermo, quien también tiene su propio prejuicio hacia la enfermedad y "vive su papel" de individuo estigmatizado creando un círculo vicioso difícil de romper, que afecta la calidad de vida.

Los problemas sociales a que se enfrenta el epiléptico sabemos que empiezan dentro de la misma familia. Dentro de ella existen dos reacciones extremas que deben evitarse: la sobreprotección y el rechazo.

La primera es habitualmente asumida por uno de los padres o ambos, y consiste en querer evitar a toda costa riesgos para el hijo que padece epilepsia: "que no salga solo a la calle porque se puede caer y lastimar", "que no vaya a la escuela para que no se burlen de él ni inicie o continúe sus estudios porque éstos "pueden forzar su cerebro y empeorar las crisis".

El producto final será un individuo inseguro, totalmente dependiente e invalidado para llevar una vida propia y bastarse así mismo.

Técnico

En la parte técnica el centro infantil "Luz del mañana" le beneficiara saber cómo tratar a niños de 2 a 6 años con epilepsia y controlar sus crisis.

(http://peiten.wordpress.com/2010/08/27/epilepsia/) Las crisis epilépticas o más conocidas como "convulsiones" o "ataques" son episodios de alteración de la función cerebral que producen cambios en la atención o el comportamiento y son causadas por una excitación anormal en las señales eléctricas en el cerebro.

Académico

En lo académico la siguiente guía servirá a los maestros u otras personas que tengan algún familiar o conocido que sufra de epilepsia y así podrán ayudar a manejar esta patología de la mejor manera.

(http://www.epilepsiapr.org/web/index.php?option=com_k2&view=item&id=18:epilepsia-en-la-escuela&Itemid=145&tmpl=component&print=1&lang=es) La mayoría de los niños con epilepsia son niños normales en lo que a todo lo demás respecta.

Sin embargo, como grupo observamos que presentan el triple de probabilidades de sufrir problemas de aprendizaje. Aproximadamente el 9% de los niños con epilepsia (tres veces más que la población general) tienen un coeficiente de inteligencia por debajo de 70.

Los niños que consiguen controlar los ataques relativamente pronto sin sufrir muchos efectos secundarios y sin dañar su capacidad cognitiva, por lo general tienen más posibilidades de alcanzar un nivel educativo igual o superior a la media.

Cultural

En la parte cultural este proyecto está establecido para conocer la definición causas y tratamiento de la epilepsia para no tener conceptos erróneos y así poder ayudar a las personas que tienen esta enfermedad y no discriminarlas.

(http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parserurl.jsp?url=web_saludalia/reportajes/doc/reportajes/doc/doc_vivir_epilepsia.xml)
La interpretación misteriosa, sobrenatural, religiosa y divina de la epilepsia, considerada como una enfermedad sagrada, dio origen al nacimiento de múltiples interpretaciones, enmarcadas en supersticiones, e incluso razonamientos pseudocientíficos, que han permanecido hasta la actualidad y que se han arraigado en relación inversamente proporcional al nivel cultural.

Ético

Desde el punto ético esta guía nos sirve para poder ayudar a los estudiantes que tengan epilepsia y hablar con los respectivos padres o tutores que están a cargo de dicha persona.

FUNDAMENTACIÓN

La Epilepsia es una enfermedad compleja que requiere tratamiento por parte de especialistas de varias disciplinas así como también exámenes especiales para el diagnóstico de la enfermedad.

El tratamiento es largo y costoso y requiere conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes y sus familiares.

Esto ha dado origen a que en casi todo el mundo se desarrollen las Ligas contra la Epilepsia, que son entidades que velan por la salud y la recuperación integral del paciente que sufre la enfermedad.

Se analizan las características más destacadas de los síndromes epilépticos más frecuentes en el recién nacido, lactante, prescolar, escolar y adolescente, así como las normas básicas del tratamiento antiepiléptico.

Las crisis epilépticas son síntomas de disfunción cerebral que producen una descarga hipersincrónica o paroxística de un grupo de neuronas, hiperexcitables, localizadas en la corteza cerebral.

Las manifestaciones clínicas son muy variables y auto limitados. Pueden ser reactivas a un estrés cerebral transitorio o a lesiones permanentes o bien forman parte de un síndrome neurológico más amplio denominado síndrome epiléptico.

La prevalencia es de 5 por mil, en cuanto a epilepsia crónica, y la incidencia de crisis es superior a 50 casos por 100.000 habitantes y año. Las crisis epilépticas pueden ser parciales o focales (simples, complejas y con evolución a generalizadas) y generalizadas (ausencias, mioclonías, tónicas, clónicas, tónico-clónicas y atónicas).

Se discute la etiopatogenia de las crisis, revisando los diferentes mecanismos involucrados en las crisis de comienzo parcial (inhibición defectuosa de los receptores GABA-A, activación defectuosa de los receptores GABA por las proyecciones provenientes del hipocampo, tamponamiento defectuoso del calcio intracelular, activación aumentada de los receptores NMDA, incremento de la sincronización neuronal debido las interacciones e fácticas o incremento de la sincronización o activación debido a redes colaterales recurrentes excitadoras) y en las de comienzo generalizado en las que tienen una importancia fundamental las interacciones tálamo-corticales.

Durante muchos siglos se han considerado a las crisis convulsivas como algo mágico o místico. Las crisis epilépticas se reconocieron desde la antigüedad. Una de las primeras descripciones de una crisis se realizó hace más de 3000 años en Mesopotamia y se atribuyó al Dios de la Luna. Hipócrates escribió el primer libro sobre las crisis epilépticas hace 2.500 años.

Fue el primero que rechazó la causa divina de la enfermedad, atribuyendo las crisis al exceso de flema en el cerebro. No hubo ningún avance más hasta la década de 1870 cuando un grupo de investigadores detectaron la actividad cortical de animales durante una crisis convulsiva.

En 1929 Berger descubre las señales eléctricas de la corteza cerebral mediante la electroencefalografía. Aún hoy y a pesar de los avances en el tratamiento y en la integración social, las crisis epilépticas todavía producen un importante estigma para quien las padece.

Las funciones cognitivas principales incluyen la atención, la memoria, las capacidades lingüísticas, las capacidades visuoespaciales y las funciones ejecutivas frontales, todas ellas implicadas en los procesos de aprendizaje.

La infancia constituye un período especialmente valioso para reconocer los signos de alarma sobre problemas cognitivos ligados a la epilepsia, ya que en la integración y el rendimiento escolar, tanto a través de la información de los padres como de los educadores, obtenemos las claves para detectar, intervenir y monitorizar la evolución de estos problemas.

El rendimiento y desempeño escolar y la conducta en el colegio son los mejores indicadores, en los niños, de las aptitudes cognitivas y la interacción psicosocial. Por ello, es imprescindible monitorizar estos parámetros y obtener información de las familias y de los educadores, para identificar signos precoces de patología neuropsicología comórbida en niños epilépticos.

La dificultad específica del aprendizaje o dificultad de aprendizaje (DA) es una condición crónica de presumible origen neurológico que interfiere selectivamente con el desarrollo, integración y/o demostración de habilidades verbales y no verbales, y los niños epilépticos no obtienen los mismos resultados académicos que los grupos control evaluados y desarrollan diferentes tipos de DA, distintas a los observados en la población general.

Estos niños suelen presentar: indiferencia de la clase, resultados inferiores a la media, trastornos del comportamiento asociados, distracción, concentración pobre y somnolencia. Muchos niños con epilepsia y con un control adecuado de sus crisis, no presentan problemas de aprendizaje ni de comportamiento.

Sin embargo, el adecuado control de las crisis por sí solo no asegura la permanencia libre de síntomas disatencionales, de aprendizaje o de lenguaje, que pueden presentarse hasta en la mitad de los niños epilépticos, y que sin duda evolucionan peor mientras existan crisis o alteraciones electroencefalografías (EEG).

OBJETIVO GENERAL

- Elaborar la guía para orientar a docentes sobre la epilepsia en niñ@s de 5 a 6 años del Centro de Desarrollo Infantil Luz del Mañana.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Definir las necesidades de la elaboración de la guía para el control de las secuelas en niños de 2 a 6 años
- Organizar los elementos que contendrá la guía, partiendo de los resultados del diagnóstico
- Desenvolver las unidades, tema, actividades, sistema de evaluación de la guía
- Valorar los contenidos de la guía por medio de talleres a los padres de familia.

IMPORTANCIA

Este proyecto servirá para que las profesoras pongan en práctica que se debe hacer cuando un niñ@ tenga un ataque epiléptico ya que La epilepsia no es un estigma, ni una enfermedad 'mágica', pero en la actualidad el rechazo social y laboral resulta evidente; prueba de ello es la ocultación de la enfermedad por temor al rechazo de la sociedad y de sus compañeros.

La epilepsia está provocada por anormalidades en la actividad eléctrica del cerebro. Este órgano es incapaz de frenar o cortar los impulsos eléctricos entre neuronas. Y cuando tiene lugar una descarga excesiva se produce una crisis o ataque epiléptico.

La localización del trastorno varía según el tipo de epilepsia, que puede ser focal o generalizada. Las causas de esta dolencia son de las más variadas: puede ser el resultado de anomalías congénitas, enfermedades vasculares como el infarto cerebral, infecciones, tumores, enfermedades degenerativas o lesiones.

UBICACIÓN

El siguiente proyecto se realizara en:

País: Ecuador

Provincia: Pichincha

Cantón: Quito

Ciudad: Quito

Parroquia: Carcelén

Barrio: Carcelén Bajo

Calles: José Ordoñez y Leonardo Freire

FACTIBILIDAD

Esta guía es factible de realizar debido a la investigación hecha y la información recogida y las mismas que han permitido obtener datos verídicos acerca de esta enfermedad.

Además que se la podrá poner en práctica en el lugar donde se realizó la investigación ayudando de esta manera en los procesos para controlar las secuelas de la epilepsia en los niños.

Técnica

Este proyecto será factible por los conocimientos adquiridos tanto dentro como fuera de la institución; las profesoras podrán tranquilizar a los niños cuando a uno de sus compañeros les de un ataque epiléptico.

Económica

Los gastos de elaboración del proyecto serán cubiertos por un presupuesto familiar dispuesto para el mismo.

PRESUPUESTO				
CANT.	**ÍTEM**	**DESCRIPCIÓN**	**VALOR**	**VALOR TOTAL**
EQUIPOS				
1	Computador			
1	Impresora	CANON, COPIADORA, IMPRESORA	180	**180**
1	Video-Cámara	SAMSUM, MEMORIA DE 2G	120	120
SUMINISTROS Y MATERIALES				
6	Resmans	Papel bon A4 75g	4,5	27
4	Tinta para impresora	colores y negra de impresora canon	5	20
1	Flash	de 2 de capacidad	9	9
65 horas	Alquiler de internet	de un modem de claro	0,6	39
1	Corrector	Big	1,25	1,25
1	Borrador	de queso	0,3	0,3
8	Esfero	punta fina azules y negros big	0,35	2,8
2	Lápices	portaminas	0,75	1,5
5	Maquetes de minas	0,5 big	0,55	2,75
3	Cuadernos	universitarios de cuadros	1,3	3,9
98	Copias	blanco y negro	0,02	1,96
4	Empastados	color verde con cello del plantel	13	52
4	Anillados	con pasta de color verde	1,96	7,84
3	Carpetas	de perfil de color azul	1	3
5	Cajas de grampas		1,26	6,3
3	Hojas	inet cuadros	0,85	2,55
1	Grapadora			

16	CD	en blanco para grabar	0,55	8,8
		TOTAL PARCIAL		489,95
		EL PARCIAL DEL 10%		48,995
		TOTAL		538,943

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	Oct.				Nov.				Dic.				Ene.				Feb.				Mar.				Abr.				May.					Jun.				Jul.				Ago.					Sep.				Oct.			
FECHAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4
SELECCIÓN DEL TEMA	X																																																			
DEFINICION DEL TITULO		X																																																		
PLANTIAMIENTO DEL PROBLEMA			X																																																	
FORMULACION DEL PROBLEMA				X																																																
Objetivos generales					X																																														
Objetivos específicos						X																																													
JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA							X																																												
FACTIBILIDAD								X																																											
ANTECEDENTES									X																																										
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA										X																																									
FUNDAMENTACIÓN LEGAL											X																																								
CARACTERIZACIÓN DE LA VARIABLE												X																																							
INTERROGANTES DE LA INVESTIGACIÓN													X																																						
CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES														X																																					
DEFINICIÓN CONCEPTUAL															X																																					
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN																X																																			
MODALIDAD O TIPO DE INVESTIGACIÓN																	X																																		
POBLACIÓN																		X																																		
MUESTRA																			X																																	
OPERACIÓN DE VARIABLES																				X																																
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN																					X																														
RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTOS DEL TRABAJO DE CAMPO																						X																												
CRONOGRAMA																							X																											
PRESUPUESTO																								X																										
Conclusiones																									X																									
Recomendaciones																										X																								
RESPUESTA A LA INVESTIGACIONES DE LA INVESTIGACION																											X																							
LA PROPUESTA																												X																						

Unidades, temas, subtemas																												X																									
Precisar																													X																								
Ficha de observación																														X																							
Proyectar																															X																						
Contenido guía																																X																					
Determinar																																	X																				
Indicador numérico																																		X																			
Aperción																																			X																		
Encuesta																																				X																	
RESUMEN																																					X																
CESIÓN DE DERECHOS																																						X															
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD																																							X														
DEDICATORIA																																								X													
AGRADECIMIENTOS																																									X												
ÍNDICE																																										X											
INTRODUCCIÓN																																											X										
BIBLIOGRAFÍA																																												X									
NETGRAFÍA																																													X								
Anexos																																														X							
CALIFICACIÓN DEL PROYECTO POR AUTORIDADES																																															X						
CALIFICACIÓN DEL PROYECTO POR EL RECTOR																																																X					
EMPASTADO																																																	X				
PREPARACIÓN DE DIAPOSITIVAS																																																		X			
SUSTENTACION DEL PROYECTO																																																			X		

ÍNDICE

UNIDAD I

EN LA ESCUELA

Tema: Los maestros en la vida estudiantil de un epiléptico

Subtema: Sobreprotección

Tema: La marginación social

Subtema: rechazo en la sociedad

Unidades II

LA EPILEPSIA Y LA FAMILIA

Tema: la relación entre padres e hijos epilépticos

Subtema: actividades o juegos

Tema: ansiedad

Subtema: la respiración

Subtema: relajación

Unidades III

EN LA SOCIEDAD

Tema: deportes

Subtema: básquet

Subtema: natación

BIBLIOGRAFÍA

1.AGUILAR Ruth , Metodología de la Investigación, editorial Universidad Técnica Particular de Loja, Loja-Ecuador, año 1994, pág. 62

2.ANDINO Patricio, Investigación Social, 2da edición, Quito- Ecuador, año 1994, pág. 171

3.GUTIÉRREZ Abraham, Proyecto de Investigación, 1era edición, Quito – Ecuador, año 1982, pág. 23

4.GUTIÉRREZ Abraham, Técnicas de Investigación, 5ta edición, Quito – Ecuador, año 1999, pág. 33

5.GUTIÉRREZ Abraham, Método de Investigación, 6ta edición, Quito – Ecuador, año 1999, pág. 78

6.JARRIN Pedro Pablo, Investigación Científica, 4ta edición, Quito-Ecuador, año 1994, pág. 64

7.LEIVA Franco, Investigación Científica, 6ta edición, imprenta Ortiz, año 1979, pág. 27

8.LEIVA Franco, Investigación Científica, 4ta edición, imprenta Ortiz, año 1979, pág. 27

9.RODRÍGUEZ Marcelo, Metodología de Investigación Científica, 2da edición, Quito, año 2003, pág. 84

10.SABINO Carlos, Proceso de Investigación, editor el CID, Colombia, año 1800, pág. 24

11. Cesar Torres, Metodología de Investigación, 2da edición, México, año 2006, pág. 56

12. Cesar Torres, Metodología de Investigación, 2da edición, México, año 2006, pág. 56

13. Bernal Torres , Cesar Augusto, Metodología de la Investigación, 2da edición, México, año 2006, pág. 110

14. Carlos Villalba, Método de Investigación , quito , año 2009, pág. 10

15. Carlos Villalba, Investigación científica, México, editorial MC GRAW, 3ra edición, México, año 2009, pág. 180.

16.Pérez Sempere Ángel, Sánchez Álvarez Juan Carlos, Cómo Afrontar la Epilepsia, editorial Paseo de la Castellana, Madrid-España, año 2005, pág. 25)

17.A. Yusta Izquierdo, Crisis convulsivas. Concepto, clasificación y etiología, México, Año 2005, pág. 69

18. J.L. Herranz, Trastornos epilépticos en la edad pediátrica, año 2003, pág. 652

19. Juan Carlos Sánchez Álvarez, 50 respuestas sobre las crisis epilépticas y la epilepsia, 1era edición, Barcelona-España, año 2004, pág. 17

20. Pedro Castro, 50 respuestas sobre las crisis epilépticas y la epilepsia, 1era edición, Barcelona-España, año 2004, pág. 18

21. Juan Carlos Sánchez Álvarez, 50 respuestas sobre las crisis epilépticas y la epilepsia, 1era edición, Barcelona-España, año 2004, pág. 20

22. Juan Galán Barranco, 50 respuestas sobre las crisis epilépticas y la epilepsia, 1era edición, Barcelona-España, año 2004, pág. 24

23. Juan Carlos Sánchez Álvarez, 50 respuestas sobre las crisis epilépticas y la epilepsia, 1era edición, Barcelona-España, año 2004, pág. 26

24. Codina, F.M., Viteri, C. Validación del cuestionario QOLIE-10 en epilepsia y comparación de la calidad de vida en pacientes tratados con lamotrigina o ácido valproico. Código estudio: GSK-LAM-2003-01.

25. Cramer, J.A. A clinimetric approach to assessing quality of life in epilepsy. Epilepsia 1993; 34 (Supl. 4): S8-S13

26. Juan Galán Barranco, 50 respuestas sobre las crisis epilépticas y la epilepsia, 1era edición, Barcelona-España, año 2004, pág.63

27. Juan Galán Barranco, 50 respuestas sobre las crisis epilépticas y la epilepsia, 1era edición, Barcelona-España, año 2004, pág.53

NETGRAFÍA

1. http://es.wikipedia.org/wiki/Epilepsia
2. http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/epilepsia
3. http://www.epilepsiahoy.com/gadep.html
4. http://peiten.wordpress.com/2010/08/27/epilepsia/
5. http://www.epilepsiapr.org/web/index.php?option=com_k2&view=item&id=18:epilepsia-en-la-escuela&Itemid=145&tmpl=component&print=1&lang=es
6. http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parserurl.jsp?url=web_saludalia/reportajes/doc/reportajes/doc/doc_vivir_epilepsia.xml
7. http://www.neurologia.com/pdf/Web/3409/m090856.pdf
8. http://www.elmundo.es/elmundosalud/2006/05/03/neurocienciadossiers/1146678448.html
9. http://www.angelfire.com/dragon2/informatica/estudio_de_factibilidad.htm
10. http://www.apiceepilepsia.org/etiologia.htm
11. http://www.epilepsiahoy.com/tratamiento.html
12. http://www.epilepsiahoy.com/tratamiento.html
13. http://www.fisterra.com/salud/1infoconse/epilepsia.asp
14. http://www.cun.es/area-salud/pruebas-diagnosticas/electroencefalograma
15. http://www.fisterra.com/salud/1infoconse/epilepsia.asp
16. http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=es&langpair=en%7Ces&rurl=translate.google.com.ec&u=http://www.epilepsy.org.uk/info/developing-epilepsy-later-life/side-effects&usg=ALkJrhge2DRUquvvjLt4gO3g6NTiBCnTJw
17. http://www.feeneurologia.com/html2/enfermedades-neurologicas.

ANEXOS

Tabla 1 Clasificación Internacional de las crisis epilépticas

1. Crisis parciales o focales

1.a. Crisis parciales simples:

1.A.1.Con signos motores
1.A.2.Con síntomas somatomotores o sensoriales especiales
1.A.3.Con signos o síntomas autonómicos
1.A.4.Con síntomas psíquicos

1.b. Crisis parciales complejas

1.B.1.Crisis parciales simples seguidas de alteración de la conciencia
1.B.2.Con empeoramiento de la conciencia desde el inicio

1.c. Crisis parciales con evolución secundaria hacia crisis generalizadas

1.C.1.Crisis parciales simples que evolucionan a crisis generalizadas
1.C.2.Crisis parciales complejas que evolucionan a crisis generalizadas
1.C.3.Crisis parciales simples que evolucionan a crisis parciales complejas
y después a crisis generalizadas

2. Crisis generalizadas (convulsivas y no convulsivas)

2.A. Crisis de ausencia

2.A.1.Ausencias típicas
2.A.2.Ausencias atípicas

2.B. Crisis mioclónicas
2.C. Crisis clónicas
2.D. Crisis tónicas
2.E. Crisis tónico-clónicas
2.F. Crisis atónicas (crisis astáticas)

3. Crisis epilépticas inclasificables

Tabla 2 Clasificación internacional de los síndromes epilépticos y de las enfermedades relacionadas con crisis

1. Relacionados con la localización

1.A. Idiopática (primaria)
- 1. A.1. Epilepsia benigna de la infancia con puntas centro temporales
- 1. A.2. Epilepsia de la infancia con paroxismos occipitales
- 1. A.3. Epilepsia de la lectura primaria

1.B. Sintomáticas (secundarias)
- 1. B.1. Epilepsias del lóbulo temporal
- 1. B.2. Epilepsias del lóbulo frontal
- 1. B.3. Epilepsias del lóbulo parietal
- 1. B.4. Epilepsias del lóbulo occipital
- 1. B.5. Epilepsia progresiva parcial continua de la infancia

1.C. Criptogénicas definidas por:
- 1. C.1. Tipo de crisis
- 1. C.2. Síntomas clínicos
- 1. C.3. Etiología
- 1. C.4. Localización anatómica

2. Generalizadas

2.A. Idiopáticas (primarias)
- 2. A.1. Convulsiones neonatales benignas familiares
- 2. A.2. Convulsiones neonatales benignas
- 2. A.3. Epilepsia mioclónica benigna de la infancia
- 2. A.4. Epilepsia de ausencia de la infancia
- 2. A.5. Epilepsia de ausencia juvenil
- 2. A.6. Epilepsia mioclónica juvenil
- 2. A.7. Epilepsia con crisis tónico-clónicas al despertar
- 2. A.8. Otras epilepsias generalizadas idiopáticas
- 2. A.9. Epilepsias con crisis precipitadas por modos específicos de activación

2.B. Epilepsias criptogénicas o sintomáticas
- 2. B.1. Síndrome de West
- 2. B.2. Síndrome de Lennox-Gastaut
- 2. B.3. Epilepsia con crisis mioclónicas-astáticas
- 2. B.4. Epilepsia con crisis de ausencia mioclónicas

2.C. Epilepsias sintomáticas (secundarias)
- 2. C.1. De etiología inespecífica

2. C.1.1. Encefalopatía mioclónica temprana
2. C.1.2. Encefalopatía epiléptica temprana de la infancia
2. C.1.3. Otras epilepsias generalizadas sintomáticas

2.D. Síndromes específicos que entre sus síntomas tienen crisis epilépticas

3. Epilepsias indeterminadas
3. A. Con crisis generalizadas y focales
3. A.1. Crisis neonatales
3. A.2. Epilepsia mioclónica severa en la infancia
3. A.3. E. con actividad punta-onda continua durante la fase de sueño
3. A.4. Afasia epiléptica adquirida (S. de Landau-Klefner)
3. A.5. Otras epilepsias indeterminadas.
3. B. Sin claras crisis focales o generalizadas

4. Síndromes especiales
4.A. Crisis relacionadas con determinadas situaciones
4. A.1. Convulsiones febriles
4. A.2. Crisis aisladas o "status" epilépticos aislados
4. A.3. Crisis que ocurren cuando hay un evento agudo tóxico (alcohol, drogas, eclampsia, hiperglucemia no cetósica, etc...)

Tabla 3

DROGA	Absorción %	Unión a proteínas horas.	Vida media	Ruta de Eliminación	Características Especiales
Fenobarbital	Lenta (95-100%)	48-54	72-144	Metabolismo hepático. 25% sin cambios	Inductor enzimático, Sedante
Fenitoina	Lenta (85-95%)	90-93	9-40	Metabolismo hepático. Saturable Vida media depende de la concentración	Inductor enzimático

Primidona	Rápida (90-100%)	20-30	4-12	Metabolismo hepático. Metabolitos excretados sin cambios (40%)	Inductor enzimático
Carbamazepina	Lenta (75-85%)	70-78	8-24	Metab.hep. Metabolito activo: Autoinduce su metabolismo	Inductor enzimático
Acido Valproico	Rápida (100%)	88-92	7-17	Met.hep. Metabolitos activos concentración dependiente de unión a proteínas	Inhibidor enzimático
Clonazepan	Rápida (80-90%)	80-90	30-40	Met.hep. Produce tolerancia Exacerbación al suspenderlo	Sedante

Tabla 4.

	DFH	CBZ	FB	PMD	VPA	BZD
DFH	.	.	.	+	-	.
CBZ	-	.	.	+	-	-
FB	.	-	.	.	-	.
PMD	.	-	.	.	.	.
VPA	-	+	+	+	.	.
BZD	+	.	.	.	.	.

Tabla 5. Fármacos tradicionales

Nombre genérico	Abreviatura	Marcas disponibles
Fenobarbital	Pb	Fennabbott
Fenitoína	PHT	Epamín, Fenidantoín S, Fenitrón
Primidona	PMD	Mysoline, Pridona
Etosuximida	ETX	Zarontín
Carbamazepina	CBZ	Tegretol, Neugerón, Carbazina
Valproato	VPA	Depakene (ácido valproico), Atemperator, Criam (valproato de magnesio), Epival (divalproato de sodio), Leptilán (valproato de sodio)
Clonazepam	CNZ	Rivotril

Tabla 6. Nuevos fármacos

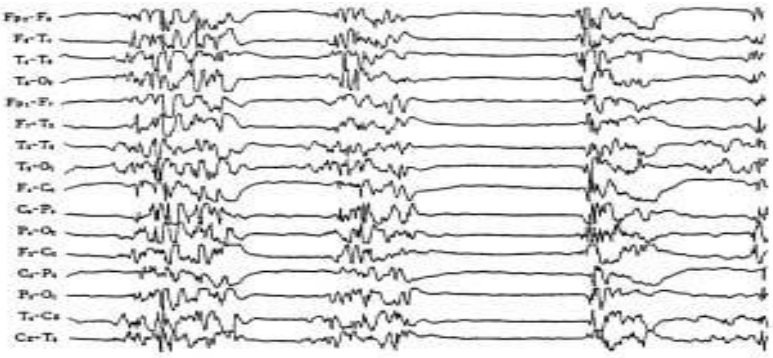
Nombre genérico	Abreviatrura	Marcas
Oxcarbazepina	OXC	Trileptal
Felbamato	FBM	Felbatol
Vigabatrina	VGB	Sabril
Lamotrigina	LMG	Lamictal
Gabapentina	GBP	Neurontín
Topiramato	TPM	Topamax
Levetiracetam	LVT	Keppra

Tabla 7. Indicaciones de los fármacos antiepilépticos

TIPO DE CRISIS	1ª. ELECCIÓN	ALTERNATIVA
Crisis focales simples o complejas	PHT, CBZ, VPA	Pb, PMD, nuevos
Ausencias	VPA, ETX	LMG
Crisis generalizadas tónicas, clónicas y tónicoclonicas	PHT, CBZ, VPA	Pb,PMD, nuevos
Mioclónicas	VPA, CBZ	LMG
Atónicas	CNZ, VPA	TPM, LMG

ENCEFALOGRAMA

TRAZADO EEG CON PAROXISMOS SUPRESIÓN, PROPIO DE LAS EPILEPSIAS NEONATALES GRAVES



PATRÓN EEG DE HIPSARRITMIA

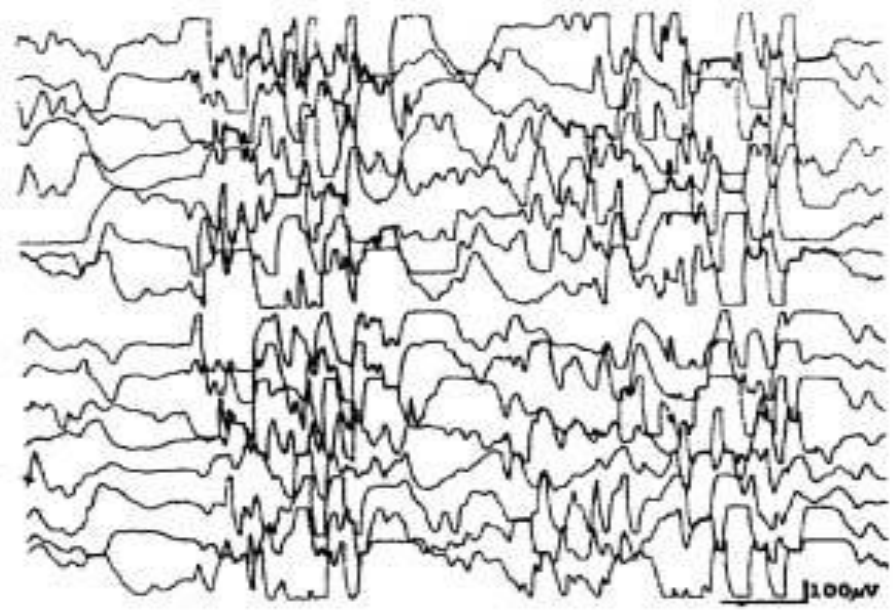


FIGURA 1. Rendimiento intelectual y situación escolar.

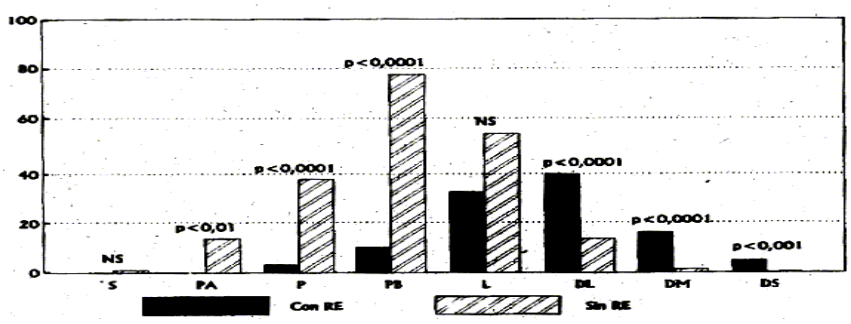


FIGURA 2. Rendimiento intelectual y edad de inicio de la enfermedad.

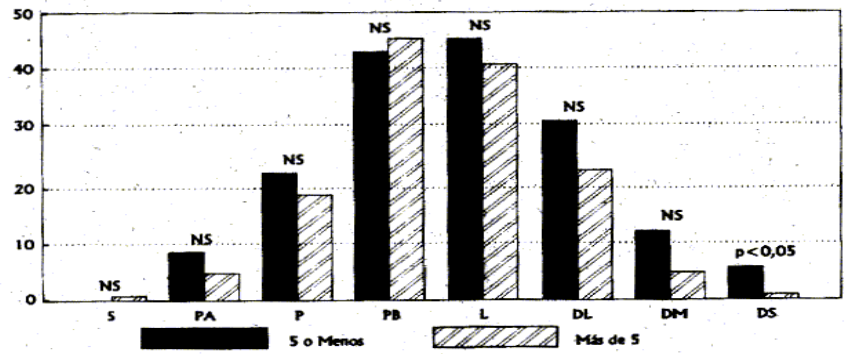


TABLA 1. Situación escolar y edad de inicio de la enfermedad

Edad de inicio

SITUACIÓN ESCOLAR	5 O MENOS	MÁS DE 5	TOTAL
Con RE	70	41	111
Sin RE	100	99	199
TOTAL	170	140	310

Nota: X2: con factor de corrección: 4,219; p: 0,040; X2: sin factor de corrección: 4,723; p: 0,029; DF: 1.

FIGURA 3. Rendimiento intelectual y tiempo de evolución de la enfermedad.

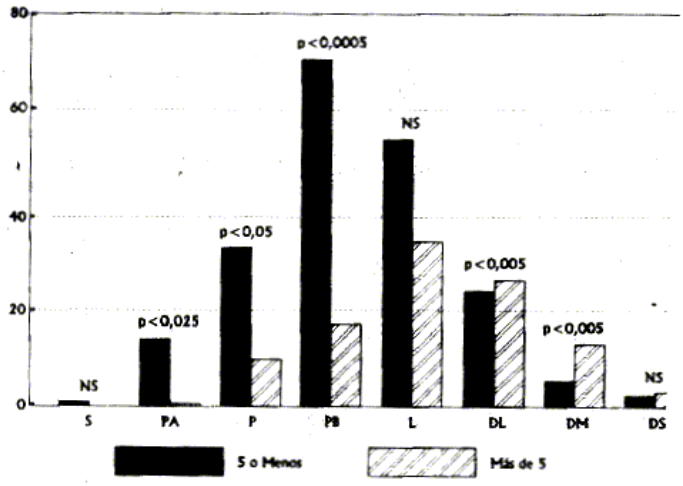


TABLA 2. Situación escolar y tiempo de evolución de la enfermedad.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

SITUACIÓN ESCOLAR	5 O MENOS	MÁS DE 5	TOTAL
Con RE	53	58	111
Sin RE	149	50	199
Total	202	108	310

Nota: X2: 21,917; p: 2,846E-06; DF: 1.