



FAQs SOBRE CNEP

Preguntas frecuentes sobre
crisis no-epilépticas psicógenas (CNEP)



PNES

Psychogenic nonepileptic seizures

Illuminating, Helping, Empowering.

Si le han diagnosticado con crisis no-epilépticas psicógenas (CNEP), es probable que usted y su familia tengan muchas dudas. Esta sección de preguntas frecuentes va a contestar algunas de esas preguntas. No todas las respuestas se van a aplicar a usted. Consulte con su doctor o equipo de tratamiento sobre cualquier duda que tenga sobre la información en esta página.

1- Crisis epilépticas y crisis no-epilépticas - ¿cuál es la diferencia?

Una **crisis epiléptica** es un cambio repentino, involuntario y usualmente corto en conducta, movimiento, sensación y/o conciencia (o nivel de alerta o reconocimiento) asociado a un patrón eléctrico anormal (como una "tormenta" eléctrica) en el cerebro. El patrón eléctrico anormal puede usualmente ser observado en el momento de la crisis en un EEG (electro-encefalograma).

Una **crisis no-epiléptica** es un episodio o evento que se siente y se ve similar a una crisis epiléptica, pero que ocurre sin los cambios eléctricos anormales que ocurren durante una crisis epiléptica.

Para alguien que está observando, una crisis no-epiléptica se ve muy similar a una crisis epiléptica, pero si uno conectara un EEG para registrar la actividad eléctrica en el cerebro durante la crisis no-epiléptica, no se observaría el tipo de actividad eléctrica anormal que se registra en una crisis epiléptica.

2- ¿Cuál es la diferencia entre crisis no-epilépticas y crisis no-epilépticas psicógenas (CNEP)?

Los episodios que se parecen a las crisis de epilepsia pero que no son epilépticos (crisis no-epilépticas) pueden ocurrir debido a muchas causas. El tipo más común de crisis no-epilépticas son las crisis no-epilépticas psicógenas (CNEP). Este sitio en particular contestará preguntas acerca de CNEP.

Otros tipos de crisis no-epilépticas pueden ser causadas por condiciones médicas o fisiológicas. Unos pocos ejemplos de esas condiciones son:

* Síncope (un episodio temporario de pérdida de conciencia, también conocido como "desmayo" y usualmente debido a que llega poco oxígeno al cerebro);

* Trastornos del sueño, como la narcolepsia ("ataques de sueño"), o tendencia a dormirse durante el día debido a apnea del sueño (períodos de pausa en la respiración cuando la persona duerme);

* Ciertos trastornos del movimiento que pueden confundirse con crisis epilépticas;

* Otras condiciones médicas.

Usualmente, la descripción u observación del episodio en sí va a ayudar a que su doctor pueda distinguir si la crisis no-epiléptica es psicogénica (CNEP) o si está mejor explicada por una condición médica. Si es necesario, su doctor le pedirá completar más exámenes o pruebas para descartar estas otras posibilidades.

3- ¿Qué son las crisis no-epilépticas psicógenas (CNEP)?

Las crisis no-epilépticas psicógenas (CNEP) son cambios repentinos, involuntarios y usualmente cortos en la conducta, movimiento, sensación y/o conciencia, que representan una respuesta cuasi-reflexiva a un malestar físico y/o emocional, que el cerebro detecta.

Los pacientes pueden o no reconocer los factores que causan malestar y que están asociados a las CNEP. El cerebro automáticamente usa síntomas físicos (como las CNEP u otros síntomas neurológicos funcionales) como una manera de canalizar involuntariamente la expresión de cierta molestia.

Estas repuestas automáticas del cerebro ocurren debido a:

- una acumulación de factores estresantes o de experiencias problemáticas que ocurren a través del tiempo y/o
- patrones de conducta aprendidos a través del tiempo y/o
- la manera que su cerebro tiende a responder a pensamientos o emociones que son difíciles.

La gente NO siempre se siente estresada o molesta antes de un episodio de CNEP. A veces, los pacientes no recuerdan ningún evento estresante que ocurrió meses o años antes del comienzo de las CNEP. En estos casos, es posible que las CNEP se desarrollaron debido a las siguientes razones:

- dificultad en reconocer cuando uno está estresado;
- negación del malestar emocional (reciente o remotamente);
- disociación rápida (distanciamiento de las experiencias físicas o emocionales) que elimina la experiencia subjetiva durante la fase de advertencia de una CNEP;
- haber aprendido a asociar la fluctuación en emociones con algo amenazante, que lleva al cerebro a que automáticamente responda con disociación o con CNEP.

En otras palabras, las CNEP son una respuesta a un estímulo que no entra en la conciencia (de la misma manera que uno esquiva un charco de agua en la acera mientras está hablando con alguien, sin nunca llegar a darse cuenta del charco).

4- Algunos doctores me dijeron que mis crisis "no son reales" o que yo las estoy "inventando." ¿Me estoy "volviendo loco/a"?

NO, y si un doctor le dijo eso, él o ella está equivocados.

Los episodios de CNEP son muy reales y usted no está haciendo que ellos ocurran voluntariamente (aunque con tratamiento, los pacientes pueden recuperar el control sobre estos episodios).

Desafortunadamente, muchos doctores y enfermeras no están bien entrenados en qué son las CNEP y piensan que porque existen factores emocionales o estrés frecuentemente asociados a las CNEP, los pacientes "deben tener control" de los episodios. Este malentendido está cambiando de a poco.

Usted no está volviéndose "loco/a" tampoco. El hecho que su cerebro esté manejando emociones difíciles a través de estos episodios sólo significa que su cerebro está usando su cuerpo para expresar algo (en vez de expresarlo de una manera diferente). Existen otras condiciones en las cuales el estrés tiene que ver con la aparición de síntomas físicos, como por ejemplo los ataques de pánico, la fibromialgia, el síndrome del intestino irritable, fatiga crónica y cefaleas.

5- ¿Cuánta gente tiene CNEP?

El número de gente afectada con CNEP no se sabe con exactitud. Se ha reportado que de 10 personas evaluadas en una unidad de monitoreo de epilepsia por crisis que no responden a tratamiento, 2 a 5 de hecho tienen un diagnóstico de CNEP.

Aproximadamente una en ocho personas referidas a un especialista en epilepsia tienen CNEP.

Las CNEP son frecuentemente diagnosticadas por los doctores que evalúan y tratan episodios o crisis epilépticas.

6- ¿Qué situaciones pueden provocar las CNEP?

Las CNEP pueden ocurrir espontáneamente (de la nada) o pueden ser provocadas. Los factores provocantes pueden venir de adentro o de afuera del cuerpo. Ejemplos de factores provocantes que provienen de "adentro" del cuerpo son síntomas físicos, emociones, pensamientos y memorias. Ejemplos de factores provocantes que provienen de "afuera"

del cuerpo incluyen aquellos que son detectados por los órganos sensoriales (sonidos, olores, luces, etc), o situaciones difíciles en las que uno se encuentra.

Sin embargo, las CNEP pueden también ocurrir cuando uno está descansado y relajado y alejado de cualquier factor provocante.

Usualmente, con la ayuda de tratamiento, muchos pacientes reconocen mejor los estados vulnerables, factores provocantes en el ambiente y cambios en los pensamientos y emociones que los predisponen a tener un episodio de CNEP.

7- ¿Las CNEP pueden causar daño cerebral o ser fatales?

Un episodio de CNEP no puede por sí mismo causar daño cerebral o la muerte. Sin embargo, si durante el episodio un paciente sufre un golpe o daño físico, la situación cambia.

Usualmente no es necesario llamar a una ambulancia o ir a un hospital A MENOS QUE el paciente haya sufrido un daño físico durante el episodio o si el episodio es marcadamente diferente a los típicos que suelen ocurrir para esa persona.

8- ¿Puede uno ser diagnosticado con CNEP si también tiene una condición neurológica?

Sí. Personas con CNEP pueden sufrir de otras condiciones neurológicas. Una historia de traumatismo cerebral (por ejemplo, debido a golpes fuertes en la cabeza) es común en gente que sufre de epilepsia. Sorprendentemente, una historia de traumatismo cerebral es también comúnmente reportada en gente con CNEP (hasta un 50% en algunos estudios). No está claro por qué los traumatismos cerebrales son frecuentes en CNEP, pero es intrigante and se necesita estudiar más.

También, algunos pacientes sufren de crisis epilépticas y de CNEP. Aproximadamente, 10-25% de adultos y hasta 25% de niños con CNEP también tienen epilepsia.

9- ¿Es posible que alguien tenga epilepsia y CNEP o tener un EEG anormal y aún ser diagnosticado con CNEP?

Algunos pacientes tienen crisis epilépticas y CNEP.

Aproximadamente 10% de personas con CNEP también tienen epilepsia. Es extremadamente importante en estos casos trabajar con su equipo profesional de salud para distinguir qué crisis son epilépticas y qué crisis son CNEP, cómo diferenciarlas y qué tratamiento debe recibirse para cada tipo de crisis.

Si existen anomalías en el EEG como las que se ven en la epilepsia y anomalías en los estudios de imágenes (resonancia magnética de cerebro u otras técnicas de imagen) en alguien con CNEP confirmadas, la posibilidad de un diagnóstico "dual" (tener CNEP y epilepsia) debe ser explorada en detalle.

Algunas veces existen cambios menores en el EEG que ocurren en gente sin ninguna enfermedad (cerca de 10-20% de gente saludable tienen esos cambios en el EEG). Esos cambios en el EEG no significan que el paciente tiene epilepsia y pueden confundir a los doctores. Es por esa razón que un experto en epilepsia y EEG es necesario para confirmar qué significan esos cambios.

10- ¿Qué otros problemas físicos y psicológicos pueden tener las personas con CNEP?

Las investigaciones científicas han demostrado que hay otros problemas físicos y psicológicos que pueden encontrarse en personas con CNEP. Estos incluyen:

- * Una historia de uno o más traumatismos cerebrales;
- * Fibromialgia, cefaleas, y otros síndromes del dolor;
- * Fatiga y cambios en la cognición (incluyendo problemas de concentración, dificultades en encontrar las palabras correctas durante el habla, arrastro de palabras, problemas con la memoria);
- * Debilidad o parálisis en un miembro, adormecimiento o cosquilleo;
- * Cambios en la visión, oído o el habla;
- * Problemas urinarios;
- * Problemas importantes con la ira, con el control de los impulsos y/o con la asertividad;
- * Altos niveles de ansiedad (incluyendo pánico y preocupaciones) y dificultades con el manejo del estrés;
- * Depresión y dificultades con mantener las emociones balanceadas;
- * Historia de traumas psicológicos (por ejemplo, abuso emocional, físico, y/o sexual);
- * Dificultades en las relaciones interpersonales, disfunción familiar;
- * Alexitimia (dificultad en reconocer y/o verbalizar experiencias emocionales).

Diferentes pacientes tendrán algunos, todos o ninguno de estos problemas.

El tratamiento de las CNEP también puede ayudar a aliviar algunos de estos otros síntomas y problemas.

11- ¿Con qué frecuencia se observan experiencias traumáticas en pacientes diagnosticados con CNEP?

Historias de trauma psicológico se han observado en porcentajes muy elevados de pacientes con CNEP (extendiéndose desde el 40 al 100% según diferentes estudios).

En los adultos, entre un cuarto a tres cuartos de los pacientes con CNEP reportan haber tenido una historia de abuso físico o sexual en la niñez. El trauma psicológico también puede resultar de otras experiencias incluyendo el descuido infantil, experiencias en la guerra, ser testigo o ser la víctima de un crimen violento, sufrir un accidente importante o desastre natural, problemas médicos/de salud serios, la pérdida repentina de un ser querido (por ejemplo, un padre/madre o hijo/a).

En niños y adolescentes con CNEP, las experiencias traumáticas también pueden ocurrir antes de que empiecen las CNEP, aunque es importante recordar que el abuso físico y sexual sólo ocurre en 9-14% de los pacientes (es menos frecuente que en los adultos). Pacientes pediátricos con CNEP reportan con bastante frecuencia (50%) la intimidación en las escuelas (bullying), problemas familiares incluyendo ser testigo de violencia, y la pérdida o muerte de un padre o ser que los cuidaba.

Aproximadamente el 50% de pacientes adultos con CNEP son también diagnosticados con trastorno de estrés post-traumático (PTSD).

Es importante recordar que aunque sea común que las personas con CNEP tengan un historial traumático, no es un requisito para recibir este diagnóstico. Tanto es así, que el trauma psicológico y el trastorno de estrés post traumático pueden también observarse en la epilepsia.

12- ¿Cómo se siente o puede reaccionar un paciente con el diagnóstico de CNEP?

Puede ser que uno tenga múltiples reacciones emocionales cuando se le comunica el diagnóstico. Eso es lógico.

"Me siento CONFUNDIDA/O" -- Puede ser confuso ser diagnosticado/a con CNEP, especialmente si uno creía tener epilepsia. A diferencia de las CNEP, la epilepsia es bastante conocida y se entiende, mientras que las CNEP son poco conocidas y es difícil entender cómo suceden.

"Me siento ENOJADA/O" -- Algunas personas se sienten enojadas por haber sido originalmente diagnosticadas con un diagnóstico que no era correcto. Además, algunos pueden enfadarse porque les cuesta entender que no tienen epilepsia u otro diagnóstico neurológico que pensaban tener. Puede ser que se enojen con el médico que los diagnostica con CNEP porque creen que se ha equivocado.

"No estoy convencido/a" -- Algunas personas no aceptan la explicación de CNEP porque no reconocen tener problemas emocionales en sus vidas o no se sienten estresados/tensos antes de sufrir un episodio. Es importante recordar que las CNEP pueden ocurrir sin un gatillo claramente identificable o sin estar pasando por un estrés enorme cuando empiezan las CNEP. A veces las personas piensan que si las CNEP son por factores emocionales, entonces deberían "poder controlar sus episodios"--lo cual no es cierto; nadie elige cuando deprimirse o tener un ataque de pánico. Lo mismo es cierto para las CNEP.

"Me siento ALIVIADA/O" -- Algunas personas se alegran cuando por fin reciben el diagnóstico, así pueden empezar a recibir el tratamiento apropiado.

Puede ser muy útil darse tiempo para pensar cómo se siente uno acerca de este diagnóstico. Esto va a facilitar la conversación con otras personas y también va a permitir poderle pedirle ayuda a los amigos, familiares y doctores.

13- ¿Me voy a mejorar?

Sí, usted puede mejorarse y llevar una vida plena. Saber que estos episodios son no-epilépticos es el primer paso hacia la recuperación. Saber esto también puede llevar a que se puedan parar tratamientos innecesarios (siempre bajo la supervisión del médico).

A veces, con sólo recibir el diagnóstico de CNEP, la persona se recupera. Para muchos otros pacientes con CNEP, tratamientos específicos (tal como es la psicoterapia) son necesarios para que los episodios mejoren. Para un número de pacientes, los episodios se pueden volver un problema a largo plazo. Pero aunque los episodios sigan ocurriendo, muchas personas aprenden a vivir una vida plena y activa.

14- ¿Qué tipos de tratamientos existen para las CNEP?

El primer paso hacia la recuperación que se puede tomar ocurre en la conversación que uno, como paciente, tiene con su neurólogo y profesional de la salud mental (usualmente el/la psicólogo/a o psiquiatra) cuando se le comunica el diagnóstico de CNEP. Es tremendamente importante que esa conversación incluya una explicación comprensiva y clara: qué son las CNEP, qué se sabe de sus orígenes, cómo se relaciona con la historia del paciente y cómo se puede tratar. Idealmente, no se debería ir el paciente del hospital o la visita clínica sin el referido a un especialista o sin un plan de tratamiento.

Después de recibir el diagnóstico, las intervenciones terapéuticas más exitosas podrían ser aquellas hechas por un profesional de la salud mental que trabaja en colaboración con el centro de epilepsia que diagnostica las CNEP. De esta manera, el paciente recibe tratamiento con un profesional que conoce las CNEP y puede haber consulta mutua entre el centro y el profesional si hay alguna duda o algún desarrollo nuevo en el caso. Cuando esto no sea posible lógicamente, se deberían hacer todos los esfuerzos posibles de mantener a los profesionales del equipo de salud

(en especial los neurólogos y profesionales de la salud mental) comunicados entre sí mismos.

En los últimos diez años, un número de intervenciones psicológicas para las CNEP han sido estudiadas y algunas de ellas poco a poco se están volviendo disponibles al público general. A continuación se encuentra un resumen de ellas:

- **La terapia cognitiva-conductual** (cognitive behavioral therapy o CBT) es el abordaje terapéutico para las CNEP más estudiado. La terapia cognitiva-conductual es un tipo de terapia en la que los pacientes aprenden y aplican ciertas técnicas que sirven para cambiar los pensamientos y conductas que facilitan el desarrollo y mantenimiento de las CNEP. De esa manera, se reduce la frecuencia de las CNEP.

- **La terapia basada en la conciencia plena** (mindfulness based psychotherapy) (que por lo general incluye elementos de las terapias dialécticas-conductuales, de aceptación y compromiso, de reducción de estrés de plena conciencia, de terapia cognitiva basada en la plena conciencia, o alguna combinación de estas) es una terapia en la que los pacientes aprenden y aplican técnicas que los ayudan a relacionarse efectivamente con sus experiencias internas, como lo son los pensamientos y emociones. Al volverse más consciente de estas relaciones, se experimenta un mayor control sobre las conductas y síntomas, incluyendo las CNEP.

- **La terapia interpersonal y psicodinámica** (interpersonal and psychodynamic psychotherapy), que a veces se llama también "terapia del habla," tiene como objetivo ayudar a los pacientes a identificar conflictos emocionales subyacentes que se creen producen las CNEP. Al expresar estos conflictos internos de una manera más efectiva, es menos probable que se produzcan las CNEP.

La terapia de exposición prolongada (prolonged exposure o PE) es un tipo de tratamiento cognitivo-conductual específico para pacientes que sufren de CNEP y también del trastorno de estrés post-traumático. Este tratamiento ayuda a los pacientes a procesar emocionalmente las experiencias traumáticas del pasado confrontando las memorias y situaciones angustiantes dentro de un contexto seguro.

La terapia familiar (family therapy) puede ofrecerse junto a cualquiera de las terapias mencionadas arriba, y se usa especialmente cuando el paciente tiene CNEP y es un niño o adolescente. Un componente importante de este tratamiento es la terapia que se hace con un padre/madre o persona a cargo del cuidado del niño/a. Esta se hace separado del niño /a para aprender a lidiar mejor con el estrés de los síntomas, mejorar el funcionamiento del niño/a y manejar mejor los estresores familiares.

Sin importar cuál modalidad terapéutica se use, hay elementos comunes que deberían ser parte de cualquier tipo de tratamiento que se aplica para las CNEP. Estos elementos son:

- aprender (psicoeducación) todo lo que se pueda acerca del trastorno de CNEP,
- ser proactivo en poner en marcha cambios positivos,
- mantener la mayor cantidad de independencia y mantenerse lo más involucrado posible en la vida diaria;
- ocuparse de la salud propia (enfocándose en mantener una dieta sana, ejercicio físico, y buena higiene del sueño) y
- mejorar las conexiones con los demás.

La mayoría de los tratamientos que se discutieron más arriba (tratamiento cognitivo-conductual, psicoterapia basada en la conciencia plena, exposición prolongada) pueden completarse a corto plazo (por ejemplo, en 12 sesiones), aunque algunas modalidades de tratamiento pueden durar más. Muchos pacientes van a requerir tratamiento psicoterapéutico de mantenimiento o a largo plazo después de completar el tratamiento inicial de corto plazo.

Los profesionales de la salud que usualmente están capacitados para proveer estos tipos de tratamientos son psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos/os, y consejeros de salud mental licenciados. Cuando un paciente elige a su profesional de la salud mental para tratar su CNEP, debería preguntarle si está familiarizado con CNEP y que le cuente qué abordaje terapéutico usa por lo general.

Los estudios científicos demuestran que no hay medicamentos que traten efectivamente a las CNEP. Sin embargo, puede que se recomienden medicaciones para tratar otros trastornos que comúnmente se observan en personas con CNEP.

Las medicaciones anti-epilépticas pueden empeorar las CNEP. Salvo que haya otra indicación para la medicación

anti-epiléptica, se recomienda que su doctor trabaje con usted para discontinuar este tipo de medicación.

Se ha reportado un cese completo o una reducción significativa en la frecuencia de CNEP en más de la mitad de casos que fueron tratados usando alguno de los métodos de terapia mencionadas más arriba.

No siempre es tan fácil encontrar un profesional de la salud (psiquiatra o psicólogo) que trabaje cómodamente con trastornos funcionales neurológicos. Por lo tanto, puede tomar un poco de trabajo encontrar uno. Este enlace lo llevará a una lista de profesionales de la salud mental en los Estados Unidos y Canadá que han demostrado un interés en CNEP o que se especializan en CNEP (aún no se incluyen todos los 50 estados de los Estados Unidos y las provincias de Canadá-seguimos trabajando para localizar profesionales en todos los sitios).

<http://nonepilepticseizures.com/epilepsy-psychogenic-NES-information-referral-sites.php>

15- ¿Cómo sabemos si el tratamiento está funcionando?

Las medidas que se pueden usar para determinar un mejoramiento varían, pero casi siempre el primer dato que el paciente y terapeuta medirán es si ha habido una reducción en la frecuencia, duración y/o intensidad de los episodios de CNEP.

Algunos pacientes experimentarán una reducción en el número de episodios que tienen en cuanto se le informe que llevan el diagnóstico de CNEP y lo entiendan y puedan reflexionar sobre las condiciones que estaban presentes cuando empezaron los síntomas. Sin embargo, la mayoría de pacientes necesitarán completar un curso de psicoterapia. En general, la mayoría de los estudios muestran que más de la mitad de pacientes con CNEP experimentan una mejoría después de 3 meses de tratamiento psicoterapéutico. Desafortunadamente, hay un pequeño porcentaje de pacientes (un cuarto o menos) que no verán una mejoría en sus episodios con las terapias que actualmente tenemos a nuestra disposición.

Algunos pacientes podrán observar un aumento en la frecuencia de sus episodios (especialmente durante las primeras sesiones de psicoterapia) cuando empiezan a explorar sus emociones, comportamientos, pensamientos y factores vitales relacionados a sus síntomas. Esto no debe interpretarse como que el tratamiento "no está funcionando" sino más bien como una señal de que el tratamiento está identificando correctamente algunos de los factores asociados a los episodios de CNEP en ese individuo.

Las otras áreas en donde se pueden ver mejorías cuando se participa en el tratamiento y en las que es importante enfocarse son:

- Cambios positivos en la calidad de vida;
- Mejoramiento en cómo enfrenta los problemas difíciles que aparecen día a día;
- Reducción en los problemas o síntomas psicológicos (por ejemplo, mejoramiento de síntomas de depresión o ansiedad);
- Estar más conectado con sus sentimientos, menos "aislado" y con más gozo de vivir;
- Recuperación de la independencia;
- Poder retornar a la vida diaria (trabajo, estudios, y/o conducir un automóvil).

16- ¿Debería conducir un vehículo si tengo CNEP?

El tema de conducir o no debería discutirse con su doctor y probablemente tenga que ser consistente con las leyes estatales o nacionales.

En la mayoría de los estados, sin importar cuál es la causa, si una persona tiende a perder la conciencia o el control de sus movimientos, hay regulaciones que requieren un cierto tiempo sin crisis o episodios (epilépticos o no-epilépticos) antes de que se le permita conducir nuevamente.

Justamente porque las CNEP son tan variables, esto lo debería discutir con su doctor.

17- ¿Qué puedo hacer para frenar un episodio?

Recomendamos que empiece el tratamiento que le fue recomendado por su doctor cuanto antes. Mientras tanto, estas son unas herramientas que pueden ayudarlo a manejar mejor sus episodios cuando ocurren. Estas técnicas NO son un reemplazo del tratamiento que su doctor le recomendó para tratar las CNEP.

Puede ser que tenga/sienta una "señal de advertencia" antes de que se produzca su episodio típico. Si tiene una de estas "señales de advertencia" le puede servir implementar algunos pasos para prevenir que avance y se produzca el episodio completo. También puede ser que opte por practicar estas técnicas aún en ausencia de los episodios, si cree que algo está pasando que tiene un potencial de provocar un episodio en el futuro.

1) Antes que nada, asegúrese de estar en un **lugar que sea seguro**, donde el riesgo de hacerse daño sea mínimo. Por ejemplo, si sus episodios se dan con movimientos intensos, asegúrese de sentarse o recostarse y de estar lejos de muebles pesados contra los cuales podría golpear su cuerpo o herirte.

2) Si está con otras personas y se asustan, y reconoce que este es un episodio típico de CNEP, dígalas o trate de hacer algún tipo de seña para **asegurarles** que no deben alarmarse y que sólo monitoreen que permanezca a salvo. Los puntos principales a comunicarle a las personas con las que está son:

- a) Deben evitar que se hiera, moviéndolo si está en un lugar poco seguro, si hay objetos alrededor que pueden ser peligrosos, y deben tratar de protegerle la cabeza de los golpes poniendo algo blando debajo.
- b) No sostenerle el cuerpo con fuerza.
- c) No ponerle nada en la boca ni darle la medicación justo en este momento.
- d) Hablar de manera tranquila y calma.
- e) NO LLAMAR A LA AMBULANCIA A MENOS QUE se haya herido, el episodio haya durado mucho más de lo común, o que se vea muy diferente de lo que es típico.

Puede mostrarles a las personas que están alrededor cuando empieza el episodio una carta (que lleva con usted) y que explica qué hacer (Mariel, [link here](#) a la próxima pregunta)

3) **Distracción:** aprender a enfocarse en otra cosa o lograr distraerse puede ayudar, Ejemplos de la técnica de distracción, incluyen:

- a) Contar hacia atrás de a siete, empezando con el 100 hasta el cero, "100, 93, 86, 79" o por cuatros, "100, 96, 92, etc.", o contar hacia adelante alternando números y letras (1-a, 2-b, 3-c).
- b) Tomar una revista y empezar a leerla.
- c) Hablar con alguien y hacer el esfuerzo de mantenerse concentrado en la conversación o tema.
- d) Probar de jugar un juego en la computadora, el celular, u otro aparato.
- e) Probar de cantar su canción favorita.

4) **Anclamiento sensorial:** es importante practicar estas técnicas no solamente cuando está teniendo un episodio, sino también cuando no está por experimentar un episodio o en medio de un episodio, así puede volverse muy competente en saber usarlas:

- a) Sienta algo con sus dedos y el pulgar, preferiblemente algo con textura o que sea rugoso. Realmente debe enfocarse en lo que estás sintiendo. También puedes tener una naranja congelada (que guarde en el congelador) y la puede transferir de una mano a la otra y vice versa. Mientras hace esto, apoye bien los pies contra el piso y manténgase muy conciente de cómo se siente el piso sólido debajo de ellos. Si está sentado en una silla, sea conciente de cómo se siente esa silla. Puede alternar su conciencia entre lo que está sosteniendo con las manos, y otros puntos de contacto entre su cuerpo y la silla, o sus pies y el piso, etc.
- b) Mire a su alrededor y trate de enfocarse en lo que pueda ver. Trate de describirse los objetos en detalle a sí mismo. Puede alternar entre dos objetos, describiendo las características de uno y luego pasando al próximo objeto y haciendo lo mismo.
- c) Escuche los sonidos a su alrededor, por ejemplo, personas hablando, pájaros que cantan, los ruidos del tráfico, etc.
- d) La técnica del 3-2-1: alterne entre modalidades sensoriales; usa 3 de sus sentidos y enfóquese en 3, 2, y 1 objeto para cada modalidad sensorial. Por ejemplo, toque 3 objetos, mire 2 objetos y escuche 1 sonido,

5) Mantenga la atención enfocada: Más allá de la atención sensorial que pueda mantener, recuerde dónde se encuentra, qué día de la semana es, en qué año está, con quién está, etc. Repita esta lista, alternándola con otras técnicas de distracción o de anclamiento sensorial.

6) Recuerde siempre de que está a **salvo**, que no hay peligro.

Para obtener más información sobre CNEP, visite nuestro website:
www.nonepilepticseizures.com