

Rol de los docentes en el manejo de los alumnos con epilepsia en el nivel primario y secundario

Roberto Caraballo MD¹, María del Carmen Ronconi², Ramiro Pérez³, Andrea Monti⁴, José Schonfeld⁵

ABSTRACT

Introduction: Epilepsy is the most common neurological disorder. Epilepsy may affect social well-being as well as family relationships, school performance and work. Lack of awareness of the disease may be even more harmful to the individual with epilepsy than the disease itself.

Aim: To provide school teachers with knowledge on epilepsy in order to improve the comprehensive management of pupils with epilepsy in the school environment.

Material and Methods: A systematic search was conducted in Pubmed, EMBASE, SCOPUS, SciELO, and LILACS and the Cochrane Central Register of Controlled Trials up to February 2015 including the terms "attitudes", "knowledge", "epilepsy", "education", "stigma", "quality of life", "discrimination", "teachers", and "practices" in English and in Spanish.

Results: Studies conducted to evaluate the knowledge, attitudes, and practices of teachers showed that lack of knowledge or insufficient information

on epilepsy at different educational levels may be harmful to pupils with epilepsy as scarce or inadequate knowledge may lead to negative attitudes and incorrect practices. Additionally, it is well known that teachers who are adequately trained on the topic will be able to detect possible markers or signs of pupils who have epilepsy and guide the parents to seek neurological care.

Conclusion: To provide teachers with general information on epilepsy is essential to improve integration, learning performance, and associated difficulties of the pupil with epilepsy, be prepared to offer first aid in the face of a seizure, and assist the pupil with epilepsy with suggestions that are useful for daily living.

Key words: Attitudes, knowledge, teachers, epilepsy, education, practices.

RESUMEN

Introducción: La epilepsia es el más común de los trastornos neurológicos crónicos. La epilepsia puede perjudicar el bienestar social y también puede afectar las relaciones familiares, la escolaridad y el empleo y su desconocimiento puede afectar aún más a la persona con epilepsia que la propia enfermedad.

Objetivo: Sumistrar a los docentes conocimientos sobre epilepsia para favorecer el manejo integral de los alumnos con epilepsia en el ámbito escolar.

Material y Métodos: Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en Pubmed, EMBASE, SCOPUS, SciELO y LILACS y la Cochrane Central Register of Controlled Trials hasta febrero 2015 incluyendo términos relativos a actitudes, conocimientos, epilepsia, educación, estigma, calidad de vida, discriminación, maestros, y prácticas en inglés y en castellano.

Resultados: Los estudios llevados a cabo evaluando el conocimiento, las actitudes y las prácticas de

1. Servicio de Neurología. Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P Garrahan". Buenos Aires. Argentina
2. Psicóloga. Docente Especial y Primario. Titular Centro de Día y Escuela de Educación Integral Privada N° 28 IDEEA. Gualeguaychú, Entre Ríos. Argentina.
3. Profesor de Psicología y Ciencia de la Educación. Docente Universidad de Concepción del Uruguay. Entre Ríos. Argentina.
4. Licenciada en Educación. Docente Universidad de Concepción del Uruguay. Entre Ríos. Argentina.
5. Profesor en Dirección y Supervisión Educativa. Profesor titular, Universidad de Concepción del Uruguay. Entre Ríos. Argentina.

Correspondencia: Roberto H Caraballo
Neurología, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P Garrahan".
Combate de los Pozos 1881, Buenos Aires CP1245. Argentina
Tel. Fax 541143048668 / rrcaraballo@arnet.com.ar
El(los) autor(es) declara(n) no tener conflictos de intereses.
Recibido 1-11-2015. Aceptado 1-12-2015.

docentes mostraron que el desconocimiento o falta de información adecuada sobre epilepsia de docentes en los diferentes niveles educativos puede ser perjudicial para los alumnos con epilepsia pues el escaso o inadecuado conocimiento genera actitudes negativas y prácticas incorrectas; además como es sabido, el docente bien informado puede detectar o reconocer posibles indicadores o signos de probables alumnos con epilepsia y orientar a padres o tutores para que consulten con el médico neurólogo.

Conclusión: Consideramos fundamental ofrecer a los docentes información general sobre epilepsia, para favorecer la integración del estudiante, su aprendizaje, resolver otras dificultades asociadas, realizar los primeros auxilios durante una convulsión, y otras sugerencias útiles para la vida diaria del alumno con crisis epilépticas.

Palabras claves: Actitudes, conocimientos, docentes, epilepsia, educación, maestros, prácticas.

Palabras de cabecera: Docentes y epilepsia.

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es el más común de los trastornos neurológicos crónicos e impone una enorme carga a los sistemas de salud. Se estima que aproximadamente el 1% de la población general padece de epilepsia [1].

La epilepsia se puede producir en individuos como resultado de distintas enfermedades o daño cerebral estructural: trauma perinatal u otros; infecciones, como meningitis o encefalitis; parasitosis, incluyendo la cisticercosis, esquistosomiasis, y malaria; tumores; enfermedades vasculares; enfermedades degenerativas, causas genéticas y aún existen personas con epilepsia sin poder determinar la causa [2].

En un relativo alto porcentaje de casos la epilepsia tiene un origen genético, mientras que la etiología es aún desconocida en un porcentaje significativo de casos [2]. La mayoría de los tipos de epilepsia y síndromes epilépticos son edad dependiente, es decir que comienzan en una determinada edad o período madurativo cerebral y con el desarrollo desaparecen. El mayor porcentaje de estos síndromes epilépticos ocurren durante la niñez y adolescencia, coincidiendo con la escolaridad primaria y secundaria; motivo por el cual consideramos muy importante el conocimiento de esta entidad por parte de los maestros.

El trastorno está caracterizado por ataques de formas diferentes, desde el más limitado lapsus en la atención o ausencias, desviaciones de la cabeza y ojos, caídas bruscas, sacudidas de una parte de todo el cuerpo hasta frecuentes y severas convulsiones. Como resultado de años de miedo, incomprensión y estigma, la epilepsia ha sido negada como un problema de salud pública [3].

En efecto, en todo el mundo es factible identificar discriminación contra las personas epilépticas e ignorancia acerca de la enfermedad [3] siendo aún una enfermedad oculta asociada con discriminación y estigma en la comunidad, los lugares de trabajo, las escuelas y el hogar. Más de tres cuartas partes de las personas que sufren de epilepsia en el mundo se encuentran sin tratamiento. Razones para tan extremos déficits de tratamiento son varias: las personas ignoran que la epilepsia es tratable, escaso acceso o imposibilidad de atención médica primaria y neurológica, existe temprana discontinuidad en el tratamiento con drogas antiepilépticas por parte de los pacientes, y la utilización de curadores tradicionales y tratamientos no adecuados [4].

Las actitudes de la comunidad frente a la epilepsia varían sustancialmente de acuerdo a su cultura. Aún, existen personas que piensan que la epilepsia es debida a un espíritu sobrenatural. No obstante, aunque los conocimientos y actitudes sobre epilepsia han mejorado globalmente, persisten todavía en las sociedades interpretaciones equivocadas de esta enfermedad [5-14]. Se investigaron los conocimientos en grupos sociales particulares, como trabajadores de la salud, policías, y enfermeros, entre otros, encontrándose resultados similares con respecto a información errónea [15-17].

Para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de una población general, se llevaron a cabo estudios de campo con encuestas [5-14]. En general, los métodos y las encuestas usados en los diferentes estudios son los mismos [7-14].

El número de personas encuestadas y los estudios realizados en países subdesarrollados ha mejorado significativamente en los últimos años (6-14). La información obtenida en los diferentes estudios nos indica la necesidad de realizar material didáctico informativo sobre epilepsia para que sea distribuido en lugares claves, donde un número significativo de

personas puede leerlos y transmitir conocimientos al resto de la población [5-14].

En base de estudios evaluando el conocimiento, las actitudes y las prácticas de docentes llevados a cabo [18-21] hipotizamos que el desconocimiento o falta de información adecuada sobre epilepsia de docentes en el nivel primario y secundario puede condicionar la sospecha del reconocimiento de probables alumnos con epilepsia, generar prácticas incorrectas y mal manejo de las personas con epilepsia. Motivo por el cual consideramos fundamental ofrecer a los docentes estrategias y herramientas para favorecer el manejo integral de los alumnos en el ámbito escolar.

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en Pubmed, EMBASE, SCOPUS, SciELO y LILACS y la Cochrane Central Register of Controlled Trials hasta febrero 2015 incluyendo términos relativos a actitudes, conocimientos, docentes, epilepsia, educación, estigma, calidad de vida, discriminación, maestros, y prácticas en inglés y en castellano.

EPILEPSIA E IMPACTO PSICOSOCIAL

Las personas con epilepsia pueden sufrir estados de depresión o angustia como reacción a esta enfermedad crónica, socialmente discapacitante y objeto de estigma. En algunos casos el estado depresivo, la irritabilidad y la ansiedad se pueden manifestar como pródromos de una crisis [22,23].

El ataque mismo puede acompañarse de estados afectivos, cognoscitivos o psicosensores que pueden perturbar al paciente. El síntoma afectivo más común es el miedo a que sobrevenga un ataque. La pérdida de la conciencia, la confusión mental, las alucinaciones, son síntomas que se pueden presentar durante los ataques. Las tasas de prevalencia de trastornos psicológicos encontradas en personas con epilepsia oscilan entre 30 y 40% [22].

En un estudio importante llevado a cabo por Jacoby y col. [24], basado en la población se investigó el funcionamiento psicológico en personas que tuvieron convulsiones recientemente. Los autores identificaron factores psicosociales que contribuyen al desarrollo de psicopatología en las personas con epilepsia. Encontraron una relación significativa entre la frecuencia de las crisis y niveles de an-

siedad y depresión, y la percepción de estigma y discriminación. Concluyeron que la ansiedad y la depresión son las formas más comunes de morbilidad de las personas con epilepsia, y muchas veces coexisten.

Los factores estresantes adicionales del afectado incluyen las consecuencias psicológicas de convivir con episodios repetidos de pérdida de conciencia a menudo asociados con pérdida de dignidad personal y la incertidumbre de no saber cuando o donde se producirá el próximo episodio [22,23].

Los síntomas de depresión y estigma están frecuentemente asociados con la epilepsia de comienzo en la adolescencia y adultez. Las evidencias que surgen del trabajo de Jacoby y col. (24) sugieren que la baja tasa de matrimonios de estas personas puede ser el producto, al menos en parte, de las reacciones familiares al diagnóstico que conducen a la típica sobreprotección y aislamiento social.

Los problemas de la vida cotidiana que enfrentan las personas con epilepsia están más relacionadas con los prejuicios de la sociedad y con el estigma asociado, que con la enfermedad misma. Sin embargo, sólo hay algunas ocupaciones en que está proscrito, en algunos países, el trabajo a personas con epilepsia: por ejemplo, piloto de aviación, conductor de ambulancia, servicio en las fuerzas armadas y de seguridad. Cabe recalcar que, como conjunto, las personas con epilepsia tienen, como promedio, menos accidentes que otros empleados.

Las dificultades laborales tienen que ver más con el estigma, el aislamiento y algunos riesgos relacionados que con el tratamiento inadecuado o las condiciones de trabajo. Las personas con crisis convulsivas presentan mayores dificultades de relación social y en la obtención de empleo, principalmente en las clases menos favorecidas. Las personas con epilepsia controladas médicamente no requieren cuidados especiales para la práctica de los deportes. En estos casos, ante la duda se recomienda un asesoramiento médico [22-25].

Los problemas con la familia, el entorno social y la escuela, se relacionan con la reacción que provoca la enfermedad. El diagnóstico de epilepsia suele provocar un impacto o shock que moviliza distintos sentimientos y reacciones tales como, angustia, ansiedad, negación, sobreprotección, otros. Igual

reacción se puede observar en los amigos y compañeros de escuela. La ansiedad familiar por la situación en los niños puede contribuir a una excesiva dependencia y disfunción y familiar [22]. Los padres pueden ser excesivamente restrictivos con relación a las actividades infantiles y a disminuir sus expectativas respecto de sus habilidades. Esta percepción familiar puede influir negativamente en el desarrollo psicosocial del niño. El nivel cultural, social y recursos familiares pueden ser determinantes en la evolución clínica y conductual futura, como también lo son las actitudes de la familia [22].

En los niños, la ansiedad familiar por la enfermedad puede contribuir a una excesiva dependencia y disfunción y familiar. Los padres pueden ser excesivamente restrictivos con relación a las actividades infantiles y a disminuir sus expectativas respecto de sus habilidades. Esta percepción familiar puede influir negativamente en el desarrollo psicosocial del niño. El bagaje cultural, poder social y recursos familiares pueden ser determinantes en la evolución clínica y conductual futura [26].

El apoyo social es un componente importante para que los niños con epilepsia puedan desarrollar su plena potencia en cuanto a estudios, trabajo y relaciones afectivas. DiLorio [27] define el apoyo o soporte social como la apreciación conciente de disponibilidad y oportunidad de asistencia de o para la familia, los amigos y la comunidad. Esta construcción multidimensional incluye intimidad, asistencia, integración social, afirmación de su dignidad y educación. Se ha constatado que el apoyo social actúa como un amortiguador de los efectos estresantes de la epilepsia, como los ataques, estigma y medicación crónica [28]. Para los niños con epilepsia, el apoyo social debe venir especialmente de la familia, la escuela y los amigos.

Herramientas para evaluar el impacto y el control evolutivo de la epilepsia en las personas y sus familias

La calidad de vida (CDV) es un aspecto fundamental para evaluar el impacto que genera la epilepsia en una persona que padece de esta enfermedad. A través del conocimiento de la calidad de vida de una persona con epilepsia y su familia, podemos en nuestra práctica diaria ayudar al paciente y familia a través de una estrategia terapéutica conjuntamente educativa con la escuela que nos permita favorecer

los aspectos negativos secundarios a la epilepsia [29].

La calidad de vida se define como una medida subjetiva de bienestar. El concepto aborda la salud de las personas no sólo en relación a sus síntomas físicos o psiquiátricos, sino que incluye una perspectiva integral del bienestar general de los pacientes [29].

Los grupos de autoayuda son un componente natural de la promoción de la salud. Estos grupos estimulan a sus miembros a aprender sobre sus necesidades de salud, y a asumir responsabilidades para satisfacerlos. Los grupos de autoayuda aseguran la promoción de la salud a través de la educación del paciente a un costo relativamente bajo. La modalidad de autoayuda puede aplicarse a las necesidades de salud mental de la población vulnerable, en riesgo, incluyendo a las personas con problemas crónicos de salud o discapacidades, individuos en crisis vitales transitorias, personas con adicciones, y a los familiares de estas personas. Los grupos de autoayuda cooperan en la prevención de trastornos psicopatológicos sirviendo como una nueva fuente de apoyo social, y para ayudar a las personas en crisis de corta duración o de transiciones vitales, así como discapacidades más duraderas y estreses [30].

Evaluación neuropsicológica

Al hablar de un niño o adolescente y su desempeño escolar tanto en los aspectos pedagógicos como relacionales es importante considerar el perfil neuropsicológico del alumno con epilepsia. El propósito general de la exploración neuropsicológica es evaluar los efectos cognitivos, conductuales y emocionales de las personas con algún trastorno cerebral. Es importante porque predice futuros comportamientos o pronósticos conductuales ya que es un método para examinar ciertas funciones cerebrales y estudiar los comportamientos que el cerebro produce. Implica el intensivo estudio de la conducta, por medio de entrevistas, cuestionarios y tests estandarizados que evalúan las distintas funciones: inteligencia, lenguaje, memoria, percepción, atención, funciones ejecutivas, habilidades académicas, funciones motoras y sensoriales, conducta, estado emocional y funcionamiento adaptativo.

El perfil neuropsicológico del alumno facilita la orientación terapéutica y educativa. Por ejemplo los

niños con epilepsia que se origina en el lóbulo frontal suelen tener alteraciones en las funciones ejecutivas; estas son fundamentales para la organización y planificación, el desempeño académico, relaciones interpersonales y conducta del niño. También está comprobado que niños con epilepsia originadas en el lóbulo temporal tienen alteraciones no solo de la memoria sino también de las funciones ejecutivas. Algunos fármacos anticonvulsivos pueden afectar la atención y la velocidad de procesamiento; como también causar alteraciones de comportamiento [31-34]. En ocasiones, los niños presentan bajo rendimiento escolar, no por presentar discapacidad intelectual, sino debido a dificultades en memoria, atención, funciones ejecutivas, otras, que no son detectadas y abordadas correctamente.

Por lo tanto es fundamental conocer estos aspectos y realizar los abordajes terapéuticos adecuados, en trabajo conjunto con la familia, los docentes y toda la comunidad educativa. Muchos niños tienen conductas inapropiadas y son rechazados o apartados de las aulas ordinarias sin comprender el verdadero origen de las mismas y por ende sin ofrecerles la ayuda necesaria y adecuada.

EPILEPSIA Y ESTIGMA

La palabra estigma se usa para designar a aquellas señales o huellas que marcan a una persona de diferentes formas [35]. La historia de la epilepsia está impregnada de unos 4000 años de estigma, ignorancia y superstición, seguida de 100 años de conocimiento, superstición y estigma (3). Hoy en día todavía los individuos afectados de epilepsia frecuentemente sufren discriminación o son estigmatizados. En muchas oportunidades encontramos que las reacciones de la persona a su epilepsia contribuyen más a su problema social que los ataques mismos [36,37].

Los individuos con epilepsia frecuentemente se sienten estigmatizados por sus ataques, hayan experimentado o no directamente la discriminación o el aislamiento social. Un adolescente con epilepsia puede ser particularmente vulnerable al estigma por lo que significa para el desarrollo de la autoestima y la consolidación de su identidad [38-40]. El rechazo de sus pares a esta edad, cuando la aceptación es un objetivo esencial, puede afectar seriamente una saludable maduración psicológica. Las personas con epilepsia a menudo ocultan o confían sus trastornos

a pocos maestros y amigos, y tienen dificultades para compartir su problema [38-40].

EPILEPSIA: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS DOCENTES

Se han llevado a cabo pocos estudios para investigar el conocimiento y las actitudes de los maestros y docentes de escuelas primarias y secundarias acerca de la epilepsia y el manejo durante una convulsión. Los estudios son de calidad variada y con diferentes metodologías, la heterogeneidad en las culturas y el fuerte sesgo de una población rural versus una de la ciudad complican su comparación. Generalmente las actitudes y los conocimientos encontrados tuvieron una relación estadísticamente significativa con variables de experiencia, es decir, con más años de enseñar y con más alto nivel de educación [19,20,41,42].

Los resultados de un estudio norteamericano sugirieron que había actitudes bastante positivas de los docentes acerca de la epilepsia. Sin embargo, todavía prevalecieron ideas problemáticas y estigmatizantes hacia las personas que tienen epilepsia y parecía haber una falta de capacitación en el tema [42]. Un número alto de los docentes no se sentían preparados para manejar el tema de la epilepsia y asistir a personas durante una convulsión [42]. También un estudio llevado a cabo en Zimbabwe encontró que, aunque la actitud de los docentes hacia los alumnos con epilepsia fue en general buena, hubo una deficiencia significativa en términos de conocimiento general acerca de la epilepsia, su impacto en la situación educacional, y el manejo adecuado de la epilepsia y las convulsiones en la clase [18].

En dos estudios llevados a cabo en Tailandia y Estados Unidos, el 57,8% y el 92%, respectivamente, habían leído o escuchado acerca de la epilepsia [43,44]. Los maestros en Tailandia respondieron que la epilepsia fue causada por alguna forma de locura (18,2%) o posesión (0,9%).

En un estudio llevado a cabo en Sudan, se encontró que solamente un 47% de los maestros de la escuela primaria y el 64% de la escuela secundaria tenían algún conocimiento de cómo ayudar a un niño con convulsiones. La creencia sobre el origen de la epilepsia en fuerzas supernaturales es todavía fuerte. El 27% de los docentes pensaba que la epilepsia es

incurable y que algunos pacientes se beneficiarían con tratamientos alternativos. Sin embargo, ninguno de los participantes objetaba tener niños con epilepsia en su clase [16]. Los hallazgos de un estudio acerca de actitudes de maestros de nivel primaria en Zimbabwe fueron similares [18]. Un estudio llevado a cabo en diferentes áreas geográficas en Irán mostró que el conocimiento fue bueno en el 70,9% de los maestros. Más del 70% reconoció la epilepsia como un trastorno relacionado con el cerebro, pero aún en este grupo de la población, con una educación relativamente buena, el 16,8% lo relacionaba a la epilepsia con brujería y el 20% con posesión por espíritus [19].

En un estudio en Pakistán, casi todos los docentes de primaria y secundaria se habían enterado de la epilepsia, pero solamente el 15,5% había recibido instrucción durante su carrera [21].

Un estudio llevado a cabo en Arabia Saudita entre 620 maestros de nivel primario trabajando en escuelas públicas y privadas, se encontró que el conocimiento era bueno. El conocimiento estaba relacionado de manera significativo con el nivel de educación. En general, los maestros con un conocimiento adecuado tendían a tener actitudes menos negativas hacia los niños con epilepsia [20].

En un estudio por medio de una encuesta estructurada en Indonesia entre maestros de nivel primario, que tenían una media de 15 años de educación formal, todos habían oído de la epilepsia aunque solamente el 16% dijeron que tenían suficiente conocimiento acerca de la enfermedad. El 49% pensaba que la epilepsia afectaría los estudios de la persona, el 25% no quisiera que su hijo jugara con un niño con epilepsia, el 57% pensaba que la epilepsia era una enfermedad mental y el 20% pensaba que es contagiosa [45].

En los Estados Unidos se encontró que, aunque las actitudes hacia los niños con epilepsia eran generalmente positivas, hubo déficits significativos en cuanto a conocimiento acerca de la epilepsia, su impacto en situaciones educacionales, y el manejo de convulsiones en la clase. Solamente el 14% de los docentes dijeron contar con suficiente capacitación durante su formación como docente, aunque el 64% sentía que estaban preparado para manejar una convulsión en la clase [42].

Otra evaluación en India, hubo un alto conocimiento de la enfermedad, pero también un alto grado de actitudes negativas y equivocadas ya que el 31,7% sentía que los niños con epilepsia tenía una inteligencia por debajo del promedio y solamente el 55,3% dejaría que sus niños jugaran con un niño con epilepsia [46].

En otro estudio llevado a cabo en Brasil, 43% de los docentes dijeron que tenían suficiente conocimiento de la epilepsia y 20 % declararon que tenían poco conocimiento acerca de la condición. Más que la mitad creía que los niños con epilepsia tenían más posibilidad de sufrir una enfermedad mental en el futuro. Después de un curso de capacitación, la creencias de los docentes mejoraron [47].

En 250 docentes en una zona urbano-marginal situado al sur de Lima, Perú, se encontró que tenían ideas erróneas y prejuicios que influyeron negativamente en el proceso de aprendizaje e integración social del niño con epilepsia. El 59% consideraba que la epilepsia era incurable, el 51% opinaba que el rendimiento del niño con epilepsia es menor. Los docentes tenían la percepción que el niño con epilepsia es un deficiente físico y mental. El 100% no sabía qué hacer ante un ataque de epilepsia. [47].

En nuestro país se realizó una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre epilepsia a docentes en el nivel primario y secundario en la ciudad de Gualaguaychú, provincia de Entre Ríos. Los docentes demostraron presentar conocimientos adecuados, aunque manifestaron algunas actitudes negativas con respecto a las personas con epilepsia y no tuvieron experiencias en el manejo de una convulsión como así también como realizar los primeros auxilios durante una convulsión [48].

EPILEPSIA Y ESCUELA

La escuela representa un componente significativo en la vida de todas las personas, siendo el lugar donde pasan gran parte de su tiempo. Por otra parte, las personas durante la etapa escolar adquieren o construyen aprendizajes, vivencias, habilidades sociales y valores que les permiten logros fundamentales para el desarrollo de una vida adulta plena. Por lo tanto las experiencias escolares son claves en la calidad de vida actual y futura del estudiante [42].

Desafortunadamente, se ha mostrado que los niños con epilepsia, por diferentes razones, tienen un riesgo aumentado de experimentar diferentes problemas relacionados con la educación que tienen un impacto negativo en su calidad de vida y los colocan en riesgo de problemas psicosociales más adelante. Específicamente, estos niños pueden presentar un riesgo de bajo rendimiento, problemas en el aprendizaje, de salud mental, aislamiento social, y baja autoestima. [42].

Este aislamiento social y la discriminación pueden ser más devastantes que la enfermedad en sí misma [18]. Estudios han mostrado que los niños con epilepsia están más propensos a tener dificultades en el colegio y problemas de conducta. Sin embargo, es difícil decir si estas dificultades se deben a las convulsiones, a las drogas antiepilépticas o a las relaciones sociales con sus docentes y compañeros o son multifactoriales [49].

Observaciones clínicas indican que muchos padres de niños con epilepsia refieren que sus hijos tienen dificultades en la escuela, más comúnmente debido a las actitudes equivocadas que tienen los maestros. Por ejemplo, algunos niños han sido separados de sus clases debido a sus crisis epilépticas frecuentes y en virtud que los maestros se sienten inquietos al saber que un niño con epilepsia puede presentar una convulsión en horas de clase [43]. Los padres son aconsejados a visitar un médico y no se les permite regresar a la escuela hasta haber consultado y se les exige además presentar un certificado que avale su concurrencia a la escuela. Por otro lado, la sobreprotección paterna y el secreto sobre el trastorno epiléptico se transfieren muchas veces al ambiente escolar. Los padres rehuyen muchas veces ofrecer información diagnóstica a maestros y profesores, ya que temen que el niño se enfrente con el estigma social si ellos divulgan la información. Esta actitud no hace más que complicar el manejo de los niños con epilepsia en su relación con sus pares, maestros y directivos.

Los primeros años de vida son de suma importancia para el desarrollo del niño. Bannon y col. [49] señalaron que los niños con epilepsia son capaces de aprender de sus propias dificultades. Para eso, debe existir un ambiente propicio que los proteja y estimule. Las actitudes hacia los niños en edad escolar con epilepsia son influenciadas por el grado de conocimiento de la enfermedad de los docentes.

A menudo, sin embargo, éstos no tienen ninguna capacitación formal acerca de la epilepsia durante su entrenamiento [18-21,42,47,49].

El conocimiento acerca de la epilepsia y las actitudes de los docentes pueden tener un fuerte impacto directo en los estudiantes en cuanto a rendimiento escolar, desarrollo de habilidades sociales y, como consecuencia en su futuro desempeño familiar, laboral y social. Sin embargo, a pesar del importante impacto de la actitud de los docentes, en determinados ambientes, aún poco se sabe acerca del conocimiento de los docentes acerca de la epilepsia [16-21,33,38,42,47,49].

Las actitudes de los docentes hacia sus alumnos pueden influenciar los patrones interactivos entre alumnos y docentes y entre los alumnos mismos. Si los docentes tienen actitudes negativas, estos pueden llevar a la estigmatización y discriminación del alumno con epilepsia [18]. Docentes mejor informados tendrán una actitud más positiva hacia los niños con epilepsia y, por su rol social importante, podrán llevar a cabo un efecto multiplicador de los conocimientos a la población en general [47,49].

Los estudios internacionales que existen [16-21,42-47,49] muestran que los maestros tienen insuficiente conocimiento acerca de la epilepsia, y un entrenamiento inadecuado o ausente en el tema en su preparación como docente, y como consecuencia ideas erróneas y potencialmente peligrosas acerca de los primeros auxilios en las convulsiones.

En Argentina no existen estudios metodológicamente serios publicados que evalúen los conocimientos, actitudes y prácticas de los docentes hacia los alumnos con epilepsia. Es importante saber el grado de conocimiento que tienen los docentes para que en base a esto poder desarrollar programas de educación en los docentes y en la población general.

A nivel de los docentes, ellos deberían saber que en general las personas con epilepsia desarrollan una vida normal y por lo tanto tienen que estar integradas en clases ordinarias. Los docentes deben estar preparados para que puedan identificar probables personas con epilepsia, debiendo en estas circunstancias derivar al médico.

Cuando observan situaciones en las que el alumno/a con epilepsia sufra un cambio en el comportamien-

to debido posiblemente al tratamiento farmacológico, debe informar detalladamente a la familia y/o médico. De especial importancia son los casos en que el niño no responde al tratamiento o presentan efectos secundarios a la medicación.

La función educativa de los docentes no se restringe a la persona con problemas de salud y su núcleo familiar. También deberá proyectarse a la comunidad mediante acciones orientadas para que combatan el estigma y promuevan su integración. En efecto, deberán fomentar la celebración de actividades comunitarias en escuelas, donde se recalque que la epilepsia es una condición tratable y que quienes la sufren están completamente capacitados para desempeñarse adecuadamente en la sociedad.

La razón por la cual existe escasa información en epilepsia radica en que en los países subdesarrollados o en vías desarrollados no existen programas nacionales integrales para el manejo de personas con epilepsia que incluya además programas de información sobre conocimientos que puedan favorecer la integración adecuada de niños en el ámbito social, escolar y familiar [16,42,43,49].

En nuestra práctica diaria sumado a los comentarios recibidos de nuestros colegas que trabajan con niños y adolescentes con epilepsia observamos como algunos maestros toman decisiones que a pesar de ser elaboradas con la mejor intención de favorecer a los niños en edad escolar con epilepsia, no hacen más que generar situaciones negativas, por ejemplo, sistemáticamente impedir el ingreso del niño al colegio o no saber cómo actuar ante un niño durante una convulsión tónico-clónica generalizada. Cabe enfatizar que la mayoría de los niños con epilepsia en edad escolar presentan formas benignas o autolimitadas de convulsiones con un desarrollo psicomotor e intelectual normal, con lo cual pueden concurrir normalmente a escuela ordinaria. Sin embargo, los estudiantes afectados de epilepsia pueden presentar problemas en el rendimiento académico, el desarrollo emocional, la autoestima, el nivel de dependencia y la conducta tanto en la escuela como en el hogar. Comúnmente los niños son juzgados por sus maestros como teniendo problemas significativos en el aprendizaje y la conducta. Las creencias y actitudes negativas hacia las personas con epilepsia son muy comunes en escuela. La rutina de una clase puede cambiar cuando hay un niño con epilepsia [47,49,50].

Si pensamos en el término responsabilidad del docente nos lleva a la idea de responder, por lo que un sujeto debe hacerse cargo de sus actos y de sus consecuencias. Ahora bien, no sólo tiene el término un componente de exterioridad sino que también posee un sentido de temporalidad en función del otro, indicando un vínculo tanto para si como para con los demás. Pero a partir de pensar un ideal de vida los docentes deben responsabilizarse por ellos pero también hacia otras generaciones [51-53].

Deben hacerse cargo de su vida, de sus proyectos desde sus libertades a partir del desafío de la construcción de su historia, que incluso muchas veces les permite cambiar, errar y retomar. Pero esto está enmarcado en un devenir de los docentes con los otros, su existencia se extiende a partir de la temporalidad con los otros, por lo que su futuro, su propia vida no implica ser únicamente responsable sobre si mismo sino ante el otro y por el otro. Ese otro les obliga a arrancarlo de su vida individual y les impone la necesidad de reconocer sus acciones que abren la puerta a las interrelaciones. Esa pertenencia a un grupo los lleva no sólo a una responsabilidad individual sino a un compromiso vinculado a la participación en la vida de la comunidad y por lo tanto a un compromiso y responsabilidad social [51-53].

Lo antes dicho posee un cariz ético que se puede desentrañar en el contexto de la educación, ya que ésta permite el desarrollo y realización humana, por lo que la responsabilidad por el otro y ante el otro implica la transmisión de un legado, no solo de conocimientos académicos sino de actitudes, de valores, de compromiso que muestran un hacer como docente pero en primera instancia y esencialmente como ser humano, que busca ayudar y atender determinadas situaciones de aquellos que pueden poseer una cierta dificultad que no les permite lograr una determinada integración a un grupo y que muestra intervención responsable y comprometida; puede ayudar a la atención primaria en el caso de una persona con epilepsia [51-53].

El pensar la responsabilidad de un docente como sujeto comprometido, responsable, nos lleva a pensar en una vida en comunidad. Muchas veces el otro depende de nosotros, y en la idea de dependencia, sujeto dominado, sino por el contrario porque en esa dependencia se pueden ampliar tanto los horizontes de los maestros como los del otro a partir del encuentro, del apoyo, del cuidado. El respon-

sabilizarse de otro, en algún sentido es ejercer la docencia desde el ejemplo, desde el enseñar a los otros a que el otro le interese, a no actuar con indiferencia, a no mirar para el costado cuando el otro tiene una dificultad sino todo lo contrario a partir de responsabilizarme actuar en función de la acción educadora pero fundamentalmente desde una mirada humanista [51-53].

ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS PARA EL MANEJO DE LOS ESTUDIANTES EN EL ÁMBITO ESCOLAR

A partir de la situación de los docentes en relación a sus conocimientos sobre epilepsia, creemos que es muy importante ofrecerles estrategias y herramientas para un manejo integral de los alumnos con epilepsia en el ámbito escolar.

En este sentido consideramos que es fundamental facilitar información a los docentes sobre epilepsia, para que estén mejor preparados y puedan favorecer la inserción e integración escolar de los alumnos con epilepsia, favorecer sus aprendizajes y poder abordar las dificultades que pudieran ocurrir secundarias directa o indirectamente a la epilepsia. Una amplia y correcta información les permitiría a los maestros orientar y sugerir sobre las posibilidades de la realización de deportes o actividades físicas, y en aquellos alumnos que estén cursando los últimos años de la escuela secundaria poder asesorar sobre las futuras posibilidades de conducir automóviles, los riesgos de ingerir alcohol y otras drogas, la falta de horas de sueños como desencadenante de crisis, posibilidades de embarazo, recibir fármacos anti-conceptivos y su posible interacción con fármacos anticonvulsivos, otros [54].

Si bien es cierto, podemos suministrar estrategias generales y lineamientos con respecto a su manejo, debemos considerar a los alumnos con epilepsia en forma individual, sin desconocer la diversidad de cada uno en sus posibilidades y ritmos de aprendizaje, en los aspectos emocionales, psicosociales, y socioeconómicos.

En los legajos personales de los alumnos en las escuelas y colegios debe constar que el estudiante padece de epilepsia, siendo necesario que todos los involucrados, directivos, docentes, administrativos, preceptores, ordenanzas, otros, conozcan el diagnóstico, pues ante una eventual convulsión puedan

actuar adecuadamente.

Considerando un enfoque amplio de las necesidades que tienen los alumnos con epilepsia y teniendo en cuenta a todos los actores que de una manera u otra manera son responsables del manejo de estos alumnos, desarrollamos a continuación estrategias y herramientas útiles con respecto a información general sobre esta patología, integración escolar, aprendizaje, dificultades relacionadas a la epilepsia y consejos prácticos para favorecer la vida diaria de los estudiantes [54,55].

Si bien es cierto las formas de epilepsias y síndromes epilépticos en edad escolar son edad dependientes, es decir aparecen en la niñez y desaparecen con el desarrollo y sin un impacto importante sobre el aprendizaje, existen un grupo de niños con epilepsia que pueden presentar problemas de aprendizajes secundarios a la epilepsia per se, a la causa de la epilepsia o al tratamiento con medicación anticonvulsiva [31,32,56]. Estos tres aspectos que pueden generar trastornos en el aprendizaje se pueden presentar aislados o en combinación. No debemos desconocer que los alumnos con epilepsia son personas que interactúan con su familia, escuela y sociedad; esta interacción, en ocasiones inadecuada, puede provocar en ellos una serie de dificultades que pueden aún complicar más el manejo de los estudiantes, aspectos que deben ser abordados adecuadamente para favorecer su manejo integral.

Todas estas actividades deberían realizarse en el ámbito de programas nacionales sobre epilepsia. Cuando las actividades se llevan a cabo de manera integral y al mismo tiempo, favorecen exponencialmente a las personas con epilepsia. Sin embargo, en ausencia de estos programas, cada una de las personas involucradas en el manejo de alumnos con epilepsia pueden contribuir al reconocimiento de las necesidades que requieren los estudiantes con epilepsia.

A continuación se mencionan una lista de ítems que a nuestro criterio son una guía importante para los docentes.

Información sobre epilepsia

- Cursos educativos presenciales y/o virtuales
- Material didáctico (libros, módulos de capacitación, trípticos, panfletos, otros)
- Cortometrajes educativos

- Direcciones en la Web
- Instrucciones sobre como manejar una persona durante una convulsión tónico-clónica generalizada a traves de láminas con información teórica y práctica. Una convulsión en edad pediátrica generalmente se autolimita, es decir finaliza espontáneamente, en caso que se prolongue más allá de los 5 minutos llamar a los padres y/o un servicio de emergencia.
- Trípticos o folletos sobre como se puede manifestar la epilepsia para que los docentes puedan sospechar indicadores de esta enfermedad o colaborar con el médico en el seguimiento del estudiante con epilepsia evaluando cambios de conducta, aprendizaje, y que permitan además analizar posibles evoluciones de la enfermedad o respuesta o tolerabilidad a la medicación anticonvulsiva.

Favorecer integración escolar, aspectos cognitivos, emocionales y sociales

- La gran mayoría de los alumnos con epilepsia son normales con un nivel de inteligencia adecuado que les permite concurrir a clases sin inconvenientes, por lo cual deben ser aceptados e integrados en las escuelas y colegios comunes. No deben ser separados sistemáticamente como a menudo sucede.
- El estudiante con epilepsia no debe ser discriminado favoreciendo su integración con los docentes y compañeros. Considerar a todos los alumnos como sujetos diversos con sus propias particularidades, cada uno con sus posibilidades y dificultades.
- No asustarse ante la epilepsia, no tener actitud cerrada, informarse, buscar ayuda, así como se puede tener un niño con diabetes, con disfluencia, otras, se puede tener un alumno con epilepsia para superar actitudes negativas que se generan en cada docente y en todas las personas de la comunidad educativa.
- Los docentes deben estar preparados para actuar activamente durante un episodio convulsivo. No tener temor a la posibilidad de que un alumno convulsive en el ámbito escolar. Otros trabajadores escolares, tales como administrativos, preceptores, ordenanzas, otros, también deben estar preparados para el manejo de los estudiantes.
- En caso de que los estudiantes con epilepsia no hallan sido evaluados por su médico pediatra de cabecera y/o el neurólogo, los docentes deben derivar al niño a la consulta médica en un centro de salud pública o privada.
- Ante la presencia de dificultades de aprendizaje, lenguaje, trastornos relacionales y de conducta, los docentes deben solicitar intervención al equipo de profesionales (psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogo, otros) de la institución, y de no contar con el equipo, derivar a centros multi e inter disciplinarios.

Ofrecer consejos útiles en situaciones de la vida diaria de las personas con epilepsia

- Sugerir a los padres o tutores de estudiantes adolescentes con epilepsia que reciben fármacos anticonvulsivos: interacción con medicación anti-conceptiva, embarazo, lactancia, etc. la consulta y asesoramiento médico correspondiente.
- Favorecer la práctica de deportes, actividades físicas y concurrencia a campamentos. Evitar deportes de riesgo tales como el boxeo, buceo, alpinismo, otros
- Saber que los jóvenes que pueden conducir automóviles son aquellos alumnos con epilepsia libre de crisis o con más de 1 año sin convulsiones.
- Los estudiantes adolescentes con epilepsia no deben consumir alcohol y/o drogas
- No deben acumular horas sin dormir
- Pueden comer chocolates, ingerir café, etc.
- Los estudiantes con epilepsias con crisis inducidas por la estimulación lumínica intermitente o por cambios de un lugar oscuro a uno de mucha luz, utilizar anteojos con filtros especiales, ver TV con la luz encendida y a una distancia considerable, etc.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

- Los estudios corroboran que los docentes en los diferentes niveles educativos presentan carencia o inadecuada información, algunas actitudes negativas y prácticas incorrectas con respecto al manejo de las personas con epilepsia, independientemente de los grupos sociales y de las características de cada país, aspectos culturales, otros.
- El desconocimiento, ignorancia, falta de información sobre epilepsia y el estigma que provoca esta enfermedad es más nocivo para las personas que la padecen que la propia enfermedad.
- Los estudios realizados en los últimos años a los docentes para conocer su nivel de conocimiento sobre la epilepsia claramente nos indican, y de

acuerdo su rol de educar, la importancia que ellos representan para que a través de obtener una buena información sobre este tema puedan beneficiar a los niños y personas con epilepsia.

- Los buenos conocimientos y las actitudes positivas de los maestros y profesores con respecto a la epilepsia nos permiten confirmar y considerar a los docentes como grupos claves dentro de un programa educativo comunitario y contribuirían de manera importante a una mejor calidad de vida de las personas con epilepsia y su familia.

- El niño o adolescente con epilepsia debe ser considerado "persona", por lo tanto debe ser abordado integralmente desde el punto de vista escolar y terapéutico. Por otra parte, los conocimientos, actitudes y buenas prácticas favorecen sustancialmente su integración familiar, escolar y social.

- Campañas educacionales acerca de la epilepsia en docentes deben ser incentivadas ya que pueden mejorar el manejo de la epilepsia ayudando a desarrollar una comunidad bien informada y tolerante.

- Consideramos fundamental ofrecerles a los docentes estrategias y herramientas para la integración del estudiante en el ámbito escolar, favorecer su aprendizaje como así también ofrecerle información sobre epilepsia que les permita colaborar con el seguimiento de niños y adolescentes con epilepsia e identificar probables personas o alumnos con epilepsia.

- Es imprescindible que se puedan mantener a través del tiempo los conocimientos, actitudes y prácticas para que de este modo podamos favorecer definitivamente la integración escolar de los niños con epilepsia y también sería importante extender los programas de educación a toda la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. International League Against Epilepsy. WHO and ILAE joint forces in a global campaign against epilepsy. Press Release, WHO 56. WHO press office 1996.
2. Berg A., Berkovic S.F., Brodie M., Buchhalter J., Cross J.H., van Emde Boas W, & Scheffer I.E. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies report of the ILAE commission on classification and terminology, 2005-2009. *Epilepsia* 2010;51:676-685.
3. Kale R. Bringing epilepsy out of the shadows: wide treatment gap needs to be reduced. *British Medical Journal* 1997;5:134-140.
4. Caraballo R, Fejerman N. Management of epilepsy in resource-limited settings. *Epileptic Disorders* 2015;17(1):13-18.
5. Mecarelli O., Li Voti P., Vanacore N., D'Arcangelo S., Mingoia M., Pulitano P. & Accornero N. A questionnaire study on knowledge of and attitudes toward epilepsy in schoolchildren and university students in Rome, Italy. *Seizure* 2007;16:313-9.
6. Mecarelli O., Capovilla G., Romeo A., Rubboli G., Tinuper P. & Beghi E. Past and present public knowledge and attitudes toward epilepsy in Italy. *Epilepsy Behav* 2010;18:110-5.
7. Atadzhanov M., Haworth A., Chomba E., Mbeve E. & Birbeck G.L. Epilepsy-associated stigma in Zambia: what factors predict greater felt stigma in a highly stigmatized population? *Epilepsy Behav* 2010;19:414-8.
8. Winkler A.S., Mayer M., Schnaitmann S., Ombay M., Mathias B., Schmutzhard E. & Jilek-Aall L. Belief systems of epilepsy and attitudes toward people living with epilepsy in a rural community of northern Tanzania. *Epilepsy Behav* 2010;19:596-601.
9. Rafael F., Houinato D., Nubukpo P., Dubreuil C.M., Tran D.S., Odermatt P., Clément J.P., Weiss M.G. & Preux P.M. Sociocultural and psychological features of perceived stigma reported by people with epilepsy in Benin. *Epilepsia* 2010;51:1061-8.
10. Osungbade K.O. & Siyanbade S.L. Myths, misconceptions, and misunderstandings about epilepsy in a Nigerian rural community: implications for community health interventions. *Epilepsy Behav* 2011;21:425-9.
11. Bruno E., Bartoloni A., Sofia V., Rafael F., Maggelli D., Padilla S. & Nicoletti A. (2012). Epilepsy-associated stigma in Bolivia: a community based study among the Guarani population. An International League Against Epilepsy/International Bureau for Epilepsy/World Health Organization Global Campaign Against Epilepsy Regional Project. *Epilepsy Behav.*25(1):131-6.
12. Bain L.E., Awah P.K., Takougang I., Sigal Y. & Ajime T.T. (2013). Public awareness, knowledge and practice relating to epilepsy amongst adult residents in rural Cameroon. Case study of the Fundong health district. *Pan Afr Med J* 2013;14:32.
13. Lim K.S., Hills M.D., Choo W.Y., Wong M.H., Wu C. & Tan C.T. A web-based survey of attitudes toward epilepsy in secondary and tertiary

- students in Malaysia, using the Public Attitudes Toward Epilepsy (PATE) scale. *Epilepsy Behav* 26:158–61.
14. Gzirishvili N., Kasradze S., Lomidze G., Okujava N., Toidze O., de Boer H.M. & Sander J.W. Knowledge, attitudes, and stigma towards epilepsy in different walks of life: a study in Georgia. *Epilepsy Behav* 2013;27:315–8.
 15. Doshi D., Reddy B.S., Kulkarni S., Karunakar P. & Anup N. Dentists' knowledge, attitudes and practices toward patients with epilepsy in Hyderabad city, India. *Epilepsy Behav*. 2012;23:447–450.
 16. Ekenze O.S. & Ndukuba A.C. Perception of epilepsy among public workers: perspectives from a developing country. *Epilepsy Behav* 2013;26:87–90.
 17. Pupillo E., Vitelli E., Messina P. & Beghi E. Knowledge and attitudes towards epilepsy in Zambia; a questionnaire survey. *Epilepsy & Behavior* 2014;34:42–46.
 18. Goronga P., Gatsi R., Gatahwi L. & Dozv M. Primary School Teachers' Attitudes Towards Pupils with Epilepsy: The Zimbabwean Experience and Implications for Practice. *Am Based Res J*. 2013;2:41–50.
 19. Reyace H., Kaheni S. & Sharifzadeh G. Teachers' knowledge about epilepsy. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* 2014;1(1): 27–32.
 20. Abulhamail A.S., Al-Sulami F.E., Alnouri M.A., Mahrous N.M., Joharji D.G., Albogami M.M., Jan M.M. Primary school teacher's knowledge and attitudes toward children with epilepsy. *Seizure* 2014;23(4):280–3.
 21. Homi Bhesania N., Rehman A., Saleh Savul I. & Zehra N. Knowledge, attitude and practices of school teachers towards epileptic school children in Karachi, Pakistan. *Pak J Med Sci*. 2014;30(1):220–4.
 22. Trimble M.R. Psychiatric and psychological aspects of epilepsy, En: Porter JR, Morselli PL, eds. *The epilepsies*. Boston: Butterworths 1986 pp 322–5.
 23. Parandowski B. & Zagrajek M.M. Epilepsy in middle-aged and elderly people: a three-year observation. *Epileptic Disorders* 2005; 7:91–95.
 24. Jacoby A., Baker G.A., Steen N., Potts P. & Chadwick D.W. The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: Findings from a U.K community study. *Epilepsia* 1996;37:148–161.
 25. Hermann B.P., Whitman S., Wyler A.R., Anton M.T. & Vanderzagg R.. Psychosocial predictors of psychopathology in epilepsy. *British Journal of Psychiatry* 1990;56:98–105.
 26. Dilorio C., Faherty B. & Manteuffel B. Self efficacy and social support in self-management of epilepsy. *Western Journal of nursing Research* 1992;14:292–307.
 27. Upton D. Social support and emotional adjustment in people with chronic epilepsy. *Journal of Epilepsy* 1993;6:105–111.
 28. Upton D. Social support and emotional adjustment in people with chronic epilepsy. *Journal of Epilepsy* 1993;6:105–111.
 29. Hermann B.P. The evolution of health-related quality of life assesment in epilepsy. *Quality of Life Research: An interntional Journal of quality of life aspect of treatment, care an rehabilitation* 1995;4:87–100.
 30. Madara E.J. Maximizing the potential for community self-help through clearinghouse approaches. *Prevention in Human Services* 1990;7:109–138.
 31. Caraballo R. & Fejerman N. *Tratamiento de las epilepsias*. Buenos Aires, Editorial Panamericana 2009.
 32. Caraballo R. & Cersósimo R. *El Electroencefalograma en las Epilepsias*. Buenos Aires, Editorial Panamericana 2010.
 33. Lezar MD. Howieson D, Loring D. *Neuropsychological assessment*. 4° edición Oxford University Press. New York 2004.
 34. Berg A. Epilepsy, cognition, and behavior: The clinical picture. *Epilepsia* 2011;52 (suppl. 1):7–12.
 35. Goffman E. *Estigma: La identidad deteriorada*. 2ª Edición. Amorrortu editores. Buenos Aires, Madrid 2012.
 36. De Boer H., Mula M., Sander J. The global burden and stigma of epilepsy. *Epilepsy Behav* 2008;12 (4): 540.
 37. Fernandes P.T., Noronha A.L., Araújo U., Cabral P., Pataro R., de Boer H.M., Prilipko L., Sander J.W. & Li L.M. Teachers perception about epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;Jun;65 Suppl 1:28–34
 38. Jacoby A. Stigma, epilepsy, and quality of life. *Epilepsy Behav* 2002;3(6S2):10–20.
 39. Jacoby A. & Austin J.K. Social stigma for adults and children with epilepsy. *Epilepsia* 2007;48(Suppl. 9):6–9.
 40. Elafros M.A., Mulenga J., Mbewe E., Haworth A., Chomba E., Atadzhanov M. & Birbeck G.L.

- Peer support group as an intervention to decrease epilepsy-associated stigma. *Epilepsy Behav* 2013;27:188-92.
41. Birbeck G.L., Chomba M., Atadzhanov M., Mbewe E., & Faworth A. Zambian teachers: what do they know about epilepsy and how can we work with them to decrease stigma? *Epilepsy and Behavior* 2006;9:275-280.
 42. Bishop M. & Boag E.M. (2006). Teachers' knowledge about epilepsy and attitudes toward students with epilepsy: results of a national survey. *Epilepsy Behav.* 8(2):397-405.
 43. Gallhofer B. Epilepsy and its prejudice: teacher's knowledge and opinions: are they a response to psychological phenomena? *Psychopathology* 1984;17:187-212.
 44. Kankirawatana P. Epilepsy awareness among school teachers in Thailand. *Epilepsia* 1999;40:497-501.
 45. Rambe A.S. & Sjahrir H. Awareness, attitudes and understanding towards epilepsy among school teachers in Medan, Indonesia. *Neurol J Southeast Asia* 2002;7:77-80.
 46. Thacker A.K., Verma A.M., Ji R., Thacker P. & Mishra P. Knowledge awareness and attitude about epilepsy among schoolteachers in India. *Seizure* 2008;Dec;17(8):684-90. doi: 10.1016/j.seizure.2008.04.007. Epub 2008 Jun 9.
 47. Espinoza J., Soto F., Madrid L. & Torres R. (1995). Actitudes y creencias acerca de la epilepsia en el sector docente del cono sur de Lima. *Rev. Neuropsiquiatr* 58(4):286-291.
 48. Caraballo R. Tesina: Epilepsia y su reconocimiento en el nivel primario y secundario por parte de los docentes. Carrera Profesorado de Enseñanza Superior, Facultad de Ciencias de la Comunicación y de la Educación. Universidad de Concepción del Uruguay. Entre Ríos. Argentina 2015
 49. Bannon M.J., Wildig C. & Jones W. (1992). Teachers perceptions of epilepsy. *Archives of disease in childhood* 1992;67:1467-1471.
 50. Mitchell W.G., Scheir L.M. & Baker S.A. Psychosocial, behavioral and medical outcomes in children with epilepsy: a developmental risk factor model using longitudinal data. *Pediatrics* 1994;94:471-477.
 51. Apel, Karl. La globalización y una ética de la responsabilidad. Prometeo. Buenos Aires 2007.
 52. Casper, Bernhard. La responsabilité et l'intentionnalité de la Loi en Le statut contemporain de la Philosophie Première. Paris 1996.
 53. Cruz, Manuel. Hacerse cargo. Sobre responsabilidad e identidad personal. Paidós Barcelona 1999.
 54. Fejerman N. & Caraballo R.H. Epilepsy: impact on the child and its family. En: Devilat Med. La Epilepsia en Latinoamérica. Primer Congreso Latinoamericano de Epilepsia. Santiago de Chile. Chile. WHO-PAHO-ILAE-IBE. 2000 pp 245-254.
 55. Fejerman N. & Caraballo R. Vivir con epilepsia. Editorial Panamericana, Buenos Aires. 2006.
 56. Fejerman N, Caraballo R. Epilepsias benignas de la infancia, niñez y adolescencia. Panamericana, Buenos Aires 2008.