



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL



UNIDAD UPN 041
“María Lavalle Urbina”

Programa de Atención para la Integración Escolar de un alumno con
Epilepsia

Tirso Renán Suárez Segovia

San Francisco de Campeche, Campeche, México, 2016



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD UPN 041
“María Lavalle Urbina”



**Programa de Atención para la Integración Escolar de un alumno con
Epilepsia**

Tirso Renán Suárez Segovia

**Tesis presentada para obtener el grado de
Maestro en Integración Educativa**

San Francisco de Campeche, Campeche, México, 2016

Agradecimiento

Un agradecimiento singular a la Dra. Maria Martina Kantún Can que, como asesora de tesis, me brindó la orientación y apoyo necesarios en mi labor científica con interés y una entrega que han sobrepasado, con mucho, todas las expectativas que, como alumno, deposité en su persona.

Dedicatoria

Esta tesis se la dedico a mi padre celestial por guiarme hacia el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se me presentaban enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi esposa Ana del Rosario por la ayuda que me ha brindado que fue sumamente importante, estuviste a mi lado inclusive en los momentos y situaciones más tormentosas, siempre ayudándome. No fue sencillo culminar con éxito este proyecto, sin embargo siempre fuiste muy motivadora y esperanzadora, me decías que lo lograría perfectamente.

A mi hijo Tirso Fernando por ser mi motor en todo momento, por tu afecto y cariño que son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para ti. Aun a tu corta edad, me has enseñado y me sigues enseñando muchas cosas de la vida. Te agradezco por ayudarme a encontrar el lado dulce y no amargo de la vida.

A mi familia que por ellos soy lo que soy. A mis queridos padres y hermanos por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A Gabriel y su familia por abrirme las puertas de su hogar para permitirme realizar mi trabajo de investigación y poder aportar un granito de arena a su formación y desarrollo.

A mis suegros, mi cuñada y primos Karina y José Luis quienes fueron partícipes de este logro escolar que después de algunos años he materializado.

Tirso Renán Suárez Segovia



**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD UPN 041
"MARÍA LAVALLE URBINA"
CAMPECHE**

DICTAMEN PARA LA OBTENCIÓN DE GRADO

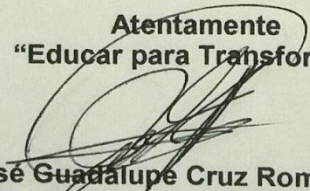
San Francisco de Campeche, Cam., 26 de noviembre de 2016.

**C. TIRSO RENÁN SUÁREZ SEGOVIA
P R E S E N T E.**

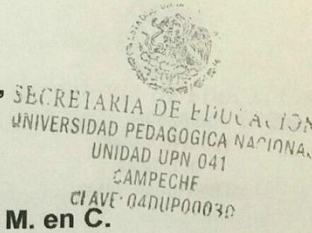
En mi calidad de Presidente de la Comisión de Titulación de esta Unidad, y como resultado del análisis realizado a su trabajo titulado **"Programa de atención para la Integración Escolar de un niño con Epilepsia"**, asesorado por la Dra. María Martina Kantún Can manifiesto a usted que reúne los requisitos académicos establecidos por la institución para aspirar al grado de Maestro en Integración Educativa.

Por lo anterior, se dictamina favorablemente su trabajo y se le autoriza a presentar su examen correspondiente.

Atentamente
"Educar para Transformar"



Lic. José Guadalupe Cruz Romero, M. en C.
Presidente de la Comisión de Titulación



Resumen

Esta investigación aborda la integración escolar de un alumno con Epilepsia, aportando información relevante y recomendaciones para que los actores del proceso educativo sean partícipes de la inclusión de alumnos que presentan Necesidades Educativas Especiales. Se realizó en el Jardín de Niños “Lilia Reyes de López Hernández” de la ciudad de Calkiní, Campeche, durante los meses de diciembre de 2011 a junio de 2012. La metodología utilizada fue la cualitativa; el diseño fue un estudio de caso, se manejó información detallada de la condición del sujeto de estudio a través de la observación, encuestas y triangulación. Se diseñó y empleó un Programa de Atención para un alumno con epilepsia, con el cual fue posible dar a conocer a los principales actores del proceso educativo (alumnos, maestros y padres de familia) la importancia de fomentar la inclusión en la escuela regular de aquellos alumnos que presentan alguna desventaja en relación a sus demás compañeros. Con la aplicación del Programa de Atención se propició un desenvolvimiento adecuado del alumno en el plantel educativo, mismo que se manifestó con la mejor adaptación a situaciones que implican la interacción con alumnos, maestros y padres de familia. Por otra parte, fue importante notar que la adquisición de aprendizajes se fue logrando con más facilidad dentro y fuera del aula gracias a los cambios de actitud presentados en el entorno del sujeto de estudio. Con lo anterior, es posible afirmar que el Programa de Atención cumplió con los principios y finalidades de la inclusión educativa.

Abstract

This research addresses the educational integration of a student with epilepsy, providing relevant information and recommendations for stakeholders in the education process may participate in the inclusion of students with special educational needs. It was held in the Kindergarten "Lilia Reyes Lopez Hernandez" Calkiní city, Campeche, during the months of December 2011 to June 2012. The methodology used was qualitative; the design was a case study, detailed information on the condition of the subject of study through observation, surveys and triangulation was handled. It was designed and employed a care program for a student with epilepsy, with which it was possible to inform the main players in the educational process (students, teachers and parents) the importance of encouraging the inclusion in the regular school of those students who have some disadvantage to their peers. With the implementation of appropriate development Care student on campus, which manifested itself with the best adaptation to situations that involve interaction with students, teachers and parents it was encouraged. Moreover, it was important to note that the acquisition of learnings was achieved more easily inside and outside the classroom thanks to changing attitudes presented in the subject's environment study. With this, it can be said that the Care Program complied with the principles and purposes of educational inclusion.

Tabla de Contenido

Agradecimiento	i
Dedicatorias	ii
Dictamen	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Tabla de Contenido	vii
Índice de tablas	xi
Introducción	1
1. Planteamiento del problema	6
1.1. Descripción de la situación problema	6
1.2. Pregunta de investigación	8
1.3. Objetivo general	8
1.3.1. Objetivos específicos	8
1.4. Importancia del estudio	8
1.5. Supuesto	9
2. Marco teórico	10
2.1. Programa de atención	10
2.1.1. Intervención educativa	11

2.2. Necesidades educativas especiales	13
2.2.1. Apoyo a estudiantes con Necesidades Educativas Especiales	14
2.3. Educación inclusiva	15
2.3.1. La educación es un derecho, no un privilegio	16
2.4. Epilepsia	18
2.4.1. Características generales de un alumno epiléptico	19
2.4.2. Antecedentes histórico-clínicos y definición	20
2.4.3. Cuadro clínico	27
2.4.4. Etiología	28
2.4.5. Síndromes epilépticos	30
2.4.6. Clasificación	32
2.4.7. Tratamiento	36
2.4.8. Repercusiones	40
2.4.9. Si se presentan delante de un ataque epiléptico (TOM)	42
2.4.10. Modelos de escolarización	43
2.5. Implicaciones específicas de la epilepsia	44
2.5.1. Problemas específicos en la lectoescritura	45
2.5.2. Problemas de lenguaje y comunicación	46
2.5.3. Problemas de memoria	46

2.5.4. Problemas socioemocionales	47
2.5.5. Problemas de comportamiento	47
3. Metodología	49
3.1. Tipo de estudio	49
3.2. Diseño de investigación	50
3.3. Ubicación y tiempo de estudio	52
3.4. Sujeto de estudio	52
3.4.1. Sujetos participantes	53
3.5. Rol del investigador	55
3.6. Instrumento para el acopio de información	55
3.7. Procedimiento	56
4. Presentación y análisis de resultados	58
4.1. Situación del alumno antes del diagnóstico	58
4.1.1. Observaciones	59
4.1.2. Evaluación inicial	60
4.1.3. Sugerencias a trabajar en casa y en la escuela	63
4.1.4. Diagnóstico del problema	65
4.2. Aplicación del Programa de Atención	70
4.3. Avances después de la aplicación del Programa de Atención	72
5. Discusión, conclusiones y recomendaciones	74

5.1. Discusión	74
5.2. Conclusiones	77
5.3. Recomendaciones	79
Referencias bibliográficas	83
Referencias electrónicas	87
Anexos	89
- <i>Programa de Atención implementado para padres de familia, docentes y alumnos</i>	90
- <i>Reporte de electroencefalograma digital y mapeo cerebral</i>	106
- <i>Solicitud de Tomografía y Ultrasonido (IMMS)</i>	108
- <i>Interconsulta Neurología (IMSS)</i>	109
- <i>Entrevistas aplicadas a docentes</i>	110
- <i>Trípticos para padres de familia y docentes</i>	112

Índice de tablas

Tabla 1. Modelos de escolarización posibles en el niño con epilepsia	44
--	----

Introducción

El movimiento de integración tiene una raíz histórica anclada en la controversia entre institucionalizar y desinstitucionalizar a la persona con alguna discapacidad. El reconocimiento de las desventajas de mantener a la persona en instituciones separadas de la comunidad ha encaminado la búsqueda de alternativas que estrechen los vínculos entre la educación y el acceso a los beneficios que disfruta la mayoría de los individuos de una comunidad dada.

En los años 80's a nivel internacional se inicia una tendencia hacia la apertura de garantizar los derechos humanos de las personas con discapacidad, esta filosofía integradora busca la inclusión de personas con discapacidad en diversos ámbitos, entre ellos la diversidad dentro del entorno educativo. El derecho a la educación debe permitir aspirar a una sociedad en que todas las personas tengan igualdad de oportunidades para vivir una vida digna. En este sentido las actitudes sociales son esenciales para alcanzar la integración de los estudiantes con discapacidad en el aula ordinaria.

Sin embargo, es importante resaltar que aun en nuestros días existen ideas equivocadas, actitudes negativas y prejuicios con relación a la epilepsia y hacia los niños y niñas que la padecen como resultado del poco conocimiento de ésta,

generando que en algunas instituciones educativas sean rechazados cuando se conoce que la padecen o luego de ocurrida una crisis.

“La educación inclusiva se refiere a identificar y superar todas las barreras de la participación efectiva, continua y de calidad en la educación, particularmente durante el ciclo educativo primario, donde se acepta ampliamente y se documenta el derecho humano de libre participación” (UNESCO, 2000, p.3).

El sistema educativo mexicano, establece en el Programa de Escuelas de Calidad (PEC) como uno de sus estándares de gestión el siguiente: “La escuela se abre a la integración de niñas y niños con necesidades educativas especiales, se otorga prioridad a los que presentan alguna discapacidad o aptitudes sobresalientes y requieren apoyos específicos para desarrollar plenamente sus potencialidades” (SEP, 2010, p.13).

Para apoyar los derechos de las personas con N.E.E., el gobierno de México a partir de la reforma a la Educación básica que se hizo en el 2004 estableció como propósito principal la mejora en la calidad de la Educación y el fortalecimiento de la equidad en la prestación del servicio Educativo, lo que significa que todos los niños y niñas tienen la oportunidad de participar en procesos educativos y desarrollar sus potencialidades como seres humanos. La integración educativa no constituye un acto caritativo, sino un esfuerzo para generar las condiciones que permitan que los niños aprendan de acuerdo con sus potencialidades.

El presente trabajo de investigación titulado “Programa de Atención para la Integración Escolar de un alumno con epilepsia”, se ubica en la línea 2. La escuela, la familia y la sociedad, y tiene como objetivo “Desarrollar un Programa de Atención que permita la integración escolar de un alumno con epilepsia”.

En la investigación realizada se aplica un Programa de Atención elaborado con las premisas de fomentar y crear conciencia acerca de la importancia de integrar a la escuela regular a aquellos alumnos que presentan alguna necesidad educativa especial. Dicho programa se centra en la impartición de pláticas informativas a los diversos actores del proceso educativo (maestros, alumnos y padres de familia) con el apoyo de algunos especialistas para dar a conocer qué es la Epilepsia y cómo se debe apoyar el proceso de integración y adaptación de quien la padece para lograr su inclusión educativa, remarcando que en ocasiones las crisis no afectan la capacidad cognitiva del alumno y en muchos de los casos al estar bajo un control médico adecuado pueden llevar una vida normal.

El trabajo de investigación fue realizado durante el ciclo escolar 2011-2012 en los meses de diciembre, enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio. El sujeto de estudio, Gabriel, es un niño con epilepsia que busca estar en una escuela regular. Se analiza y explica cómo el Programa de Atención mencionado apoya el proceso de inclusión, tomando en cuenta el trabajo colaborativo de docentes, alumnos y padres de familia de la comunidad escolar.

El documento se divide en cinco capítulos que básicamente describen al sujeto de estudio, sus antecedentes, los principales problemas de rechazo que ha enfrentado, la metodología propuesta por el docente investigador, los diversos instrumentos empleados para lograr el propósito del estudio, los resultados obtenidos después de la aplicación del Programa de Atención propuesto para la Inclusión Educativa de Gabriel y las conclusiones a las que se llegan después de aplicado el mismo.

En el Capítulo I, se presenta la situación problema y la importancia del Programa de Atención para la lograr la integración educativa del sujeto investigado. Se enumeran las razones por las cuales se debe presentar el estudio.

Se presenta el objetivo general, desarrollar un programa de atención que permita la integración escolar de un alumno con epilepsia, y los objetivos específicos, conocer las condiciones de salud de un niño con epilepsia que cursa el tercer grado de preescolar; aplicar el Programa de Atención para lograr la integración escolar a la escuela regular del alumno con epilepsia; evaluar los resultados del Programa de Atención aplicado.

En el Capítulo II, se encuentra el Marco Teórico en donde se examina el supuesto sobre la aplicación del Programa de Atención, se abarca la conceptualización sobre la Intervención Educativa, las Necesidades Educativas Especiales, la Integración Educativa, la Educación Inclusiva. Se describe en este apartado la conceptualización sobre la Epilepsia, sus antecedentes histórico-clínicos, sus cuadros clínicos, los síndromes, sus clasificaciones, tratamientos, repercusiones, implicaciones y modelos de escolarización.

El Capítulo III, se conforma por la Metodología de Investigación, el tipo de estudio, diseño de investigación, ubicación y tiempo de la investigación, sujetos participantes, sujeto investigador, instrumentos y procedimiento.

La metodología empleada es de tipo cualitativa, misma que satisface las necesidades de la investigación y se centra en la forma en que las personas dan sentido a sus experiencias, al mundo en el que viven y la interpretación de la realidad social. El estudio de caso es elegido como tipo de estudio, ya que implica un

entendimiento comprensivo, una descripción extensiva de la situación y el análisis de la situación en su conjunto, y dentro de su contexto.

En el Capítulo IV, se presentan y analizan los resultados obtenidos después de la aplicación del Programa de Atención. Se encuentra todo lo realizado durante la investigación, las descripciones del proceso de estudio documentadas, las observaciones, las encuestas aplicadas a las docentes, las evaluaciones pedagógicas y psicológicas.

En este capítulo se analizan los resultados arrojados en las encuestas y las evaluaciones arriba mencionadas y en base a ello se llevan a cabo reuniones con maestros, alumnos y padres de familia para enterarlos sobre qué es la epilepsia, qué se debe hacer cuando se presenta una crisis epiléptica y cómo apoyar a su hijo cuando éste no presenta las crisis.

Por último en el Capítulo V, se presentan la Discusión, Conclusiones y Recomendaciones, se aborda el Programa de Atención que permite al alumno ser integrado a la escuela regular, por lo que se requiere la realización de acciones de sensibilización y conocimiento del padecimiento que le permitan ser tratado y visto como un niño normal.

Capítulo 1

Planteamiento del problema

En este capítulo se inicia el análisis de la problemática elegida presentando las características del sujeto de estudio; se proporciona una reseña acerca de los motivos de la investigación, el objetivo general y lo que se espera al desarrollar la misma.

1.1. Descripción de la situación problema

A través del presente trabajo de investigación, se pretende crear una actitud de acercamiento y colaboración de la escuela, la familia y la sociedad para brindar apoyo y atención a la integración educativa del educando que presenta epilepsia, enfermedad que se manifiesta por convulsiones debido a una actividad anormal eléctrica en el cerebro que causa un cambio involuntario de movimiento o función del cuerpo y cuyos efectos se ven reflejados en la capacidad cognitiva como consecuencia de la muerte de neuronas.

Esta inquietud surge en el Jardín de Niños “Lilia Reyes de López Hernández” ubicado en la Ciudad de Calkiní, Campeche, en donde se encuentra un alumno con problemas neurológicos (epilepsia compleja) que había sido rechazado en todas las

demás escuelas de preescolar de la comunidad. En su corta estancia en el Jardín de Niños, ha creado un ambiente de tensión entre los alumnos, las maestras y los mismos padres de familia que formaban parte de esta institución, debido a su conducta y a la poca o nula información que se tiene acerca de cómo abordar a un alumno con este padecimiento.

Gabriel, sujeto del cual se hace referencia en esta investigación presenta epilepsia compleja detectada a los tres meses después de su nacimiento, que se produjo a los 6 meses de gestación. Desde el momento que fue aceptado en el Jardín de Niños antes mencionado ocasionó mucha incertidumbre, llegando al punto en el que las maestras dudaban de tenerlo o no. Los otros padres de familia se quejaban de la conducta que manifestaba, ya que en ocasiones agredía a sus compañeros y a las maestras.

Se observó que en la escuela el alumno es agresivo con sus compañeros y maestras (muerde y pega), su capacidad de razonamiento es muy limitada (no comprende instrucciones) y su desarrollo del lenguaje no es el adecuado para su edad cronológica (se encuentra en la Etapa Sensoriomotora propuesta en la teoría del Desarrollo Cognoscitivo de Jean Piaget), ya que tiene cinco años y apenas comienza a repetir algunas palabras sin poder entablar un diálogo con otras personas. En la familia es inquieto y también agresivo con sus hermanos, sin embargo cuando está más tranquilo juega con ellos por lapsos breves. También es relevante mencionar que los padres no aceptan que su hijo tiene un problema, en el sentido que ellos creen que puede desenvolverse como un niño normal. En la sociedad no tiene contacto con sus pares ya que la madre lo sobreprotege por miedo a que le pueda ocurrir algo, o en su caso, lastime a alguien. El pequeño presenta

dificultades para integrarse al ambiente escolar, por lo tanto, es pertinente aplicar un Programa de Atención que permita lograr su integración a la escuela regular.

1.2. Pregunta de investigación

¿Cómo un Programa de Atención permite la integración escolar de un alumno con epilepsia que cursa el tercer grado en el Jardín de Niños “Lilia Reyes de López Hernández” de la ciudad de Calkiní, Campeche en el ciclo escolar 2011-2012?

1.3. Objetivo general

Desarrollar un Programa de Atención que permita la integración escolar de un alumno con epilepsia.

1.3.1. Objetivos específicos.

- Conocer las condiciones de salud de un niño con epilepsia que cursa el tercer grado de preescolar.
- Aplicar el Programa de Atención para lograr la integración escolar a la escuela regular del alumno con epilepsia.
- Evaluar los resultados del Programa de Atención aplicado.

1.4. Importancia del estudio

México es un país con graves problemas de segregación y marginación en muchos ámbitos, principalmente en lo educativo y lo laboral, por tal motivo, es necesario crear una cultura inclusiva en la que sea posible que toda persona con

alguna condición diferente a la considerada cotidianamente como “normal” pueda ser incluida a la sociedad sin ningún tipo de condicionamiento.

Todo individuo tiene derecho a manifestarse y ser partícipe en ella, aportando en todo momento un granito de arena para mejorarla. Las personas con alguna necesidad educativa especial esperan ser tratados como personas comunes y corrientes, con las mismas capacidades de aprender y de expresar, dejando atrás viejos estereotipos que los consideran como personas enfermas.

Al hablar de integración, se habla de participación e implica con esto evitar la marginación y la segregación, tal como lo menciona Mussa (2007, p.11) “Con base en las declaraciones internacionales a favor de los sujetos con necesidades educativas especiales y el principio de normalización, se comprende a la integración como un derecho que tiene toda persona en una sociedad de convivir y de ser aceptado, independientemente de su condición física, psíquica o social”.

1.5. Supuesto

El Programa de Atención contribuirá a la información y la sensibilización de las maestras, alumnos y padres de familia del Jardín de Niños “Lilia Reyes de López Hernández” de la ciudad de Calkiní, Campeche, con lo que se logrará la participación en diferentes actividades y un mayor aprovechamiento del niño con epilepsia.

Capítulo 2

Marco teórico

Este capítulo desarrolla la teoría que va a fundamentar el proyecto con base al planteamiento del problema que se ha detectado y proporciona información precisa acerca de los términos empleados en la investigación: Programa de Atención, Intervención Educativa, Necesidades Educativas Especiales, Integración Educativa, Educación Inclusiva, Epilepsia y las características de un alumno epiléptico.

2.1. Programa de atención

Un programa de atención constituye una respuesta a las demandas y propuestas ciudadanas en materia educativa; establece la ruta a seguir para consolidar una cultura de integración que contribuya a la constitución de una sociedad incluyente donde todos los hombres y mujeres tengan las mismas oportunidades de acceder a una vida digna. Se trata de un servicio de atención personalizada en el que se establece un programa individualizado para cada estudiante con discapacidad a partir de la evaluación de sus necesidades.

El Programa de Atención a alumnos con NEE incluye el Proyecto de Integración Escolar (PIE), el Apoyo Psicopedagógico de aquellos alumnos que

presentan necesidades no cubiertas por el Programa de Integración y el Programa de Reforzamiento para alumnos con aprendizajes descendidos.

La aplicación de dicho programa brinda la posibilidad de acceder a la educación que imparte el establecimiento a familias cada vez más vulnerables. Se inicia así un proceso de integración de alumnos como primer paso a una etapa superior que se enmarca en una educación más inclusiva. Estos dos nuevos factores que modifican el contexto en el que tradicionalmente se desenvuelve el trabajo pedagógico, obligan a la Escuela a buscar estrategias que permitan no sólo la integración de alumnos con NEE sino también, a buscar aquellas que permitan acercarse a una educación cada vez más inclusiva.

2.1.1. Intervención educativa. “Una intervención es un programa específico o un grupo de pasos para ayudar a un niño a mejorar en un área de necesidad” (Lee, 2015). Los niños pueden tener muchas necesidades. Si un niño se comporta inapropiadamente, la escuela puede ofrecer una intervención conductual. Existen intervenciones educativas (en ocasiones conocidas como intervenciones académicas) para asignaturas como lectura y matemáticas. En otras palabras:

- Las intervenciones están diseñadas para que el padre o tutor y la escuela puedan dar seguimiento al progreso del niño.

Si el niño recibe ayuda en la escuela, sin duda escuchará el término intervención. Muchas personas emplean esta palabra a la ligera para describir cualquier tipo de ayuda que recibe un niño. Pero la intervención tiene una definición muy precisa. Saber lo que el término significa lo coloca en una mejor

posición para entender la ayuda que el alumno recibe en la escuela. Las intervenciones tienen algunos elementos importantes:

- Tienen una intención, son dirigidas a una limitación en particular: son específicas y formales. Una intervención dura un cierto número de semanas o meses y se revisa periódicamente
- Son establecidas de esta manera para que los padres y la escuela puedan supervisar el progreso del niño con una intervención.
- Las intervenciones son formales pero también pueden ser flexibles. Por ejemplo, si un programa particular no está ayudando a un estudiante, la escuela puede cambiarlo. O la escuela puede implementar una intervención más poderosa.

Esto podría significar incrementar el tiempo durante el que un estudiante recibe ayuda en lectura cada semana. O podría significar intensificar la ayuda, como trasladarlo de un grupo pequeño a la ayuda personalizada.

El proceso de usar intervenciones cada vez más intensas es la base para la respuesta a la intervención (RTI). Este método se emplea en muchas escuelas para ayudar a estudiantes que tienen problemas. En ocasiones las personas confunden las estrategias con las intervenciones, pero existen diferencias importantes. Una estrategia es un grupo de métodos o actividades para enseñar algo al niño. Una intervención puede incluir estrategias, pero no todas las estrategias son intervenciones. La diferencia principal es que la intervención es formal, dirigida a una necesidad conocida que es supervisada. En contraste, una estrategia puede ser informal y no siempre se supervisa.

La intervención es el elemento nuclear de todo proceso de enseñanza-aprendizaje. Cualquier intervención parte de una evaluación previa, a la que sigue un entrenamiento estratégico que finaliza con una evaluación final, útil para contrastar la eficacia de todo el procedimiento desarrollado. En el ámbito educativo, la evaluación trata de identificar inicialmente y de comprobar, finalmente, el grado de las capacidades que los sujetos pueden desarrollar sobre unos contenidos concretos. Por este motivo, la evaluación debe ser adaptada mediante ejecuciones concretas. A partir de ahí, se ajusta la programación, la cual debe estar estructurada en torno a objetivos de aprendizaje, con un diseño de capacidades sobre contenidos, con el fin de poder hacerla flexible y adaptable en cada momento (Vega, 2013).

En este contexto, las capacidades identifican el proceso estratégico que conviene poner en marcha; de ahí que se hable fundamentalmente de procesos estratégicos de comprensión (contenidos conceptuales) y de aplicación (contenidos procedimentales). Ahora bien, en el rendimiento académico, no sólo debe potenciarse lo intelectual, sino también lo atencional y lo emocional. Por este motivo, además de hablar de estrategias de comprensión y de aplicación, es preciso abordar estrategias de atención y de autorregulación y control. La labor de la Intervención consiste en planificar un proyecto con la finalidad de producir un cambio.

2.2. Necesidades Educativas Especiales

Algunos alumnos o personas presentan necesidades educativas especiales. Estas tienen un carácter dinámico, ya que aparecen entre las características propias del sujeto y lo que entrega el sistema o programa de estudio. Las NEE no están siempre relacionadas con una dificultad de aprendizaje, también pueden presentarse

porque el alumno capta y aprende demasiado rápido, por lo que necesita estar avanzando y aprendiendo más cosas que los demás. Para ambos casos, deben realizarse adaptaciones curriculares y buscar la metodología o estrategia de trabajo adecuada para poder satisfacer aquellas necesidades educativas especiales.

2.2.1. Apoyo a estudiantes con Necesidades Educativas Especiales. El Programa Nacional de Fortalecimiento a la Educación Especial y de la Integración Educativa (2002), establece la ruta a seguir para consolidar una cultura de integración que contribuya a la constitución de una sociedad incluyente donde todos los hombres y mujeres tengan las mismas oportunidades de acceder a una vida digna.

En el Programa Nacional de Educación 2001-2006 se reconoce la necesidad de poner en marcha acciones decididas por parte de las autoridades educativas para atender a la población con discapacidad. Asimismo se establece como uno de los objetivos estratégicos de la política educativa alcanzar la justicia y equidad educativas. Entre las líneas de acción destacan las siguientes: establecer el marco regulatorio –así como los mecanismos de seguimiento y evaluación– que habrá de normar los procesos de integración educativa en todas las escuelas de educación básica del país; garantizar la disponibilidad, para los maestros de educación básica, de los recursos de actualización y apoyos necesarios para asegurar la mejor atención de los niños y jóvenes que requieren de educación especial, y establecer lineamientos para la atención a niños y jóvenes con aptitudes sobresalientes.

2.3. Educación Inclusiva

En México, la importancia de la legislación en materia de Integración Educativa establece en la Ley General de la Educación en su última reforma del 01-06-2016 en el Diario Oficial de la Federación, (p. 18), en el artículo 41, que “La educación especial tiene como propósito identificar, prevenir y eliminar las barreras que limitan el aprendizaje y la participación plena y efectiva en la sociedad de las personas con discapacidad, con dificultades severas de aprendizaje, de conducta o de comunicación, así como de aquellas con aptitudes sobresalientes. Atenderá a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, estilos y ritmos de aprendizaje, en un contexto educativo incluyente, que se debe basar en los principios de respeto, equidad, no discriminación, igualdad sustantiva y perspectiva de género... La educación especial deberá incorporar los enfoques de inclusión e igualdad sustantiva. Esta educación abarcará la capacitación y orientación a los padres o tutores...”.

La educación inclusiva en su documento conceptual se define así: “La inclusión se ve como el proceso de identificar y responder a la diversidad de las necesidades de todos los estudiantes a través de la mayor participación en el aprendizaje, las culturas y las comunidades, y reduciendo la exclusión en la educación. Involucra cambios y modificaciones en contenidos, aproximaciones, estructuras y estrategias, con una visión común que incluye a todos los niño/as del rango de edad apropiado y la convicción de que es la responsabilidad del sistema regular, educar a todos los niños y niñas” (UNESCO, 2015).

Se basa en el principio de que cada niño o niña tiene características, intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje distintos y deben ser los

sistemas educativos los que están diseñados, y los programas educativos puestos en marcha, teniendo en cuenta la amplia diversidad de dichas características y necesidades.

Se ocupa de aportar respuestas pertinentes a toda la gama de necesidades educativas en contextos pedagógicos escolares y extraescolares. Lejos de ser un tema marginal sobre cómo se puede integrar a algunos estudiantes en la corriente educativa principal, es un método en el que se reflexiona sobre cómo transformar los sistemas educativos a fin de que respondan a la diversidad de los estudiantes.

2.3.1. La educación es un derecho, no un privilegio. La educación inclusiva es una aproximación estratégica diseñada para facilitar el aprendizaje exitoso para todos los niños y jóvenes. Hace referencia a metas comunes para disminuir y superar todo tipo de exclusión desde una perspectiva del derecho humano a una educación; tiene que ver con acceso, participación y aprendizaje exitoso en una educación de calidad para todos.

Inclusión significa posibilitar a todos los estudiantes a participar de lleno en la vida y el trabajo dentro de las comunidades, sin importar sus necesidades. Es el proceso de mayor participación de los estudiantes en el colegio y la reducción de la exclusión de las culturas, el currículo y la comunidad de los colegios locales.

La educación inclusiva significa que todos los niños y jóvenes, con y sin discapacidad o dificultades, aprenden juntos en las diversas instituciones educativas regulares (preescolar, primaria, secundaria, preparatoria y universidades) con un área de soportes apropiada. Más que el tipo de institución educativa a la que asisten los niños y niñas, tiene que ver con la calidad de la experiencia; con la forma de

apoyar su aprendizaje, sus logros y su participación total en la vida de la institución. La educación inclusiva no sólo responde a las necesidades de cada alumno y se adapta a ellas, sino que es pertinente para la sociedad y respetuosa de su cultura, en un proceso digno de doble sentido (Rengifo, 2006).

La inclusión trata de hacer efectivo el derecho a la educación mediante la integración de todos los estudiantes, el respeto a sus diversas necesidades, capacidades y características, y la supresión de todas las formas de discriminación en el contexto del aprendizaje. La inclusión debe orientar las políticas y las prácticas educativas, a partir del hecho de que la educación es un derecho humano fundamental y constituye la base de una sociedad más justa y equitativa.

La inclusión es a la vez un principio y un proceso, derivados del reconocimiento explícito de que la marginación no es solo una consecuencia de la educación sino que también ocurre en el seno del sistema educativo; para combatirla es preciso adaptar y transformar los sistemas educativos en general y especialmente la manera en que las escuelas y otros contextos pedagógicos adaptan sus prácticas docentes, a fin de satisfacer a todos los estudiantes al tiempo que se respeta su diversidad. Esta labor exige que se preste atención a una amplia gama de medidas relativas, entre otras, a los planes de estudio, la índole de la enseñanza y la calidad del contexto de aprendizaje. Significa además que las escuelas y otros contextos de aprendizaje no solo han de ser eficaces, sino también acogedores, seguros, limpios, saludables y sensibles a las diferencias de género.

La inclusión exige la puesta en marcha de una estrategia educativa holística desde la primera infancia, a fin de incorporar las preocupaciones en materia de aprendizaje de los grupos marginados o excluidos y abordar los cuatro pilares del

aprendizaje (aprender a aprender, a ser, a hacer y a convivir). Las escuelas ordinarias con orientación inclusiva representan el medio más eficaz para combatir las actitudes discriminatorias, crear comunidades de acogida, construir una sociedad integradora y lograr la educación para todos (UNESCO, 2015).

Esta visión quedó ratificada en el Foro Mundial sobre la Educación, celebrado en Dakar en 2000. En este foro se proclamó que la Educación para Todos debía tener en cuenta las necesidades de los más pobres y desfavorecidos, comprendidos los niños trabajadores, los nómadas y los habitantes de comarcas remotas, los miembros de minorías étnicas y lingüísticas, los niños, jóvenes y adultos afectados por el VIH y el SIDA, el hambre o la mala salud, así como las personas que padecen de discapacidad o tienen necesidades especiales.

2.4. Epilepsia

La epilepsia es un problema de salud pública no reconocido como tal en muchos países, especialmente en aquellos en vías de desarrollo. Es uno de los trastornos neurológicos más frecuentes con una prevalencia en la población escolar, como lo confirman estudios realizados en Ecuador y México. La mayoría de los niños con epilepsia asisten a una escuela normal con independencia de su rendimiento, el que es influenciado por la crisis, el efecto colateral de los medicamentos o los problemas psicosociales. La calidad de vida de los niños con epilepsia está afectada por los prejuicios.

La palabra epilepsia deriva de un verbo irregular del griego *epilambanein* que significa ser sobrecogido bruscamente (Pérez, 2010). Es una enfermedad que se caracteriza por el padecimiento de crisis epilépticas repetidas. El criterio adoptado

para determinar la existencia de la enfermedad es haber tenido más de dos crisis. La crisis se produce por la descarga eléctrica brusca de determinadas células cerebrales (neuronas). La repercusión de esta descarga depende de la localización del foco y del número de neuronas involucradas.

2.4.1. Características generales de un alumno epiléptico. Los niños con epilepsia que tengan una inteligencia normal deben asistir a la escuela como cualquiera de su edad. Pero dado el desconocimiento general sobre lo que es la epilepsia, pueden ser discriminados por los docentes y sus compañeros que reaccionan con terror ante las crisis apartando al niño de la actividad normal.

La desinformación trae el rechazo a que estos niños y niñas entren en guarderías infantiles o escuelas, o bien, en caso de ser aceptados, a la ignorancia se le une la expresión de que "...no se hacen responsables de lo que le suceda...".

El personal de la escuela debe conocer que padece epilepsia, los efectos de los medicamentos, cómo actuar en caso de crisis y avisar a la familia en caso de que note un cambio en las destrezas físicas o intelectuales. Se aconseja a los padres mantener una charla con los directivos de la escuela y profesores a principio del curso. Puede ocurrir que de acuerdo al tipo de crisis epiléptica y a la frecuencia con que éstas se presenten, puede necesitar ayuda para mantenerse al mismo nivel de los demás estudiantes.

Los docentes deben explicar a los compañeros lo que significa la epilepsia para que comprendan que se puede convivir fácilmente con alguien que padece la enfermedad. Esta información debe transmitirse de manera positiva y lo menos dramática posible.

2.4.2. Antecedentes histórico-clínicos y definición. La epilepsia es tan antigua como el hombre. Se sabe de legislaciones acerca de pacientes epilépticos en el código de Hammurabi y en la antigua Grecia se le llamaba "la enfermedad sagrada", pues debido a la característica súbita e inesperada del fenómeno, se creía que los dioses o demonios poseían el cuerpo del enfermo; del griego deriva el término epilepsia que significa "ser tomado desde arriba".

Hipócrates, padre de la Medicina, escribió "Acerca de la enfermedad sagrada", refiriendo que no era más sagrada que cualquier otra y que tenía su asiento en el cerebro. En Roma se le llamó la "enfermedad comicial" (Orozco, 2014, p.7), pues el hecho de que alguno de los asistentes presentara una convulsión era una señal de suspender las elecciones o comicios. Hubo entonces epilépticos tan célebres como Alejandro Magno y Julio César.

Posteriormente se volvió a la idea mágica o religiosa de la enfermedad y no hubo progresos en cuanto al conocimiento de la misma sino hasta el siglo XIX cuando las observaciones del neurólogo John Hughlings Jackson (1835-1911) permitieron crear la primera definición científica de lo que es la epilepsia: descarga ocasional, súbita, excesiva, rápida y localizada de la sustancia gris cerebral, posiblemente debida a una deficiente nutrición de las células cerebrales.

Jackson estaba más interesado en estudiar la fisiopatología de las crisis epilépticas que su pronóstico. Para él, el objetivo inmediato del epileptólogo debía ser conocer la etiología y localizar el punto de origen de la descarga epiléptica. Describió diversas formas de epilepsias focales. Posteriormente, con el descubrimiento y desarrollo científico de la electroencefalografía (EEG) supuso un valioso instrumento para realizar el diagnóstico diferencial entre epilepsia y otros

procesos con manifestaciones clínicas similares, y mostró una prueba visual de las teorías de Jackson (Orozco, 2014, p.8).

A pesar de que se ha escrito mucho acerca de diferentes aspectos de la epilepsia, la diversidad de conceptos y términos ha dificultado integrar adecuadamente toda esa dispersa información y no se tienen estudios epidemiológicos suficientemente grandes que permitan conocer realmente la incidencia (casos nuevos en una población) y prevalencia (casos existentes en una población en un momento dado) del problema. Las cifras varían considerablemente, pero una de las más conocidas es la de Kurland, quien reporta una prevalencia de 3.6 por mil habitantes y señala que no hay mucha diferencia en poblaciones de la ciudad o del campo. En la Cd. de México se hizo un estudio epidemiológico en la población escolar de la delegación de Tlalpan encontrándose una prevalencia de 18.2 X 1000 a mediados de los años 80 (Orozco, 2014, p.11).

La estimación es que entre el 1 y el 2% de la población mundial padece epilepsia y la frecuencia es más alta en países en vías de desarrollo debido al pobre saneamiento ambiental que pone a la población en riesgo de más enfermedades infecciosas y parasitarias; a la dificultad para la atención de los embarazos y partos en muchas zonas del campo alejadas de los servicios médicos lo cual trae como consecuencia daño cerebral al nacimiento, etc., (Orozco, 2014, p. 11).

Alrededor del 75% de los epilépticos inician el problema en las dos primeras décadas de la vida, lo cual es explicable porque el cerebro inmaduro tiene más facilidad para producir descargas anormales y conforme el individuo aumenta en edad, la frecuencia de las crisis disminuye.

La posibilidad de controlar bien a un paciente epiléptico, incluso por completo, es alta; algunos autores reportan este buen resultado hasta en el 80% de los casos con los primeros intentos de tratamiento. Queda alrededor de un 20% que constituye el grupo de epilépticos de difícil control, que suelen tener epilepsias de mal pronóstico o enfermedades neurológicas progresivas; dentro de este grupo es más frecuente encontrar complicaciones tales como el estado epiléptico (presentación de una crisis tras otra sin parar), deterioro intelectual y efectos adversos del uso crónico de medicamentos que son más notables por el uso de varios fármacos simultáneamente como suele requerirse en estos casos difíciles.

La mayoría de los pacientes epilépticos tiene una esperanza de vida similar a la de la población general y al igual que ésta, la posibilidad de desarrollar cualquier actividad que sus capacidades le permitan. La epilepsia no es, como mucha gente cree, sinónimo de retraso o deterioro intelectual, ni de alteraciones de la personalidad ni de enfermedad psiquiátrica, aunque en algunos pocos casos se relacione a cualquiera de estas alteraciones (Orozco, 2014, p.12).

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Liga Internacional contra la Epilepsia (LICE), es la presentación crónica (de largo tiempo) y recurrente o repetitiva de fenómenos paroxísticos (de inicio brusco) que se originan por descargas neuronales desordenadas y excesivas, que tienen causas muy diversas y manifestaciones clínicas variadas.

Se trata entonces de un síndrome (conjunto de síntomas u signos que tienen un mecanismo de producción común pero pueden ser causados por diversos motivos) y es válido hablar de las epilepsias, por lo que se requiere de establecer procedimientos de diagnóstico y tratamiento que abarquen sus múltiples aspectos

con el objetivo de que el paciente epiléptico logre el mejor control posible de sus manifestaciones clínicas y su integración adecuada al medio social.

Se habla de crisis epiléptica cuando ocurre una descarga desordenada de las células del cerebro. Cuando éstas tienen un origen definido hace referencia a “crisis focales” que tendrán diferentes modalidades de presentación dependiendo de la localización de la descarga. Cuando su origen es muy extenso al mismo tiempo se trata de “crisis generalizadas”. Una crisis puede originarse en un punto del cerebro y de allí difundirse al resto del mismo, y entonces se le llama crisis focal o parcial secundariamente generalizada. Cuando las crisis se repiten varias veces, se hace el diagnóstico de epilepsia.

Es importante mantener en mente que no todas las epilepsias se manifiestan con movimientos anormales, dependiendo del sitio del cerebro del que se originen, los pacientes pueden tener sensaciones extrañas, escuchar, ver u oler algo determinado o en los niños es frecuente que haya como periodos en blanco, donde el niño se desconecta brevemente del medio, pero a veces puede ser tan frecuente en un día que tiene repercusiones escolares (crisis de ausencias). Algunas epilepsias aparecen sólo en determinada edad, otras se acompañan de otros problemas neurológicos, otras se producen sólo frente a un estímulo definido, como descargas de luz; otras más son hereditarias, o se acompañan de problemas en otras funciones cerebrales o en otros órganos. Cuando así sucede se habla de “síndromes epilépticos”.

No todas las epilepsias tienen el mismo pronóstico; es decir, habrá algunas que se controlan muy fácilmente con un antiepiléptico determinado, otras que sólo aparecen en la infancia y pasada ésta no vuelven a repetirse, pero hay algunos

síndromes epilépticos, que se asocian a problemas neurológicos progresivos, que dañan el desarrollo de los niños y a veces de los adolescentes, y son de muy difícil control.

Para Chadwick (1993), la epilepsia es un intermitente, estereotipado, trastorno de conciencia, comportamiento, emoción, función motora o sensación, debidos a una descarga neuronal. La Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) menciona que no se debe hacer un diagnóstico de epilepsia si no se constata la expresión clínica del trastorno, no siendo suficiente la alteración EEG (Demase D.F., Gruenthal M. & Balint J., 2009).

Strauss (1959) la definió globalmente como un "estado de actividad cerebral alterado caracterizado por un trastorno recurrente y paroxístico del funcionamiento psíquico, con alteraciones concomitantes en la conducta y en los procesos de pensamiento". Las definiciones de epilepsia incluyen una referencia biológico-cerebral y otra psíquico-conductual, es decir, como enfermedad somatopsíquica (David P. Morre & Basant K. Puri, 2012).

Abulqasim, médico árabe del siglo XI, describió la clínica de la que se habría de llamar epilepsia de lóbulo temporal (la que más se asocia a trastornos psíquicos). Ambrosio de Paré en 1520 la define etimológicamente "significa sorpresa, retención de todos los sentimientos". Sorpresa y retención de sentimientos, además de crisis, dan significado al nombre elegido para esta enfermedad que se llamó epilepsia. Estos términos fueron recogidos por L.Szondi entrado el siglo XX, al definir el vector paroxismal (P), donde incluye a la epilepsia y a la histeria (también introduce en este vector a otros trastornos paroxísticos, como tics, asma, infartos, AVC, glaucoma... describe rasgos de lo que hoy llaman personalidad tipo A -sobreadaptación,

depresión, intolerancia a la frustración, necesidad de controlar, suspicacia, exigencia, impulsividad -, especialmente asociada con enfermedades vasculares).

No todas las personas que padecen una convulsión se diagnostican de epilepsia. Habitualmente es necesario haber presentado al menos dos episodios de crisis epilépticas o un episodio asociado a hallazgos patológicos en el electroencefalograma interictal, es decir, entre una convulsión y la otra que no está precedida por una causa identificable, por ejemplo, una inflamación aguda, una descarga eléctrica o envenenamiento, tumores o hemorragias intracraneales.

El término epilepsia puede resultar confuso, ya que en el ámbito coloquial se suele utilizar indiscriminadamente para toda aquella persona que presenta una convulsión. De tal manera que un individuo puede haber tenido una convulsión por niveles bajos de azúcar en la sangre o un niño con una fiebre alta. No obstante, la epilepsia describe a un trastorno en el que una persona tiene convulsiones recurrentes en el tiempo debido a un proceso crónico subyacente, de causa desconocida o no.

La epilepsia puede tener muchas causas; en unos casos es debida a lesiones cerebrales de cualquier tipo (traumatismos craneales, secuelas de meningitis, tumores, etc.) pero en muchos casos no hay ninguna lesión, sino únicamente una predisposición de origen genético a padecer las crisis. Con tratamiento médico es posible el control de las crisis en un elevado porcentaje de pacientes.

Evocando un poco de historia, Kraepelin (1887), diferencia tres grandes grupos de enfermedades: Demencia precoz y Parafrenia, Maníaco-depresiva y Epilepsia. Describe en los epilépticos, los estados crepusculares (alteración de funciones del yo) y los disfóricos (alteración de sexualidad, agresividad o humor).

Otros autores como A. Vallejo Nájera (1929), siguiendo a la Psiquiatría alemana, incluyen a la psicosis epiléptica como una de las tres psicosis endógenas, atribuyendo el término endógeno a las epilepsias esenciales y a las constitucionales (el tipo enequético de Mauz, que es suma del biotipo atlético descrito por Kretschmer, y el displásico, de carácter viscoso), pero no a las sintomáticas.

L. Binswanger (1894), distingue tres tipos de epilépticos: Uno, con trastornos psiquiátricos de los afectos y de la inteligencia (representan un 30 % de las epilepsias esenciales, según E. Bleuler). Otro, con ataques comiciales o sus equivalentes, pero sin trastorno psiquiátrico, apareciendo incluso en personalidades destacadas o geniales. Un tercero, que sin presentar síndrome demencial alguno, tienden a desaparecer los ataques. Desde la etiología, el autor diferencia las formas sintomáticas, de las formas constitucionales y K. Conrad (1935) demostró la herencia de éstas en estudios gemelares. Falret (1860) sistematiza las alteraciones psíquicas antes, durante y después de las crisis. Charcot (1888) diferencia histeria de epilepsia, pero admite que hay pacientes con ambos tipos de ataques, crisis de histero-epilepsia. S. Freud (1939) la interpretará a la luz del psicoanálisis.

Durante los dos primeros tercios del siglo XX, la epilepsia formaba parte de las enfermedades psiquiátricas, de ahí que dicha enfermedad haya estado muy estudiada por la psicopatología, lo que es de interés para la psiquiatría infantil, pues permite comprender mejor los trastornos psíquicos que comienzan a presentar los niños que, padeciendo epilepsia, consultan en salud mental por problemas de conducta o emocionales.

Avanzado el siglo XX, la neurología tomará estos enfermos a su cargo, para después reintroducir, en algunos servicios, por el camino de la neuropsicología, el

interés por el psíquico. Paradójicamente, en los últimos cinco a diez años, estando la epilepsia fuera de la Psiquiatría, es cuando más medicamentos antiepilépticos se recomiendan para diferentes trastornos psiquiátricos: inestabilidad del humor, impulsividad (bulímica, agresividad en esquizofrenia, adicciones, trastornos de carácter con intolerancia a la frustración... trastornos de personalidad, etc.), es decir, por rasgos de impulsividad que desde antaño se consideraron paroxísticos.

2.4.3. Cuadro clínico. Una crisis epiléptica o convulsión pasa cuando una actividad anormal eléctrica en el cerebro causa un cambio involuntario de movimiento o función del cuerpo, de sensación, en la capacidad de estar alerta o de comportamiento. La crisis puede durar desde unos segundos hasta varios minutos. Hay más de 20 tipos diferentes de crisis epilépticas.

Los síntomas que experimenta una persona durante una crisis epiléptica dependen del lugar en el cerebro en el cual ocurre la alteración de la actividad eléctrica. Una persona que tiene una crisis tónico-clónica (también llamada de gran mal) puede gritar, perder el sentido y desplomarse, ponerse rígido y con espasmos musculares. Otro tipo de crisis epiléptica es la denominada crisis parcial compleja, en la que el paciente puede parecer confundido o aturdido y no podrá responder a preguntas ni mucho menos instrucciones. Otras personas tienen ataques muy leves que ni siquiera son notados por otros. Algunas veces, la única manifestación de la crisis epiléptica es un parpadeo rápido o algunos segundos de mirada perdida con desconexión del medio; a este tipo de crisis epiléptica se lo denomina ausencia y es relativamente frecuente en la infancia.

2.4.4. Etiología. Las crisis epilépticas pueden aparecer por múltiples causas, pero según la edad de inicio de las crisis es más frecuente que sea por unas que por otras, tal y como se refleja en el siguiente listado de mayor a menor frecuencia en cada grupo de edad (ÁPICE, Asociación Andaluza de Epilepsia, 2011, p. 76).

En neonatos menores de 1 mes:

- Hipoxia perinatal.
- Hemorragia intracraneal.
- Infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC): meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales.
- Alteraciones genéticas, metabólicas o del desarrollo.
- Trastornos metabólicos: hipoglucemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, déficit de piridoxina.
- Síndrome de abstinencia.
- Traumatismos craneoencefálicos (TCE).

En niños de 1 mes a 12 años.

- Crisis febriles.
- Alteraciones genéticas y enfermedades degenerativas cerebrales.
- Infecciones del SNC.
- Traumatismos craneoencefálicos (TCE).
- Tóxicos y defectos metabólicos.
- Idiopáticas.

En adolescentes de 12 a 18 años.

- Traumatismos.

- Idiopáticas.
- Genéticas y enfermedades degenerativas cerebrales.
- Tumores.
- Consumo de tóxicos, incluyendo alcohol.
- Infecciones.

En Adultos de 18 a 35 años.

- Traumatismos.
- Abstinencia del alcohol.
- Consumo de tóxicos.
- Tumores.
- Idiopáticas.

En mayores de 35 años.

- Enfermedad cerebrovascular (Ictus previo), primera causa en mayores de 50 años.
- Tumores, primera causa entre los 35 y 50 años.
- Abstinencia alcohólica.
- Uremia, hepatopatía, hipoglucemia, alteraciones electrolíticas.
- Accidente vascular cerebral.

>50 años: Accidente vascular cerebral (como secuela).

Estudios realizados por la Liga Internacional contra la Epilepsia (1973), entre 4 y 6 de cada 1000 personas sufren de epilepsia (prevalencia del 0.5 %), y un 5 % de las personas sufren una crisis convulsiva a lo largo de su vida.

La mayor incidencia se da en el primer año de vida, descendiendo progresivamente a partir de la segunda década de la vida, para aumentar en la vejez. Oller (1993) señala tres picos de incidencia: En el primer año y a los 5-7 años (ausencias). Luego hay otro pico a los 14-16 años (crisis mioclónicas o pequeño mal mioclónico). Con la edad van apareciendo las epilepsias parciales y las crisis tipo Gran mal. También hay un 2 por mil de falsas epilepsias. A los 65 años vuelve a encontrarse una elevada incidencia de la epilepsia como a los 10 años.

Por tanto, aproximadamente un 0.5 % de la población tiene trastornos epilépticos que pueden complicarse psiquiátricamente en un 30-50 %. La prevalencia poblacional que debería consultar en psiquiatría infantil, debería ser entorno al 0.2-0.3 % (sin contar otros tipos de convulsiones), pero no ocurre así. En México de 10 a 20 casos por cada mil personas padecen epilepsia según Feria Velasco, Alfredo (2012) miembro emérito del Sistema Nacional de Investigadoras (SNI), coordinador de investigación y posgrado del Centro Universitario de Ciencias Biológicas y Agropecuarias (CUCBA) y director del Centro de Instrumentación Transdisciplinaria y de Servicios (Citrans).

2.4.5. Síndromes epilépticos. Existen más de 40 tipos diferentes de epilepsias. Síndrome epiléptico es el nombre de un conjunto de signos y síntomas, que incluyen uno o más tipos de crisis epiléptica junto con sintomatología no necesariamente convulsiva, como por ejemplo, retardo mental o psicomotor, y que pese a constituir una entidad diferenciable clínicamente, puede tener diversas etiologías. Es por tanto un término más restrictivo que el término síndrome, y al hablar de síndrome epiléptico se debe tener en cuenta este matiz.

Existen también enfermedades epilépticas, que por razón de sus características, específicas y bien definidas, cursan con convulsiones repetitivas. Habitualmente tiene nombre propio, como la Enfermedad de Unverricht-Lundborg o el síndrome de Lennox-Gastaut (ÁPICE, 2015). Otros síndromes epilépticos incluyen:

- Encefalopatía epiléptica: en la cual se cree que las propias crisis convulsivas contribuyen al establecimiento de un trastorno progresivo de la función cerebral.
- Síndrome epiléptico benigno: se considera benigno aquel síndrome epiléptico que es fácilmente tratable o no necesita tratamiento por ser autolimitado en el tiempo y remitir sin secuelas.
- Síndrome epiléptico o epilepsia refleja: son aquellos síndromes epilépticos en los que todas las crisis comiciales se desencadenan por un estímulo sensorial.
- Síndrome epiléptico o epilepsia reactiva: son aquellas epilepsias relacionadas con una situación previa, como las crisis convulsivas por abstinencia alcohólica (crisis del ron).
- Síndromes focales y crisis focales: este es un término sinónimo y que se prefiere al anterior de crisis parciales.
- Crisis epilépticas focales simples y complejas: Estos términos han dejado de ser recomendados para la clasificación de las epilepsias. La afectación del nivel de consciencia deberá ser descrita cuando aparezca en una crisis convulsiva, pero no debe ser utilizada para clasificar tipos de crisis comiciales específicas.

- Síndrome epiléptico o epilepsia idiopática: Es aquella epilepsia sin lesiones estructurales cerebrales subyacentes ni otros síntomas o signos neurológicos en los periodos intercrisis. Son presumiblemente genéticas y habitualmente se distribuyen con un patrón edad-dependiente.
- Síndrome epiléptico o epilepsia sintomática: Es aquella epilepsia en la que se identifican lesiones estructurales cerebrales responsables de la crisis.
- Síndrome epiléptico o epilepsia probablemente sintomática: Este término viene a sustituir al anterior y más confuso de epilepsia criptogénica, con su mismo significado. Son aquellas epilepsias en las cuales, pese a no haber una etiología identificada, se presume que son sintomáticas.

2.4.6. Clasificación. Mauz en 1935 estudia 500 epilépticos, describiendo un biotipo 'ictafín' (de constitución atlético-displásico), que llama enequética, con perseveración, viscosidad, hipersocialidad. Éste describe tres tipos más de epilépticos: Constitución defectuosa (defectos orgánicos); Explosiva (temperamento explosivo y alteraciones corporales paroxísticas: cardíacas, respiratorias, zumbidos, mareos, vértigos, hipocondríacos...); Histero-refleja (psicópatas con trastornos del humor; asténicos, intersexuales, descargas reflejas elementales, como temblor, vómitos, disfagia, tics, hiperestesia en piel).

Las crisis epilépticas se clasifican en función de la sintomatología que presentan, y cada tipo/subtipo se cree que representa un único mecanismo fisiopatológico y sustrato anatómico. Esto significa que la caracterización del tipo de crisis epiléptica no solo tiene implicaciones descriptivas de cómo es la crisis, sino que es una entidad diagnóstica en sí misma, con implicaciones etiológicas, terapéuticas y pronósticos peculiares. Cada tipo de epilepsia tiene diferentes manifestaciones que se determinan a través del tipo de crisis epiléptica, así como a través de la etiología, del curso de la enfermedad, de su pronóstico (desenlace probable de la enfermedad) y por último a través de un diagnóstico EEG, ("curva de corriente en el cerebro"). El estudio del electroencefalograma no siempre informa que haya indicios de epilepsia porque muchas veces algunos cambios eléctricos se producen en zonas tan profundas dentro del cerebro que el electroencefalograma no los puede detectar. Todos estos factores pueden ser muy diversos, según cada una de las diferentes formas de la epilepsia.

Lo mismo que en las convulsiones, se diferencia también en las epilepsias entre formas generalizadas y focales, dependiendo de si están acompañadas de convulsiones generalizadas o focales. Según la Liga Internacional contra la Epilepsia (1973), las crisis epilépticas se clasifican de la siguiente manera, en:

- Crisis parciales.
- Crisis parciales simples: Son crisis cuyas manifestaciones clínicas (síntomas o signos motores, sensitivos, autonómicos o psíquicos) y electroencefalográficos reflejan una descarga de un sistema de neuronas localizadas en una parte del hemisferio cerebral sin alteración de la conciencia.

- Crisis parciales complejas (con compromiso del nivel de conciencia). Pueden estar precedidas (o no) por un aura que señala el probable sitio de la descarga (olfatorio→temporal; visual→occipital) asociados a alucinaciones visuales o auditivas, temor, ira, etc. Son frecuentes ciertos gestos automatizados como movimientos de la lengua, taquicardia, palidez, etc. Generalmente no dura más que unos minutos.
- Parciales simples seguidas de parcial compleja.
- Crisis parciales complejas desde el inicio.
- Crisis parciales complejas que evolucionan a secundariamente generalizadas.
- Crisis generalizadas
- Ausencias.
- Crisis atónicas.
- Crisis generalizadas tónico-clónicas.
- Crisis tónicas.
- Crisis mioclónicas.
- Crisis sin clasificar.

Una segunda clasificación planteada por la ILAE plantea la posibilidad de clasificarla en idiopática (relacionada con alteraciones genéticas), criptogénica (en la que no existe un sustrato demostrable) y sintomática (en la que existe la presencia de lesiones estructurales). Las causas de las diferentes epilepsias pueden ser muy diversas.

La mayor parte de las epilepsias - de acuerdo a su motivación - son epilepsias residuales, esto es epilepsias como "residuo", como "resto" (Residuum) de un trastorno cerebral anterior, concluido. Estas epilepsias residuales o de defecto pueden ser consecuencia de una enfermedad infecciosa durante el embarazo (por ej. la rubeola), por falta de oxígeno durante el nacimiento, por una encefalitis o meningitis padecida durante la niñez o por una contusión cerebral sufrida a causa de un accidente.

Por un proceso de epilepsia se entiende por el contrario una enfermedad-epilepsia, consecuencia de una enfermedad neurológica progresiva (proceso en continuación, no concluido). El ejemplo más importante y común en un proceso de epilepsia es el tumor cerebral; aunque también pueden conducir a una epilepsia los trastornos vasculares o enfermedades metabólicas. Epilepsias, que son manifestación (signo, "síntoma") de un trastorno cerebral residual o procesual, se denominan epilepsias sintomáticas.

Epilepsias, en las que se presume un origen orgánico, pero que no puede ser probado, se denominan epilepsias criptógenas (criptógena = probablemente sintomática). Las epilepsias no son hereditarias por lo que no pueden transmitirse a otras generaciones. A pesar de todo pueden aparecer en varios miembros de una familia. Esto se basa en que, como en muchas otras enfermedades (por ej. diabetes, reumatismo) - no la enfermedad misma, sino la predisposición a ésta se transmite a la descendencia. Otros trastornos adicionales (por ej. complicaciones durante el embarazo, parto, una enfermedad grave, una lesión en la cabeza) puede ser el desencadenante de esta enfermedad. (Sin embargo no siempre se puede identificar al factor desencadenante).

Esta forma de la epilepsia, que además está condicionada principalmente por una predisposición genética, se denomina idiopática. La pregunta sobre el origen de la enfermedad no ha podido aún ser respondida en aproximadamente un tercio de todos las epilepsias. Por lo dicho hasta ahora, se puede decir que cualquier individuo y a cualquier edad puede padecer una epilepsia.

2.4.7. Tratamiento. De cada diez pacientes tratados con medicamentos: seis logran control de la epilepsia; dos presentarán algún tipo de mejoría notable y dos no experimentarán mucha mejoría.

La epilepsia, así como las crisis epilépticas pueden en la actualidad recibir un tratamiento con resultados aceptables. En la mayoría de los casos, las epilepsias de la infancia se curan en la pubertad. Cuando la epilepsia se debe a una lesión claramente visible y esa lesión es eliminada quirúrgicamente, se reduce la intensidad y frecuencia o bien, en muchos casos, se cura la epilepsia. Por lo tanto, al comienzo del tratamiento se examina al individuo, en busca de causas de la epilepsia que se puedan eliminar, por ejemplo, la operación de un tumor cerebral o la supresión o mitigación de un trastorno metabólico.

En otros casos esto no es posible - ya sea porque no se ha encontrado ninguna causa o porque ésta no pueda ser eliminada, por ejemplo, cicatrices, malformación en el cerebro, o una predisposición inherente a las convulsiones. El objetivo en esos casos es la eliminación de los ataques por medio de medicamentos u operaciones quirúrgicas.

La terapia "clásica" que se realiza en más del 90 % de todos los enfermos epilépticos es a través de medicamentos inhibitorios de crisis: los antiepilépticos. En

su mayoría esta terapia medicamentosa se realiza a lo largo de muchos años. Gracias a ello muchos de los pacientes tratados (aproximadamente un 60 %) reduce de manera importante la frecuencia de crisis y en un más del 20 % de los casos se consigue alguna mejora. La tolerancia de los fármacos antiepilépticos (AED) no es muy buena en general; en algunos casos, estos medicamentos pueden tener efectos secundarios adversos debido a la alta dosis requerida para el control de las crisis. Por ello es absolutamente necesaria una vigilancia facultativa regular de la terapia.

En algunos casos un tratamiento quirúrgico puede ser más ventajoso que el farmacológico; esto sucede normalmente sólo en el caso de epilepsias focales y de momento afecta a menos de un 5 % de todos los enfermos epilépticos. El fármaco antiepiléptico concreto debe ser individualizado en función del síndrome epiléptico, tipo de crisis, edad del paciente, otras patologías que sufra el paciente, interacción con otros medicamentos, características específicas del paciente (mujer en edad gestacional, embarazo, peso, etc.) y preferencias del paciente (perfil de efectos secundarios, número de tomas al día, etc.).

No es aconsejable el cambio entre genéricos porque puede variar la biodisponibilidad así como los perfiles farmacocinéticos con lo que se puede modificar el efecto deseado o aumentar los efectos secundarios. La monoterapia cuando sea posible debe ser la elección, y si esta fracasa una vez se ha asegurado que se han alcanzado niveles terapéuticos se debe cambiar a otro fármaco bajo estricta supervisión médica. La combinación de 2 fármacos sólo debe ser considerada cuando hayan fracasado varios intentos de control de las crisis en monoterapia. Si a pesar de ello no se controlan, se deberá valorar con qué terapia estaba mejor controlado el paciente, teniendo en cuenta la frecuencia de aparición de

crisis así como los efectos secundarios. El tratamiento con un AED se debe iniciar ante una segunda crisis epiléptica (ÁPICE, 2015). Ante un primer ataque epiléptico se debe considerar el inicio del tratamiento con AED si:

- Existe déficit neurológico.
- El EEG demuestra actividad epiléptica inequívoca.
- La familia no quieren correr el riesgo de un segundo ataque epiléptico.
- En las pruebas de imagen se observa alteración estructural.
- Para optimizar la adherencia al tratamiento se debe:
- Educación sanitaria a paciente y familia.
- Disminuir el estigma que supone la enfermedad.
- Utilizar prescripciones sencillas de cumplir.
- Mantener buena relación entre los distintos niveles sanitarios y estos con la familia y/o cuidadores.

El control analítico de rutina no está recomendado, salvo indicación clínica (ÁPICE, 2015). Se debe realizar control analítico si:

- Ausencia de adherencia al tratamiento.
- Sospecha de toxicidad.
- Tratamiento de las interacciones farmacocinéticas.
- Situaciones clínicas específicas como estatus epiléptico, embarazo, fallo orgánico.

La decisión para retirar la medicación se debe hacer en consenso con el paciente, la familia y/o cuidadores una vez que hayan comprendido el riesgo de un posible nuevo ataque, una vez tomada en cuenta el tipo de epilepsia, pronóstico y

calidad de vida. Siempre y cuando hayan pasado 2 años sin ningún ataque. La retirada debe realizarse lentamente, a lo largo de 2-3 meses. La intervención psicológica puede ser utilizada conjuntamente con el AED, si este no realiza un control adecuado de la epilepsia, aunque no debe ser una alternativa a los AEDs.

La neurocirugía está indicada cuando la epilepsia es resistente a los AEDs. La cirugía puede ser paliativa o curativa. La paliativa se realiza en los casos de epilepsias catastróficas. La valoración de realizar una cirugía resectiva, que pueda ser curativa, debe realizarse antes del planteamiento de realizar tratamientos paliativos como la estimulación del vago. Esta valoración tiene dos fases: una no invasiva y una invasiva; la no invasiva consiste en realizar estudios clínicos que no necesitan de una intervención quirúrgica. Estos estudios son: EEG basal, un video monitoreo, una IRM (Resonancia Magnética) de cerebro con características especiales, de acuerdo al tipo de epilepsia que estemos investigando. Pueden sumarse estudios de S.P.E.C.T. (Tomografía Computarizada por Emisión de Fotones Individuales) o de P.E.T. (Tomografía por Emisión de Positrones). Siempre incluye además una valoración neuropsicológica.

Los estudios de Fase 2, que necesitan de una cirugía son: la colocación de electrodos subdurales o la estimulación cortical transoperatoria. A esta fase se llega en los casos de difícil diagnóstico, o en los que no hay una lesión visible en las imágenes. Hay que tomar en cuenta además, de que la cirugía de epilepsia no consiste en sacar una lesión, sino en delimitar una zona desde donde se originan las crisis convulsivas. Es por esto que se necesitan de todos estos estudios, antes de decidirse por un tratamiento quirúrgico. La estimulación del nervio vago es una alternativa en aquellos pacientes en los que no hay control completo de los ataques y

donde la cirugía está contraindicada. Está indicada en crisis parciales (incluyendo las secundariamente generalizadas) y las crisis generalizadas.

Los ataques convulsivos que duran más de 5 minutos o que se repiten por tres ocasiones en 1 hora deben recibir tratamiento urgente y como primera elección se debe escoger el Diacepam rectal que es seguro y eficaz.

2.4.8. Repercusiones. Por eso no es cierta la opinión, por desgracia muy extendida, de que las crisis epilépticas conducen inevitablemente a una reducción de determinadas funciones cerebrales (por ej. la inteligencia). Una excepción a esta regla la tiene el "status epiléptico": este se entiende como una crisis convulsiva de una duración mayor de cinco minutos (cualquier tipo de crisis) o de la incapacidad de recuperar la conciencia entre crisis (crisis generalizadas y crisis parcial compleja).

El Status epiléptico es una emergencia médica por las complicaciones sistémicas (hipertermia, hipoglucemia, hiperpotasemia, etc.) y neuronales (muerte celular mediada por glutamato). Y por lo tanto debe de ser manejada lo más pronto posible (preferentemente menos de 60 minutos).

En caso de que existan comportamientos psíquicos extraños en enfermos que padecen crisis, por ejemplo: retraso en el desarrollo intelectual, trastornos en el comportamiento y/o en el habla. Éstos no son por lo general provocados por la epilepsia, sino que su origen se encuentra en el trastorno cerebral, que a la vez es la causa de las crisis epilépticas.

La epilepsia tiene un amplio abanico de manifestaciones clínicas, a pesar de que la característica definitoria son las crisis epilépticas de presentación recurrente y de diversos tipos, pero debe tenerse presente que existe una serie de condiciones de

orden neuropsicológico que acompañan a los síntomas generales de epilepsia y que no sólo son secundarias a la condición de enfermedad crónica, tratamiento prolongado o absentismo escolar por hospitalizaciones etc., sino que probablemente tengan un lugar explicable y atribuible a la propia fisiopatología y patogenia de la epilepsia como tal enfermedad neurológica.

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 neuropsicológica 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 electroencefalográficas.

No es extraño que existan trastornos reactivos en personas con epilepsia. La necesidad de superar la enfermedad, rechazos en la escuela, en el trabajo y en diversos grupos sociales, desventajas en el día a día (por ej. deporte, carné de conducir, solicitudes), además de los prejuicios de sus semejantes (por ej. desconocimiento de la epilepsia, equivocadamente entendida como una enfermedad mental-hereditaria) hacen que los pacientes tengan que sufrir a menudo cargas emocionales, que suelen ser en muchos casos peor que la propia enfermedad. Hay que tener muy en cuenta esta problemática en el seguimiento y tratamiento de los enfermos de epilepsia.

2.4.9. Si se presentan delante de un ataque epiléptico (TOM). Algunas recomendaciones básicas que toda persona debe conocer si se encuentra en presencia de un ataque epiléptico son las siguientes (ÁPICE, 2015).

- No mover al paciente del sitio.
- No meter nada en la boca.
- Evitar si es posible que se golpee la cabeza.

Solo en casos puntuales es necesario ir a urgencias:

A) Si la chica está embarazada.

B) Si hay un traumatismo importante.

C) Si tiene varias crisis y entre una y otra no recupera la conciencia o si una crisis dura más de 5 minutos. Ambos casos sería un "estatus epiléptico" y es muy peligroso.

2.4.10. Modelos de escolarización. Para alcanzar la integración social y contribuir al desarrollo armónico de la personalidad del niño, un factor decisivo es la escolarización regular en las condiciones de mayor normalización posible. La posibilidad de lograrlo depende del grado de control de las crisis. Otros factores como enfermedades asociadas o desajustes de la personalidad pueden condicionar también la escolaridad. Las dos terceras partes de los/las niños/as con epilepsia pueden seguir una escolarización normal. De ellos, un 85 % no requieren intervenciones específicas y el resto necesitaría algún refuerzo pedagógico o psicoterapia. El otro tercio de los escolares con epilepsia, necesitan atención por parte de los profesionales de los Equipos de Orientación Educativa (EOE) e incluso escolarización en un aula o centro específico de educación especial.

En definitiva, con respecto a la escolarización, la orientación del niño con epilepsia está determinada por la ausencia o presencia de otros trastornos neuropsicológicos. Las crisis, por sí mismas, no deben condicionar el modelo de escolarización.

Tabla 1

Modelos de escolarización posibles en el niño con epilepsia

Modelos de escolarización	Características del niño o niña con epilepsia
Ninguna intervención específica.	Niños con inteligencia normal, ninguna o muy pocas crisis, sin deterioro cognitivo, sin trastornos de adaptación y dificultades de conducta.
Refuerzo pedagógico, rehabilitación de dificultades de aprendizaje o psicoterapia.	Niños con inteligencia normal-baja, pocas crisis, algún déficit neurocognitivo, trastornos de aprendizaje y ligeras dificultades afectivo-comportamentales.
Modelos pedagógicos multidisciplinares en aulas de integración.	Crisis muy frecuentes, alteraciones de conducta, deficiencia mental, trastornos motores, defectos perceptivo-sensoriales, trastornos afectivo-comportamentales
Centros específicos.	Todo lo anterior pero de forma más pronunciada y agravada.

Nota: Tomada de “Guía de ÁPICE de epilepsia algunos la padecen, entre todos la tratamos” por F. Abad, G. Bellido, R. Camino, F. Cañadillas, L. Fernández, C. Martínez, J. Mercadé, M.D. Morales, V. Moreno, J. Ramos, J.J. Rodríguez, J.C. Sánchez & P. Serrano, 2011, p. 76. Copyright 2011 por la Asociación Andaluza de Epilepsia.

2.5. Implicaciones específicas de la epilepsia

Aunque el logro académico de algunas personas no se ve afectado, la realidad es que los niños con epilepsia suelen tener peor evolución académica debido a factores asociados a la propia epilepsia, a los efectos de los fármacos y a los factores psicosociales que le rodean. Los efectos de la epilepsia en el proceso educativo y el potencial de aprendizaje varía de una persona a otra y por lo tanto, deben ser valorados por el equipo psicopedagógico. Así mismo, las decisiones psicopedagógicas que se tomen también deben ser individualizadas teniendo en cuenta que el proceso de aprendizaje puede ser errático. Las dificultades más

probables que pueden tener los niños con epilepsia se dan en las siguientes áreas de aprendizaje (Pacheco, 2016).

- Problemas específicos en la lectoescritura.
- Problemas de lenguaje y comunicación.
- Problemas de memoria.
- Problemas socioemocionales.
- Problemas de comportamiento.

2.5.1. Problemas específicos en la lectoescritura. Al igual que con otros alumnos con estos problemas, se ha de elaborar un plan de trabajo sistemático, adaptado y realista al potencial del niño que asegure su éxito. Esto es importante porque según vaya logrando los objetivos propuestos se sentirá más motivado y tendrá más confianza en sí mismo.

Las dificultades más probables se dan en la percepción (visual y auditiva) y en la grafomotricidad. En estos casos, hay que hacer especial hincapié en la correcta asimilación de los prerrequisitos de la lectoescritura, desde un desarrollo psicomotor adecuado (coordinación y control del movimiento general y específico, proceso de lateralización, esquema e imagen corporal y estructuración perceptiva), hasta un nivel de atención y desarrollo de la discriminación visual y auditiva mínima. Por lo tanto, es importante diseñar actividades centradas en reconocer, identificar, nombrar, agrupar y clasificar objetos, imágenes, grafismos y sonidos, a través de ejercicios con nociones espaciales (posición en el espacio, relaciones espaciales), comparación de tamaños, colores, formas y posiciones, diferenciación de figura y

fondo (figuras ocultas, completar dibujos), encontrar semejanzas y diferencias, memorizar figuras, etc. En cuanto al tipo de letra, se recomienda la letra cursiva en vez de la script porque permite el aprendizaje de patrones de palabras y desarrolla un estilo más fluido.

2.5.2. Problemas de lenguaje y comunicación. La actividad epiléptica puede afectar a las áreas cerebrales del lenguaje. Las repercusiones dependerán del nivel de afectación y las zonas implicadas, y varían desde un retraso generalizado del lenguaje hasta dificultades a la hora de encontrar una palabra o una pronunciación no clara. En algunos casos es necesaria la valoración e intervención logopédica. Algunas de las estrategias que podemos utilizar en el aula son: Procurar que mantenga el contacto ocular cuando se comunique, asegurarse de que entiende las instrucciones, estructurar situaciones donde el alumno pueda aplicar habilidades específicas y usar el lenguaje de modo significativo.

2.5.3. Problemas de memoria. Los problemas de memoria pueden deberse tanto a la medicación como a la afectación de las áreas cerebrales responsables de la memoria a corto y/o a largo plazo. Los alumnos con problemas en la memoria a corto plazo pueden tener dificultad a la hora de recordar instrucciones o tareas. Algunos alumnos necesitan las instrucciones por escrito y una ayuda extra para permanecer en la tarea. El uso de una agenda para las tareas de casa es muy útil.

Con los alumnos con problemas de memoria a largo plazo, resulta muy efectivo revisar su trabajo de un modo regular y enseñarles a organizar sus apuntes y notas con el uso de índices, esquemas y el subrayado de palabras clave. En

muchos casos necesitarán ayuda con técnicas de estudio y con las revisiones para los exámenes.

2.5.4. Problemas socioemocionales. Algunos niños con epilepsia no tienen ni las mismas habilidades sociales ni la madurez de otros niños, ya sea por cuestiones psicológicas, actitudes familiares o de otras personas o por la imagen que él mismo tenga de sí. Estos niños pueden ser blanco de acoso escolar o burlas que agraven aún más su condición.

Algunos de estos niños se frustran por las restricciones que su condición implica, o desarrollan ansiedad ante la posibilidad de que una crisis ocurra en público y miedos sobre lo que les puede pasar durante una crisis o lo que sus compañeros pueden pensar o sentir si presencian una.

El desarrollo de una autoestima positiva, es un objetivo educativo con todos los alumnos. Algunos niños con epilepsia tienen una autoestima baja debido a su nivel de logro en el colegio o factores relacionados con su condición. El profesor puede ayudar muy positivamente en el desarrollo de la autoestima de estos alumnos.

2.5.5. Problemas de comportamiento. Algunos comportamientos extraños o repetitivos pueden ser síntomas de una crisis y es importante no confundir con mal comportamiento. Lo más efectivo es preguntar a los padres cuáles son estos comportamientos y hacer un registro del patrón en el tiempo. Las crisis nocturnas pueden producir aletargamiento y afectar a su rendimiento en clase. La medicación también puede provocar cambios en el estado de ánimo o hiperactividad y afectar su comportamiento.

Un tercer factor en las alteraciones de comportamiento es el relacionado con los aspectos psicológicos de asimilación y adaptación a su condición como el estrés ante la imprevisibilidad de las crisis, comentarios de los compañeros o baja autoestima.

En algunos casos puede aparecer un comportamiento violento. El niño tiene que entender que estos comportamientos no son tolerables y decidir con él las medidas disciplinarias a tomar. Son de utilidad las siguientes estrategias: Dar instrucciones claras y sencillas, con ayudas visuales si es necesario Ser coherente (ser firme y claro con los límites y las consecuencias de sus acciones) y consistente (a lo largo del tiempo) en cuestiones disciplinarias.

Capítulo 3

Metodología

En este capítulo se brinda información detallada acerca de la metodología y el diseño de investigación empleados para el desarrollo de la investigación. Se describe detalladamente al sujeto de estudio y el papel de los actores que intervienen en la integración del alumno con epilepsia a la escuela regular durante la aplicación del Programa de Atención.

3.1. Tipo de estudio

El tipo de investigación que se lleva a cabo en este estudio tiene un enfoque cualitativo, basado en un estudio de caso. Hernández, et al., (2003, p.6), afirman que en éste “se utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación y puede o no probar hipótesis en su proceso de interpretación”. Este enfoque requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan. A diferencia de la investigación cuantitativa, la investigación cualitativa busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento. Investiga el por qué y el cómo se

tomó una decisión, en contraste con la investigación cuantitativa la cual busca responder preguntas tales como cuál, dónde, cuándo.

En esta investigación se pretende que los actores que participan en el proceso de integración educativa tengan conocimiento de lo que es la epilepsia, dejando a un lado los miedos e incertidumbres que provoca integrar a un alumno con esta condición neurológica, proporcionando información que ayude a los interesados a comprender que las personas con esta condición pueden llevar una vida normal como cualquier otra si se les apoya de una manera adecuada.

Para lograr lo anterior fue necesario utilizar algunos procesos y estrategias como la observación, entrevistas y la aplicación del Programa de Atención, ya que el objetivo es que dicho programa permita la integración escolar de Gabriel, un alumno con epilepsia.

3.2. Diseño de investigación

El presente trabajo emplea un estudio de caso porque se presenta el proceso de integración educativa que se realiza con Gabriel, un alumno con epilepsia. Dicho estudio permitió valorar el supuesto de que un alumno con este padecimiento es capaz de desarrollarse de manera normal en un entorno escolar regular con el debido conocimiento de todo aquel que participa en su desarrollo individual.

El método de estudio de caso fue una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radicó en que a través del mismo fue posible medir y registrar la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, mientras que los métodos cuantitativos sólo se centran en información verbal obtenida a través de encuestas por cuestionarios (Yin, 1989). Además, en el método de estudio de caso

los datos pueden ser obtenidos desde una variedad de fuentes, tanto cualitativas como cuantitativas; esto es, documentos, registros de archivos, entrevistas, observación directa, observación de los participantes e instalaciones u objetos físicos (Chetty, 1996).

Yin (1994, p. 13), define el estudio de caso como “una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro del contexto real en el que se desarrolla, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son evidentes”.

Por otro lado, Stake (1995, p. 11) precisa que el “estudio de casos es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes”, o dicho en otras palabras “es tanto el proceso de aprendizaje como el resultado de ese aprendizaje”.

Para Blatter (2008), “el estudio de casos es una aproximación investigativa en la cual una o unas cuantas instancias de un fenómeno son estudiadas a profundidad”.

La decisión de estudiar a Gabriel surgió al conocer la historia del niño que desde temprana edad sufrió de crisis epilépticas complejas que han afectado su desarrollo, manifestando rechazo de diversos planteles educativos regulares de la comunidad. Para ello se pretende aplicar un Programa de Atención que contemple la integración del sujeto de estudio a la escuela regular, brindando conocimientos y consejos acerca de cómo tratar a un alumno con esta condición en los ámbitos escolar, social y familiar.

Con la investigación se pretende plasmar una nueva visión acerca del trabajo con alumnos que padecen epilepsia y la manera en que escuela, familia y sociedad

pueden propiciar la integración escolar de los mismos para que se desenvuelvan de manera ordinaria.

3.3. Ubicación y tiempo de estudio

La investigación se llevó a efecto en el Jardín de Niños “Lilia Reyes de López Hernández” con Clave de Centro de Trabajo 04DJN0008V, que se encuentra ubicado en la calle 17 S/N, entre las calles 16 y 18 del Barrio de La Concepción, en la ciudad de Calkiní, Campeche.

El Jardín de Niños cuenta con seis maestras de grupo, una de primero, dos de segundo y tres de tercero, una maestra de arte, un maestro de educación física, una secretaria y tres intendentes. También cuenta con biblioteca, patio, áreas deportivas y servicios como cisterna, drenaje, energía eléctrica y agua potable.

La investigación se llevó a cabo en el tercer grado, grupo “B”, en el que se encontraba el alumno observado y se realizó durante el transcurso del ciclo escolar 2011-2012, en los meses de diciembre de 2011 y enero, febrero, marzo, abril y junio de 2012.

3.4. Sujeto de estudio

Alumno de tercer grado, con cinco años de edad, asiste al preescolar, siendo ésta una escuela regular urbana en el municipio de Calkiní. El sujeto de estudio nace a los seis meses del proceso de gestación y estuvo en la incubadora durante algunos meses en lo que terminaba su proceso de desarrollo. A los seis meses comienza con las convulsiones (seis o más por día) y es diagnosticado con *epilepsia compleja*.

Como antecedente, la madre presentó epilepsia desde su nacimiento hasta los siete años.

Gabriel, sujeto del cual trata la presente investigación, ha tenido un proceso muy complicado de integración a la escuela regular, pasando por el rechazo de instituciones, docentes, compañeros y padres de familia. Desde su ingreso por unos meses al Jardín de Niños regular, ha pasado por innumerables problemas debido a su condición neurológica. En un principio debido a sus múltiples convulsiones, el sujeto de estudio se manifiesta con problemas conductuales ya que agrede a sus compañeros e incluso su nivel cognitivo se encuentra a sus 5 años como el de un niño de 2, por la misma situación, la exclusión que ha sufrido debido a que se le considera con un atraso cognitivo significativo por el daño cerebral producto de las convulsiones es muy notorio en las instituciones de su comunidad.

El alumno recibe apoyo de instituciones especializadas en alumnos con necesidades educativas especiales como CAPEP (Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar) y CAM (Centro de Atención Múltiple). Los diagnósticos nunca han sido favorables y las esperanzas que les dan a los padres son desalentadoras.

3.4.1. Sujetos participantes. En la presente investigación se han tomado en cuenta los siguientes sujetos, quienes en realidad son los protagonistas de este ejercicio al brindar información contundente que permite llevar a cabo el estudio. Éstos son los siguientes:

- Gabriel: de quien se pretende conocer su realidad para establecer acciones que permitan el desarrollo de sus potencialidades y su integración a la escuela regular.
- Maestras del plantel: quienes brindan información relevante sobre el desempeño académico y social de Gabriel en la institución educativa.
- Maestra de grupo: proporciona información sobre el desempeño académico y sus avances.
- Maestra de arte: aporta información sobre el desempeño artístico y expresivo de Gabriel.
- Maestro de educación física: brinda información acerca de la evolución corporal del sujeto de estudio.
- Personal de apoyo: manifiesta los comportamientos del alumno con epilepsia en el plantel.
- Docente investigador: propone acciones para favorecer la integración educativa del sujeto de estudio.
- Padres de familia: proporcionan información sobre las actitudes de Gabriel con sus hijos.
- Compañeros de grupo: explican de manera breve como se llevan con el sujeto de estudio y los momentos en que les es posible relacionarse con él.
- Médico: explica a maestros, alumnos y padres de familia en qué consiste la epilepsia y da recomendaciones acerca de cómo apoyar al alumno a llevar una vida normal y mejorar su autoestima.

3.5. Rol del investigador

El docente investigador detectó la problemática que se presenta en el Jardín de Niños realizando observaciones de la docente frente a grupo en el aula regular, lo que le permitió recopilar información necesaria para interpretarla. Así mismo realizaron bitácoras de lo observado con el fin de llevar un registro de la investigación mediante la observación de su desenvolvimiento diario y sus acciones dirigidas hacia el desarrollo de sus competencias.

El investigador observó las acciones emprendidas por la docente favorecen la integración educativa del sujeto de estudio, aplicó el programa de atención del alumno epiléptico y analizó el mismo, presentando los resultados.

3.6. Instrumento para el acopio de información

El “Programa de Atención para un alumno con epilepsia”, es un documento dirigido a maestros, alumnos y padres de familias de nivel básico, que brindó información seleccionada acerca de las características y necesidades del alumno con epilepsia, cómo apoyarlo en su proceso de adaptación al sistema escolarizado regular y qué hacer en caso de presenciar una crisis epiléptica dentro y fuera de la institución. De igual manera, propició la posibilidad de acceder a una educación inclusiva en la que fue posible lograr la integración educativa del educando, sensibilizando a los actores del proceso educativo para ser partícipes en la adaptación del mismo.

El Programa se dividió en tres etapas: I. Conociendo al alumno con epilepsia; II. El papel del maestro y la familia en la epilepsia; y III. Orientaciones pedagógicas para la atención del alumno con epilepsia en la escuela regular.

En la Etapa I. Se llevaron a cabo charlas con maestros, alumnos y padres de familia para enterarlos sobre qué es la epilepsia, qué se debe hacer cuando se presenta una crisis epiléptica y cómo apoyar a su hijo cuando éste no presenta las crisis.

En la Etapa II. Se explicó cómo ven los padres de familia y maestros al alumno con epilepsia, se explicaron los principales errores que se cometen con quienes presentan este padecimiento; además, se dieron sugerencias para apoyar el proceso de adaptación a la escuela regular y mejorar el autoestima del mismo. En esta etapa se proporcionaron trípticos informativos a docentes y padres de familia.

En la Etapa III. Se sugirieron algunas orientaciones pedagógicas para atender al alumno con epilepsia en la escuela y en el hogar. Se tomaron en cuenta los campos de formación contemplados en el plan y programas 2004 de educación preescolar para hacer las sugerencias a padres, maestros y alumnos acerca de cómo apoyar a Gabriel. Se le propuso principalmente a la maestra de grupo el empleo de actividades lúdicas para enriquecer el trabajo en el aula y motivar la integración del sujeto de estudio.

3.7. Procedimiento

El proceso para que se lleve a cabo la investigación se definió por los siguientes pasos.

1. Se identificó al sujeto de estudio y se detectó la problemática a abordar.
2. Se estableció el marco teórico referente a la problemática detectada.
3. Se definió el diseño metodológico cualitativo a emplear: estudio de caso.

4. Se elaboraron los instrumentos para la recogida de información y se aplicó el Programa de Atención para lograr la integración de un alumno con epilepsia.

5. Se procesó la información recogida después de la aplicación del Programa de Atención, se analizó e interpretó.

6. Se formularon conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación.

7. Se presentaron los resultados obtenidos después de la aplicación del Programa de Atención a Gabriel, un alumno con epilepsia y se generalizaron los resultados.

Capítulo 4

Presentación y análisis de resultados

En este capítulo se presenta el análisis de los resultados obtenidos con la aplicación del Programa de Atención al alumno con epilepsia, mismo que permite identificar si el proceso de integración ha sido el adecuado y proporciona información relevante sobre la manera en la cual maestros, padres de familia y alumnos han cambiado sus actitudes ante el trato a una persona con este padecimiento.

4.1. Situación del alumno antes del diagnóstico

El alumno masculino de cinco años de edad, de estatura promedio, complexión delgada, aspecto limpio y alineado, de actitud habitualmente tímida y solitaria, presentó comportamientos caracterizados por su condición neurológica durante las primeras observaciones realizadas Idiazábal (2012); fue observable su escaso lenguaje expresivo y comprensivo, su conducta en ocasiones violencia le impedían relacionarse con sus compañeros y maestras de la escuela; era necesaria la presencia de la madre para que el sujeto de estudio no manifestara dichas conductas.

Su nivel cognitivo de acuerdo a sus características se encuentra en la Etapa Sensoriomotora propuesta en la teoría del Desarrollo Cognoscitivo de Jean Piaget. No comprendía instrucciones y por lo general estaba en un estado como de trance. Presentó un interés nulo para realizar las actividades en el aula, necesitó la presencia de la madre para realizar algunas actividades como participar en juegos, donde la madre trató de explicarle en todo momento lo que debía hacer pero en la mayoría de los casos no tuvo éxito.

La docente de grupo se nota desesperada por incluir en las actividades cotidianas al niño pero este no responde a los estímulos y en la mayoría de los casos se la pasa mirando al vacío sin hacer ninguna actividad escolar.

4.1.1. Observaciones. Se calendarizan diversas observaciones del sujeto de estudio durante el ciclo escolar en los meses de diciembre, enero, febrero, marzo, abril y junio; en un inicio es posible percibir su poca capacidad de entablar relaciones con sus compañeros, además de que es necesaria la presencia de la madre como una medida de la institución para que Gabriel pueda realizar algunas actividades escolares. Manifiesta un comportamiento egocéntrico, satisface sus necesidades mediante acciones entre él mismo y su entorno (tocar objetos, moverlos de un lugar a otro, etc.), la madre no se despega de él; es capaz de distinguir a su madre y sabe que ella está con él.

Gabriel no participa en clases, emite algunos sonidos para dar a entender lo que desea, no se relaciona con sus compañeros aunque algunos se le acercan. Es posible observar que la docente intenta integrarlo pero al no lograr su cometido le

pide a la madre que intente realizar las actividades con su hijo; se nota desesperada al no saber cómo trabajar con Gabriel.

Algunos padres de familia a la hora de la salida observan al sujeto de estudio y algunos se preguntan si en realidad está “enfermo”, porque al observarlo notan que en el aspecto físico es un niño completamente normal. Las primeras observaciones permitieron al investigador deducir que existe mucha desinformación e ignorancia entorno a la epilepsia y la forma de tratar a quienes la padecen.

4.1.2. Evaluación inicial. El alumno al inicio del ciclo escolar 2011-2012 presenta dificultades lingüísticas, comunicativas y de pensamiento lógico-matemático, no trabaja en el aula, llora constantemente, tiene una relación de discordia con todos sus compañeros de clase e incluso con la maestra de grupo. En cuanto a su apariencia física se observa un niño con peso y estatura acorde a su edad biológica, asiste limpio y bien alineado a la escuela, asiste en forma regular, falta cuando está enfermo, es necesario que se le administren fármacos antes de asistir a la escuela para evitar que sufra crisis epilépticas. Durante la observación áulica el alumno se mostró sin interés de trabajar y agrede a compañeros y docente si se encuentran cerca de él.

En relación a los campos formativos que se manejan en educación preescolar y tomando en cuenta la reforma del Plan y programas de estudio 2004 para ésta, se registraron a continuación los resultados de las observaciones realizadas al sujeto de estudio.

Lenguaje y comunicación.

Es un niño al que se le dificulta prestar atención de la lectura de cuentos, fábulas y leyendas, no explora textos con imágenes y no es capaz explicar de lo que cree que tratan partiendo de lo que ve o supone, no expresa comentarios ni ideas haciendo notable su comprensión lectora. No reconoce la escritura de su nombre y la de la mayoría de sus compañeros y le es posible hacer uso de la escritura para escribir diversas palabras y explicar lo que dice su escrito, su nivel de escritura se encuentra en el Nivel I según Emilia Ferreiro (1983) (quien distingue cinco niveles de escritura en los niños no escolarizados) pues aún no retoma el uso de elementos cualitativos y cuantitativos como lo es la unión de sílaba por medio del sonido de algunas letras, no produce textos de manera colectiva a través del dictado a la maestra, no realiza descripciones de objetos, imágenes oral y no identifica las partes del libro título, portada, contraportada, lomo, páginas, imágenes.

Pensamiento matemático.

No reconoce ni identifica los números del 0 al 10 de forma oral y escrita, no es capaz de realizar estimaciones perceptuales haciendo uso de unidades de medición no convencionales como (manitas, gises, lápices, palitos etc.), no establece la cantidad remitiéndose al número cardinal 1,2,3..., no completa series numéricas en orden ascendente y descendente ni con ayuda de la educadora, no le es posible comparar colecciones por conteo ni identificar donde hay más, menos e igual cantidad de elementos. No establece relaciones de ubicación ni identifica lo que es lejos, cerca, arriba, abajo, adelante y atrás, dentro, fuera, se requiere trabajar aún más la direccionalidad para que identifique izquierda y derecha, no sigue

instrucciones ni reconoce las figuras geométricas círculo, cuadrado, rectángulo, óvalo y triángulo en los objetos de su entorno.

Exploración y conocimiento del mundo.

No platica de su vida personal y familiar los sucesos importantes para ella, no sabe de sus costumbres familiares y de su comunidad (Navidad, Año Nuevo, día de Reyes, El Amor y la Amistad, Día de la Bandera, Primavera), no le es posible reconocer algunos problemas ambientales como la contaminación y por lo tanto no da soluciones de que hacer para cuidar el planeta, no clasifica animales por su nacimiento en vivíparos y ovíparos ni identifica a algunos, no conoce los tres estados del agua líquido, sólido y gaseoso.

Desarrollo físico y salud.

No aplica medidas de higiene en relación al consumo de alimentos, necesita de la ayuda de la madre, no identifica cuales son saludables para su cuerpo y cuales son dañinos para su salud, no conoce cómo está conformado su cuerpo, no sabe los nombres de las partes de su cuerpo ni para qué sirve cada una, como debe cuidarlo y lo que debe hacer para mantenerlo sano, no conoce ni identifica los 5 sentidos, lo valiosos que son y cómo protegerlos.

Desarrollo personal y social.

No entiende que las personas son distintas y que la participación de todos es importante respeta la opinión de sus compañeros, no convive con sus pares, no da sugerencias ni realiza acciones para hacer lo que se propone.

Expresión y apreciación artísticas.

No le es posible hacer uso de su creatividad de manera libre y espontánea, no le gusta experimentar con variedad de materiales plásticos ni poner en juego sus actividades.

4.1.3. Sugerencias a trabajar en casa y en la escuela. Se sugiere trabajar en las siguientes áreas:

Lenguaje y comunicación.

- Permitir su participación en las conversaciones familiares, cuestionarla pedir su opinión.
- Explorar textos diversos (cuentos, libros, revistas, catálogos, periódicos, recetas).
- Lectura de cuentos y variedad de textos.
- Realizar escritos a través del copiado de palabras.
- Reforzar lo visto en clase.

Pensamiento matemático.

- Usar los números en diversa situaciones (las monedas, billetes, reloj, teléfono).
- Trabajar el conteo oral en el rango del 1 al 10 y del 10 al 1 (ascendente y descendente).
- Practicar la escritura convencional de los números.

- Practicar la serie numérica del 1 al 10 y 10 al 1.
- Reforzar el nombre de las figuras geométricas y comparando semejanzas con los objetos a su alrededor.
- Formular problemas sencillos para su resolución.

Desarrollo personal y social.

- Conversar con ellos sobre la mañana en la escuela que hizo, cómo le fue.
- Dialogar con ellos sobre cómo deben comportarse en la escuela y fuera de ella.
- Establecer reglas en casa y explicar las consecuencias de no respetarlas.
- Mantener recompensas y castigos y cumplirlos.

El alumno se encuentra cursando el tercer grado de preescolar. Asiste al CAPEP (Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar) y al CAM (Centro de Atención Múltiple). Presenta dificultades en la adquisición de conocimientos y presenta conductas que impiden relacionarse con sus compañeros. Ha sido difícil trabajar con los padres pues existe una actitud negativa al aceptar que su hijo pueda tener un problema derivado de su condición neurológica.

En la entrevista que se le hizo a la madre se reporta lo siguiente: Cuarta gesta del embarazo, no planeado pero si aceptado; en el segundo mes presentó infecciones vaginales, el parto fue por vía abdominal a las 26 semanas de gestación,

no lloró al nacer, estuvo en incubadora alrededor de dos meses, su alimentación fue a base de una sonda, posteriormente con leche hasta los tres meses, después de se le complementó con fórmula. Presentó amenaza de aborto repetidas ocasiones por las infecciones.

En entrevista con la docente de grupo, ésta se manifiesta con una actitud negativa a la integración del alumno al aula regular, puesto que ella sugiere que el alumno debiera estar en un escuela de Educación Especial ya que como docente no cuenta con el conocimiento de cómo tratar de manera adecuada al alumno para que éste aprenda de manera normal.

4.1.4. Diagnóstico del problema. Gabriel padece epilepsia. Este padecimiento neurológico, a diferencia de otras enfermedades crónicas, otorga a quien la presenta el carácter de estigma. Los padres de familia y maestros de la institución no saben cómo trabajar con un alumno que presenta este problema y optan por la salida fácil, que el alumno esté en el aula y trabaje si así lo desea.

El investigar consideró de suma importancia aplicar una pequeña encuesta a los nueve maestros de la institución (seis maestras de grupo, una maestra de arte, el maestro de educación física y la directora) para que en base a sus respuestas, se realizara un análisis minucioso acerca de la realidad en la escuela con respecto a la epilepsia.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de las preguntas que los maestros contestaron y posteriormente se llevó a cabo un análisis de las mismas:

ITEM 1. EPILEPSIA Y CURACIÓN

¿Considera usted a la epilepsia como una enfermedad incurable?

Si..... 67 % (6)

No..... 22 % (2)

No responde..... 11 % (1)

ITEM 2. CARÁCTER DE LA ENFERMEDAD

La epilepsia es una enfermedad:

Poco importante..... 11 % (1)

Leve..... 22 % (2)

Grave..... 56 % (5)

No responde..... 11 % (1)

ITEM 3. FRECUENCIA

¿Ha tenido o tiene un alumno con epilepsia?

Si..... 22 % (2)

No..... 78 % (7)

ITEM 4. LUGAR DE ESTUDIO

El niño con epilepsia debe estudiar en:

Centro de educación básica regular..... 44 % (4)

Centro de educación básica con atención especial..... 56 % (5)

Centro de educación para niños excepcionales..... 0 % (0)

ITEM 5. RENDIMIENTO ESCOLAR

¿Cree usted que el rendimiento de un alumno con epilepsia es el mismo que el rendimiento de uno sin epilepsia?

Si..... 33% (3)

No..... 56% (5)

No responde..... 11% (1)

ITEM 6. CAPACIDAD PARA APRENDER

¿Cree usted que el niño con epilepsia posee la misma capacidad para aprender que uno sin epilepsia?

Igual capacidad..... 56% (5)

Menor capacidad..... 44% (4)

ITEM 7. RELACIÓN PROFESOR-ALUMNO

¿Cuál es su relación con el alumno con epilepsia?

Igual que todos..... 67% (6)

Más estrecha..... 22% (2)

No contesta..... 11% (1)

ITEM 8. RIESGOS DEL NIÑO CON EPILEPSIA

¿Cuál es el mayor inconveniente para un alumno con epilepsia?

Riesgo de accidente..... 78% (7)

Bajo rendimiento por ausentismo..... 11% (1)

Deterioro intelectual..... 11% (1)

ITEM 9. ACCIONES ANTE UN ATAQUE

¿Qué acciones toma ante un ataque? (Puede marcar más de una respuesta)

Colocar un pañuelo en la boca..... 89% (8)

Frotar brazos y piernas..... 78% (7)

Estirar los dedos..... 56% (5)

Dar aire..... 78% (7)

En los ITEMS 1 y 2 de las encuestas realizadas a las maestras del plantel se encontró el marco general que señala las pautas de conducta de las mismas ante la epilepsia. El 67 % la considera incurable y el 56 % la juzga como una enfermedad grave. En verdad muchos tipos de epilepsia pueden ser de difícil control y acompañarse de otros síntomas que impiden la realización de una vida normal, de modo que considerar la epilepsia como grave e incurable no es una opinión equivocada en el aspecto cualitativo. Se llama la atención al sentido cualitativo y se juzga elevado este porcentaje toda vez que el 75 % de personas con epilepsia pueden conseguir un buen control de los ataques y llevar una vida normal. Al pensar de esta forma las maestras educan al niño con epilepsia en un contexto de desventaja que se pone en evidencia en los siguientes ITEMS.

El ITEM 3 indica que el 22 % de las maestras tiene o han tenido contacto con un alumno con epilepsia, lo que nos muestra su elevada frecuencia en la población escolar.

El ITEM 4 indica que el 56 % de las maestras opina que el niño con epilepsia debe estudiar en un centro de educación básica regular con atención especial frente

a un 44 % que sostiene que debe estudiar en condiciones normales. El 56 % de las maestras afirma que el rendimiento escolar es menor en los niños con epilepsia. El 44 % sostiene que tienen menor capacidad para aprender.

Vistas en conjunto estas respuestas muestran que un porcentaje importante de maestras tienen la percepción que el niño con epilepsia es un deficiente físico y mental. Se ha encontrado que en el campo físico se limitan sus actividades deportivas y de recreación. En el mental su nivel de exigencia es bajo porque se estima que una demanda mayor provocaría una crisis convulsiva. Por esta razón el niño con epilepsia tiene una menor oportunidad de educación y no siempre por causa de la crisis sino por la actitud negativa del ambiente escolar que no estimula su capacidad creativa, optándose por el abandono.

Esta opinión se reafirma cuando consideran que el niño con epilepsia tiene menor rendimiento intelectual y además no posee la capacidad para desarrollarlo. Las maestras que participan de esta percepción tienen profundas implicaciones, al creer que el alumno no va a rendir se desatienden de él. Esta visión está muy arraigada a pesar que diversos estudios de Rogan, P.J. (1987) y Ellenberg, J.H., Hirtz, D.G. & Nelson, K.B. (1986) muestran que la capacidad intelectual del niño con epilepsia cae en el rango normal.

Otras actitudes equivocadas se muestran en los ITEMS 7 y 8. La sobreprotección –de la maestra- y el rechazo –de los compañeros de clase y padres de familia- expresan la reacción del grupo ante la presencia de alguien capaz de crear una situación de tensión.

Como se aprecia en el ITEM 9, el 100 % de encuestados no sabe qué hacer ante un ataque de epilepsia y asumen las actitudes y respuestas comunes del resto

de la población. La posibilidad de un ataque es un temor real que se refuerza al no saber qué hacer en esa situación.

A partir de estos hallazgos se ha iniciado un programa de atención a los actores del proceso educativo que permitió la capacitación. Al hacerlo se reconoce el liderazgo que las maestras tienen en su comunidad educativa y el efecto multiplicador que se obtendrá con su participación.

4.2. Aplicación del Programa de Atención

El programa se aplicó durante el transcurso del ciclo escolar 2011-2012. Este se desarrolló en tres etapas:

La etapa I. Conociendo al alumno con epilepsia, que consistió principalmente en brindar conocimientos básicos acerca de lo que es la epilepsia, cuáles son las características generales de las personas con este padecimiento neurológico (haciendo énfasis en que cada crisis es diferente), cómo se debe tratar a un alumno con este padecimiento para que pueda llevar una vida común como todos los niños de su edad, aportando información necesaria acerca de cómo propiciar su integración educativa en una escuela regular y así cumplir con lo establecido en Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad publicada en el Diario Oficial de la Federación a padres de familia y maestros.

Fue notorio el poco conocimiento de este padecimiento por parte de los padres de familia y maestros, ya que al expresar sus puntos de vista lo hacían con temor y como si fuera una enfermedad contagiosa en la cual no debían tener contacto con el individuo. Esta percepción logró cambiarse satisfactoriamente al término de esta etapa.

Durante la etapa II. El papel del maestro y la familia en la epilepsia, después de las charlas informativas a padres de familia, maestros y compañeritos de Gabriel para darles a conocer el padecimiento del mismo, se comenzó con la etapa de sensibilización acerca de la manera adecuada de apoyar para el logro de su correcta adaptación a la escuela. Se proporcionaron trípticos con información acerca de la epilepsia y se proporcionó el material digital que contenía la información analizada en la actividad.

Fue notorio el cambio de actitudes de todos los involucrados, mismos que se comprometieron a apoyar de la mejor manera dicho proceso de inclusión educativa desde sus respectivos espacios (casa y/o escuela), generando un verdadero cambio en la manera de percibir dicho padecimiento, logrando la aceptación del sujeto de estudio y su integración a la escuela regular.

Lo rescatable de mencionar es que los actores del proceso educativo entendieron la importancia de tomar como ejemplo a Gabriel para fomentar en la escuela y sociedad el conocimiento de la epilepsia y lo relevante que resulta la integración social de quienes la padecen para contribuir al desarrollo armónico de su personalidad como un factor decisivo para su escolarización regular en las condiciones de mayor normalización posible.

Y por último, en la etapa III. Orientaciones pedagógicas para la atención del alumno epiléptico en la escuela regular, brindamos a los actores del proceso educativo, conocimientos acerca de cómo atender a un alumno que padece una crisis en la escuela, la casa o la sociedad. También, proporcionamos con ayuda de un médico de manera teórica y práctica la información básica necesaria para ayudar a una persona con crisis epilépticas.

Fue muy satisfactorio notar que los involucrados en el proceso de integración escolar de Gabriel, se mostraron muy emocionados y tranquilizados al poseer ahora conocimientos acerca de la epilepsia que les permitirá tener un mejor manejo dentro y fuera de la escuela de quienes la padecen.

4.3. Avances después de la aplicación del Programa de Atención

Después de haber aplicado el programa de atención el avance en Gabriel ha sido muy significativo, el avance en la comprensión de su padecimiento y en la integración educativa en la que ahora son partícipes todos los actores del proceso educativo, propiciando con esto un clima más ameno de trabajo en el cual es manifiesto el apoyo al sujeto de estudio.

El conocer qué es la epilepsia y cómo debe tratarse a un alumno con este padecimiento ha permitido que la integración educativa no solo se quede en palabras sino se refleje con hechos que están permitiendo la adaptación del alumno con epilepsia a la escuela regular.

El niño continua recibiendo atención en diversos centros educativos especializados como son el CAPEP y CAM; los docentes que han trabajado con él han cambiado su percepción sobre Gabriel y de dar pocas esperanzas de que pudiera aprender como cualquier alumno regular ahora dan muchas a los padres y catalogan este cambio como algo realmente inesperado e increíble. Es importante reconocer que gracias al esfuerzo sobrehumano de la madre, el sujeto de estudio ha aprendido letras, números, se expresa de manera oral y se desenvuelve como cualquier alumno regular.

Los padres manifiestan que el niño “despertó” de su estado de reposo (como le llamaban los papás) de la noche a la mañana y comenzó a hablar de manera más fluida y ha empezado a comprender mejor todo lo que ocurre a su alrededor, ya que antes de ello, solo mencionaba palabras como papá y mamá.

Capítulo 5.

Discusión, conclusiones y recomendaciones

En este último capítulo, se abordan los apuntes finales sobre el trabajo de investigación, se valora si las acciones emprendidas fueron de provecho para el sujeto de estudio y si lo propuesto en el trabajo de investigación tuvo los resultados esperados para lograr la integración del alumno con epilepsia.

5.1. Discusión

Los maestros tienen ideas equivocadas, actitudes negativas y prejuicios con relación a la epilepsia. Esta actitud explica por qué en muchas oportunidades la matrícula de estos alumnos es rechazada cuando tienen epilepsia, o son retirados de la escuela luego de ocurrida una crisis. Con frecuencia la familia del paciente participa de muchos de estos prejuicios. Por ejemplo, se asume que la epilepsia invalida a un niño, que él no será capaz de culminar sus estudios con éxito y ser un profesional o técnico calificado. El niño criado en estas condiciones crecerá inseguro, sobreprotegido, con dificultad para tomar decisiones y baja autoestima, todo lo cual contribuye a que tenga pobre expectativas futuras académicas, sociales y de autoestima.

Una vez concluida la investigación y habiéndose analizado e interpretado cuidadosamente los elementos teóricos y metodológicos que se presentaron durante la realización de la misma y poner en cuestión ampliamente el Programa de Atención diseñado para la integración de Gabriel, un alumno epiléptico, se puede mencionar que el objetivo planteado en este estudio se cumplió, considerando que el Programa de Atención se desarrolló con los docentes, padres de familia y alumnos. Las pláticas impartidas permitieron modificar actividades pedagógicas y de convivencia en el aula y el plantel, mejorando considerablemente la adaptación de sujeto de estudio a pesar de sus limitaciones en el aspecto cognitivo propias de su condición, quedando demostrado que es posible lograr la integración educativa con la orientación adecuada de los participantes.

Al delimitar el estudio se ponen de manifiesto las restricciones del caso por ser un alumno con una necesidad educativa, donde se ven comprometidos los resultados directamente a la participación activa de padres de familia, docentes y alumnos en el conocimiento de este padecimiento y el cambio de actitud ante la comprensión del mismo.

Se destaca la importancia de que la evidencia presentada en el estudio demuestra que el supuesto se cumple ya que el Programa de Atención permite la integración escolar de Gabriel, un alumno con epilepsia.

Se logró que los actores del proceso educativo conozcan y comprendan más a fondo la importancia de integrar a alumnos con epilepsia al aula regular y se demostró que Gabriel fue capaz de mejorar de acuerdo a sus posibilidades en el aspecto académico y actitudinal dentro la institución, gracias a las sugerencias que

propiciaron cambios en la mecánica de trabajo durante el ciclo escolar dentro y fuera del aula.

Se reconoce que el estudio se aplicó en el sujeto de investigación, docentes, alumnos y padres de familia, sin embargo, se encuentra limitado a no generalizarse en otros casos o situaciones que resulten con características similares, ya que pueden no corresponder por tratarse de un estudio de caso particular.

La atención fue recibida dentro y fuera del aula regular por la docente de grupo, docentes de la institución, padres de familia y alumnos, quienes apoyaron y comprendieron que el proceso de adaptación del alumno con epilepsia requirió de la participación activa y comprensión de todos los implicados.

Se puede afirmar que con la aplicación del Programa de Atención a un alumno con epilepsia empleado con los actores del proceso educativo, el alumno mostró un gran avance en todos los aspectos que favorecen su integración educativa, dando como resultado que el alumno cumpla con su derecho a estar en su grupo de pertenencia y su nivel escolar. En general se puede decir que el resultado es favorable para el alumno, se logró un gran avance. Ahora se ha notado un cambio considerable en las actitudes de quienes apoyan el proceso de integración educativa y en el desenvolvimiento del mismo en la escuela.

No es posible señalar diferencias o similitudes con otros trabajos de este mismo tema de estudio, pues no fue posible encontrar trabajos de otros investigadores para hacer las comparaciones pertinentes.

El trabajo realizado entre los participantes fue favorable, pues todos comprendieron la importancia de favorecer la integración educativa de alumnos con necesidades educativas a la escuela regular como parte de una nueva dinámica de

inclusión que permite la igualdad de oportunidades para todos de llevar una vida normal.

Esta discusión permite presentar el Programa de Atención como una estrategia importante para la inclusión educativa de un alumno con epilepsia, misma que permite afrontar una realidad cotidiana con un aporte que favorece el proceso educativo de los alumnos con mayores desventajas.

5.2. Conclusiones

El Programa de Atención tuvo resultados buenos dentro el rango de aceptación, ya que solo era necesario que se comprendiera de mejor manera el padecimiento de Gabriel para saber cómo orientarlo y hacerlo cada vez más capaz e independiente.

La diversidad del alumnado constituye una realidad en los centros educativos y ha de ser asumida por todo el profesorado con criterios de normalización, atención personalizada e inclusión, tomando en cuenta desde luego a todo aquel que sea parte de la comunidad escolar.

El Plan de Atención aplicado fue elaborado recogiendo las medidas organizativas ordinarias y extraordinarias para dar respuesta a las necesidades educativas del alumno.

A través del trabajo e intervención que el docente investigador aplicó con los actores antes mencionados, se pudo constatar que en este estudio se permitió la identificación del Programa de Atención a un alumno con epilepsia como una herramienta fundamental para propiciar la correcta integración escolar, favoreciendo el desarrollo integral del mismo en todos los ámbitos de su vida cotidiana.

Se demostró que la puesta en marcha de dicho programa va cumpliendo con lo esperado, ya que en base a las sugerencias que el docente investigador hizo a los actores del proceso educativo durante el transcurso de la investigación, se pudo propiciar un desenvolvimiento adecuado del alumno en el plantel educativo, mismo que es manifiesto con la mejor adaptación a situaciones que implican la interacción con compañeros, maestros y padres de familia. Es importante resaltar que la adquisición de aprendizajes se ha estado logrando con más facilidad dentro y fuera del aula. Con todo lo anterior, se cumplen con los principios y finalidad de la inclusión educativa.

Los logros están a la vista de la comunidad escolar y la familia, son avances muy significativos que permiten entender de mejor manera el proceso que el alumno con epilepsia va teniendo en la asimilación de información, en su desarrollo socio-afectivo y de adaptación social, así como en su progreso integral.

Conforme avanzó el ciclo escolar, fue evidente que el apoyo que recibe fuera de la institución con especialistas se manifiesta en los cambios que comenzaron a notarse en el ambiente escolar externo e interno, que han propiciado que Gabriel comience a mejorar y avanzar de la etapa Sensoriomotora a la etapa Preoperacional que propone Piaget, donde se notó que el sujeto de estudio comenzó a interiorizar la información acerca de cómo funciona el mundo y se integró con ayuda de la maestra de grupo y de la madre en las actividades del aula por periodos más prolongados. Se necesita dar seguimiento al Programa de Atención para fortalecer la correcta integración educativa de Gabriel, un alumno con epilepsia.

Para concluir, el empleo del Programa de Atención es importante para hacer una práctica diferenciada que propicie la adecuada atención del alumno con epilepsia

y romper los paradigmas establecidos acerca de que los alumnos con este padecimiento no pueden llevar una vida normal como cualquier persona.

5.3. Recomendaciones

A los maestros.

- Sentar al alumno frente a la pizarra.
- Colocar carteles con palabras clave o los puntos más importantes a tratar así como mapas conceptuales y asociación por campos semánticos para vocabulario nuevo.
- Adaptar el lenguaje hablado y escrito a su nivel.
- Ayudarle a organizar su material con códigos de colores o etiquetas. Es muy útil tener una revisión sistemática de su trabajo.
- Asegurar que las tareas sean claras y entendibles para el niño. En algunos casos es conveniente dar preguntas con respuestas múltiples en casos de problemas de memoria.
- Si son necesarias ayudas visuales y auditivas, se las pueden llevar a casa para reforzar el aprendizaje.
- Si la epilepsia le afecta en el recuerdo de las instrucciones y de las normas a la hora de elaborar trabajos más extensos, se pueden dar las instrucciones por escrito o si son muy pequeños se pueden elaborar tarjetas clave para cada uno de los pasos de la tarea o bien presentar la secuencia entera.

- Ser consciente de que puede haber cambios de un día para otro. Puede ser de ayuda que las habilidades requeridas para las diferentes actividades no sean las mismas y dar oportunidad para la transferencia de conocimiento.

A los alumnos.

- No discriminar a su compañero por su condición.
- Apoyar a su compañero en las diferentes actividades propuestas por la docente.
- Integrar a su compañero en juegos y actividades lúdicas.

A los padres de familia.

- Saber en qué consiste la epilepsia y conocer perfectamente el tipo de epilepsia que padece la persona en cuestión: tipos de crisis, cómo actuar, medidas de la vida diaria, posibles limitaciones...
- Fomentar una progresiva autonomía e independencia personal. Hay que ayudarles a decidir y no decidir por ellos, ni exigirles que decidan. Cuando se sientan con capacidad de decisión ganan confianza en sí mismas, comprendiendo que son los responsables de sus actos. De esta manera adquirirán confianza en sus posibilidades y capacidades.
- La epilepsia no tiene que impedir el desarrollo físico, intelectual y emocional del que la padece, pensar siempre en positivo.

- Se debe hablar abiertamente de la epilepsia, informando con claridad de la situación tanto al que la padece como a sus familiares y allegados. Poder hablar con franqueza de la enfermedad es ya una muestra de normalidad. De esta manera la persona con epilepsia sabe que puede contar con los que le rodean para comentar sus dudas y preocupaciones, viéndose aceptada tal cual es.
- Se debe evitar el trato diferente hacia el niño con epilepsia respecto a sus hermanos, así como entre el grupo de amigos y en familia.
- Establecer unas expectativas de vida realistas, fomentando sus capacidades y habilidades, apoyándola para que las desarrolle. Proponer pequeñas metas que puedan ser alcanzadas antes de proponer otras más elevadas.
- Fomentar los hábitos de medicación, comida, sueño y actividad. La regularidad es importantísima para la mejoría de las crisis epilépticas.
- No ocultar que padece epilepsia. Las personas que ocultan su enfermedad suelen tener problemas de inseguridad, gran dependencia de otros, tendencia a la introversión, pocas relaciones sociales y gran estrés en el trabajo o en el colegio, todo ello ocasionado por el temor a tener una crisis y “ser descubiertas”.
- Por el contrario, el comentar su enfermedad hace que la persona no necesite comportarse como si no lo fuese, desaparecen complejos de inferioridad y disminuye la tendencia al aislamiento social y la inseguridad.

- La persona con epilepsia tiene derecho y la necesidad de ir descubriendo por sí misma muchos aspectos del mundo, a pesar de los riesgos que pueda correr. Es mejor correr el riesgo a que tenga una crisis fuera de casa jugando, que mantenerla siempre a la vista, entre algodones, por si acaso tuviera una crisis. Estar abierto a permitir y alentar las actividades físicas y sociales le hará sentirse igual a las demás.

Referencias bibliográficas

- Abad, F., Bellido, G., Camino, R., Cañadillas, F., Fernández, L., Martínez, C., Mercadé, J., Morales, M.D., Moreno, V., Ramos, J., Rodríguez, J.J., Sánchez, J.C. & Serrano, P. (2011). *Guía de ÁPICE de epilepsia algunos la padecen, entre todos la tratamos*. Sevilla, España: Diputación de Sevilla.
- Archila G. (enero, 1997). *Epilepsia y trastornos del aprendizaje*. Rev Neurol; 25: 720-5.
- Artigas J. (enero, 1999). *Manifestaciones psicológicas de la epilepsia en la infancia*. Rev Neurol; 28 (Supl 2): S135-41.
- Blatter, J. (2008). Estudio de caso. *En Enciclopedia Sage de los Métodos de investigación cualitativa*. Londres: Sage Publications Ltd.
- Brawnwald, E., Hauser, S., Fauci, A., Longo, D., Kasper, D., & Jameson, J. L. (2006). *Harrison, Principios de Medicina Interna*. «Capítulo 363. Convulsiones y epilepsia». 16 Edición. España y México: McGraw-Hill Interamericana.
- Casas C. (octubre, 1997). *Experiencia con el Cuestionario de calidad de vida en el niño con epilepsia (CAVE)*. Rev Neurol (Barc); 25:415-421.
- Castañeda-Cabrero C, Lorenzo-Sanz G, Caro-Martínez E & Galán-Sánchez JM. (septiembre, 2003). *Alteraciones electroencefalográficas en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Rev Neurol; 37: 904-8.

- Cepeda, C. (2006). *La calidad en los métodos de investigación cualitativa: principios de aplicación práctica para estudios de casos*. Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa. (ACEDE) n. 29. 057-082.
- Chetty, S. (Julio-Diciembre, 1996). *El método de estudio de caso para la investigación en las empresas pequeñas y medianas*. Revista Internacional de la pequeña empresa, 15, 73-85.
- Etchepareborda MC. (enero, 1999). *Epilepsia y aprendizaje. Enfoque neuropsicológico*. Rev Neurol; 28
- Ferreiro, E. (1983). *Procesos de adquisición de la lengua escrita dentro del contexto escolar*. Lectura y Vida, 4(2), 53-64.
- Farwell JR, Dodrill CB, Batzel LW. (1985). *Habilidades neuropsicológicas de niños con epilepsia*. Epilepsia; 26: 395-400.
- Fisher, G., & Cummings, R. (2004). *Cuando tu hijo tiene dificultades de aprendizaje*. México: Editorial Pax.
- Hernández-Muela S, Mulas F, Mattos L. (febrero, 2004). *Plasticidad neuronal funcional*. Rev Neurol; 38 (Supl 1): S58-68.
- Idiazábal-Alecha MA, Kosno M. (enero, 2012). *Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y epilepsia en la infancia*. Rev Neurol; 54 (Supl 1): S89-93.
- Lee TMC, Chan JKP. (septiembre, 2002). *Factores que afectan el estado cognitivo de personas que sufren epilepsia*. Rev Neurol; 34: 861-5.

Ley General de Educación, Última Reforma DOF 01-06-2016.

Mulas F, Téllez de Meneses M, Hernández-Muela S. (mayo, 2004). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y epilepsia*. Rev Neurol; 39: 7-12.

Mulas, F., Hernández, S., Mattos, L., Abad-Mas, L., & Etchepareborda, M. C. (enero, 2006). *Dificultades del aprendizaje en los niños epilépticos*. Rev Neurol, 42(Supl 2), S157-S162.

Orozco, L. N. (2014). *La Epilepsia al Alcance de Todos*. México, DF: matizPOP.

Palencia R. (mayo, 2000). *Prevalencia e incidencia de la epilepsia en la infancia*. Rev Neurol; 30 (Supl 1): S1-4.

Piñeros MF. *Epilepsia y aprendizaje*. In Espinosa E, Casasbuenas OL, Guerrero P, eds. (1999). *Trastornos del neurodesarrollo y aprendizaje*. Bogotá: Hospital Militar Central; p. 127-129.

Puri, D. P. (2012). *Textbook of Clinical of Neuropsychiatry and Behavioral Neurosciencie*. Boca Raton, FL: Hodder Arnold.

Rengifo, Y. R. (2006). *La integración escolar de alumnos con necesidades educativas especiales, desde la perspectiva del docente de aula regular*. Caracas: Universidad Nacional Abierta.

Restrepo G, Medina-Malo C. (enero, 1997). *Trastornos de la atención y epilepsia. Evaluación clínica y neurofisiológica*. Rev Neurol; 25: 769-94.

- Stake, R. (1995). *El arte de la investigación de estudios de caso* (pp. 11; 49-68). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yin, R. (1989). *Estudio de Caso de Investigación: Diseño y Métodos*. Newbury Park, CA: Ed. Sage.
- Yin, R. (1994). *Estudio de Caso de Investigación: Diseño y Métodos*. Thousand Oaks, CA: Sabio Publicaciones.
- Zenoff AJ. (1998). *Neuropsicología infantil del aprendizaje. Ensamblaje entre etiología y fisiopatología básica*. In Feld V, Rodríguez MT, eds. *Neuropsicología infantil*. Buenos Aires, Luján: Universidad Nacional de Luján; p. 181-9.

Referencias electrónicas

- ÁPICE, Asociación Andaluza de Epilepsia.* (s.f.). Recuperado el 16 de agosto de 2015, de <http://www.apiceepilepsia.org/index.php>
- Cuidado infantil.* (s.f.). Recuperado el 08 de Junio de 2015, de <http://cuidadoinfantil.net/la-epilepsia-puede-causar-dificultades-en-el-desarrollo-de-mi-nino.html>
- Demase DF, G. M. (19 de Noviembre de 2009). *Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661*. Recuperado el 8 de Diciembre de 2012, de <http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=epilepsia>
- Educación Inicial.* (s.f.). Recuperado el 11 de Diciembre de 2014, de <http://www.educacioninicial.com/El/contenidos/00/0450/460.ASP>
- Epilepsia Hoy.* (s.f.). Recuperado el 13 de agosto de 2015, de <http://www.epilepsiahoy.com/site/>
- Epilepsia Liga Chilena.* (s.f.). Recuperado el 13 de agosto de 2015, de <https://www.ligaepilepsia.cl/epilepsias/tipos-de-epilepsia>
- Lauretti, R. R. (abril-junio de 2006). *Educere. La Revista Venezolana de Educación* . Recuperado el 11 de Diciembre de 2014, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35603319>
- Lee, A. M. (2015). *Understood*. Recuperado el 24 de Febrero de 2016, de <https://www.understood.org/es-mx/learning-attention-issues/treatments->

approaches/educational-strategies/instructional-intervention-what-you-need-to-know

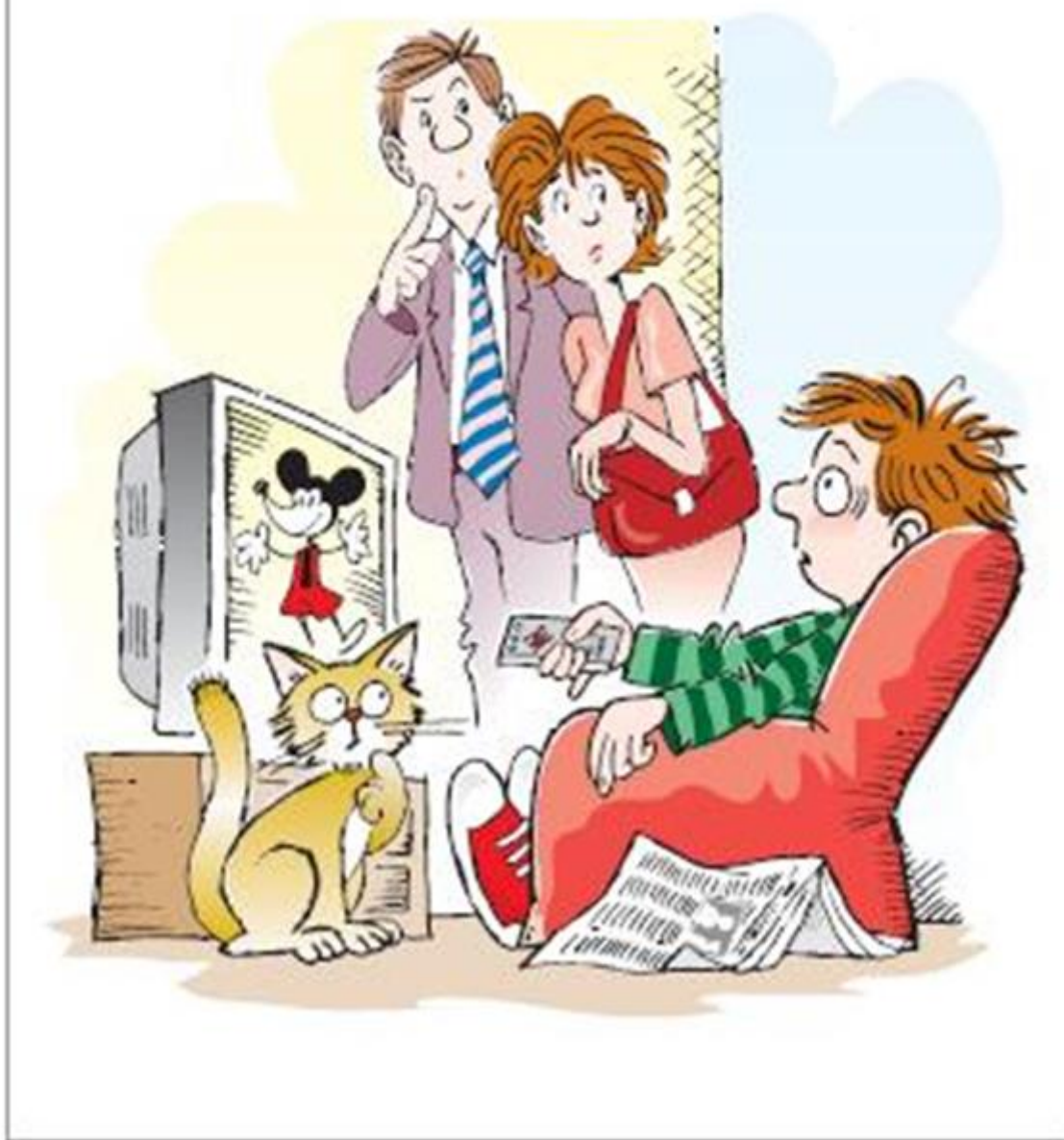
Pacheco, J. E. (2016). *Epilepsia Hoy*. Recuperado el 16 de Abril de 2016, de <http://epilepsiahoy.com>

Pérez, J. M. (13 de Julio de 2010). *mipediatra.com*. Recuperado el 15 de Abril de 2013, de <http://www.mipediatra.com/infantil/epilepsia.htm>

Vega, E. (Ene-May de 2013). *documents.mx*. Recuperado el 13 de Marzo de 2016, de <http://documents.mx/documents/en-que-consiste-la-intervencion-educativa.html>

Anexos

PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA UN ALUMNO CON EPILEPSIA



PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA UN ALUMNO CON EPILEPSIA

Escuela: Jardín de Niños “Lilia Reyes de López Hernández”

Localidad: Calkiní, Campeche.

Sujeto de estudio: Gabriel, alumno con epilepsia que cursa el tercer grado de
preescolar.

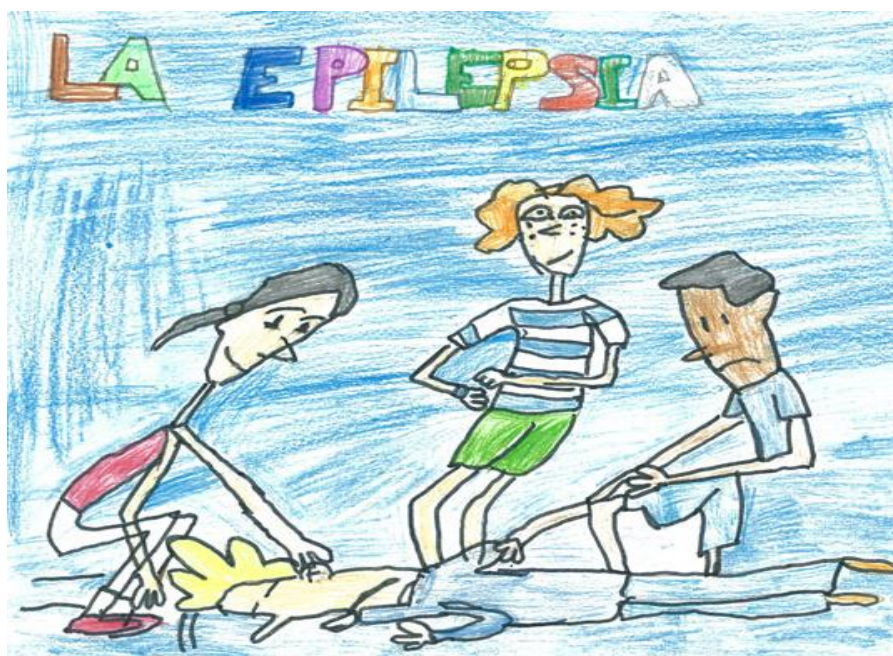
El presente “Programa de Atención para un alumno con Epilepsia” es un documento dirigido a maestros, alumnos y padres de familias de nivel básico. Éste brinda información seleccionada acerca de las características y necesidades del alumno con epilepsia, acerca de cómo apoyarlo en su proceso de adaptación al sistema escolarizado regular y qué hacer en caso de presenciar una crisis epiléptica dentro y fuera de la institución. De igual manera, propicia la posibilidad de acceder a una educación inclusiva en la que sea posible lograr la integración educativa del educando, sensibilizando a los actores del proceso educativo para ser partícipes en la adaptación del mismo.

El Programa se divide en tres etapas: I. Conociendo al alumno con epilepsia; II. El papel del maestro y la familia en la epilepsia; y III. Orientaciones pedagógicas para la atención del alumno con epilepsia en la escuela regular.

En la Etapa I. Se pretende llevar a cabo charlas con maestros, alumnos y padres de familia para enterarlos sobre qué es la epilepsia, qué se debe hacer cuando se presenta una crisis epiléptica y cómo apoyar a su hijo cuando éste no presenta las crisis.

En la Etapa II. Se explica cómo ven los padres de familia y maestros al alumno con epilepsia, se explican los principales errores que se comenten con quienes presentan este padecimiento; además, se dan sugerencias para apoyar el proceso de adaptación a la escuela regular y mejorar el autoestima del mismo. En esta etapa se proporcionan trípticos informativos a docentes y padres de familia.

En la Etapa III. Se sugieren algunas orientaciones pedagógicas para atender al alumno con epilepsia en la escuela y en el hogar, buscando cumplir con los fines deseables para una sociedad inclusiva.



Etapas I.

Conociendo al alumno con epilepsia

¿Quiénes son los alumnos y alumnas con epilepsia?

Los niños con epilepsia son alumnos con las mismas habilidades, capacidades, actitudes, aptitudes y destrezas que cualquiera de su edad y por lo mismo deben asistir a la escuela regular. Sin embargo, dado el desconocimiento general sobre lo que es la epilepsia, éstos pueden ser discriminados por los docentes, sus compañeros y padres de familia que reaccionan con terror ante las crisis apartando a los niños de la actividad normal.

La desinformación trae el rechazo a que estos niños entren en guarderías infantiles o escuelas, o bien, en caso de ser aceptados, a la ignorancia se le une la expresión de que "... no se hacen responsables de lo que le suceda..."

Las personas con epilepsia sin crisis pueden llevar una vida prácticamente normal pero es fundamental que mantengan un estilo de vida sano evitando los factores que puede precipitar las crisis epilépticas (CE). Si las crisis no están controladas deben tomar medidas de seguridad en el hogar y fuera del mismo para evitar hacerse daño en caso de CE.

Algunos estudios de F. Mulas (2006) muestran que los niños con epilepsia no tienen el mismo resultado académico que aquellos que no presentan este padecimiento. 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 con epilepsia, y que sin duda evolucionan peor mientras existan crisis o alteraciones electroencefalográficas (EEG).

El personal de la escuela debe conocer si un alumno padece epilepsia, los efectos de los medicamentos, cómo actuar en caso de crisis y avisar a la familia en caso de que note un cambio en las destrezas físicas o intelectuales.

Se aconseja a los padres mantener una charla con los directivos de la escuela y profesores a principio del curso. Puede ocurrir que de acuerdo al tipo de crisis epiléptica y a la frecuencia con que éstas se presenten, puede necesitar ayuda para mantenerse al mismo nivel de los demás estudiantes.

Los docentes deben explicar a los compañeros lo que significa la epilepsia para que comprendan que se puede convivir fácilmente con alguien que padece la enfermedad. Esta información debe transmitirse de manera positiva y lo menos dramática posible.

Lo que debemos de saber sobre la epilepsia

La palabra epilepsia deriva de un verbo irregular del griego *epilambanein* que significa “ser sobrecogido bruscamente”. Es una enfermedad que se caracteriza por el padecimiento de crisis epilépticas repetidas. El criterio adoptado para determinar la existencia de la enfermedad es haber tenido más de dos crisis. La crisis se produce por la descarga eléctrica brusca de determinadas células cerebrales (neuronas). La

repercusión de esta descarga depende de la localización del foco y del número de neuronas involucradas.

Strauss (1959) definió globalmente a la epilepsia como "estado de actividad cerebral alterado caracterizado por un trastorno recurrente y paroxístico del funcionamiento psíquico, con alteraciones concomitantes en la conducta y en los procesos de pensamiento".

La epilepsia puede tener muchas causas; en unos casos es debida a lesiones cerebrales de cualquier tipo (traumatismos craneales, secuelas de meningitis, tumores, etc.) pero en muchos casos no hay ninguna lesión, sino únicamente una predisposición de origen genético a padecer las crisis (lo cual no está comprobado). Con tratamiento médico es posible el control de las crisis en un elevado porcentaje de pacientes.

Etapas II.

El papel del maestro y la familia en la epilepsia

La familia del niño con epilepsia y sus errores más comunes

A menudo los padres se sienten culpables cuando aparece una enfermedad extraña, cuya causa se desconoce pero de la que se ha oído decir que era hereditaria. El niño es víctima de la imagen que la familia tiene de la epilepsia. Más frecuentemente que el adulto, el joven con epilepsia pierde su status de sujeto y se convierte en un objeto, del que se dicen cosas sin que él tenga voz en la reunión.

Los padres cometen el error de sobreproteger al niño privándolo de llevar una vida normal acorde con su edad. Lo consideran un niño diferente, vulnerable, condicionado por la enfermedad. Es muy probable que se convierta en un joven inseguro, dependiente y afligido. Los padres deben evitar que el niño capte la inquietud y preocupación constantes que su enfermedad ha creado en la familia, aceptando las crisis con naturalidad. En caso contrario pueden despertarse en el joven sentimientos de impotencia y culpabilidad.

Al mismo tiempo, hay que cuidar que los niños con epilepsia no sean excesivamente mimados y consentidos (como compensación a otras limitaciones impuestas por los padres) y se conviertan en pequeños tiranos. También se debe evitar que todas sus actuaciones negativas o irracionales sean achacadas absurdamente a la epilepsia.

Como padre, hay muchas cosas que se pueden hacer para proporcionar apoyo y aliento a su hijo o hija:

- Aprender lo más que pueda acerca de la epilepsia.

- Hablar abierta y honestamente sobre la epilepsia con su hijo o hija.
- Evitar decir cosas que podrían hacer que su hijo se sienta como un problema o una carga.
- Siempre ser positivo.
- Elogiar y afirmar los logros de su hijo.
- Alientar a su hijo a participar en los deportes, pasatiempos y otros intereses.
- Ayudar a su hijo a hacer amigos.
- Trabajar con su hijo para que les pueda explicar la epilepsia a los amigos, familiares, maestros y otras personas.
- Continuar con las actividades familiares y tradiciones.
- Tomar tiempo para sí mismo sin sentirse culpable.

Si tiene otros hijos, intente comprender sus sentimientos y frustraciones. El tener un hermano o una hermana con epilepsia muchas veces causa que disminuya el tiempo que pasa el niño con sus padres. El presenciar cuando un hermano o una hermana tienen una crisis puede ser una experiencia aterradora. También les puede provocar vergüenza. Aliente a sus hijos a expresar sus sentimientos y hágales saber que tener estos sentimientos no es malo. En cuanto estén lo suficientemente maduros, explíqueles qué es la epilepsia y enséñeles cómo ayudar en caso de que su hermano o hermana tenga una crisis. Cuando sea posible, planifique eventos y actividades especiales con sus otros hijos. El pasar unos diez minutos leyendo un libro, dando un paseo, o yendo a comprar un helado puede ayudar que todos sus

hijos se sientan especiales y apreciados. También es sumamente importante continuar con las celebraciones y tradiciones (cumpleaños, días festivos, vacaciones) que son una parte esencial de la vida familiar.

El rol del profesor en el proceso de integración educativa del alumno con epilepsia

Los profesores debe ser un modelo positivo tanto para el alumno con epilepsia como para el resto de compañeros actuando con calma y positivamente ante este alumno, sin dejar que use la epilepsia como una excusa y ayudándole a desarrollar su confianza para tratar con situaciones difíciles y mejorar autoestima.

Es necesario para ello conocer el tipo de epilepsia de nuestro alumno y saber reconocer los cambios de comportamiento y estados de ánimo asociados a su condición así como el grado de afectación de sus logros académicos e interacción social.

Algunas de las estrategias referentes al aprendizaje cuando no hay alguna crisis y que pueden resultar de utilidad en el aula son las siguientes:

- Sentar al alumno frente a la pizarra.
- Colocar carteles con palabras clave o los puntos más importantes a tratar así como mapas conceptuales y asociación por campos semánticos para vocabulario nuevo.
- Adaptar el lenguaje hablado y escrito a su nivel.
- Ayudarle a organizar su material con códigos de colores o etiquetas. Es muy útil tener una revisión sistemática de su trabajo.

- Asegurarse de que las tareas son claras y entendibles por el niño. En algunos casos es conveniente dar preguntas con respuestas múltiples en casos de problemas de memoria.
- Si son necesarias ayudas visuales y auditivas, se las pueden llevar a casa para reforzar el aprendizaje.
- Si la epilepsia le afecta en el recuerdo de las instrucciones y de las normas a la hora de elaborar trabajos más extensos, se pueden dar las instrucciones por escrito o si son muy pequeños se pueden elaborar tarjetas clave para cada uno de los pasos de la tarea o bien presentar la secuencia entera.
- Ser consciente de que puede haber cambios de un día para otro. Puede ser de ayuda que las habilidades requeridas para las diferentes actividades no sean las mismas y dar oportunidad para la transferencia de conocimiento.

Otro de los puntos que tenemos que tener en cuenta es que la comunicación directa y fluida entre la familia y los maestros es indispensable para el desarrollo del niño, que tiene que sentir que familia y escuela forman un equipo que le apoya y ayuda. De este modo también nos aseguramos que la información llega a todos. Los registros son muy útiles en este caso.

La seguridad de los alumnos siempre es una prioridad en los centros educativos y por supuesto lo es cuando tenemos un alumno con epilepsia en el aula. Algunas pautas son muy sencillas, como sentar al alumno con epilepsia en un sitio

donde haya espacio y no haya objetos con los que se pueda dañar en caso de caída al suelo.

Los profesores deben saber acerca de la epilepsia y lo que ocurre durante una crisis convulsiva para saber cómo dar los primeros auxilios a un alumno en caso de presentarse ésta.

Lo que deben saber maestros y padres de familia sobre primeros auxilios ante una crisis convulsiva

Lo que se debe de hacer.

- Conservar la calma, ya que una actuación precipitada puede ser peligrosa.
- Tratar de que la persona no se lesione durante la crisis epiléptica, quitando objetos peligrosos de alrededor (aristas de muebles, objetos punzantes, etc.) y colocando algo blando bajo su cabeza, para evitar que se golpee contra el suelo.
- Aflojar ropas alrededor del cuello, (corbatas, camisa, etc.).
- Se debe colocar de lado con cuidado, para facilitar la respiración.
- Se debe colocar de lado con cuidado, para facilitar la respiración.
- Observar la duración de la crisis epiléptica. En la gran mayoría de las ocasiones este tipo de crisis epilépticas finaliza en dos o tres minutos, tras lo cual la persona se recupera gradualmente.

- Se debe esperar al lado de la persona hasta que la crisis epiléptica termine. Dejar que descanse hasta que se recupere y comprobar que vuelve poco a poco a la situación normal.

Lo que no se debe de hacer.

- No se debe tratar de inmovilizar a la persona por la fuerza durante la crisis epiléptica.
- No se debe introducir ningún objeto en la boca con el afán de que la lengua no vaya hacia atrás, dado que puede ser peligroso si traga este objeto y se queda alojado en las vías respiratorias, además de las posibles lesiones orales, al intentar introducirlo a la fuerza.
- No es necesaria la respiración boca a boca durante la crisis convulsiva, aunque se tenga la impresión de que la respiración queda bloqueada por la rigidez, salvo que la persona no vuelva a comenzar a respirar terminada la crisis convulsiva.
- Nunca se debe dar agua, alimentos o pastillas por la boca durante la crisis epiléptica o poco después puesto que un posible vómito con el conocimiento alterado puede ser muy peligroso.
- La administración de medicamentos durante la crisis epiléptica en otra forma que no sean pastillas, solamente se debe dar en caso de que la crisis se prolongue o bien por indicación del médico en situaciones clínicas concretas. Así mismo, una vez finalizada la crisis epiléptica no es útil la administración de medicación sedante.

Necesidad de atención médica urgente.

La gran mayoría de las crisis epilépticas terminan de forma muy rápida y no es necesario trasladar a la persona con epilepsia conocida a un Servicio de Urgencias por la crisis epiléptica en sí. Se debe trasladar en las siguientes circunstancias:

- Si la crisis epiléptica dura más de 5 minutos.
- Si la crisis epiléptica se repite en corto espacio de tiempo.
- Si no recupera por completo la situación previa, tras un periodo de tiempo prudencial después de la crisis epiléptica.
- Si ha habido un traumatismo importante durante la crisis epiléptica.
- Si la persona que ha sufrido la crisis epiléptica está embarazada.
- Si se trata de una persona que no sea epiléptica. En este caso no se conoce la causa y puede tener una enfermedad aguda que requiera un diagnóstico y tratamiento urgente (por ejemplo, meningitis, trombosis cerebral, intoxicación, etc.).

Con las pautas anteriores, los docentes del plantel educativo deben ser capaces de brindar una atención adecuada al alumno con epilepsia, llevado a cabo con calma y seguridad las medidas arriba mencionadas.

Etapas III.

Orientaciones pedagógicas para la atención del alumno con epilepsia en la escuela regular

Las orientaciones o recomendaciones a seguir para mejorar en todo lo posible la relación cuando no está presente la crisis epiléptica. Saber en qué consiste la epilepsia y conocer perfectamente el tipo de epilepsia que padece la persona en cuestión: tipos de crisis, cómo actuar, medidas de la vida diaria, posibles limitaciones.

Fomentar una progresiva autonomía e independencia personal. Hay que ayudarlas a decidir y no decidir por ellas, ni exigirles que decidan. Cuando se sientan con capacidad de decisión ganan confianza en sí mismas, comprendiendo que son los responsables de sus actos. De esta manera adquirirán confianza en sus posibilidades y capacidades. La epilepsia no tiene que impedir el desarrollo físico, intelectual y emocional del que la padece, pensar siempre en positivo.

Se debe hablar abiertamente de la epilepsia, informando con claridad de la situación tanto al que la padece como a sus familiares y allegados. Poder hablar con franqueza de la enfermedad es ya una muestra de normalidad. De esta manera la persona con epilepsia sabe que puede contar con los que le rodean para comentar sus dudas y preocupaciones, viéndose aceptada tal cual es. Se debe evitar el trato diferente hacia el niño con epilepsia respecto a sus hermanos, así como entre el grupo de amigos y en familia.

Establecer unas expectativas de vida realistas, fomentando sus capacidades y habilidades, apoyándola para que las desarrolle. Proponer pequeñas metas que puedan ser alcanzadas antes de proponer otras más elevadas. Fomentar los hábitos de medicación, comida, sueño y actividad. La regularidad es importantísima para la mejoría de las crisis epilépticas.

No ocultar que padece epilepsia. Las personas que ocultan su enfermedad suelen tener problemas de inseguridad, gran dependencia de otros, tendencia a la introversión, pocas relaciones sociales y gran estrés en el trabajo o en el colegio, todo ello ocasionado por el temor a tener una crisis y “ser descubiertas”. Por el contrario, el comentar su enfermedad hace que la persona no necesite comportarse como si no lo fuese, desaparecen complejos de inferioridad y disminuye la tendencia al aislamiento social y la inseguridad.

La persona con epilepsia tiene derecho y la necesidad de ir descubriendo por sí misma muchos aspectos del mundo, a pesar de los riesgos que pueda correr. Es mejor correr el riesgo a que tenga una crisis fuera de casa jugando, que mantenerla siempre a la vista, entre algodones, por si acaso tuviera una crisis. Estar abierto a permitir y alentar las actividades físicas y sociales le hará sentirse igual a las demás.

El Programa de Atención aquí presentado, ha proporcionado información clara sobre la Epilepsia y la mejor manera de apoyar a un alumno con este padecimiento para su integración a la educación regular. Los maestros, padres de familia y alumnos deben conocer la epilepsia más a fondo y apoyar el proceso de integración de quienes lo padecen, tomando en cuenta que es una enfermedad neurológica que

en la mayoría de las ocasiones con la atención y apoyo adecuados permite el desenvolvimiento normal de la persona en ambientes naturales.

Reporte de electroencefalograma digital y mapeo cerebral



REPORTE: ELECTROENCEFALOGRAFIA DIGITAL Y MAPEO CEREBRAL

Neurofisiólogo: NEURAL JCR.
Médico Tratante: IMSS
Tipo de Estudio: ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL CONVENCIONAL.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:	Gabriel Sánchez Tzec	Fecha de Nacimiento:	12/3/2005
Edad:	7 años.	Sexo:	M
Diagnóstico:	En estudio.		
Medicamentos:	No.		
Historia:	En estudio.		
Hospital:	IMSS. Campeche.		

INFORMACIÓN DEL ESTUDIO

Fecha:	22/4/2012	No. de Estudio:	
Hora de comida:		Técnico:	ISAAC
Electrodos:	10-20 INTERNACIONAL		

REPORTE

HALLAZGOS:

Se realizó estudio electroencefalográfico digital convencional de acuerdo a las recomendaciones de la Federación Internacional de Neurofisiología Clínica, mismo que se analizó en los montajes longitudinal, transversal y referencial. No se presentaron incidentes durante la realización del estudio. El estudio se realizó con previa preparación del paciente con desvelo. Los resultados fueron los siguientes:

ACTIVIDAD BASAL EN VIGILIA:

El estudio se realizó únicamente en vigilia.

Artefacto ocasional en regiones anteriores debido a cierta inquietud con movimiento ocular y parpadeo.

La actividad basal cerebral es continua y uniforme.

En regiones posteriores, predomina una actividad alfa que reacciona de manera adecuada con las maniobras de cierre y apertura palpebral.

Hay actividad propia de desvelo.

En general la actividad logra mantenerse con adecuada simetría y sincronía entre ambos hemisferios cerebrales.

ACTIVIDAD BASAL EN SUEÑO.

Sin registro en sueño.

Calle 21 No. 72 x 12 y 14
Col. México C.P. 97125 Mérida, Yuc.
Conmutador: (999) 2 54 04 04
9 26 02 07

Clinica Londres
Av. Retorno Venustiano Carranza No. 532
Ciudad de Chetumal, Quintana Roo
C.P. 77034
Tel. (983) 1 27 03 57

PAGINA 1



REPORTE:
ELECTROENCEFALOGRAFIA DIGITAL
Y MAPEO CEREBRAL

MANIOBRAS DE ACTIVACION.

Sin alteraciones.

OTROS:

A lo largo de todo el estudio no es evidente la presencia de alteraciones generales o focales de la actividad basal.

Escasa actividad paroxística epileptiforme consistente en ondas agudas con localización frontal izquierda.

INTERPRETACION FINAL.

*ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL CONVENCIONAL EN VIGILIA
CON ACTIVIDAD PAROXISTICA EPILEPTIFORME FOCAL FRONTAL
IZQUIERDA.*

ATENTAMENTE

Dr. Joao Garcia Martinez.
Neurología Pediátrica.

Calle 21 No. 72 x 12 y 14
Col. México C.P. 97125 Mérida, Yuc.
Conmutador: (999) 2 54 04 04
9 26 02 07

Clinica Londres
Av. Retorno Venustiano Carranza No. 532
Ciudad de Chetumal, Quintana Roo
C.P. 77034
Tel. (983) 1 27 03 57

PAGINA 2

Solicitud de Tomografía y Ultrasonido (IMSS)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION CAMPECHE HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1 DR. ABRAHAM AZAR FARAH			
SOLICITUD DE TOMOGRAFIA Y ULTRASONIDO			
NOMBRE:	EDAD:	SEXO:	
SANCHEZ TZEC GABRIEL	6 1/2	MASC.	
AFILIACION:	FECHA DE ADSCRIPCION:		
6791 75 5145 3M2005			
FECHA DE SOLICITUD:	FECHA DE CITA:		
ESTUDIO SOLICITADO:	SERVICIO:		
TAC CRANEO SIMPLE	PEDIATRIA		
MÉDICO TRATANTE	AUTORIZACION JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO		
DR. PACHECO BOLDINO MARCO			
TIPO DE ESTUDIO:	ORDINARIO:	URGENTE:	EXTERNOS: CAMA:
RESUMEN CLINICO Y DIAGNOSTICO DE ENVIO:			
Paciente de 6 años 6 meses presenta conulsiones desde los 3 meses de edad			
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 1 CAMPECHE DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E IMAGEN 11			
11 FAVOR DE ENVIAR ESTUDIOS EX PREVIOS: REPORTES RADIOLOGICOS: INTERPRETA EL ESTUDIO NOMBRE: GABRIEL SANCHEZ TZEC AFILIACION: 6791 75 5145 3M2005 FECHA: 19 ABRIL 2012 ESTUDIO: TC DE CRANEO SIMPLE			
Los tejidos blandos y las estructuras óseas presentan una densidad normal. Las cisternas de la base, surcos corticales, las circunvoluciones de amplitud y densidad conservada. El sistema ventricular: ventrículos laterales, tercero y cuarto ventrículo de morfología y tamaño normal. Los ganglios basales de morfología y densidad normal. En la fosa posterior, ángulo pontocerebeloso y la región supratentorial el parénquima presenta densidad dentro de lo normal, sin identificarse lesiones focales, ni difusas. La diferenciación de la sustancia gris y blanca se encuentra normal. CONCLUSION: IMÁGENES TOMOGRAFICAS COMPATIBLES CON CRÁNEO DENTRO DE LÍMITES NORMALES			
FECHA DE ENTREGA:		MÉDICO RADIOLOGICO	
		Dr. ALFONSO A. LARA TORRES RGP 965023 RCE 3245550	

Interconsulta Neurología (IMSS)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS

INTERCONSULTA A ESPECIALIDAD

ORDINARIO+++ ☐

URGENTE ☐

NUMERO DE AFILIACIÓN NOMBRE

SANCHEZ TZEEC GABRIEL.
679175514583M2005OR

CURP

DIAGNOSTICO DE ENVÍO

EPILEPSIA/PB. DEFCITI DE ATENCION. T.D.H.
FECHA EN QUE SE ESTABLECE EL DIAGNOSTICO EN EL IMSS

9.oct.12

FECHA EN QUE SE SOLICITA LA INTERCONSULTA

9.oct.12

INTERCONSULTA

INTERCONSULTA AL SERVICIO DE:

NEUROLOGIA.

UNIDAD CONSULTADA

DELEGACIÓN

H.G.R. No. 12 B.J.

YUCATAN

UNIDAD Y SERVICIO QUE SOLICITA

DELEGACIÓN

HGR No. 12 B.J.

YUCATAN

DIAGNOSTICO

HEREDITARIOS

1 - DIABETES

()

2 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL

()

3 - CARDIOPATIA ISQUEMICA O AVC

()

4 - CANCER

()

5 - ALERGIA

()

6 - OTROS

()

PERSONALES PATOLOGICOS

1 - DIABETES

()

2 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL

()

3 - TUBERCULOSIS

()

4 - OTRA ENFERMEDAD CRONICA

()

DISLIPIDEMIA G-II

5 - ALERGICOS

()

6 - INGESTION CRONICA DE MEDICAMENTOS

()

7 - OTRO (S)

()

8 - EDAD 7a

9 - SEXO MASC () FEM ()

10 - OCUPACIÓN CON AMBIENTE ADVERSO

11 - ESTRATO SOCIOECONÓMICO BAJO

12 - HACINAMIENTO

13 - SANEAMIENTO BÁSICO DEFICIENTE

14 - HÁBITOS ALIMENTARIOS

BAJO PESO SOBRE PESO

15 - PRACTICA REGULAR DE EJERCICIO

16 - TABAQUISMO

17 - ALCOHOLISMO

18 - EMBARAZO ACT UAL

19 - ESTADO TENSION AL PROLONGADO

20 - AUTOMEDICACIÓN

21 - PRÓXIMA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Inst. Mex. Seguro Social QUE AUTORIZA

HGR # 12 B.J.

Dr. José O. Balam Basto

Coord. Clínico Vesp.

Mat. 7214495

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS: Escolar, No AHF de importancia. APP: producto de embarazo pretermino, obtenido por eutocia, peso de 2Kg. A los 3 meses de edad, presencia de crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas, sin estímulo desencadenante aparente. Recibió manejo con DFH sin control aún en dosis progresivas. Hace 8 meses la última crisis. Manejo por Neurología en Campeche actual con Oxacarbazepina. Refiere la madre trastornos conductuales importantes. EEG con ESCASA ACTIVIDAD PAROXISTICA EPILEPTIFORME. SE ENVIA PARA VALORACION Y MANEJO.

INTERPRETACION AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO UTILIZADO

1 - SIN RESPUESTA AL TRATAMIENTO

2 - COMPLICACIÓN

3 - AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

4 - RIESGO DE SECUELA+++++

5 - COMPLEMENTACIÓN DIAGNOSTICA+++++

6 - TRATAMIENTO ESPECIALIZADO+++++

INCAPACIDAD

FOLIO

EG

AT

EP

MEDICO RESPONSABLE FIRMA Y MATRICULA

Dr. Luis Méndez 25934

Cofa - al doctor 15:00, Dra Chan #13

Encuesta aplicada a docentes



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD U.P.N. 041
"MARIA LAVALLE URBINA"
CAMPECHE



MAESTRÍA EN INTEGRACIÓN EDUCATIVA

"PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA LA INTEGRACIÓN
DE UN ALUMNO CON EPILEPSIA"

ENCUESTA

INSTRUCCIONES: CONTESTE LAS PREGUNTAS SEGÚN SU CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA. EN CASO DE NO CONOCER LA RESPUESTA DEJAR SIN CONTESTAR LA PREGUNTA.

ITEM 1. EPILEPSIA Y CURACIÓN

¿Considera usted a la epilepsia como una enfermedad incurable?

a) Si

☒ No

ITEM 2. CARÁCTER DE LA ENFERMEDAD

La epilepsia es una enfermedad:

a) Poco importante

b) Leve

☒ Grave

ITEM 3. FRECUENCIA

¿Ha tenido o tiene un alumno con epilepsia?

a) Si

☒ No

ITEM 4. LUGAR DE ESTUDIO

El niño con epilepsia debe estudiar en:

a) Centro de educación básica regular

b) Centro de educación básica con atención especial

☒ Centro de educación para niños excepcionales

ITEM 5. RENDIMIENTO ESCOLAR

¿Cree usted que el rendimiento de un alumno con epilepsia es el mismo que el rendimiento de uno sin epilepsia?

a) Si

☒ No

#6

ITEM 6. CAPACIDAD PARA APRENDER

¿Cree usted que el niño con epilepsia posee la misma capacidad para aprender que uno sin epilepsia?

- ☒ a) Igual capacidad
- ☐ b) Menor capacidad

ITEM 7. RELACIÓN PROFESOR-ALUMNO

¿Cuál es su relación con el alumno con epilepsia?

- ☒ a) Igual que todos
- ☐ b) Más estrecha

ITEM 8. RIESGOS DEL NIÑO CON EPILEPSIA

¿Cuál es el mayor inconveniente para un alumno con epilepsia?

- ☒ a) Riego de accidente
- ☐ b) Bajo rendimiento por ausentismo
- ☐ c) Deterioro intelectual

ITEM 9. ACCIONES ANTE UN ATAQUE

¿Qué acciones toma ante un ataque? (Puede marcar más de una respuesta)

- ☒ a) Colocar un pañuelo en la boca
- ☒ b) Frotar brazos y piernas
- ☐ c) Estirar los dedos
- ☒ d) Dar aire

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

Trípticos para padres de familia y docentes

¿Qué hacer cuando una persona tiene una crisis Epiléptica? Las crisis epilépticas suelen durar entre 2 o 3 minutos, cuando esto suceda: • Gire al paciente suavemente hacia un costado y colóquele algo blando debajo de su cabeza para evitar que se golpee y aspire secreciones.  • No trate de darle medicamentos durante la crisis. • No introduzca nada en su boca • Si puede, controle el tiempo de duración de la crisis. • Permanezca calmado. • Luego de una crisis el niño puede quedar cansado o irritable, déjelo descansar. • Al día siguiente puede asistir a la escuela normalmente.	 SECRETARÍA DE EDUCACIÓN UNIDAD UPN 041 "MARIA LAVALLE URBINA" MAESTRÍA: INTEGRACIÓN EDUCATIVA "PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR DE UN ALUMNO CON EPILEPSIA" PRESENTA: TIRSO RENÁN SUÁREZ SEGOVI	Información sobre EPILEPSIA 
--	---	---

 ¿Qué es la Epilepsia? La epilepsia es un trastorno originado en el cerebro. Las neuronas (células cerebrales) están conectadas unas con otras y se comunican entre sí mediante impulsos eléctricos. Algunas veces se presenta un descarga excesiva de un grupo de neuronas, el resultado visible es una convulsión; cuando esto se repite más de una vez, se dice que esa persona tiene epilepsia. Hay diferentes clases de epilepsia y se manifiestan con distintos tipos de convulsiones; crisis focales (afectan solo una parte del cuerpo) y otras generalizadas, que se pueden presentar como ausencias. ¿Por qué le pasa esto a mi hijo? La epilepsia puede ser: • Hereditaria • Provenir de un traumatismo importante en la cabeza. • Ser consecuencia de algún padecimiento como meningitis o encefalitis. • Idiopática: No es posible determinar la causa con exactitud.	El Tratamiento El médico determinará cuál es la medicación correcta. Si bien algunos pacientes pueden tener convulsiones a pesar de recibir la medicación adecuada; la gran mayoría tiene posibilidades de no repetir las crisis, cuando se cumple con el tratamiento, tomando la medicación como se le indicó y sin olvidar ni saltar tomas. Algunas veces las crisis pueden precipitarse por diversas situaciones, por eso se recomienda: • Dormir la cantidad suficiente de horas. • No olvidarse de tomar la medicación, ni modificar las cantidades que le indicó el médico. • Concurrir siempre a los controles médicos.	 El niño con epilepsia No hay que tratarlo de manera especial, pensar o hacer cosas por él, ni dormir con él solo porque tiene epilepsia. Este tipo de actitudes solo pueden conducir a que el niño presente problemas de conducta, socialización o de rendimiento escolar, que nada tienen que ver con tener epilepsia. El niño con epilepsia puede realizar las actividades escolares, hogareñas y deportivas con total normalidad como cualquier otro niño. Solo debe tener supervisión por parte de un profesor o un adulto responsable si practica natación. La escuela Es conveniente avisarle al maestro y a sus compañeros que el niño tiene epilepsia. Es importante que la escuela cuente con información adecuada para saber como manejarse en caso de una crisis.
---	--	--

¿Cómo puede manifestarse una crisis epiléptica parcial?



movimientos torpes



habla confusa



caminar sin rumbo



masticación



mirada perdida



temblores

¿Qué hacer con una convulsión?

- MANTENGA LA CALMA.** Una vez que se inició la crisis, NO podrá detenerla. La mayoría pasan solas, y duran menos de 1 minuto.
- DESPEJE EL LUGAR.** Retire objetos o muebles con los que pueda lastimarse. Alcéjese la ropa, coloque algo blando debajo de la cabeza.
- NO PONGA NADA EN LA BOCA.** La lengua no se traga. No se ahogará. No intente abrir la boca, puede lastimarlo o lastimarse usted. No puede evitar que se muera.
- RECUESTELO DE COSTADO.** Si no puede, gire la cabeza hacia un lado, para que las secreciones o un vómito salgan fácilmente y no se aspire.
- NO SE ALARME.** Si dejó de respirar, o se le ponen los labios morados. No haga maniobras para reanimarlo. Se recupera solo.
- ¿CUANDO LLAMAR AL MÉDICO?** Solo en caso de que la crisis dure más de 5 minutos. O pase de una crisis a otra sin recuperar la conciencia.
- OBSERVE.** Cuidadosamente los movimientos para informar detalladamente lo ocurrido.
- SEA COMPRENSIVO Y AMIGABLE.** Cuando el niño o el joven se recupere, puede estar apenado, avergonzado, asustado, tranquilo.
- NO LE OFREZCA NADA.** De comer o beber, hasta que esté totalmente recuperado.
- PERMITA QUE DESCANSE.** Algunas personas, luego de la crisis, presentan dolor de cabeza, dolores musculares, náuseas, vómitos, o sueño, déjelo dormir hasta que esté totalmente recuperado.



EL NIÑO CON Epilepsia



Elaboró: Tirso Renán Suárez Segovia

Introducción

La información aportada aquí está dirigida al personal docente, para que conozca una de las enfermedades neurológicas más frecuentes que se origina en el sistema nervioso central y que suele debutar en la infancia. Como los niños pasan mucho tiempo en las escuelas, los docentes deben conocer la enfermedad y los aspectos psico-afectivos que pueden asociarse.

El niño debe integrarse en clase, los compañeros deben tener información acorde a la edad, y es tarea de todos: médicos, pacientes, padres y maestros difundir la información.

En ocasiones los factores externos, como puede ser el prohibir a un alumno realizar alguna actividad por el miedo a la aparición de las crisis, puede afectar el desarrollo y la autoestima de ese niño, mucho más que la propia enfermedad en sí misma.

Los maestros deben explicar a los compañeros del niño con epilepsia lo que significa la epilepsia. Esta información debe transmitirse de manera positiva y lo menos dramática posible.

Aprendizaje y epilepsia

El niño con epilepsia puede tener un desempeño intelectual y social totalmente normal acorde a su edad. La epilepsia en la gran mayoría de los casos no es causa de discapacidad. Históricamente se ha relacionado a la epilepsia con dificultades de aprendizaje, bajo rendimiento intelectual y académico y dificultades de adaptación a la escuela. Son creencias que suelen rodear a la epilepsia y que dificultan la plena integración de estos niños.

La mayor parte de los niños con epilepsia pueden recibir una escolaridad normal, y posiblemente solo sea necesario establecer un contacto informativo a través de los padres, entre los médicos y los docentes, para que estos últimos conozcan las características y peculiaridades que genera en el niño su enfermedad (si las hay) y para conocer los primeros auxilios elementales que habría que practicar con el niño en caso de crisis.

Estos niños generalmente presentan una inteligencia normal, sin deterioro cognitivo, y sin trastornos de adaptación o conducta. En ocasiones puede observarse una disminución en la atención fácilmente subsanable mediante la adecuación del diseño de las tareas y del método de enseñanza. Incluso si el niño con epilepsia presenta un bajo rendimiento escolar, ocasionado por las propias crisis o por su medicación, éste se presenta con falta de atención, fatigabilidad, inestabilidad emocional, etc. y no difiere de los problemas que pueden presentar otros alumnos de la misma clase.

En estos casos, la ayuda psicopedagógica que necesita no se diferenciará de la que recibiría cualquier otro niño no epiléptico con problemas de aprendizaje similares.

¿Qué es la epilepsia?

Es una enfermedad que se origina en el cerebro, con crisis que se repiten en el tiempo y que se acompañan de determinadas características. No toda convulsión significa epilepsia. Por ejemplo, una persona con diabetes puede presentarlas por alteración de la glucoemia.

Las crisis se producen por una alteración transitoria de las neuronas. Las neuronas transmiten información entre ellas por impulsos eléctricos y sustancias químicas (neurotransmisores), cuando esos impulsos son excesivos, se produce una crisis. Hay varios tipos de crisis, dependiendo de la cantidad, ubicación y función de las neuronas afectadas en el cerebro.

Hay crisis que sólo afectan una parte del cuerpo, sin pérdida de conciencia; otras todo el cuerpo con pérdida de conocimiento. Puede haber relajación de esfínteres (la persona se orina). Otro tipo son las ausencias: la persona pierde el conocimiento por segundos, se tilda, fija la mirada, puede parpadear, queda congelada en su movimiento, o hace movimientos automáticos, tipo chapulteco, masticación. Como son tan breves, a veces tardan en diagnosticarse.

¿Qué causa la epilepsia?

En la mayoría de las personas no hay ninguna causa. En algunos casos puede ser hereditaria. En otros es consecuencia de lesiones que afectan el cerebro en cualquier momento de la vida: antes de nacer, por enfermedades durante el embarazo, o trastornos genéticos, prematuridad, traumatismos severos, infecciones (meningitis), hemorragias, etc.

Dieta, ejercicio y otras actividades

En general no hay restricciones para ninguna actividad. No hay limitaciones en la dieta, campamentos, actividades artísticas ni deportivas. Estas actividades, salvo contadas excepciones, no sólo no deben ser prohibidas para estos niños, sino que se les debe estimular a participar en ellas porque facilitan su desarrollo físico, mejoran su equilibrio emocional y, lo que puede ser aún más importante, contribuyen a facilitar la integración social del niño.

El médico debe ser el que señale si hay restricciones para alguna actividad, y esto dependerá del control de las crisis.

Tratamiento

Una vez hecho los estudios necesarios para el diagnóstico y según el tipo de epilepsia se decide el tratamiento. Generalmente con medicación que deberá tomar por un tiempo prolongado, y en forma diaria. Casos excepcionales se tratan con cirugía, dieta especial, o un dispositivo tipo marcapasos.