

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

UNIDAD AJUSCO

**PROPUESTA PSICOPEDAGÓGICA: EPILEPSIA,
MANUAL PARA EL MAESTRO**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

PRESENTA:

ARREDONDO RAMIREZ LETICIA

ASESOR: MTRO. MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ BEDOLLA

MÉXICO, D.F.

2005

A mi Hijo, con todo mi amor

ÍNDICE

I. Resumen	1
II. Introducción	2
III. Justificación	4
1. Necesidades Educativas Especiales	5
1.1 Integración Educativa	9
1.2 Transición de la educación especial en la integración Educativa	10
1.3 Integración	14
2. Dificultades de Aprendizaje en el Niño(a) Epiléptico(a)	17
3. Aspectos Sociales del Niño(a) Epiléptico(a)	21
3.1 Problemas Afectivos en el Niño(a) Epiléptico(a) y su entorno	21
3.2 Problemas Familiares	22
3.3 Problemas Escolares	23
3.4 Prejuicios Sociales	24
3.5 Epilepsia e Inteligencia	26
3.6 Epilepsia y Conducta	26
3.7 Epilepsia y Aprendizaje	26
4. ¿Qué es la epilepsia?	27
4.1 Tipos de epilepsia	30
4.2 Clasificación en las Crisis Epilépticas	30
4.2.1 Crisis y Epilepsias Parciales	31
4.2.2 Crisis y Epilepsias Generalizadas	32
4.3 Elementos de las crisis	36
4.4 Síndromes Epilépticos	36
5. Método	39
5.1 Planteamiento del Problema	39
5.2 Objetivo General	39
5.2.1 Objetivo Particular	40
5.3 Tipo de Estudio	40
5.4 Sujetos	40
5.5 Escenario	40
5.6 Instrumento	40
5.7 Procedimiento	41
5.8 Resultados	41
5.8.1 Cuadros y Gráficas	43
A. Información General	43
B. Conocimiento que tienen los maestros(as) sobre epilepsia	47
C. Experiencia de los maestros(as) en el trabajo con niños(as) con necesidades educativas especiales	73

Conclusión	90
A. Manual de Epilepsia para el maestro(a)	94
B. Construcción y objetivo del Manual	94
Referencias Bibliográficas	159
Anexo	
Cuestionario de epilepsia para el maestro(a)	164

I. Resumen

La epilepsia es una manifestación de la energía eléctrica a nivel del cerebro, se presenta mediante crisis convulsivas o comúnmente llamados ataques; ha sido uno de los grandes problemas de la humanidad tanto por su prevalencia como por sus consecuencias médicas, sociales y sus diferentes formas de presentarse, constituyen un factor de riesgo neurológico importante para el desarrollo del niño(a) que la padece.

Los estudiantes con epilepsia o que son propensos a la misma, presentan problemas de aprendizaje y generalmente son discriminados o rechazados por la comunidad escolar, al manifestarse dentro de la escuela una crisis convulsiva por lo que esto afecta significativamente su rendimiento académico y autoestima.

El objetivo de esta investigación es desarrollar un Manual teórico, didáctico y accesible dirigido a los maestros(as) de escuela regular que coadyuve en la intervención psicopedagógica para la integración escolar de niños(as) con epilepsia.

Para elaborar el marco teórico se realizó una revisión teórica y documental de diversos autores sobre el tema, así mismo se recabó información por medio de un cuestionario que se aplicó a maestros(as) tanto a nivel de formación como de su experiencia laboral; con base en lo anterior se diseñó el Manual de epilepsia para el maestro(a).

II. Introducción

Las epilepsias son trastornos neurológicos frecuentes en la infancia y constituyen un factor de riesgo psico neurológico importante para el desarrollo del niño(a) que la padece, con posibles consecuencias en el ámbito social.

Actualmente se distinguen numerosas epilepsias y síndromes epilépticos(as) que difieren por la edad de comienzo, las causas, la respuesta terapéutica y la evolución, y que sólo tienen en común el origen de las crisis que las caracterizan en una descarga anormal de una población neuronal.

Algunos síndromes epilépticos(as) cesan o mejoran con la edad, otros persisten, otros empeoran y otros cambian, apareciendo nuevos tipos de crisis.

En México la epilepsia es un padecimiento crónico recurrente, que se entre 1 y 1.5% lo que representa más de un millón de personas. Dos tercios de las personas con epilepsia inician sus síntomas antes de la adolescencia. Ello implica que a las escuelas llegan una gran cantidad de alumnos(as) con este padecimiento.

Los estudiantes con epilepsia o que son propensos a la misma presentan problemas de aprendizaje y generalmente son discriminados, rechazados o temidos por sus compañeros(as) o por sus maestros(as) al presentar en el salón de clases un ataque o crisis convulsiva, por lo que esto afecta significativamente su rendimiento escolar y autoestima. Es por eso que la integración educativa juega un importante papel en la educación de niños(as) que presentan alguna necesidad educativa especial que dificulte su desarrollo o su aprendizaje.

Los maestros(as) ante esta situación desconocen gran parte de lo que es este tipo de enfermedad y no cuentan con una herramienta que pueda ayudarles a comprenderla y apoyar a sus alumnos(as) que la padezcan.

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es desarrollar un manual dirigido a los maestros(as) de educación básica que coadyuve en la intervención psicopedagógica para la integración educativa de niños(as) con epilepsia.

Para lograr este fin se presenta un marco teórico que abarca especialmente el tema de epilepsia, tipos, síndromes y clasificación, entre otros, para que con base en esto se elabore dicho manual.

Para esto se consultaron diferentes autores, teorías e investigaciones para conocer lo que es la epilepsia y sus repercusiones en el aprendizaje escolar, en el ámbito familiar y en el social de niños(as) que la padecen. Por otro lado, se aplicó un cuestionario para saber el grado de conocimientos que los maestros(as) a nivel primaria tienen sobre este tema a fin de verificar los conocimientos que ellos tienen sobre el tema.

En el capítulo uno se hace referencia a las Necesidades Educativas Especiales y la Integración Educativa, mencionando cómo nuestro país ha transitado por distintos modelos conceptuales y organizativos que han definido la forma y la manera de ofrecer atención a alumnos(as) que presentan alguna necesidad educativa especial con y sin discapacidad, integrándolos a escuelas regulares apoyándoles en las dificultades en su aprendizaje.

En el capítulo dos se revisan las Dificultades de Aprendizaje en el Niño(a) Epiléptico(a) que hacen hincapié en los problemas para acceder a determinada o determinadas áreas en las cuales pueden intervenir factores intelectuales, neurológicos, sensoriales, físicos, de adaptación personal o social, o bien, aquellas dificultades que perturban el progreso escolar de los alumnos(as) debido a la falta de habilidad que muestran para el acceso a los aprendizajes escolares .

En el capítulo tres se presentan los Aspectos Sociales del Niño(a) Epiléptico(a) mencionando los problemas afectivos y su entorno, los problemas familiares, los escolares, los prejuicios sociales, la epilepsia y el aprendizaje, la epilepsia y la conducta, en el que se explica cómo afecta específicamente la memoria a corto plazo y la memoria de retención, la cual se relaciona con disfunción del lóbulo temporal, el déficit de atención que da lugar a un bajo rendimiento en diferentes tipos de tareas, mencionando también que los niños(as) con epilepsia presentan más lentitud en el procesamiento de información en tareas más complejas y las dificultades y retos que la epilepsia del niño(a) representa a lo largo de su evolución.

La conducta en este tipo de niños(as) es otro factor que condiciona su aprendizaje causando su segregación escolar hacia un colegio especial en una buena parte de ellos.

En el capítulo cuatro se da a conocer el concepto de epilepsia, los tipos, síndromes, elementos y estados epilépticos y se revisa también la clasificación de las crisis epilépticas.

En el capítulo cinco se presenta el método que se siguió para la realización de la propuesta dirigida a los maestros(as) de primaria en forma de un manual, que con los resultados de la exploración y los conceptos que lo fundamentan se ofrece como una herramienta para los docentes.

III. Justificación

Desde la modificación al artículo 3º Constitucional que dio como resultado al artículo 41º de la Ley General de Educación se está llevando a cabo la integración educativa en México.

Se han desarrollado estructuras en la organización escolar como las Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER) y los Centros de Atención Múltiple (CAM), que apoyan y han permitido que se realice este trabajo de integración.

Los maestros(as) cada vez son más sensibles a la incorporación de niños(as) con necesidades educativas especiales para integrarlos o admitirlos, a sus grupos con una mejor actitud y realizando las adecuaciones curriculares correspondientes, el modelo educativo se ha transformado y está en proceso de reconstrucción para servir mejor a los niños(as) con este tipo de necesidades.

Como se verá más adelante, México tiene una larga historia en cuanto a la forma de atender a sus ciudadanos menos afortunados; esta historia de atención a las personas con discapacidad comenzó en 1867, desde entonces el gobierno se ha esforzado en proporcionar atención a las personas con problemas físicos e intelectuales.

Sin embargo, la tendencia en la atención era la de separar; últimamente y en concordancia con organismos internacionales y siendo coherentes con los procesos de cambio, las personas con necesidades y los profesionistas del campo han empezado a trabajar para que todos los ciudadanos mexicanos tengan las mismas oportunidades de educación y empleo.

Es por lo anterior que el propósito de este trabajo es proporcionar una herramienta de consulta que permita a los maestros(as) realizar estas tareas con mayor eficiencia y que a su vez coadyuve en el conocimiento de un tema tan específico como es el caso de niños(as) con epilepsia, sus características, trastornos y el auxilio en casos de convulsión, asimismo qué pasa con estos niños(as) en cuanto a su aprendizaje y desempeño escolar.

1. Necesidades Educativas Especiales

En el siglo XIX comienza la educación especial y así empiezan a crearse instituciones que en un inicio fueron mayoritariamente para la atención de ciegos, sordomudos y personas con retraso mental; sin embargo, los centros e institutos eran construidos fuera de las ciudades. “La creación de las instituciones tranquilizaba la conciencia colectiva, se estaban proporcionando cuidados y asistencia, sin que la presencia de discapacitados ofendiera la vista, el oído o el olfato de la comunidad” (Toledo, 1984).

Posteriormente la obligatoriedad de la enseñanza por el contrario en vez de favorecer la integración, empezó a etiquetar a los alumnos(as) en normales y no normales, es entonces cuando se cree necesario la realización de programas y métodos educativos que dan lugar a un modelo fuertemente utilizado.

En nuestro país “la educación especial ha transitado por distintos modelos conceptuales y organizativos que han definido la forma y modo de ofrecer la atención a los alumnos(as) con necesidades educativas especiales”. (Morales, 1998).

El modelo educativo se ha transformado, de ser asistencial a un modelo terapéutico y realmente educativo que está en proceso de reconstrucción para servir mejor a los niños(as) con necesidades educativas especiales. México tiene una larga historia en la búsqueda en cuanto a la forma de atender a sus ciudadanos menos afortunados. Esta historia de atención a las personas con discapacidad comenzó con el presidente liberal Benito Juárez, quien fundó dos escuelas la Escuela Nacional para Sordos en 1867 y la Escuela Nacional para Ciegos en 1879. Desde ese momento, el gobierno se esforzó en proporcionar atención a las personas con problemas físicos e intelectuales, a pesar de las dificultades que a veces tuvo que enfrentar. (Ezcurra, 1982).

Sin embargo, la política de atención siempre tendió a aislar o entrenar en algunos casos en algún oficio. Sólo en los últimos años, motivados por el ímpetu de organismos internacionales y buscando ser coherentes con los procesos de cambio, en otros países, las personas con necesidades y los profesionistas del campo han empezado a luchar para que todos los ciudadanos mexicanos tengan las mismas oportunidades de educación y empleo sin tomar en cuenta su posición de clase, género, etc. (Kingle 1995, citado en Shea y Bauer 2000).

A través del informe Warnock elaborado en 1987 fue introducido el concepto de necesidades educativas especiales y en el que se encuentra mejor resumido este nuevo planteamiento en el cual se imprime este término de “alumnos(as) con necesidades educativas especiales” que hoy en día es utilizado en el ámbito educativo. Dicho reporte expresa que ningún niño(a) debe ser considerado ineducable; que la educación es un bien al que todos tienen derecho. También señala que los fines de la educación son los mismos para todos, independientemente de las ventajas o desventajas de los diferentes niños(as).

Estos fines son, primero, aumentar el conocimiento que el niño(a) tiene del mundo en que vive, al igual que su comprensión imaginativa tanto de las posibilidades de ese mundo como de sus propias responsabilidades en él; segundo proporcionarle toda la independencia y autosuficiencia de que sea capaz, enseñándole con ese fin lo necesario para que encuentre un trabajo y esté en disposición de controlar y dirigir su propia vida.

Los niños(as) encuentran diferentes obstáculos en su camino hacia este doble fin, para algunos, incluso los obstáculos son tan enormes que la distancia que recorrerán no será muy larga. Sin embargo, en ellos cualquier progreso es significativo” (Warnock 1987, citado en Echeita 1989).

En el informe (Warnock 1987, citado en Brennan 1982) se define como necesidad educativa especial a aquella que requiere:

- La dotación de medios especiales de acceso al currículo mediante un equipamiento, instalaciones o recursos especiales, la modificación del medio físico o técnicas de enseñanza especializadas.
- La dotación de un currículo especial o modificado.
- Una particular atención a la estructura social y al clima emocional en los que tiene lugar la educación.

También considera que se dan cuando una deficiencia (física, intelectual, emocional, social o cualquier combinación de éstas) afecta al aprendizaje hasta tal punto que son necesarios algunos o todos los accesos especiales del currículo al currículo modificado, o a unas condiciones de aprendizaje especialmente adaptadas para que el alumno(a) sea educado adecuada y eficazmente.

Por su parte, Bautista (1993) señala que el término aparece por primera vez en el Informe Warnock y es considerado como aquel en el que el niño(a) necesita de una educación especial sin presentar alguna dificultad en el aprendizaje que requiera una medida educativa especial.

En un principio pensar en términos de necesidades educativas especiales puede resultar un proceso complejo debido a una falta de tradición en nuestro sistema educativo. En el momento de atender las diferentes dificultades de aprendizaje de los alumnos(as) puesto que la tendencia que ha prevalecido hasta hoy ha sido hacia la clasificación de los mismos en diversas categorías, con base a las distintas deficiencias que presentan y que no han aportados; sin embargo, la información suficiente para determinar una intervención una intervención educativa dentro del contexto escolar, esto a su vez, no posibilita la toma de decisiones claras en lo que se refiere a requerimientos educativos para éstos niños(as).

De acuerdo con Steenlandt (1991) se define a un alumno(a) con necesidades educativas especiales cuando presenta una dificultad mayor para aprender que la mayoría de los niños(as) de su edad; se trata del alumno(a) que requiere de recursos educativos especiales, adicionales o diferentes a los que comúnmente están disponibles, es decir cualquier niño(a) puede en algún momento,

experimentar dificultades en la escuela, la ayuda y el apoyo deben estar disponibles para todos los alumnos(as) cuando sea necesario. Las dificultades educativas resultan de la interacción entre las características del niño(a) y el entorno que es usado en la escuela: los profesores(as) deben responsabilizarse por el progreso de todos los niños(as) y deben contar con el apoyo necesario para cumplir estas responsabilidades.

Por otro lado, Guajardo (1998) define el término de necesidades educativas especiales como una pretensión de asimilar la interactividad social que se gesta entre los agentes y su realidad escolar, por lo que la propia discapacidad no determina las necesidades educativas especiales, sino las consecuencias sociales de éstas.

Actualmente el concepto de necesidades educativas especiales se enfoca en que el alumno(a) tiene las mismas posibilidades para aprender, teniendo en cuenta que todos los seres humanos en condiciones favorables puede progresar a partir de su desarrollo.

En realidad no existe un consenso respecto a la definición de necesidades educativas especiales, sin embargo la mayoría de los profesionales que trabajan en esto han acordado identificar a la educación especial como: la instrucción que se otorga a sujetos con necesidades especiales de educación que requieren de otros servicios diferentes a los prestados en el aula de clase regular (Sánchez et al 1999).

Por otro lado, dentro de las necesidades educativas especiales es necesario considerar los recursos educativos que son aquellos que benefician a la enseñanza dentro de las escuelas regulares, tal es el caso de los profesores(as) y especialistas, la aplicación del material didáctico, adecuaciones de acceso (supervisión de barreras arquitectónicas y adecuación de los edificios) y del currículo.

Otros recursos fundamentales son: la preparación y competencia profesional de los profesores(as) para que tengan la capacidad de elaborar un proyecto educativo inclusivo que permita realizar adaptaciones curriculares y de adecuar el sistema de evaluación, también el dar apoyo psicopedagógico y poder utilizar nuevas metodologías de atención a la diversidad educativa.

Básicamente la idea que aporta el concepto de necesidades educativas especiales es que las causas de las dificultades no están sólo en el alumno(a), porque éste tenga un déficit concreto, sino también en deficiencias del entorno educativo. (Blanco, et al 1992).

Bajo esta perspectiva, Echeita (1989) opina lo siguiente que la dimensión real de las dificultades de aprendizaje de los alumnos(as) tiene un carácter fundamentalmente interactivo, es decir, dependen tanto de las características personales del alumno(a) como de las características del entorno educativo y social en el que éste se desenvuelve.

Al comprender lo anterior se tiene una mejor concepción de la inclusión e integración de los alumnos(as) con necesidades educativas especiales con y sin discapacidad dentro del contexto escolar.

Si sólo se piensa en que las dificultades están en el alumno(a), conlleva, por lo general, a un bajo nivel de expectativas respecto a las posibilidades de los mismos y un menor compromiso por parte de la escuela para dar respuesta a sus dificultades. Sin embargo, desde una concepción interactiva y ecológica de las dificultades del aprendizaje, la escuela tiene una mejor visión y un mayor compromiso en la búsqueda de respuestas que puedan eliminar, o compensar en lo posible estas dificultades.

Al hablar de necesidades educativas especiales, se hace referencia a que todos los niños(as) a lo largo de su educación, pueden presentar dificultades para aprender. Estas dificultades pueden ser transitorias o permanentes u oscilar en un continuo que va de poco a significativas.

La atención a estas necesidades consiste en adecuar el sistema educativo a las necesidades de todos los niños(as) proporcionándoles los apoyos específicos para su aprendizaje. Es necesario señalar que no sólo requieren técnicas para integrar al aula regular, sino que es indispensable partir de un cambio fundamental de concepción, tanto del aprendizaje y la enseñanza, como de las relaciones sociales que se dan en la escuela (Saad, 1997).

Continuando con Echeita y Martín (1995) en donde mencionan que el carácter del aprendizaje es fundamentalmente interactivo, comentan que la interacción es uno de los posibles aspectos que pueden analizarse dentro del proceso ya que en enseñanza el aprendizaje, la interacción constituye el núcleo de la actividad, puesto que el conocimiento que se genera se construye de manera conjunta, precisamente porque se produce interactividad entre dos o más personas que participan en él.

Como señala Coll (1987) la actividad del alumno(a), o del grupo de alumnos(as), viene condicionada a su vez por la actividad del profesor(a). De él va a depender el tipo de organización de la clase y, por lo tanto, el tipo de interacción. Su intervención o la falta de la misma va a interferir en estos procesos posibilitando así distintos mecanismos cognitivos y relacionales. Por lo tanto, no se puede estudiar la actividad de los alumnos(as) con independencia de la actividad del profesor(a).

La educación es principalmente una actividad de atención y facilitación de la realización y del desarrollo integral de los estudiantes, quienes han de entenderla como la oportunidad básica para la incorporación a la sociedad, es entonces cuando la escuela debe ser por principio un derecho, que debe incluir y asumir metodologías flexibles ante una población cada vez más heterogénea y lograr así, si no la igualdad uniforme si la equidad de acceso y calidad de objetivos educativos para toda la población. Es por ello que la calidad educativa no es posible bajo criterios de exclusión de comunidades e individuos sino bajo criterios de integración. (Medina, 1999) citado en tesis por Aranda, et al (2002).

1.1 Integración educativa

A mediados del siglo XX empieza la creación de escuelas de educación especial García (1981) citado por Bautista (1993) señala que se genera un modelo de atención educativa en el que los alumnos(as) son ubicados en aulas especiales segregadas, entonces surge el profesor(a) de educación especial.

Bautista (1993) dice que se inician los primeros signos de rechazo por parte de los padres y madres de familia, hacia este tipo de escuelas; por lo que los profesionales de la educación empezaron por transformar la estructura a través de un programa de acción con tendencia a superar la limitación de oportunidades de los sujetos

Dichos programas se referían a la medida de inteligencia, capacidad de agrupación y diferenciación de los sujetos de las escuelas en relación con los logros de los estudiantes. Con esto se dio lugar a la clasificación de los alumnos(as) y la especialización como base para la presentación de servicios educativos, siendo estos, dos obstáculos para la construcción de una escuela para todos aún en nuestros días.

De acuerdo con las crecientes políticas de integración es indispensable que tanto la familia como el educador estén preparados para desempeñar una función integradora con efectividad. Una forma de contribuir con este proceso, es brindando una definición sencilla de la palabra integración; concebida como un derecho de la persona con necesidades especiales a vivir y desarrollarse plenamente dentro de sus posibilidades personales reales, en el ambiente familiar, social, educativo o laboral, esto implica, que deben darse una serie de adaptaciones que satisfagan dichas necesidades de los niños(as) que las presenten (Morales, 1993).

Para corregir esta situación, y siguiendo la experiencia llevada a cabo en otros países, en 1985 se aprobó en España la Ley de Integración Escolar (Real Decreto del 6-III-85 sobre la Ordenación de la Educación Especial) con la explícita intención de integrar en los centros y aulas "normales" aquellos niños(as) o niñas que tenía deficiencias físicas o psíquicas. Las líneas fundamentales de este Real Decreto tal como lo menciona Guzmán (1989), son las siguientes:

- Que la institución escolar sea dotada de servicios que incidan en su dinámica, con la finalidad de favorecer el proceso educativo, evitar la segregación y facilitar la integración del alumno(a) disminuido en la escuela.
- Que esa misma institución escolar contemple la existencia de Centros Específicos de Educación Especial que permita aprovechar y potenciar al máximo las capacidades de aprendizaje del alumno(a) disminuido.
- Que establezca la necesaria coordinación dentro del sistema educativo, de forma permanente, con los Centros de Educación Especial y los Centros Ordinarios.

1.2 Transición de la educación especial hacia la integración educativa

Los antecedentes de la Educación Especial en México se remontan a la segunda mitad del s. XIX cuando se crean escuelas para sordos y ciegos. En 1915 se fundó en Guanajuato la primera escuela para atender a los niños(as) con deficiencia mental y posteriormente se diversificó la atención a niños(as) y jóvenes con diferentes discapacidades sobre todo por medio de Instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela de Orientación para Varones y Niñas y la Oficina de Coordinación de Educación Especial. A finales de los 70 se crea la Dirección General de Educación Especial (DGEE) con la finalidad de reestructurar el Sistema Nacional de Educación Especial. (Secretaría de Educación Pública, 2000) citado en tesis por Mar, et al (2004).

En nuestro país la DGEE crea los grupos integrados "A" y "B", con carácter experimental en el Estado de Puebla, durante el ciclo escolar 1970-1971, para el siguiente año y con este mismo propósito se continuó en el Distrito Federal con seis grupos.

A lo largo del proceso de estas investigaciones se detectó otra subpoblación con problemas de aprendizaje mucho más severos, los cuales sin llegar a ser considerados como deficientes mentales, no permitían al niño(a) tener acceso a los aprendizajes con la ayudas de las estrategias didácticas del trabajo psicopedagógico de los grupos integrados (Martínez 1988).

Debido a que los grupos integrados "A" se enfrentaron a serias dificultades con estos alumnos(as) la Dirección General de Educación Especial decide crear grupos integrados "B" los cuales debían atender a los alumnos(as) con necesidades severas en el aprendizaje y en los aspectos cognitivo, social y afectivo.

Una de las limitantes de ambos grupos fue la de llevar un currículo especial paralelo que cubriera las necesidades cognitivas, afectivas y psicomotoras de los alumnos(as).

Es por esto que la integración educativa no logra darse, ya que los alumnos(as) estaban dentro de la escuela regular sólo físicamente, es decir se les segregaba porque no eran participantes del currículo básico.

A pesar de las dificultades con las que se enfrentaron dichos grupos, éstos fueron pioneros de la nueva visión de la educación especial que apostaba por una educación integrada. Una integración basada en principios tales como el de la normalización, la cual suele ser mencionada como: "la base filosófica e ideológica de la integración escolar" (SNTE, 1997).

A partir de la década de los 80 los servicios de educación especial se clasifican en dos modalidades:

- Servicios Indispensables: Centros de Intervención Temprana, las Escuelas de Educación Especial y los Centros de Capacitación de

Educación Especial; éstos funcionaban en espacios específicos separados de la educación regular.

- Servicios Complementarios: Centros Psicopedagógicos y Unidades de Atención a Niños(as) con Capacidades y Aptitudes Sobresalientes (CAS). También se contaba con Centros de Orientación, Evaluación y Canalización (COEC). A finales de esta década y principios de los años 90, surgieron los Centros de Orientación para la Integración Educativa (COIE).

En 1993 se impulsó un proceso de reorientación y reorganización de los servicios de educación especial, los cuales cambiaron las concepciones acerca de la función de los servicios de educación especial como la promoción de la integración educativa y la reestructuración de servicios; en esta reorientación se adopta el concepto de necesidades educativas especiales. A partir de estos cambios la reorganización se realizó de la siguiente manera:

- A) Transformación de los servicios escolarizados de educación especial en Centros de Atención Múltiple (CAM), definidos en los siguientes términos: "Institución educativa que ofrece educación básica para alumnos(as) que presenten necesidades educativas especiales con o sin discapacidad". Teniendo la responsabilidad de escolarizar a los alumnos(as) que no puedan integrarse al sistema educativo regular.
- B) Establecimiento de Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) con el propósito de promover la integración de las niñas y niños(as) con necesidades educativas especiales a las aulas y escuelas de educación inicial y básica regular.
- C) Creación de Unidades de Orientación al Público (UOP), para brindar información y orientación a padres y madres de familia y maestros(as).

En nuestro país, la integración escolar ha sido gradual a través de las siguientes etapas:

- Apoyo al alumno(a) dentro del aula regular a través de clases especiales por maestros(as) especialistas.
- Atención a la escuela regular con clases especiales que se suman a las horas de clase regular.
- Niños(as) con discapacidades que interactúan con sus pares sin discapacidad en los recreos o en clases extraescolares. (SNTE, 1997).

Según Sánchez, et al (1999) en México hace falta un modelo general de integración de mecanismos para su funcionamiento, el marco legal que establece el Estado está obligado a destinar recursos para la educación especial y las metas a las que aspira la educación especial son las descritas en los manuales operativos de la SEP (1993), cuyos objetivos son los siguientes:

- Capacitar al individuo con necesidades especiales para ser una persona autónoma y facilitar su integración social de tal manera que pueda disfrutar y gozar de una vida satisfactoria.
- Actuar de manera preventiva para promover el grado máximo de desarrollo psicoeducativo de una sociedad.

- Desarrollar programas adicionales que promuevan habilidades para compensar las limitaciones del individuo.
- Elaborar un currículo que promueva independencia personal, comunicación, socialización y la capacidad de gozar de trabajo y recreación.
- Promover la aceptación de personas con requerimientos de educación especial que consideren los principios de normalización e integración.

Por tal motivo es indispensable enfatizar el grado y tipo de ayuda que el profesor(a) prestará al alumno(a) en dicho proceso de integración (Sánchez, et al 1999).

De acuerdo con García, C. (1995) se estaría haciendo referencia a una escuela para todos, en la que se incluiría una forma de entender la escuela basada en supuestos diferentes de los que tradicionalmente han servido para el establecimiento de servicios en educación especial; una escuela en la que las necesidades educativas especiales son entendidas como necesidades que deben ser cubiertas, no como un servicio particular dirigido a los alumnos(as) individualmente y a sus familias sino como un servicio que la escuela pone a disposición de los padres y madres y alumnos(as).

Siendo así se habla de una escuela diferente que sirve a fines y valores diferentes, caracterizándose por su propósito de no ser una escuela para un tipo de niños(as) determinado, ya sea éste el niño(a) normal o el ideal de la escuela, en este sentido se propone educar a todos y todas.

Las implicaciones que surgen a partir de esta forma de concebir la escuela se dan a diferentes niveles y son las siguientes:

- La escuela para todos y todas es una escuela más abierta a la comunidad, más participativa en sus problemas y en sus soluciones.
- Esto a su vez significa una mayor participación la familia y la cooperación de otras instituciones.
- La escuela para todos y todas es una escuela que, al responder a diferentes necesidades debe replantear su currículo (qué, cómo y cuándo enseñar), debe planificar su actividad de forma diferente.
- La escuela para todos y todas es una escuela que debe incluir nuevos servicios, tanto para los nuevos alumnos(as) como para los profesor(a)es, pues éstos también tienen necesidades (servicios de formación, de apoyo, de orientación, etc.).
- La escuela para todos y todas es una escuela que entiende la organización de la enseñanza de una manera diferente; el cómo enseñar cada día en su clase.
- Finalmente la escuela para todos y todas es una utopía a la que se alude en casi todos los países en los que la integración avanza, es un paso más en la inclusión, un camino a seguir.

Definitivamente la escuela para todos y todas pretende promover un cambio en el currículo y en el proceso de la enseñanza, de tal manera que se ofrezcan mayores oportunidades para todos los alumnos(as).

Como se puede notar la evolución de la educación especial no siempre ha tomado en cuenta los cambios sociales, no es extraño observar también, cómo en momentos determinados de nuestra evolución, la sociedad no ha demostrado solidaridad con algunas minorías étnicas, religiosas o simplemente diferentes. Además han sido necesarios muchos años para dar cuenta de que no se integra educando a los niños(as) en una escuela diferente. El concepto clave para entender el cambio es la normalización; ya que si los alumnos(as) con necesidades educativas especiales, no tiene acceso a situaciones regulares de aprendizaje, no tendrán nunca la oportunidad de aprender qué se hace en ellas.

No ofrecer todas las necesidades que tienen los demás ciudadanos; prejuzgando la capacidad o incapacidad de un sujeto en particular es un hecho que atenta con los principios que aceptan los marcos constitucionales de cualquier país democrático. Ante estos planteamientos, la escuela debe responder a nuevas necesidades, es decir, no le debe preocupar qué tiene el niño(a) o qué le pasa, sino qué necesita, desde el punto de vista educativo, para poder integrarse en situaciones sociales normalizadas (García, C.1995).

Señala Del Río, (1985) que normalizar no significa pretender convertir en normal a una persona deficiente, sino aceptarlo tal como es con sus diferencias, y reconocerle los mismos derechos que a los demás y ofreciéndole los servicios pertinentes para que pueda desarrollar sus posibilidades y vivir una vida lo más normal posible

Al igual que para Bank (1969) citado en Kugel et al 1989, la normalización está relacionada con la posibilidad de que el deficiente mental desarrolle un tipo de vida tan normal como sea posible”.

Los Modelos de Nirje y Bank (1969) citados en Kugel et al 1989, se enfocan al campo de la deficiencia mental; el primero orienta a la normalización hacia el ritmo y costumbres normales de la vida humana durante el día; tener opción a unas experiencias normales de desarrollo durante el ciclo de la vida así como la posibilidad de tener una casa normal, en un barrio normal; en definitiva, en unas condiciones de vida normales, teniendo derecho a unos niveles económicos también normales.

Normalización para Bautista (1990) significa que el alumno(a) con necesidades educativas especiales desarrolle su proceso educativo en un ambiente lo menos restringido y más normalizado posible.

Por lo tanto la integración representa un medio el cual permite a la persona discapacitada normalizar sus experiencias en el seno de su comunidad (Van, 1991).

Siendo así, y dentro de este contexto de la normalización surge la integración educativa como un medio por el cual se les ofrezca a los niños(as) con necesidades educativas especiales, servicios educativos que les permitan

permanecer y aprender dentro del mismo salón de clases, en el cual se encuentran los niños(as) sin este tipo de necesidades.

Por lo que la Secretaría de Educación Pública (2000) menciona que la integración educativa es un proceso gradual, y señala la existencia de diferentes niveles o modalidades de integración.

En el Distrito Federal, la Dirección General de Educación Especial considera los siguientes niveles de integración educativa:

- Integrado en el aula como apoyo didáctico especial y con apoyo psicopedagógico en turno alterno.
- Integrado en el aula con apoyo didáctico especial y con reforzamiento curricular de especialistas en aulas especiales en un horario alterno saliendo del aula regular de manera intermitente.
- Integrado al plantel asistiendo a aulas especiales para su educación especial compartiendo actividades comunes y recreos.
- Integrado al plantel por determinados ciclos escolares (1º. Educación regular y después educación especial, 2º. Educación especial y después educación regular, 3º. Ciclos intercalados entre educación regular y educación especial (S.E.P. 2000).

Integración escolar para Van, (1991) es un proceso de educar-enseñar en donde estén juntos los niños(as) con y sin discapacidades durante una parte o la totalidad del tiempo. Se trata de un proceso gradual y dinámico que puede tomar distintas formas en relación a las necesidades y habilidades de cada alumno(a). Aclarando que para la integración del niño(a) discapacitado se requiere de una estrecha colaboración entre el personal educativo regular y el especializado, con el fin de adecuar los medios de enseñanza a las necesidades individuales del alumno(a)

Por su parte Birch (1994) citado en Bautista 1990, menciona que es necesario unificar las educaciones ordinaria y especial con el objetivo de ofrecer un conjunto de servicios a todos los niños(as), con base a sus necesidades de aprendizaje.

1.3 Integración

Para la Dirección General de Educación especial de la SEP (1991) la integración consiste en que las personas con discapacidad tengan acceso al mismo tipo de experiencias que el resto de la comunidad. Se busca la participación en todos los ámbitos (familiar, social, escolar laboral), y por lo tanto la eliminación de la marginación y la segregación. El objetivo de la integración es coadyuvar al proceso de formación integral de las personas con discapacidad en forma dinámica y participativa, aceptando sus limitaciones y valorando sus capacidades. Se brinda a cada individuo la posibilidad de elegir su propio proyecto de vida” (SEP/DGEE 1991).

Por su parte García, E. (2000) señala que la integración también trata de incorporar social y físicamente dentro de la sociedad a las personas que están

segregadas y aisladas. Significa ser un miembro activo de la comunidad, viviendo donde otros viven, viviendo como los demás y teniendo los mismos privilegios y derechos que cualquier ciudadano.

Integración es:

- Cuando un niño(a) que se escolariza por primera vez y que por sus características podría haber sido dirigido al centro especial, es acogido en el centro ordinario.
- Cuando niños(as) que están en centros especiales pasan a centros ordinarios en alguna de las modalidades de integración ya sea física, funcional, social o a la comunidad, las cuales Soder (1981), las define como:
 1. *Integración física.* La acción educativa se lleva a cabo en centros de educación especial, los cuales son construidos junto a centros ordinarios, pero con una organización segregada.
 2. *Integración funcional.* En este grado se utilizan los mismos recursos para los alumnos(as) con necesidades educativas especiales y para los alumnos(as) regulares.
 3. *Integración social.* En esta se supone la inclusión individual de un alumno(a) con necesidades educativas especiales en un aula regular.
 4. *Integración a la comunidad.* Busca la inclusión en el ámbito laboral.
- Cuando niños(as) que están a tiempo total en una unidad de educación especial de un centro ordinario se va incorporando paulatinamente al aula ordinaria.
- Y cuando niños(as) que se encuentran en aula ordinaria y que en otras circunstancias pasarían a un lugar más restrictivo ahora van a continuar en el aula ordinaria. (Bautista, 1990).

Siguiendo con la DGEE/SEP (1991) el objetivo de la integración es proporcionar condiciones educativas satisfactorias para todos los niños(as) y niñas dentro de la escuela ordinaria y sensibilizar a maestros(as), padres y madres y autoridades civiles y educativas para que tengan una actitud positiva en todo este proceso, puesto que una actitud positiva por parte de los profesores(as) es un primer paso importante que facilita la educación de los alumnos(as) con necesidades educativas especiales en la escuela integradora.

Por su parte la escuela tiene el deber de proporcionar los elementos necesarios al profesor(a) como es una actualización constante en la cual se retome información acerca de las diversas problemáticas de aprendizaje en las que puede enfrentarse, recursos didácticos y recursos humanos, entre otros.

Para obtener mejores resultados el centro escolar debe coordinarse con los equipos psicopedagógicos, con los padres y madres de familia, con la administración educativa y con los docentes, al mismo tiempo se deberán abordar, la organización del tiempo y del espacio que fortalezca el desarrollo de los alumnos(as) con necesidades educativas especiales (Marchesi et al 1992).

Benny 1975, citado en Bautista 1990, por su parte menciona que la integración como filosofía significa una valoración de las diferencias humanas, porque no se trata de eliminar las diferencias, sino de aceptar su existencia como distintos modos de ser dentro de un contexto social, que pueda ofrecer a cada uno de sus miembros las mejores condiciones para el desarrollo máximo de sus capacidades, poniendo a su alcance los mismos beneficios así como las mismas oportunidades de una vida normal.

Kauffman (1985) define a la integración educativa como la integración temporal, instructiva y social de un grupo de niños(as) excepcionales, con sus compañeros normales, debe estar basada en una planificación educativa y un proceso programado evolutivo e individualmente determinado”.

Zacarías et al (1995) entiende a la integración educativa como la unificación entre la escuela regular y especial, con base en las necesidades de aprendizaje detectadas ello implica la el aumento de responsabilidades del profesor(a) regular, especial, personal administrativo, instructores y personal auxiliar, para que se de una participación efectiva y no sólo como una ubicación física.

Continuando con Zacarías et al (1995) son muchas la modalidades en las que se puede llevar a cabo la integración educativa, las cuales van desde contactos informales participando en actividades no académicas como son la hora del recreo, la hora de la comida o en ceremonias cívicas; aulas de apoyo, programas escolares adaptados hasta la inclusión total en programas regulares con un profesor(a) de apoyo o sin él.

“Integración escolar”, “integración” e “integración educativa” son conceptos que se han utilizado de manera indistinta, es decir, se han tomado en cuenta con la misma connotación: se refieren a los alumnos(as) con requerimientos de educación especial que se integran como alumnos(as) a la escuela preescolar, primaria o secundaria. Mientras que hoy en día sí se establece una diferencia conceptual” (SEP 1996).

Considerando lo mencionado anteriormente, resulta evidente que la integración educativa es lo opuesto a la segregación. El proceso de integración consiste en brindar a los niños(as) con necesidades especiales la oportunidad de participar con sus demás compañeros sobre la base de igualdad, en aquellas actividades que les permitan desarrollar al máximo su potencial y participar en las diferentes expresiones culturales de la comunidad en donde viven, permite la igualdad de oportunidades y la equidad en el acceso a los recursos y servicios que todo ser humano requiere para su bienestar y calidad de vida.

Bajo esta perspectiva educativa en la cual se introducen los conceptos de necesidades educativas especiales e integración educativa, se presta especial atención a los diferentes tipos de ayuda pedagógica que el un alumno(a) dado o un grupo de alumnos(as) precisan favorecer el acceso a los objetivos generales de la educación, y que da pie a la distinción de dos tipos fundamentales de necesidades: la adaptación o adecuación del currículo y la

dotación de servicios complementarios que hagan posible la entrada de estos al currículo escolar.

2. Dificultades de Aprendizaje del Niño(a) Epiléptico

Es una realidad que durante el proceso de aprendizaje algunos alumnos(as) presentan o experimentan dificultad para aprender determinada tarea, que puede tratarse de una dificultad específica o general, pero ¿cuál es el motivo que estos niños(as) las presenten? y ¿qué son las dificultades de aprendizaje?

Las dificultades de aprendizaje hacen hincapié en aquellas dificultades para poder acceder a determinada o determinadas áreas del aprendizaje escolar en las cuales pueden intervenir factores intelectuales, neurológicos, sensoriales, físicos, de adaptación personal o social, o bien, aquellas dificultades que perturban el progreso escolar de los alumnos(as) debido a la falta de habilidad que muestran para el acceso a los aprendizajes escolares. Las dificultades de aprendizaje que muchos niños(as) presentan pueden tratarse de una dificultad específica de alguna tarea en particular (la lectura) o bien, puede tratarse de una dificultad general (cuando el aprendizaje es más lento en una serie de tareas) (Puigdellivol,1995).

Dockrell y Mc. Shane (1992) consideran necesario llevar a cabo una evaluación para poder identificar una dificultad de aprendizaje, y a partir de los resultados se podrá plantear la aplicación de un programa de intervención. Cualquier evaluación o intervención con los niños(as) implica supuestos acerca de los mismos, de este modo para que las evaluaciones sean fiables y válidas, el profesional debe conocer el conjunto de variables que podrían intervenir en la actuación infantil en tareas específicas, pero para transformar esas evaluaciones en intervenciones efectivas, el profesional deberá diseñar un programa que tome en cuenta los requerimientos de la tarea, el comportamiento y las habilidades cognitivas de los niños(as) en el contexto en el que tenga lugar la intervención.

Para comprender las dificultades de aprendizaje estos autores plantean tres elementos básicos:

1. La tarea, en la que un niño(a) presenta dificultades, de tal manera que se comprendan las habilidades necesarias para una buena actuación, para lo cual es importante contar con métodos para evaluar habilidades cognitivas así como otros atributos psicológicos relevantes para que se comprendan las demandas que una tarea plantea al niño(a). Es importante que se lleve a cabo un análisis de la tarea, cuyo objetivo principal es el de descomponerla en una serie de tareas más pequeñas. Después de conocer esa serie de tareas se puede determinar en qué medida el niño(a) que presenta la dificultad puede llevar a cabo una de las subtareas, así se intenta identificar con más precisión la naturaleza de la dificultad y examinar cómo el niño(a) domina una tarea.
2. El sistema cognitivo de los niños(as) se torna en términos de su habilidad para procesar la información que es decisiva para realizar con

éxito una tarea, pero una vez que se conoce cómo es su desarrollo, cabría hacerse las siguientes preguntas: ¿los niños(as) con dificultades en el aprendizaje utilizan los mismos procesos cognitivos que los que no las tienen o difieren de alguna manera en como procesan la información?, si utilizan los mismos procesos ¿en qué sentido su procesamiento es menos efectivo que el de los niños(as) sin dificultades? de no ser así ¿en qué difieren sus procesos? Con base a esto se manejan dos niveles:

- Se refiere a estructuras y procesos generales del sistema que se aplican a cualquier dominio cognitivo, puesto que una dificultad en este nivel posiblemente se manifieste en la forma de alteraciones del funcionamiento en una serie de dominios.
- Se refiere a las estructuras y procesos específicos que son propios de un dominio dado, puesto que, una dificultad a este nivel tendrá probablemente efectos directos sobre un dominio específico, pudiendo tener un efecto indirecto en otros dominios.

Además de los procesos cognitivos que son cruciales para la tarea, existen varios procesos mentales que afectan a la actuación del niño(a), que incluye procesos de ejecución y motivación y se pueden considerar como mecanismos de control que juegan un papel importante en la regulación del sistema cognitivo.

Los niños(as) con dificultades de aprendizaje por lo general cuentan con estrategias de ejecución pobre y con una reducida motivación hacia la tarea.

3. El entorno, es el contexto en donde interactúan de manera conjunta los niños(as) y la tarea, que pueden ser un factor importante que contribuya a los problemas de él, pero al mismo tiempo, e incluso cuando el entorno no contribuye a la dificultad de aprendizaje es posible que en ocasiones se modifique, de tal manera que facilite la adquisición de la habilidad de la que el niño(a) carece.

Por otro lado lo que importa básicamente del contexto no son sus elementos físicos, sino la forma en que es percibido y en dicha percepción intervienen las actividades que se realizan, los roles que desempeña cada uno y las relaciones que se establecen entre estos. De este modo cabe destacar que familia y escuela son los principales contextos de desarrollo en los primeros años de vida del niño(a), puesto que, la importancia de estos microsistemas es que las personas asisten y participan en formatos de actividad progresivamente complejos que los conducen a adoptar roles específicos, a aprender aspectos concretos de la cultura y a dominarlos de forma autónoma, es decir, tanto la escuela como la familia constituyen un apoyo muy importante para la educación formal de los niños(as), además de que la relación familia escuela persigue dos objetivos fundamentales: progresar en el conocimiento del niño(a)/alumno(a) y establecer criterios educativos comunes o, al menos no contradictorios. (Bronfenbrenner, 1987, citado en Solé 1996).

Bajo esta misma perspectiva, Mata (1999) dice que las dificultades de aprendizaje son un fenómeno multidimensional, cuya comprensión exige un

enfoque pluridisciplinario y en cuya intervención debe adoptarse un enfoque multidisciplinar; debido a que las dificultades en el aprendizaje deben concebirse como un continuo en el que se pueden señalar tres situaciones diferenciadas:

- Problemas causados por factores contextuales.
- Problemas causados por factores personales.
- Problemas causados por la interacción entre contexto y persona.

El autor comenta la necesidad de contar con una perspectiva de síntesis derivada de un enfoque ecológico, pues no puede comprenderse al sujeto individual sin atender la inserción en el contexto social (Mata 1999).

Señala Romero (citado en Echeita y Martín 1995) que las dificultades en el aprendizaje se atribuyen a:

- Variables personales tales como la herencia o las lesiones cerebrales.
- Variables ambientales como entornos familiares o educativos pobres.
- Una combinación interactiva de ambos tipo.

De tal manera es posible situar a las diferentes teorías y modelos o formas de concebir a las dificultades de aprendizaje en un continuo persona-ambiente, según que se acentúe la responsabilidad de la persona o del ambiente de la causa de un trastorno.

Así, en un extremo estarían todas aquellas explicaciones que se centran en el alumno(a) y que comparten una visión de la persona como intrínseca y espontáneamente activa, considerándose al organismo como la fuente de los actos. En el extremo opuesto se situarían las corrientes de corte ambiental, que conectan, en mayor o menor medida, con una visión mecanicista del desarrollo y que consideran que la persona está fundamentalmente controlada por los estímulos del ambiente extremo.

No obstante las posiciones no siempre se limitan a una u otra de estas dos categorías, es decir, que por ejemplo, difícilmente se hallará hoy ningún defensor de causas neurológicas que descarte por completo los diversos determinantes ambientales, del mismo modo que quienes enfatizan la importancia de los factores puramente académicos no ignoran la trascendencia de ciertos procesos psiconeurológicos. De aquí que en posiciones intermedias de ese continuo haya que situar a la mayoría de los autores y, desde luego, a las personas integradoras e interaccionistas, defensoras de modelos dialécticos.

Las teorías sobre retrasos madurativos atribuyen la causa de las dificultades en el aprendizaje a demoras o retrasos en la maduración de determinadas estructuras neurológicas o de determinadas funciones psicológicas, en estrecha vinculación con corrientes teóricas y de investigación clásica de la Psicología Evolutiva, que defienden el papel predominante de la maduración en el desarrollo.

Aunque hay diferencias importantes entre las distintas posturas madurativas respecto a las dificultades en el aprendizaje, es posible, sin embargo, señalar características que o bien son comunes a todas ellas, o en las que las diferencias son únicamente de grado, de tal modo que permitan delimitar el significado y el alcance de los llamados retrasos madurativos.

Por lo tanto el concepto de maduración incluye dos factores fundamentales: las influencias genéticas y las experiencias o aprendizajes incidentales. Ambos factores se alternan como preponderantes en el desarrollo según la secuencia evolutiva de que se trate. La madurez es una condición dinámica que depende de las características del niño(a) y, en menor medida pero de forma importante también del entorno.

La importancia de la edad cronológica en el desarrollo es el segundo aspecto del concepto de maduración en el que todas las posturas coinciden. Los cambios se producen en un orden secuencial invariable en el que la edad biológica, edad cronológica y edad psicosocial se confunden, sobre todo en las primeras etapas de la vida, la edad es el indicador, con frecuencia el único, del grado de maduración o disposición alcanzado, y el principal factor discriminante para determinar si un aprendizaje debe o no iniciarse.

Los defensores de los retrasos madurativos como explicación de las dificultades en el aprendizaje afirman, al igual que otros muchos teóricos en Psicología Evolutiva y de la Educación, que la evolución de los niños(as) con dificultades en el aprendizaje, y en general, la de todos los niños(as) con necesidades educativas especiales, procede según el mismo orden y secuencialidad evolutiva que el desarrollo de los niños(as) sin problemas, únicamente su ritmo de evolución es considerado más lento. Por lo tanto el alumno(a) con dificultades en el aprendizaje se diferencia de sus compañeros por una mayor lentitud en el desarrollo, lo que le dificulta, cuando no impide, el poder realizar los mismos aprendizajes y en el mismo periodo escolar.

En ocasiones parece como si se hubieran quedado fijados en un estadio o etapa del desarrollo. Sin embargo, en circunstancias normales de atenciones familiares y escolares, continúan evolucionando dentro de su relativa lentitud para, finalmente alcanzar un nivel de competencia aceptable en las tareas académicas.

Otra característica de las teorías sobre retrasos madurativos es la concepción del alumno(a) con problemas: las causas de las dificultades que el niño(a) padece se sitúan siempre en el propio niño(a), puesto que se atribuyen a condiciones patológicas presentes en él.

Una perspectiva semejante tiene, sin duda, consecuencias importantes en el ámbito de la evaluación, en el del tratamiento y evidentemente en el grado de responsabilidad y de participación de las estructuras familiares, escolares e incluso, sociales, en todo el proceso desde la instauración del problema hasta su recuperación.

Una evaluación neuropsicológica llevada a cabo por especialistas, en niños(as) con epilepsia que presenten mayores dificultades en su aprendizaje, será una herramienta muy importante para la orientación pedagógica la cual determinará si alguno de estos niños(as) presentará necesidades educativas especiales (Romero, citado en Echeita y Martín 1995).

Por lo anterior cabe preguntarnos ¿cuándo un alumno(a) manifiesta necesidades educativas especiales? La respuesta sería de acuerdo a Blanco, et al (1992) cuando los niños(as) presenta dificultades mayores que el resto de los alumnos(as) para acceder a los aprendizajes incluidos en el currículo de acuerdo a su edad (bien por causas internas, por dificultades o carencias en el entorno sociofamiliar o por una historia de aprendizaje desajustada y necesita, para compensar dichas dificultades, adaptaciones de acceso o adaptaciones curriculares significativas en áreas de ese currículo.

Marchesi, (1990) sostiene que un alumno(a) presenta algún problema de aprendizaje a lo largo de su escolarización que demanda una atención más específica y mayores recursos educativos de los necesarios para los compañeros de su edad.

Las dificultades de aprendizaje dependen de los objetivos educativos que se planteen en el currículo establecido, de los niveles que se exijan y de los sistemas de evaluación que se apliquen.

Cuanta mayor rigidez tenga el sistema educativo cuanta mayor homogeneidad exista, cuanto más énfasis se ponga en el cumplimiento de los objetivos, cuanta mayor capacidad de adaptación, flexibilidad y oferta global se dé en una escuela, mayores posibilidades existirán de que más alumnos(as) se sientan desvinculados de los procesos de aprendizaje y manifiesten, por ello más dificultades.

3 Aspectos Sociales del Niño(a) Epiléptico(a)

3.1 Problemas Afectivos en el Niño(a) Epiléptico(a) y su Entorno

Bennie et al 1990 citado en Nieto, 1992, dice que actualmente no se admite que el niño(a) epiléptico tenga una personalidad especial ya que no existen rasgos psicológicos previos a la crisis que hagan pensar en la probabilidad de que el niño(a) vaya a padecer un síndrome epiléptico.

Por otro lado Fornell (1992) comenta que en los últimos años se viene considerando que la epilepsia, debe ser considerada como un riesgo mayor para el correcto desarrollo de los niños(as) puesto que influye en aspectos tan importantes como los conductuales y cognitivos. Junto a ello cada vez se presta más atención a otros aspectos como los afectivos y su entorno.

Desde la primera crisis, en el niño(a) epiléptico y en su entorno van a vivirse situaciones que afectan al estado de ánimo, unas veces en relación a las crisis, otras veces por las consecuencias de estas y en ocasiones por las características especiales de la duración del tratamiento.

Por consecuencia pueden aparecer síntomas psíquicos como tristeza, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades de concentración o síntomas somáticos como anorexia, pérdida de energía o insomnio, que cuando se presenta de forma permanente, durante más de dos semanas constituyen una depresión.

Otras veces los problemas afectivos del niño(a) epiléptico y su entorno no pueden encuadrarse en alguna entidad patológica, siendo sólo situaciones de incomodidad afectiva, surgidas de las dificultades y los retos que la epilepsia del niño(a) comporta a lo largo de su evolución.

Entre los factores que aumentan el riesgo de problemas psíquicos pueden estar los siguientes:

- **Factores dependientes del niño(a):** comienzo en edades tempranas, sexo masculino, presencia de déficit mental, lesión cerebral previa.
- **Factores dependientes de la epilepsia:** crisis del lóbulo temporal, presencia en múltiples tipos de crisis, dificultad para su control y tratamiento con medicamentos.
- **Factores ambientales:** actitudes familiares y sociales frente a la epilepsia como prejuicios, bajo nivel sociocultural, grado de estrés que soporta la familia previamente, exigencias escolares aumentadas o disminuidas, ausencia de estructura social de apoyo. (Fornell 1992).

Todos estos factores se apoyan entre sí, configurando lo que Henriksen (1990) citado en Fornell 1992 denomina complejas dificultades psicológicas a las que se enfrentan el niño(a) epiléptico y sus padres y madres, señalando que los niños(as) son especialmente vulnerables, y que debe procurarse su prevención puesto que la formación del carácter y la personalidad del niño(a) pueden verse comprometidos de no hacerlo.

Sin embargo, no es menos cierto que el niño(a) epiléptico presente con frecuencia trastornos afectivos. El equilibrio caracterial y la adaptación del niño(a) epiléptico son producto de una larga maduración bio-psico-social, de diferentes formas, cuyas etapas se escalonan a lo largo de los años. Se estima que aproximadamente el 50% de los niños(as) epilépticos(as) presentan dificultades psicológicas y sociales en relación con las crisis, medio familiar o patología cerebral asociada.

3.2 Problemas Familiares

Las dificultades familiares se inician con la primera crisis que se vive como una situación de riesgo vital para el niño(a), en especial si aparecen hipotonía intensa o palidez. Muchos padres y madres llegan a creer que el niño(a) han muerto, y la experiencia puede cambiar su percepción del niño(a) y tener un fuerte impacto sobre sus posteriores relaciones: esto les produce sentimientos de tristeza, culpabilidad, extrañeza, que configuran una auténtica reacción de

duelo, la cual puede resolverse correctamente, o convertirse en una depresión si continúan las dificultades, confirmando la idea de pérdida del hijo(a) sano(a). (Rodríguez 1989, citado en Fornell 1992).

Tras el diagnóstico, muchos padres y madres siguen conservando preguntas que con frecuencia no están relacionados con la naturaleza de la enfermedad, sus posibles causas y su pronóstico. Los estereotipos sociales asocian a la epilepsia a déficit mental y enfermedad psíquica, y en cada crisis los padres y madres que comparten los estereotipos temen que pueda quedar en secuela permanente. Es comprensible que los padres y madres traten de que no se produzcan nuevas crisis. Para ello, suelen tratar de liberarle de todo tipo de estrés, disminuyendo sus exigencias en cuanto a disciplina familiar y a esfuerzos intelectuales fundamentalmente. Los padres y madres adoptan así actitudes de sobreprotección que pueden crear tensiones entre los hermanos. Igual puede ocurrir cuando los compañeros de clase perciben diferente trato por parte del profesor(a) Fornell (1992).

3.3 Problemas Escolares

Verity y Ross (1987) citados en Nieto 1992, encontraron que muchos niños(as) con epilepsia presentan dificultades de aprendizajes escolares, un 30% de los niños(as) investigados no terminaban la escolaridad y muchos eran remitidos a educación especial. En algunos, el fracaso escolar puede estar en relación con retraso mental u otros defectos neurológicos asociados, pero en el resto parece estar relacionado con el proceso epiléptico y sus circunstancias.

Fornell (1992) comenta que aunque un gran número de niños(as) epilépticos(as) siguen su escolaridad sin dificultad, otros tienen problemas que impiden su adaptación y les hacen sentirse mal en el salón de clases.

Por tanto el análisis individualizado de las respectivas aportaciones de cada una de las variables al rendimiento escolar es muy complejo. Los efectos adversos sobre varios factores tendrán por fuerza, efectos negativos multiplicativos sobre el rendimiento escolar. Ellos explican que el bajo rendimiento no siempre se deba a baja inteligencia, sino que también puede verse alterado por el tratamiento farmacológico. (Bennie et al 1990 citado en Nieto, 1992).

Entre estos problemas destacan los trastornos de comportamiento, los cuales en muchos de los casos se relacionan con las características del déficit de atención con hiperactividad, Trimble 1989 citado por Fornell 1992, dice que los niños(as) necesitan moverse, no atienden la clase, molestan a sus compañeros o no respetan las normas de disciplina, son exigentes y a veces agresivos.

Si los profesores(as) conocen sobre la enfermedad, pueden considerar que los prejuicios sobre la anormalidad de los epilépticos(as) son ciertos y pedir su traslado a una escuela especial, pero en la mayoría de los casos se sienten

confundidos sobre si deben aplicarles las mismas normas de disciplina que a los demás o tratarlos de manera diferente.

Con frecuencia, se produce un rechazo por parte de los compañeros, que tienden a considerarlos diferentes y una disminución de las exigencias por parte de los profesor(a)es, todo lo cual puede producir un descenso en la autoestima de niño(a) epiléptico que aumentará los problemas.

Una autoestima baja hace que los mismos niños(as) rebajen su nivel de exigencias, lo cual conduce a disminuir las probabilidades de éxito, reforzando así la pobre imagen que tiene de si mismos (Fornell 1992).

3.4 Prejuicios Sociales

Las actitudes sociales adversas, de la familia o del entorno incluida la escuela, tiene gran importancia en los aprendizajes y la conducta, ya que con frecuencia las expectativas que se proyectan sobre el niño(a) son demasiado bajas, y se le priva de la motivación y estímulo necesarios para que progrese con normalidad.

La influencia de la epilepsia sobre las funciones cognitivas es muy compleja, pudiéndose observar una amplia gama de respuestas que va desde la normalidad completa hasta el deterioro progresivo (Nieto 1991).

Según O'Onohoe 1982 citado en Fornell 1992, comenta que los prejuicios contra los epilépticos(as) se deben en parte a que se percibe algún tipo de asociación entre epilepsia, déficit mental, locura, y muerte relacionadas a la creencia de que la epilepsia cursa con crisis convulsivas generalizadas como única forma de expresión.

Además de las crisis, la enfermedad se delata por el hecho de tomar medicamentos y por las restricciones impuestas, en especial en cuanto al ejercicio físico. Esta circunstancia hace que muchos padres y madres no cumplan en cuanto a pautas de dosificación que coincidan con los horarios escolares, o que los niños(as) realicen actividades deportivas desafiando a sus padres y madres para ocultar su padecimiento.

Estos aspectos son aún más importantes en el grupo de jóvenes adolescentes y aún más en los varones, ya que los estereotipos sociales positivos incluyen la práctica de deportes y el consumo de alcohol. Además los niños(as) precisan ser aceptados y valorados en el grupo de iguales. Si este grupo tiene tensiones, el niño(a) epiléptico puede ser objeto de burlas y otras conductas agresivas y discriminatorias, que le impidan sentirse miembro valioso de su pandilla.

Todo esto puede causar tristeza, disminuir la autoestima de niños(as) y padres y madres, causar falta de armonía entre las familias, profesores(as) y padres y madres de los niños(as) sanos, y ser causa de problemas adicionales cuando se intenta enfrentarse con la aceptación de la epilepsia en nuestra sociedad.

Dado que las interacciones sociales positivas son imprescindibles para el adecuado desarrollo afectivo, es importante que la sociedad en general tenga más información sobre la enfermedad, que suele ir asociada con la mejoría de los niveles socioculturales y en especial de los servicios de salud, que deben incluir campañas de concientización de la población sobre ésta y otras enfermedades crónicas (Fornell, 1992).

La epilepsia, es definida como la presentación al menos de dos crisis epilépticas, afecta a 4-5/1000 niños(as) en edad escolar. (Ross, et al (1980), citado en Pascual 1992).

Hasta hace poco buena proporción de los niños(as) epilépticos(as) eran segregados de las escuelas regulares, pero afortunadamente esta tendencia revierte con los años.

Se estima que los problemas de aprendizaje y el rendimiento escolar de niños(as) epilépticos(as) están en función de múltiples factores (fig.1) principalmente de su inteligencia, de la capacidad para mantener la atención, de las aptitudes específicas para el aprendizaje y su conducta.

Factores externos, pero no ajenos al niño(a), esencialmente la reacción del entorno sociofamiliar y el manejo que éste haga del epiléptico, tienen también una influencia básica.

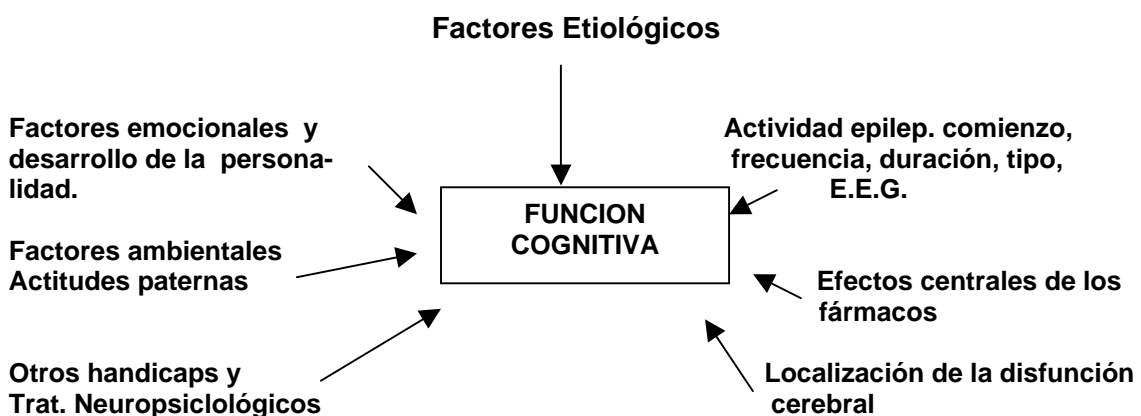


Fig. 1 Factores que influyen en el rendimiento escolar del epiléptico (Aldenkamp 1990).

Gran parte de estos factores, si no todos, están ligados entre si. Además cada uno de ellos puede verse alterado por el tratamiento farmacológico. Por tanto, el análisis individualizado de las respectivas aportaciones de cada una de las variables del rendimiento escolar es muy complejo. Los efectos adversos sobre varios factores tendrán, por fuerza, efectos negativos multiplicativos sobre el rendimiento escolar. Ello explica que el bajo rendimiento no siempre se deba a baja inteligencia. (Aldenkamp, Alpherts, Dekker y cols. (1990), citados en Pascual 1992).

3.5 Epilepsia e Inteligencia

Revisiones antiguas sobre Epilepsia e Inteligencia, citaban una alta proporción de déficits intelectuales entre los epilépticos(as), pero la mayor parte de ellas se basaban en poblaciones sesgadas con predominio de sujetos institucionalizados. Desde luego, las epilepsias secundarias a encefalopatías difusas o focales frecuentemente se acompañan de retraso mental, que es debido fundamentalmente a la propia encefalopatía. (Pascual 1992).

La proporción de epilépticos(as) se eleva según disminuye el nivel intelectual. Entre los escolares con CI normal un estudio epidemiológico encontró un 0.7% de epilépticos(as) elevándose la proporción hasta un 32% en el grupo de niños(as) con CI inferior a 50 (Corbett y Trimble 1984, citados en Pascual 1992).

3.6 Epilepsia y Conducta

La conducta es otro de los factores que condicionan el aprendizaje de los niños(as) epilépticos(as) y como se ha comentado anteriormente, causa su segregación escolar hacia un colegio especial en una buena parte de ellos.

Los trastornos conductuales no son específicos en la epilepsia, esto es, no parece existir un modelo de trastorno epiléptico de la personalidad o de la conducta (Corbett y Trimble 1984, citados en Pascual 1992).

La revisión de los factores que pueden determinar o contribuir a la aparición de trastornos conductuales en los epilépticos(as) indica que es dudoso que los diferentes tipos de crisis (generalizadas, parciales, complejas, ausencias, etc.), conlleven distinto riesgo. Tampoco existe unanimidad en la opinión de con mayor número de crisis a más temprana edad de comienzo de las mismas, aumente el riesgo de trastornos conductuales. (Cull (1988), citado en Pascual 1992).

3.7 Epilepsia y Aprendizaje

Los profesores(as) valoran en conjunto a los niños(as) epilépticos(as) como significativamente peores que sus compañeros respecto al aprendizaje, el nivel de atención, de concentración y de procesamiento mental de la información. (Bennet y Stores 1984, citados en Pascual 1992).

Numerosas aportaciones indican que el rendimiento escolar del epiléptico, incluso del sujeto con epilepsia no complicada, se encuentra por debajo de lo esperado a su edad y a su cociente intelectual. (Farwell, Dodrill y Matzel 1985, citados en Pascual 1992).

Hay que tomar en cuenta una peculiaridad, que es la de la fluctuación sustancial del rendimiento de unos momentos con respecto a otros. Bourgeois, Prensky, Palkes y cols, 1983, citados en Pascual, 1992).

La mayoría de los datos sobre evaluaciones neuropsicológicas en epilépticos(as) indican que los problemas académicos se deben más bien a

déficits cognitivos específicos que a disfunción cognitiva generalizada. (Rugland 1990, citado en Pascual. 1992).

Según Aldenkamp, Alpherts, Dekker y cols. (1990). citados en Pascual 1992), existen tres tipos diferentes de trastornos de aprendizaje en la epilepsia:

- Tipo de déficit de memoria con afectación específica de memoria a corto plazo y memoria de retención que lleva a dificultades en la adquisición y consolidación de imágenes de palabras. Se relaciona, según los autores, con disfunción del lóbulo temporal.
- Tipo de déficit de atención que da lugar a un bajo rendimiento en diferentes tipos de tareas académicas, Los autores han hallado alta proporción de casos con frecuentes crisis de semiología tónico-clónica en este grupo.
- Tipo de aletargamiento en el aprendizaje con afectación especialmente del procesamiento de información en tareas complejas. Lo hallan asociado a dificultades en el aprendizaje de aritmética y está frecuentemente presente en epilépticos(as) tratados con un solo medicamento durante largo tiempo.

Rutter y cols. 1970, citados en Pascual 1992, realizaron un estudio en la población de la isla de Wight encontrando entre los sujetos con epilepsia no complicada, un retraso medio de un año en el nivel de lecto escritura a pesar de que alcanzaban una inteligencia normal. Incluso el 18% de los epilépticos(as) mostraban un retraso de adquisición de lectura cifrable en 2 o más años.

Otros autores como Aldenkamp, Alpherts, Dekker y cols. (1990), citados en Pascual 1992) corroboran la alteración específica de la lectura, del deletreo, reconocimiento de palabras y escritura al dictado, así como de la aritmética.

Todo lo comentado anteriormente sobre el aprendizaje del niño(a) epiléptico, se refiere a los niños(as) con epilepsia no complicada, esto es con inteligencia dentro de la normalidad, en la que la mayoría de los niños(as) no muestran deterioro intelectual, pero sí dificultades en su aprendizaje.

4. ¿Qué es la epilepsia?

La epilepsia ha sido uno de los grandes problemas de la humanidad, tanto por su alta prevalencia e incidencia, como por sus consecuencias médicas, sociales y sus diferentes formas de manifestarse.

Desde los tiempos Hipocráticos se ha insistido en borrar la creencia del carácter sobrenatural de la epilepsia; sin embargo, por el temor e ignorancia, hasta la fecha en nuestra sociedad, el enfermo epiléptico sigue siendo objeto de discriminación y rechazo.

En el desarrollo histórico de la medicina, pocas enfermedades han acumulado muchas creencias erróneas, basadas en la superstición, prejuicio o ignorancia, como la epilepsia. De hecho, en algunos medios es más difícil controlar el ambiente donde se desenvuelve el niño(a) epiléptico y su familia, que el control mismo de sus crisis. En varios periodos de la historia, la epilepsia ha sido vista como signo de castigo o motivo de persecución, de hechizo, de posesión del demonio o como una enfermedad contagiosa. (Feria, et al 1997).

El término epilepsia se utilizó en la antigüedad para referirse a una persona que perdía súbitamente el conocimiento o tenía una crisis. En la actualidad resulta obligado el distinguir entre una crisis epileptiforme y una crisis epiléptica, porque la primera puede ser simplemente un síntoma reactivo o un problema cerebral agudo (fiebre, supresión etílica, trauma craneal) y la segunda es una crisis recurrente, no provocada.

El 10% de la población tiene crisis epileptiforme alguna vez en su vida por diferentes razones, solamente el 2% llegará a desarrollar epilepsia y requerirá de manejo prolongado. Por lo tanto, cualquier persona puede padecer crisis epilépticas. Esta condición no distingue raza, posición social, edad o sexo; sin embargo en la mayoría de los casos las crisis aparecen durante la infancia. (Rodríguez y Pérez 2001).

La epilepsia es una manifestación de la energía eléctrica a nivel del cerebro, se presenta mediante crisis convulsivas.

El cerebro está integrado por un conjunto de células nerviosas llamadas neuronas, que son las unidades básicas del cerebro, las cuales se comunican entre sí mediante pequeños impulsos eléctricos. Las convulsiones ocurren como resultado de periodos breves de actividad eléctrica anormal e incontrolada en las neuronas.

Las neuronas están integradas por un cuerpo celular, un tallo largo (axón) y pequeñas ramificaciones (dendritas) son millones las células nerviosas dispuestas en capas en la corteza cerebral, cada una interconectada con muchas otras a través del axón y las dendritas.

Cuando las células nerviosas se activan liberan una sustancia química llamada "neurotransmisor" que cruza el espacio entre las células y permite que el impulso eléctrico viaje desde el axón hacia las dendritas de la célula siguiente y así se propague el impulso eléctrico que activa o inhibe a la siguiente célula en conexión.

Normalmente los impulsos nerviosos pasan, en una progresión ordenada y controlada, de una neurona a otra. Pero ¿cómo es que ocurre una convulsión? Sucede cuando este orden se ve alterado y las células nerviosas empiezan a disparar señales indiscriminadamente. El grupo de células donde primero se realiza la descarga sin control recibe el nombre de "foco convulsivo", y puede ubicarse en cualquier área del cerebro. Este tipo de descarga provoca una reacción en cadena durante la cual se presenta una crisis o convulsión. (Molina y Uslar 1997).



Molina y Uslar (1997) consideran que los factores o causas de la epilepsia son los siguientes:

- Complicaciones durante el embarazo.
- Falta de oxígeno al nacer o daño cerebral.
- Golpes de importancia en la cabeza (accidentales o provocados).
- Altas dosis de drogas, alcohol o plomo en la sangre.
- Infecciones cerebrales.
- Fiebre alta no controlada.
- Tumores o cisticercosis cerebral.
- Problemas circulatorios o del corazón.

El término genérico de la epilepsia engloba a un grupo de enfermedades que se caracterizan por la manifestación de crisis convulsivas. (epilépticas).

Las crisis epilépticas tiene características comunes que nos permiten identificarlas y diferenciarlas de otras, pseudocrisis, síncope (desmayo), migraña (cefalea pulsátil), enuresis (incontinencia urinaria), sonambulismo, Síndrome de Stoke-Adams (gasto cardíaco con resultado de insuficiente oxígeno al cerebro), ataques isquémicos transitorios (súbita falta de irrigación sanguínea) etc. estos son:

- a) Duración generalmente limitada (la mayoría de las veces breve), con un inicial y final identificables.
- b) La descarga epiléptica tiene una manifestación clínica predecible de inicio a final, de acuerdo al área cerebral implicada.
- c) Las crisis son estereotipadas en su mayoría para el mismo individuo.
- d) Son espontáneas en el sentido de no ser provocadas por un problema causal agudo, aunque pueden ser precipitadas por desvelo, alcohol, fiebre, supresión del medicamento anticonvulsivo, estrés o la presencia de un proceso mórbido concomitante (Rodríguez y Pérez, 2001).

Nieto, (1992) dice que las epilepsias son los trastornos neurológicos más frecuentes en la infancia, y constituyen un factor de riesgo psico-neurológico importante para el desarrollo del niño(a) afectado.

En la actualidad se distinguen numerosas epilepsias y síndromes epilépticos(as) que difieren por la edad de comienzo, los agentes actuales, la tipología crítica, la respuesta a la terapéutica y la evolución, y que sólo tiene en

común el origen de la crisis, que les caracterizan, en una descarga anormal de una población neuronal.

Algunos síndromes epilépticos(as) cesan o mejoran con la edad, otros persisten, otros empeoran y otros cambian apareciendo nuevos tipos de crisis.

Entre los síndromes epilépticos(as) que mejoran tenemos los que se ubican como:

Epilepsias generalizadas idiopáticas (de causa desconocida), la epilepsia-ausencia infantil, que habitualmente cesa al llegar a la pubertad, excepto en un pequeño porcentaje que da paso a la crisis tónico-clónicas generalizadas y el gran mal del despertar, la epilepsia mioclónica juvenil y la epilepsia-ausencia juvenil, que comienza en la pubertad, se asocian con frecuencia entre ellas, presentan una clara predisposición genética y responden bien a la medicación.

Mejoran también hasta la desaparición completa, al llegar a la pubertad sin recaída posterior las epilepsias parciales benignas idiopáticas de la adolescencia y se inician en esa edad obedeciendo a la medicación.

Las crisis epilépticas que persisten son las que acompañan habitualmente a las epilepsias parciales sintomáticas o secundarias a daño cerebral conocido u objetivable.

También persisten, cambian de tipología e incluso empeoran con el tiempo la epilepsia mioclónica severa (contracciones arrítmicas en un solo grupo de músculos), el síndrome de West (cuello, hombros, brazos y tronco) y el síndrome de Lennox-Gastaut (lapsos posturales atónicos, crisis tónico-clónicas menores y posturales, alteración intelectual lesiones extensas del cerebro).

El cese persistencia o empeoramiento crítico, en gran parte relacionado con la disfunción o lesión cerebral, va a condicionar junto con factores añadidos el futuro del niño(a) (Nieto, 1992).

4.1 Tipos de Epilepsia

- Epilepsia Sintomática: Se evidencia una anomalía cerebral: cisticercosis, malformación arteriovenosa, tumor, etc.
- Epilepsia Idiopática: Se presenta en individuos con desarrollo e inteligencia normal en quienes no se encuentra una lesión estructural que explique las crisis, tiene una causa no identificada.
- Epilepsia Criptogénica: Se presenta en individuos con retraso en el desarrollo psicomotor, tienen un problema estructural cuya etiología no es identificada.

4.2 Clasificación de las Crisis Epilépticas

A las crisis epilépticas González y Oropeza (2001), las clasifican en dos tipos: Parciales y Generalizadas.

4.2.1 Crisis y Epilepsias Parciales

Son el resultado de una lesión cortical limitada y sus manifestaciones corresponden a las funciones del área cerebral involucrada. Pueden ser simples (sin alteración del estado de conciencia) o complejas (con alteración en el estado de conciencia).

- **Las crisis parciales simples:** preservan el estado de alerta. Los que tiene signos motores se originan en el área motora del lóbulo frontal y se manifiestan por movimientos involuntarios tónicos o clónicos contra laterales, confinados a un segmento corporal o iniciando en un sitio con propagación a un hemicerpo (focales con marcha). Pueden también ser versivas (voltear la cabeza y ojos hacia un lado) o fonatorias (emitir sonidos o palabras). Las que cursan con síntomas somatosensoriales o alteraciones de los sentidos se originan en la corteza sensorial y se manifiestan con fenómenos sensitivos contra laterales o alteraciones olfatorias, visuales, gustatorias o auditivas. Las de síntomas o signos autonómicos pueden consistir en palidez, sudoración, rubor, piloerección, dilatación pupilar, sensaciones epigástricas, etc. También hay crisis con síntomas psíquicos que implican trastorno de las funciones cerebrales superiores, por lo que generalmente se observan asociadas a crisis parciales complejas. Se subdividen en: disfásicas (alteraciones de la comprensión o emisión del lenguaje), dismnésicas (fenómeno de lo “ya visto”), cognoscitivas (estado de ensueño, despersonalización), afectivas (miedo, ira, depresión, ansiedad) ilusiones (macropsia, micropsia) y alucinaciones (visuales o auditivas)
- **Las crisis parciales complejas:** Existen siempre alteraciones del estado de conciencia. Son el tipo de crisis más frecuentes en los adultos y las más resistentes al tratamiento. Pueden ser de inicio parcial simple seguido por deterioro de la conciencia con o sin automatismo (movimientos complicados sin propósito, como caminar, deglutir, chupetear, etc.) o iniciar con deterioro de la conciencia, también con o sin automatismos.

- **Epilepsias Parciales**

Epilepsia idiopática benigna de la Infancia con paroxismos rolándicos temporales o centrotemporales. La cual consiste en crisis motoras breves con espasmos hemifaciales, asociados a síntomas sensitivos. Predominan durante el sueño y pueden generalizarse. Se inician entre los 3 y los 13 años y desaparecen espontáneamente durante la adolescencia, generalmente tienen una predisposición genética.

Ocasionalmente, las descargas locales alternan de hemisferio. Frecuentemente el individuo presenta además migraña con cefalea y trastornos abdominales.

Los síndromes epilépticos con crisis parciales de los diferentes lóbulos son designados por la naturaleza, especificidad y características de sus crisis que permiten separarlas con entidades bien definidas.

Así la epilepsia del lóbulo temporal se caracteriza por crisis parciales simples o complejas que pueden generalizarse secundariamente y frecuentemente coexisten, pueden presentarse periódicamente, aisladas o en conjunto. Se inician en la infancia al principio de la juventud y frecuentemente hay antecedentes de crisis febriles.

La epilepsia del lóbulo frontal se presenta también con crisis parciales simples o complejas que se pueden generalizar rápidamente, pueden ser muy frecuentes durante el día y también presentarse durante el sueño; frecuentemente progresan a status epilepticus (estado permanente convulsivo). La confusión postictal es menor que con las del lóbulo temporal.

4.2.2 Crisis y Epilepsias Generalizadas

En las crisis generalizadas la descarga se extiende a los dos hemisferios cerebrales y se afecta de manera simultánea la totalidad de la corteza.

La característica clínica de estas crisis es que hay pérdida de la conciencia y no conlleva ninguna manifestación que pueda atribuirse a una localización anatómica específica en cualquiera de los hemisferios cerebrales. Son de varios tipos:

- **Ausencias:** Se caracterizan por una breve alteración en la conciencia; en ocasiones son de tan corta duración que el mismo individuo no se da cuenta de ellas y con frecuencia las confunde con momentos de distracción. Se dividen en dos grupos: Ausencias Típicas y Atípicas.
- **Ausencias Típicas:** Se presentan con un inicio y final bruscos, pueden presentarse como ausencias simples o ausencias con componentes asociados.
- **Ausencias con Componente Clónico:** En esta crisis la ausencia se acompaña de movimientos mioclónicos rítmicos de poca intensidad, generalmente en los párpados o alrededor de la boca.
- **Ausencia con Componente Tónico:** Puede limitarse a una desviación de los globos oculares o una extensión de la cabeza con retropulsión del tronco.
- **Ausencias con Automatismo:** Se presentan con más frecuencia cuando las crisis son de una duración mayor de 30 segundos. Un mismo individuo puede presentar ausencias con varias manifestaciones clínicas acompañantes.
- **Ausencias Atípicas:** A diferencia de las típicas, son de inicio menos abrupto. La alteración de la conciencia es menos intensa y generalmente

de mayor duración; se asocian con mayor frecuencia componentes tónico o atónicos.

- **Crisis Tónico Clónicas:** Se inician de manera súbita, sin signos clínicos de aviso. Presentan inicialmente una fase tónica donde hay una contracción muscular sostenida y progresivamente lleva a la fase crónica, que provoca las sacudidas rítmicas que caracterizan clínicamente a este tipo de crisis.

Durante las crisis puede presentarse incontinencia urinaria y haber mordedura de lengua, cianosis (coloración azulada) y apnea (sin respiración), pero no son elementos constantes en toda la crisis. En fase de recuperación puede haber confusión, somnolencias y cefalea de intensidad variable. La duración generalmente es menor de 5 minutos.

- **Crisis Mioclónica:** Se presentan sin alteración aparente de la conciencia; se caracterizan por la presencia de sacudidas musculares breves, bruscas, bilaterales y simétricas, que cuando son intensas pueden provocar la caída del individuo.
- **Crisis Clónica:** Se presentan exclusivamente en el niño(a) pequeño, bilaterales frecuentemente asociadas a convulsión febril, a veces asimétricas de duración variable.
- **Crisis Tónicas:** Se caracterizan por una contracción muscular sostenida con alteración de la conciencia y en ocasiones con manifestaciones vegetativas; según su localización pueden ser: Tónicas axiales, cuando comprometen los músculos de cuello y la cabeza, tónicas axorromiéllicas cuando se extienden a la cintura y tónicas generalizadas cuando se extienden a los miembros.
- **Crisis Atónicas:** Hay una disminución o pérdida del tono postural. Si son de breve duración, los síntomas pueden limitarse a una simple caída de cabeza hacia delante. Se observan con frecuencia en las encefalopatías epileptógenas de la infancia.

- **Epilepsias Generalizadas Tipo Sintomáticas**

Encefalopatía Mioclónica precoz, con mioclonías segmentarias inicialmente y posteriormente mioclonías masivas y espasmos tónicos. Hay un fuerte componente familiar y detención del desarrollo psicomotriz; el enfermo generalmente fallece antes de cumplir un año de edad. La etiología puede ser con frecuencia un error del innato del metabolismo. La encefalopatía epiléptica infantil precoz con brote y supresión en el EEG (síndrome de Otahara) se inicia también en los primeros 45 días de vida. Presentan espasmos tónicos y pueden tener crisis parciales. El pronóstico es malo y frecuentemente evoluciona hacia el síndrome de West.

- **Epilepsias Generalizadas Tipo Idiopáticas**

En esta forma de epilepsia, todas las crisis se presentan en la vigilia, son generalizadas en su inicio.

Puede haber fotosensibilidad (sensibilidad a la luz intermitente) y las descargas se activan durante el sueño.

González y Oropeza (2001) reconocen las siguientes formas clínicas en este tipo de epilepsias:

- **Convulsiones neonatales benignas familiares:** No son frecuentes; se presentan en el segundo o tercer día de vida, las crisis son clónicas o apnéicas (sin oxigenación), no tiene un patrón EEG específico, tiene un patrón hereditario dominante y aproximadamente el 14% desarrollarán posteriormente una epilepsia.
- **Convulsiones neonatales benignas:** Son crisis frecuentes, clónicas o apnéicas que aparecen alrededor del quinto día de vida sin causa etiológica conocida, no hay alteraciones en el desarrollo psicomotor y no aparece posteriormente una epilepsia.
- **Epilepsia mioclónica benigna del lactante:** Es una forma de epilepsia poco frecuente, que aparece durante el primero o segundo año de vida en niños(as) normales. Se caracteriza por breves accesos de mioclónias generalizadas. En la adolescencia pueden presentarse crisis tónico-clónicas generalizadas. Hay antecedentes familiares de convulsiones o de epilepsia.
- **Epilepsia con ausencias de la infancia: (piknolepsia):** es una forma frecuente de epilepsia que se presenta en la edad escolar (6-7 años) en niños(as) normales, de predominio en el sexo femenino. Hay una importante predisposición genética. En su inicio las ausencias se presentan muy frecuentes, de todos los tipos, excepto mioclónicas. Se favorecen por la hiperpnea (estado de mayor concentración de oxígeno en el cerebro). Se controlan fácilmente con tratamiento. La evolución es variable y en aproximadamente el 40% de los casos, a partir de la adolescencia se presentan crisis generalizadas tónico-clónicas aisladas o en asociación a las ausencias.
- **Epilepsia con ausencias de la adolescencia:** Se inician en la pubertad y las ausencias son del mismo tipo que las de la infancia, se ven precedidas de crisis mioclónicas y tónico- clónicas generalizadas al despertar.
- **Epilepsia con crisis de gran mal del despertar:** Se presentan generalmente en la segunda década de la vida. Son crisis tónico-clónicas generalizadas que aparecen generalmente después de la siesta de la tarde. Puede haber predisposición genética. Se ven favorecidas por la privación del sueño.

- **Epilepsia mioclónica juvenil:** Se presenta generalmente en la adolescencia, son igualmente afectados ambos sexos; puede ser hereditaria y se caracteriza por sacudidas mioclónicas, aisladas o repetidas que afectan los miembros superiores, se presentan después del despertar y son favorecidas por la falta de sueño. La respuesta al tratamiento es buena pero si se suspende pueden reaparecer las crisis hasta en un 90% de los casos, por lo que generalmente el tratamiento debe continuarse por varios años e incluso de por vida.
- **Epilepsias con crisis reflejos:** Aquí se describen las crisis fotosensibles. Están determinadas por un patrón genético. Los individuos solo tiene crisis cuando se ven expuestos a luz ambiental intermitente, por ejemplo; luz solar filtrada a través de árboles, estroboscopia de las discotecas, televisor, etc. Pueden presentarse crisis mioclónicas masivas, ausencias y crisis tónico clónicas. Lo importante es que el enfermo se someta a tratamiento y evite fuentes de luz que desencadenan la crisis.
- **Epilepsias Generalizadas Tipo Criptogénicas**

En esta categoría González y Oropeza (2001) muestran un grupo de epilepsias generalmente con mal pronóstico entre ellas están:

- **Síndrome de West:** Se presenta en niños(as) menores de un año y, está constituido por una tríada característica: espasmos, detención del desarrollo psicomotriz e hipsarritmia. Si existe un factor etiológico conocido, se habla de una forma sintomática. Las formas criptogénicas suelen tener mejor pronóstico, aunque éste siempre es reservado.
- **Síndrome de Lennox-Gastaut:** Se presenta entre 1 y 8 años de edad, más frecuentemente en edad preescolar de predominio en los varones pueden presentarse crisis tónico clónicas generalizadas, crisis tónico axiales, crisis atónicas, ausencias atípicas, mioclonías y crisis parciales, son rebeldes al tratamiento y son frecuentes los estados de mal. Se asocia a retraso psicomotor y trastornos de la personalidad.
- **Epilepsia con crisis mioclono-astáticas (Síndrome de Doose):** Se presenta con más frecuencia en los varones, entre los 7 meses y los 6 años de edad, generalmente después de un desarrollo psicomotor normal. Las crisis características son: mioclónicas, astáticas y miocloastáticas, también se presentan ausencias atípicas y crisis tónico clónicas. No son raros los estados de mal. El pronóstico y evolución son variables.
- **Epilepsia con ausencias mioclónicas:** Se caracterizan por la presencia de múltiples ausencias durante el día, acompañadas de

sacudidas clónicas, rítmicas asociadas con frecuencia a una contracción tónica axial. No siempre hay alteración de conciencia.

- Es indispensable el examen poligráfico. Las crisis suelen ser rebeldes al tratamiento y la evolución es variable (González y Oropeza 2001).

4.3 Elementos de la Crisis:

- **Pródromos:** (síntoma de inicio antes de la convulsión) Cansancio, temor, ansiedad son algunas de las manifestaciones que preceden a una crisis epiléptica y que el individuo relaciona a la misma.
- **Aura:** Manifestación clínica inicial de la crisis en donde el individuo conserva su estado de conciencia, evocándole esta manifestación a una crisis previa, dolor epigástrico, fosfenos (sensación de ver luces), acúfeno (sumbidos), parestesias (pérdida de sensibilidad). El individuo sabe que puede presentarse una crisis.
- **Ictus:** (crisis convulsión) manifestación clínica focal o generalizada de la descarga anormal cerebral (crisis parcial, generalizada o de inicio parcial secundariamente generalizada).
- **Estado Postictal:** (después de la convulsión) Recuperación progresiva de la conciencia o del estado previo a la descarga epiléptica, se manifiesta por somnolencia, confusión, cefalea, irritabilidad o déficit motor o sensitivo de una extremidad (fenómeno de Todd).
- **Interictal:** Estado ínter crítico en donde el individuo funciona normalmente, aunque puede tener descargas anormales que son subclínicas y que al identificarse electroencefalográficamente pueden apoyar el diagnóstico de epilepsia (Rodríguez y Pérez, 2001).

Mientras que el Estado Epiléptico son crisis epilépticas continuas que duran más de 30 minutos a la presencia de dos o más crisis secuenciales sin recuperación de la conciencia entre ellas.

4.4 Síndromes Epilépticos(as)

Al Síndrome Epiléptico, Rodríguez y Pérez (2001) lo definen como: un conjunto de síntomas y signos comunes que tiene diferente etiología pero se manifiestan de forma similar en cuanto a edad de presentación, el tipo de crisis epiléptica, al patrón electroencefalográfico y la historia familiar, han permitido definir una serie de síndromes: West, Lennox-Gastaut, Epilepsia Rolándica (epilepsia focal motora edad de inicio entre los 5 y 9 años), etc, que tiene implicaciones terapéuticas y pronósticas.

Según González y Oropeza (2001) los síndromes están basados en dos aspectos fundamentales: la sintomatología y la etiopatogenia.

Tomando en consideración su sintomatología se dividen en: Epilepsias Parciales o Locales y Epilepsias Generalizadas.

De acuerdo con su etiopatogenia se dividen en: idiopáticas, sintomáticas y criptogénicas.

Las epilepsias idiopáticas no se relacionan con alguna lesión cerebral demostrable, por el contrario, tienen una aparente o real predisposición genética.

Las epilepsias sintomáticas se relacionan con una lesión focal o difusa cerebral, demostrable por estudios de imagen o por algún déficit neurológico en el individuo.

Las epilepsias criptogénicas son aquellas en las que no se encuentra una lesión demostrable, pero que no cumplen los criterios para ser idiopáticas. La lesión cerebral podría permanecer oculta y ser demostrada o hacerse aparente en cualquier momento.

A continuación González y Oropeza (2001), hacen una breve descripción de algunos de los diferentes síndromes epilépticos(as):

Síndrome de epilepsia de la Infancia con Paroxismos Occipitales, fue descrito por Gastaut, H. 1982, citado por González y Oropeza, 2001. Comparte con el síndrome anterior la edad de inicio y su asociación con migraña, tiene buena respuesta al tratamiento y puede también desaparecer en la adolescencia, aunque algunos de estos pacientes en la edad adulta desarrollan otro tipo de epilepsia. Las crisis se inician con síntomas visuales (hemianopsia, amaurosis, fosfenos, alucinaciones) seguidas de crisis crónicas parciales y automatismos.

Síndrome de Epilepsia Parcial Continua Crónica Infantil tiene dos variedades, el síndrome de Rasmussen que se asocia a una encefalitis focal y se caracteriza por crisis motoras parciales que progresivamente se vuelven difusas, persistiendo durante el sueño y causan déficit motor y deterioro mental. Y el síndrome de Kojewnikov puede aparecer en niños(as) y adolescentes, las crisis al inicio son similares a la epilepsia Rolándica o centrotemporal pero puede progresar a mioclónicas crónicas (González y Oropeza, 2001).

Nieto (1992), comenta que la vida del niño(a) con epilepsia transcurre entre el mito y la realidad. El mito de una enfermedad rodeada de leyendas y misterios, que atemoriza y asusta., aunque afortunadamente cada vez es menos a medida que aumenta el conocimiento de ella, y la realidad de un accidente funcional cerebral, pasado el cual el niño(a) vuelve a la normalidad previa.

Señala que los factores que intervienen en la génesis de los trastornos cognitivos y afectivos son:

- **Factores somatógenos**, en relación con la disfunción cerebral, origen de la crisis y con estas.

- **Factores sociógenos**, desencadenados por la revelación de la enfermedad que produce en la familia y en el entorno social del niño(a), una serie de reacciones, con frecuencia ambivalentes, que dificultan la adaptación social de aquél.
- **Factores psicógenos**, inherentes a la personalidad del niño(a).

La epilepsia es, como ya se mencionó antes un problema por sus consecuencias médicas, de aceptación social y los estudiantes con este mal o que son propensos al mismo, presentan problemas de aprendizaje y generalmente son discriminados, rechazados o temidos por sus compañeros o por sus maestros(as) al presentar en el salón de clases un ataque o crisis convulsiva. Es por eso que la integración educativa juega un importante papel en la educación de niños(as) que la presentan para su desarrollo y su aprendizaje.

La mayoría de los datos sobre evaluaciones neuropsicológicas en epilépticos(as) indican que los problemas académicos se deben más bien a déficits cognitivos específicos que a disfunción cognitiva generalizada. (Rugland 1990, citado en Pascual. 1992).

Los maestros(as) que desconocen lo que aquí se ha tratado acerca de este tipo de enfermedad y las consecuencias cognitivas no cuentan con herramientas que puedan ayudarles a comprenderla y apoyar a sus alumnos(as) que la padezcan.

Sin embargo los maestros(as) son cada vez más sensibles a la incorporación de niños(as) con necesidades educativas especiales para integrarlos, o admitirlos, a sus grupos con una mejor actitud y realizando las adecuaciones curriculares correspondientes

Para dar cumplimiento con el objetivo del presente trabajo que es el desarrollo de un manual dirigido a los maestros(as) de educación básica que coadyuve en la intervención psicopedagógica para la integración educativa de niños(as) con epilepsia, se ha querido primero: conocer cuál es la información con la que cuentan los maestros en servicio, por medio de un cuestionario, para que con la información obtenida, más los elementos teóricos aquí vertidos elaborar de la manera más práctica posible algo práctico que le guíe, más por la inmediatez necesaria de atención a estas situaciones, que por la profundidad que el tema merece y que deberá ser ampliado en otro momento.

5. Método

En este apartado se localiza el planteamiento del problema, el objetivo general y el procedimiento que se llevó a cabo para la presente investigación, así como el instrumento que se construyó para recabar la información general, nivel de conocimientos que tienen los maestros(as) sobre epilepsia y su experiencia como docentes en su trabajo con niños(as) con necesidades educativas especiales, rubros utilizados en el mencionado cuestionario.

5.1 Planteamiento del Problema.

En nuestro país el Sistema Educativo ha tenido en las dos últimas décadas transformaciones basadas en una política de inclusión, cuyo objetivo primordial es el de brindar a todos los alumnos(as) una educación de igualdad e integración sin considerar las diferencias que presenten los alumnos(as), es decir no excluir a ningún niño(a) con dificultades en su aprendizaje (Morales, 1993).

Por lo anterior es necesario tener una actitud de apertura para la integración escolar de este tipo de niños(as) para proporcionarles una educación integral en la que se les de oportunidad para todos y cada uno de ellos y ellas sin segregación o discriminación, procurando satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje, así como aprovechar sus potencial y su convivencia social.

Sin embargo es una realidad que en México, no se están llevando a cabo de manera eficaz los fundamentos de la política inclusiva que se refiere, como se mencionó anteriormente, a la igualdad e integración educativa, debido a que aún existe marginación hacia estos niños(as) por factores ideológicos, sociales y culturales.

También es verdad que profesionales en educación en el ámbito regular carecen de elementos especializados para enfrentarse a este tipo de retos. Por ello es el propósito del presente trabajo proporcionar al maestro(a) de escuela regular un Manual que le sirva como herramienta para favorecer su práctica educativa en relación a tener algunos conocimientos sencillos claros y prácticos de que hacer en caso de que alguno de sus alumnos(as) sea epiléptico.

Para dar respuesta a este planteamiento, se consideró importante realizar un estudio de tipo exploratorio ya que esto permitió llevar a cabo el objetivo de esta investigación

5.2 Objetivo General

Por lo anterior el objetivo general de la presente investigación es desarrollar un manual teórico, didáctico y accesible dirigido a los maestros(as) de escuela regular que coadyuve en la intervención psicopedagógica para la integración escolar de niños(as) con epilepsia.

5.2.1 Objetivo Particular

Desarrollar un estudio preliminar para la elaboración del Manual de apoyo para los maestros(as)

5.3 Tipo de estudio

Para obtener elementos y poder elaborar el Manual, fue necesario recabar información de especialistas en el tema, para la elaboración del marco teórico y la recolección de datos por medio del instrumento que se aplicó a los maestros(as) tanto a nivel de formación académica como de su experiencia laboral para lo cual se hizo un estudio exploratorio dirigido al análisis de un problema psicoeducativo.

De acuerdo a Sampieri, (1991) los estudios exploratorios sirven para familiarizarse con los fenómenos relativamente desconocidos y obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto en particular y el análisis de una temática psicoeducativa.

5.4 Sujetos

Se aplicaron 55 cuestionarios a maestros(as) de diferentes grupos a nivel básico de ambos sexos , cuyas edades oscilaban entre 27 y 58 años de edad, cuya formación académica predominante fue la de Normalista, cuyo criterio de inclusión fue que quisieran cooperar para contestar el cuestionario.

5.5 Escenario

La aplicación de el instrumento tuvo lugar en cuatro escuelas privadas a nivel básico ubicadas en la Delegación Tlalpan del Distrito Federal.

5.6 Instrumento

Inicialmente se elaboró un cuestionario de 55 preguntas se sometió a validación por jueceo a dos maestros(as) de primaria con preparación a nivel licenciatura, dos médicos especialistas en Paidopsiquiatría y Neuropsiquiatría y dos Psicólogos maestros(as) de la Universidad Pedagógica Nacional.

Finalmente el cuestionario quedó integrado por 45 preguntas categorizadas en tres rubros: información general, conocimiento del tema y experiencia con niños(as) con necesidades educativas especiales. El tipo de preguntas son cerradas para hacer más fácil su codificación y que tienen tres opciones de respuesta si, no y no sé.

CUESTIONARIO PARA MAESTROS(AS) SOBRE EPILEPSIA		
Información General	Conocimiento del Tema	Experiencia
Preguntas: 1 y 2	Preguntas: 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 35, 38, 39, 40, 42, 44	Preguntas: 4, 8, 13, 20, 22, 23, 29, 31, 34, 36, 37, 41, 43 y 45.

5.7 Procedimiento

Se aplicaron 55 cuestionarios a maestros(as) de educación básica, la muestra utilizada fue de tipo aleatoria puesto que por la falta de tiempo de los profesor(a)es, se le pidió a los directivos de cada una de las escuelas permitieran el acceso a los planteles y abordar a los docentes en sus ratos libres y de esa manera pedirles su colaboración para que respondieran al cuestionario. A partir de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento y tomando en consideración las categorizaciones en las que está dividido, se presentan los siguientes resultados: por información general, conocimiento del tema y finalmente experiencia de los maestros(as) con niños(as) con necesidades educativas especiales y con la información obtenida relacionada con el marco teórico se procedió a la elaboración del Manual.

5.8 Resultados de estudio exploratorio

Los resultados que a continuación se presentan son cuadros y gráficas sobre los hallazgos obtenidos de la aplicación de dicho instrumento agrupadas por los rubros que examina el cuestionario: A. Información general, B. Conocimiento acerca de la epilepsia y C. Experiencia de los maestros(as) con niños(as) con necesidades especiales.

El rubro de información general refleja que 45 maestros(as) pertenecen al sexo femenino y 10 al sexo masculino, sus edades oscilan entre los 27 y los 58 años; en relación a su formación académica 29 de los maestros(as) no cuentan con una carrera a nivel licenciatura y 26 de ellos si la tienen.

Debido a que 23 de los 55 maestros(as) encuestados son normalistas, sería conveniente que su formación se hiciera hincapié en los temas relacionados al trabajo con necesidades educativas especiales ya que los cuestionarios aplicados no reflejan el conocimiento que deberían tener para realizar una debida integración educativa.

Como se puede observar en las graficas que pertenecen al rubro de conocimiento que tienen los maestros(as) sobre epilepsia, la mayoría de los encuestados saben que la epilepsia es una enfermedad, sin embargo, no han asistido a cursos o conferencias sobre el tema que pueda ampliarles más el saber sobre el mismo; conocen también que en la mayoría de los casos la epilepsia se presenta durante la infancia, ignoran si la epilepsia es hereditaria o si un sujeto epiléptico lo será toda su vida, desconocen que durante el embarazo si la madre consume algún tipo de toxico, el futuro bebé será epiléptico; de la misma manera se puede notar que su falta de información en la existencia de diferentes tipos de epilepsia, tipos de crisis, duración de estas y el qué hacer ante una crisis convulsiva.

Por lo anterior y haciendo un análisis de las respuestas proporcionadas a este rubro, se puede observar que los profesores(as) encuestados tienen un conocimiento general de lo que es la epilepsia, desconociendo de manera detallada información sobre el tema que les podría ser útil para el apoyo y desempeño académico de alguno de sus alumnos(as) que llegara a padecer este tipo de enfermedad.

Los resultados del rubro experiencia de los maestros(as) en el trabajo con niños(as) con necesidades educativas especiales, nos informan que pocos son los profesores(as) encuestados que han trabajado con niños(as) con epilepsia a pesar del tiempo de ejercer su profesión, consideran que un niño(a) con necesidades educativas especiales puede ser integrado a la escuela regular, están concientes de que la epilepsia puede llevar a una necesidad educativa especial, pero desconocen si cualquier tipo de epilepsia conduce a esto, de igual forma los profesores(as) muestran disposición para hacer adecuaciones curriculares si son necesarias, capacitarse sobre este tema y con base en ello poder ayudar y apoyar a sus alumnos(as) para que tengan un desempeño académico integral, si llegasen a necesitarlo, al presentar este tipo de enfermedad en particular, que es la epilepsia.

Por las respuestas obtenidas y por lo antes mencionado se puede notar que los maestros(as) conocen del tema pero de cualquier manera es necesario profundizar en este tipo de conocimientos teóricos y prácticos que permitan llevar a cabo acciones tanto de cuidado, exigencias académicas, así como de urgencias ante una eventual crisis.

A continuación se presentan los cuadros y gráficas que describen rubro por rubro y pregunta por pregunta, lo que ha permitido precisar la información propuesta de una intervención psicopedagógicas en forma de Manual o guía para los maestros(as).

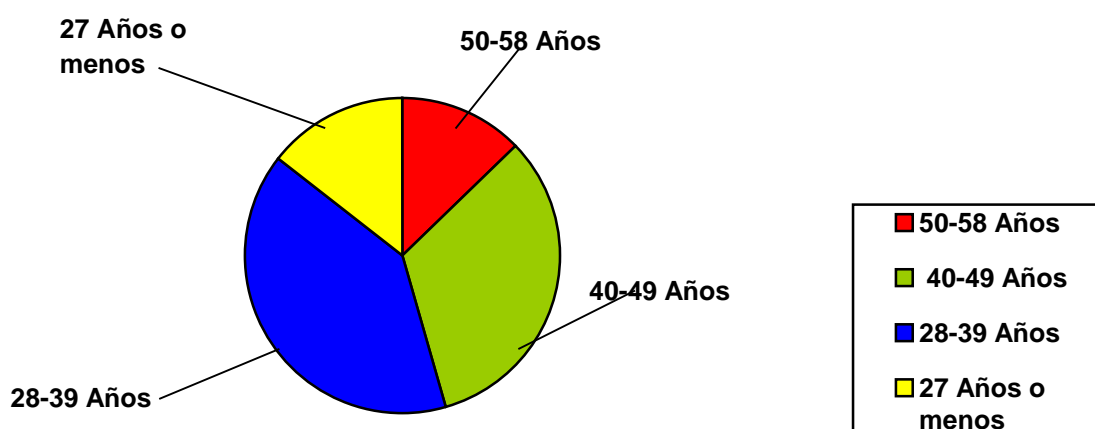
5.8.1 Cuadros y gráficas

A. Información General.

Cuadro-gráfica 1. Edad de los Profesor(a)es

	Frecuencia	%
50-58	7	12.7
49-40	18	32.7
39-28	22	40.0
27 o menos	8	14.5
Total	55	100.0

n=55



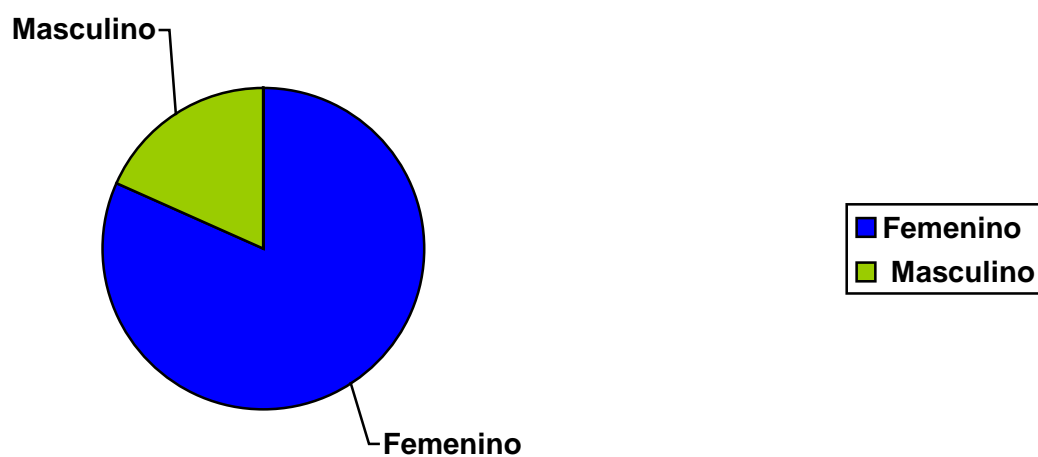
En la presente gráfica se muestra que el mayor número de profesores(as) 40.0% tienen una edad que fluctúa entre los 28 y 39 años de edad. El 32.7% de los profesores(as) encuestados tienen entre 40 y 49 años.

Asimismo podemos observar que son casi similares los porcentajes de los maestros(as) jóvenes cuya edad fluctúa entre los 27 años o menos y los profesores(as) cuyas edades están entre los 50 a 58.

Cuadro-gráfica 2. Sexo

	Frecuencia	%
femenino	45	81.8
masculino	10	18.2
Total	55	100.0

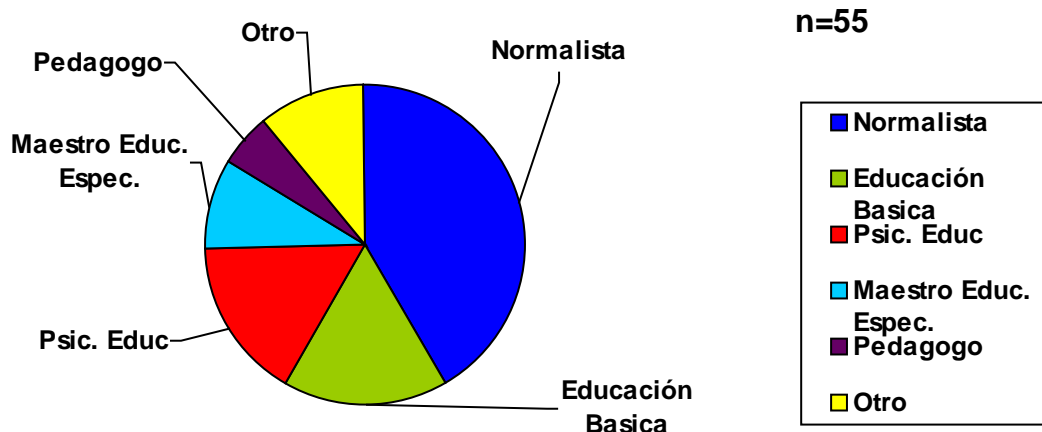
n=55



En la presente gráfica se muestra que el mayor número de maestros(as) pertenece al sexo femenino obteniéndose un 81.8%, mientras que el 18.2% pertenece al sexo masculino.

Gráfica-cuadro 3. Formación académica

	Frecuencia	%
Normalista	23	41.8
Educación Básica	9	16.4
Psicólogo Educativo	9	16.4
Maestro(a) Educación Especial	5	9.1
Pedagogo	3	5.5
Otro	6	10.9
Total	55	100.0



La gráfica presente nos muestra que la formación académica de la mayoría de los profesores(as) 41.8% son normalistas.

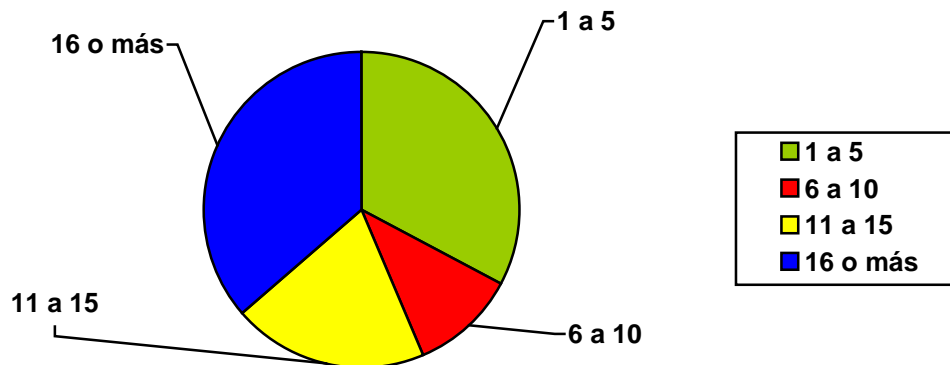
Asimismo se observa que existe paridad entre los de formación académica en educación básica y psicología educativa el 16.4%.

También podemos ver que el 10.9% se trata de profesores(as) de inglés danza, educación física, computación, canto, entre otras.

Gráfica-cuadro 4. Años de servicio

	Frecuencia	%
1 a 5	18	32.7
6 a 10	6	10.9
11 a 15	11	20.0
16 o más	20	36.4
Total	55	100.0

n=55

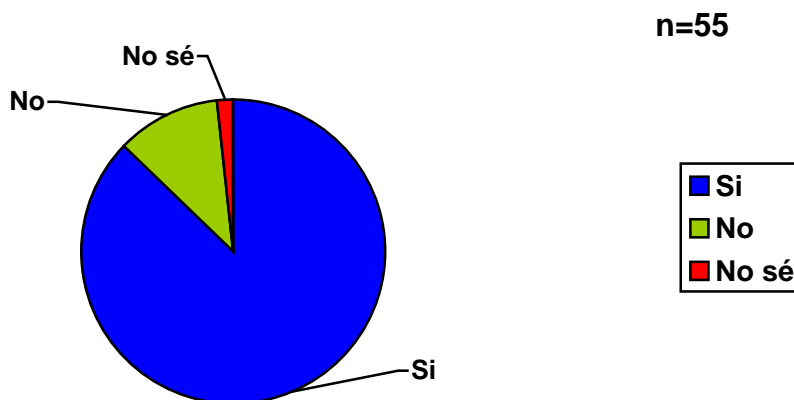


La gráfica nos muestra que la mayoría de los maestros(as) tienen experiencia 16 años o más, ejerciendo la docencia, esto representa el 36.4%.

B. Conocimiento que tienen los maestros(as) sobre epilepsia

Gráfica-cuadro 5. ¿Sabe qué es la epilepsia?

	Frecuencia	%
SI	48	87.3
NO	6	10.9
NO SE	1	1.8
Total	55	100.0

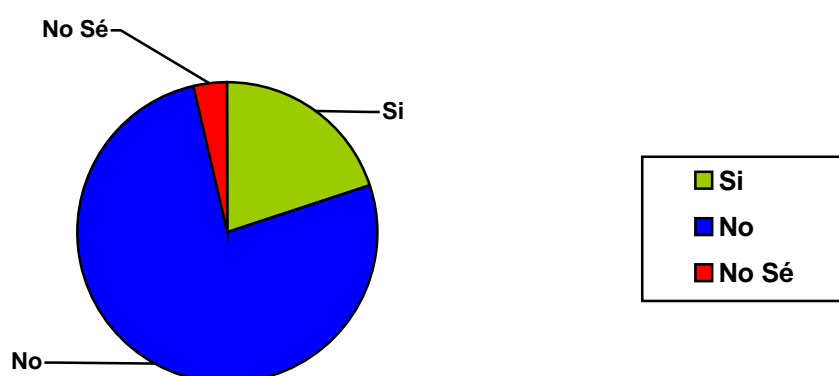


Como se puede observar en la gráfica el 87.3% de los profesores(as) saben lo que es la epilepsia en términos generales de acuerdo con las respuestas proporcionadas infiriendo que la mayoría de los docentes encuestados saben que la epilepsia es una enfermedad, pero el conocimiento detallado de este padecimiento no lo tienen. Por lo que la página 13 del Manual ofrece información sobre lo que es esta enfermedad y una breve, sencilla y clara explicación de lo que es una célula nerviosa y su funcionamiento entre otras cosas.

Gráfica-cuadro 6. ¿Ha asistido a conferencias o cursos sobre epilepsia?

	Frecuencia	%
SI	11	20.0
NO	42	76.4
NO SE	2	3.6
Total	55	100.0

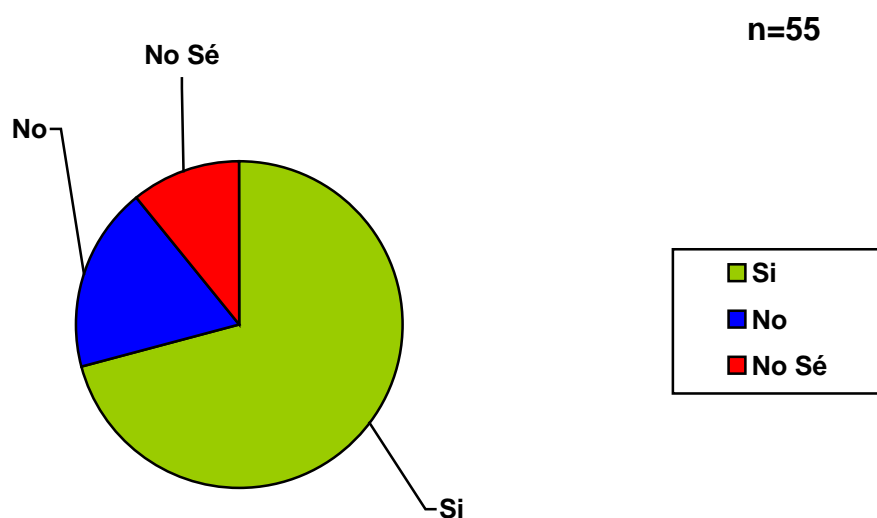
n=55



Con esta gráfica podemos observar que la mayoría de los maestros(as) 76.4% no ha asistido a cursos o conferencias sobre epilepsia, sin embargo la información sugerida en el Manual podría resultar un generador de interés para asistir a este tipo de cursos en particular.

Gráfica-cuadro 7. ¿La epilepsia es una enfermedad?

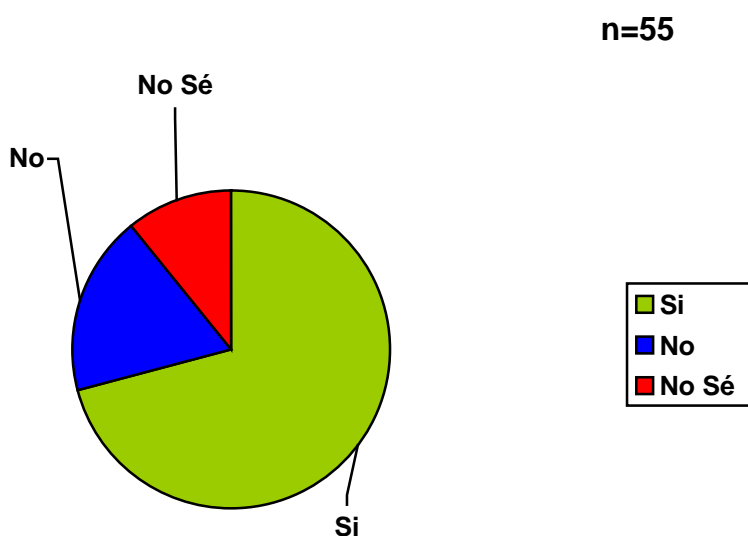
	Frecuencia	%
SI	39	70.9
NO	10	18.2
NO SE	6	10.9
Total	55	100.0



La presente gráfica muestra como la mayoría de los maestros(as) saben que la epilepsia es una enfermedad de manera general, por lo que de la página 13 a la 18 del Manual, se informa de manera más detallada que la epilepsia es una enfermedad crónica, sus características, quién la padece, sus causas, cuándo y cómo sucede una convulsión, su clasificación y lo que no es considerado epilepsia.

Gráfica-cuadro 8. ¿La mayoría de los casos de epilepsia aparecen durante la infancia?

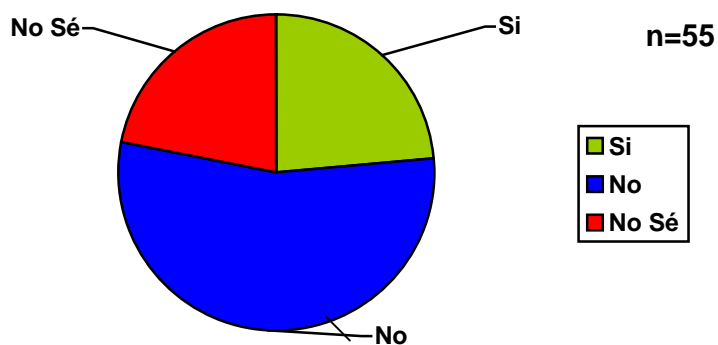
	Frecuencia	%
SI	26	47.3
NO	20	36.4
NO SE	9	16.4
Total	55	100.0



En la presente gráfica se puede observar que el mayor número de maestros(as) es decir, el 47.3% saben que la mayoría de los casos de epilepsia aparece durante la infancia, por lo que en la página 2 del Manual, en el apartado, el desarrollo del niño(a) epiléptico(a), refiere que efectivamente la epilepsia aparece durante la infancia y se proporciona información más detallada sobre la evolución o el cese de la misma.

Gráfica-cuadro 9. ¿La epilepsia sólo se manifiesta con crisis convulsivas?

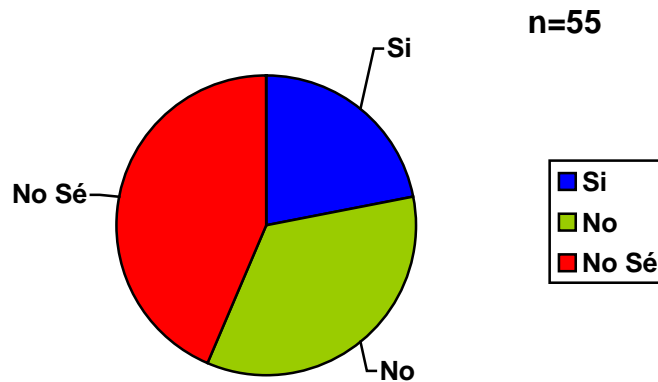
	Frecuencia	%
SI	13	23.6
NO	30	54.5
NO SE	12	21.8
Total	55	100.0



La presente gráfica nos muestra que el 54.5% de los maestros(as) saben que la epilepsia no solo se manifiesta con crisis convulsivas, en la página 17 del Manual se explica que la epilepsia no solo se presenta con crisis convulsivas sino que también existen otras maneras de manifestarse.

Gráfica-cuadro 10. ¿Sí durante el embarazo la madre consume algún tipo de droga o alcohol el futuro bebé podría presentar epilepsia durante su desarrollo?

	Frecuencia	%
SI	12	21.8
NO	19	34.5
NO SE	24	43.6
Total	55	100.0

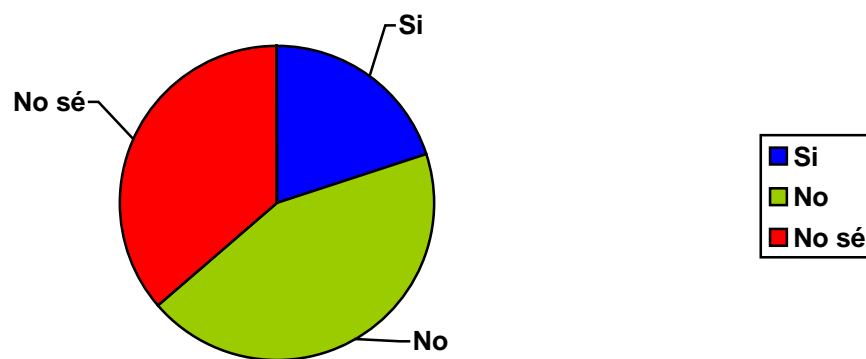


La presente gráfica muestra que la mayoría de los profesores(as) desconocen que si durante el embarazo la madre consume algún tipo de droga o alcohol el futuro bebé podría presentar epilepsia durante su desarrollo, el Manual refiere en la página 14 que el consumo de alguna droga o alcohol durante el embarazo es causa de epilepsia y que efectivamente si afectará el desarrollo del bebé.

Gráfica-cuadro 11. ¿Sí alguna persona presenta sonambulismo, mareos o frecuentes dolores de cabeza se puede considerar epiléptica?

	Frecuencia	%
SI	11	20.0
NO	24	43.6
NO SE	20	36.4
Total	55	100.0

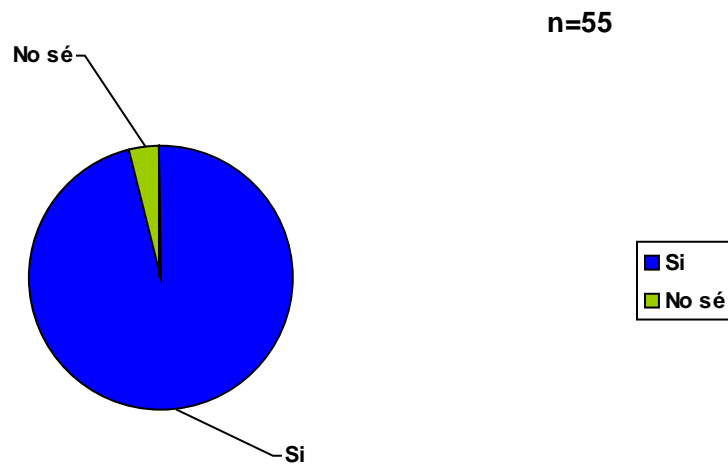
n=55



En la presente gráfica la mayoría de los maestros(as) 43.6% saben que si alguna persona presenta sonambulismo, mareos o frecuentes dolores de cabeza no se puede considerar epiléptica, pero también se puede notar que el 36.4% de los maestro(a) lo desconocen, por lo que el Manual en la página 18 informa lo que no es epilepsia.

Gráfica-cuadro 12. ¿Considera qué si una persona presenta una fiebre mayor de 40 grados y no es atendida podría provocar una convulsión?

	Frecuencia	%
SI	53	96.4
NO SE	2	3.6
Total	55	100.0

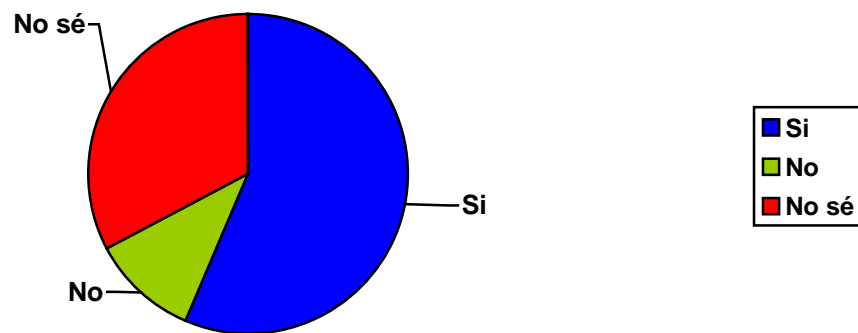


La gráfica muestra que el 96.4% de los maestros(as) encuestados saben que si una persona presenta una fiebre mayor de 40 grados y no es atendida podría provocar una convulsión, en las páginas 14 y 15 del Manual se informa que la fiebre alta no controlada es un factor que puede provocar una crisis convulsiva.

Gráfica-cuadro 13. ¿Las crisis convulsivas se presentan en periodos de 20 segundos a un minuto?

	Frecuencia	%
SI	31	56.4
NO	6	10.9
NO SE	18	32.7
Total	55	100.0

n=55

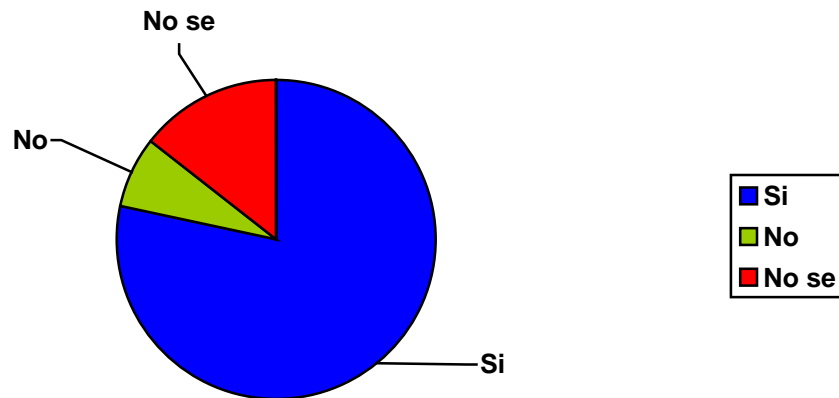


En la presente gráfica podemos observar que la mayoría de los maestros(as) 56.4% saben que las crisis epilépticas se presentan entre 20 segundos a un minuto, en el Manual en la página 10 del apartado se comenta qué hacer cuando su alumno(a) sufre una crisis convulsiva se dice la duración de la misma y cómo debe actuar el maestro(a) ante este evento.

Gráfica-cuadro 14. ¿Una convulsión se presenta si alguna persona ha sufrido un importante golpe en la cabeza?

	Frecuencia	%
SI	43	78.2
NO	4	7.3
NO SE	8	14.5
Total	55	100.0

n=55

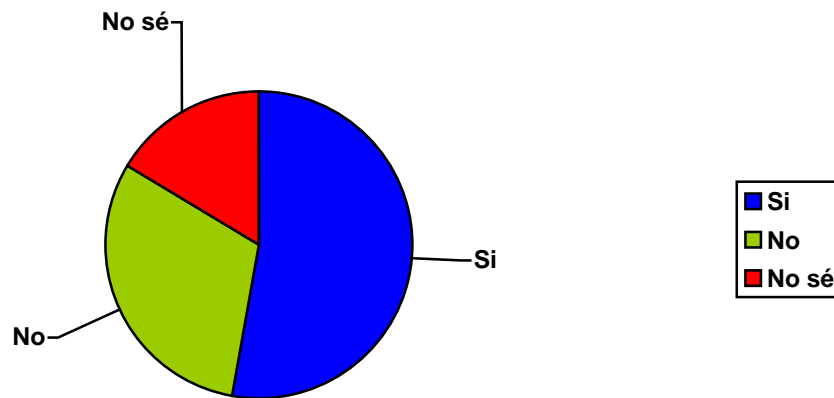


En la presente gráfica podemos observar que la mayoría de los maestros(as) conocen si un importante golpe recibido en la cabeza puede ocasionar una convulsión, en la página 15 del Manual en el apartado causas de la epilepsia se menciona que un golpe importante en la cabeza es un factor que puede provocar una convulsión.

Gráfica-cuadro 15. ¿Considera un riesgo el meter algún objeto en la boca de la persona durante una crisis convulsiva?

	Frecuencia	%
SI	29	52.7
NO	17	30.9
NO SE	9	16.4
Total	55	100.0

n=55

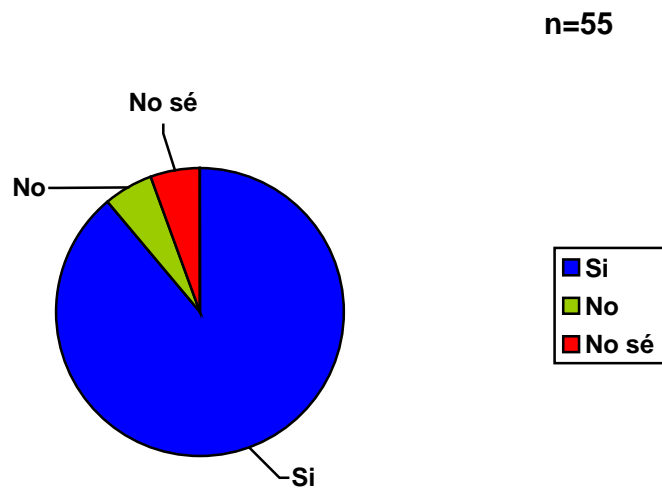


La presente gráfica nos muestra que la mayoría de los maestros(as) sabe que el introducir algún objeto a la boca del sujeto que este presentando una crisis convulsiva puede ser un riesgo.

En el Manual en la página nueve se detalla información al respecto.

Gráfica-cuadro 16. ¿Considera importante que las personas que son diagnosticadas epilépticas requieren de un tratamiento farmacológico?

	Frecuencia	%
SI	49	89.1
NO	3	5.5
NO SE	3	5.5
Total	55	100.0

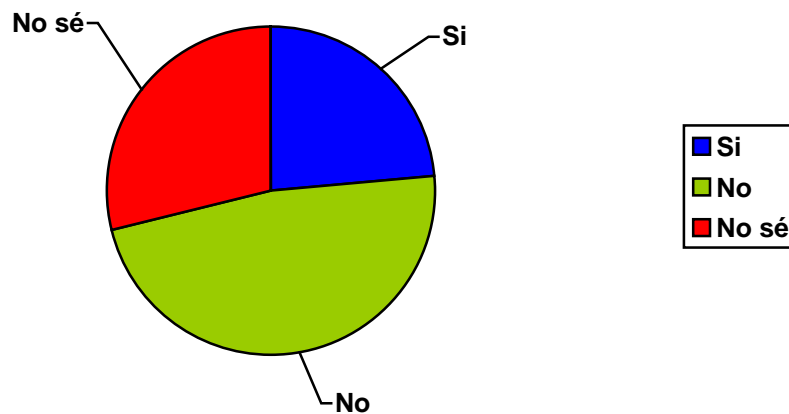


La presente gráfica nos muestra que la mayoría de los maestros(as) encuestados 89.1% saben que los sujetos epilépticos(as) requieren de tratamiento farmacológico: la página dos del Manual refiere que una persona diagnosticada epiléptica tiene mejor pronóstico curarse, si se apega a un tratamiento completo prescrito por un médico especialista.

Gráfica-cuadro 17. ¿Piensa que la epilepsia es hereditaria?

	Frecuencia	%
SI	13	23.6
NO	26	47.3
NO SE	16	29.1
Total	55	100.0

n=55

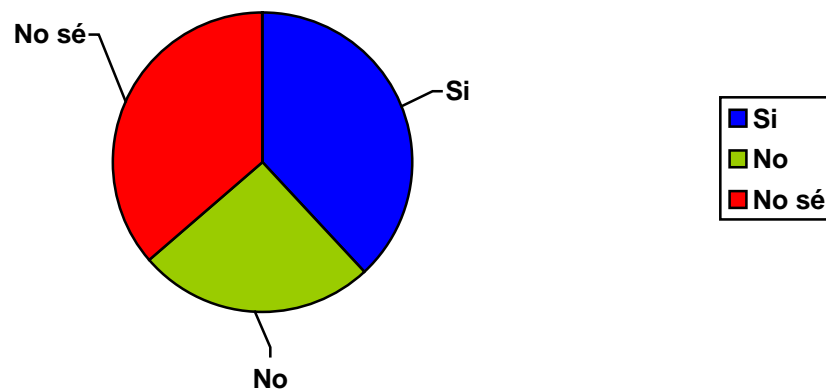


La presente gráfica nos muestra que la mayoría de los profesores(as) 47.3% saben que la epilepsia no es hereditaria, sin embargo el 29.1% lo desconocen, por lo que en la página 14 del Manual se refiere que sí existe la posibilidad de que esta enfermedad pueda ser hereditaria.

Gráfica-cuadro 18. ¿Los niños(as) con epilepsia la padecerán toda su vida?

	Frecuencia	%
SI	21	38.2
NO	14	25.5
NO SE	20	36.4
Total	55	100.0

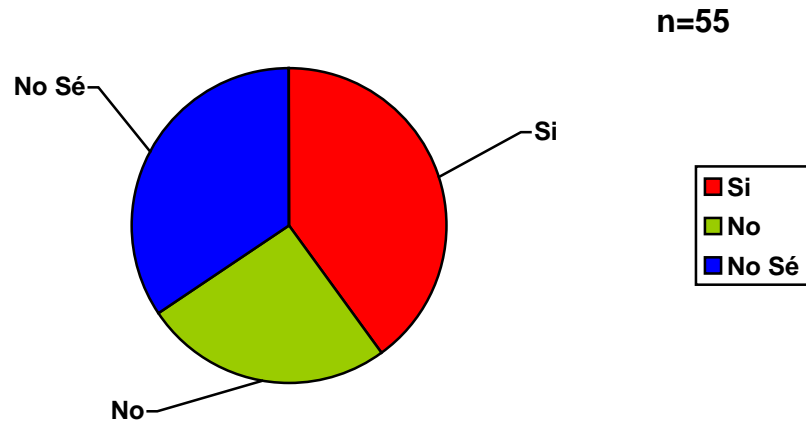
n=55



La presente gráfica nos muestra que la mayoría de los profesores(as) desconocen si los sujetos epilépticos(as) tendrán toda su vida este padecimiento, en la página dos del Manual se detalla información al respecto.

Gráfica-cuadro 19. ¿Si una persona presenta ausencias (pérdida ligera de conciencia) se consideran como epilepsia?

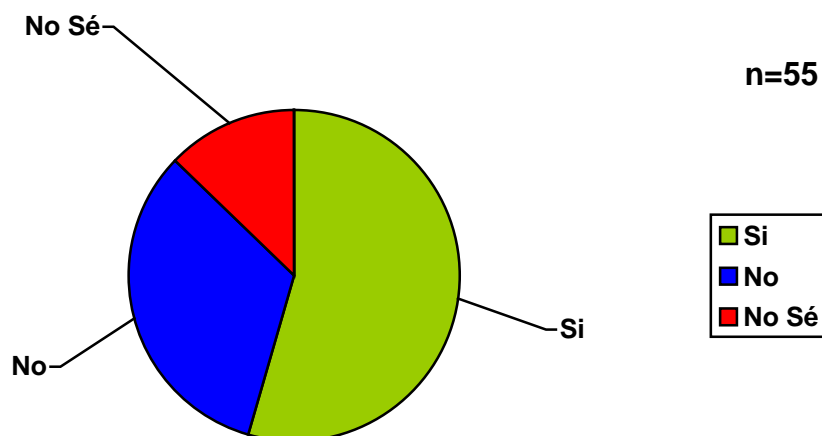
	Frecuencia	%
SI	22	40.0
NO	14	25.5
NO SE	19	34.5
Total	55	100.0



La presente gráfica nos muestra cómo la mayoría de los docentes sabe que las ausencias que presenta una persona, si puede considerarse epiléptico(a) la página 17 del Manual, en el apartado clasificación de las crisis, menciona detalladamente si las ausencias son catalogadas como epilepsia.

Gráfica-cuadro 20. ¿Considera que al presentarse una crisis convulsiva habrá pérdida de conciencia?

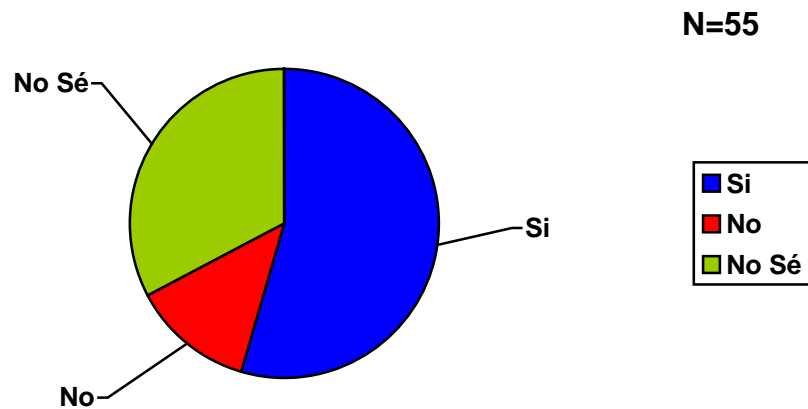
	Frecuencia	%
SI	30	54.5
NO	18	32.7
NO SE	7	12.7
Total	55	100.0



La presente gráfica nos muestra que la mayoría de los maestros(as) sabe que siempre que se presente una crisis convulsiva habrá pérdida de conciencia, se explica en la página 17 del Manual en qué tipo de crisis existe pérdida de conciencia y en qué tipo no la hay.

Gráfica-cuadro 21. ¿Piensa que si durante el parto el bebé tuvo falta de oxígeno o sufrió algún golpe en la cabeza, podría presentar epilepsia durante su desarrollo?

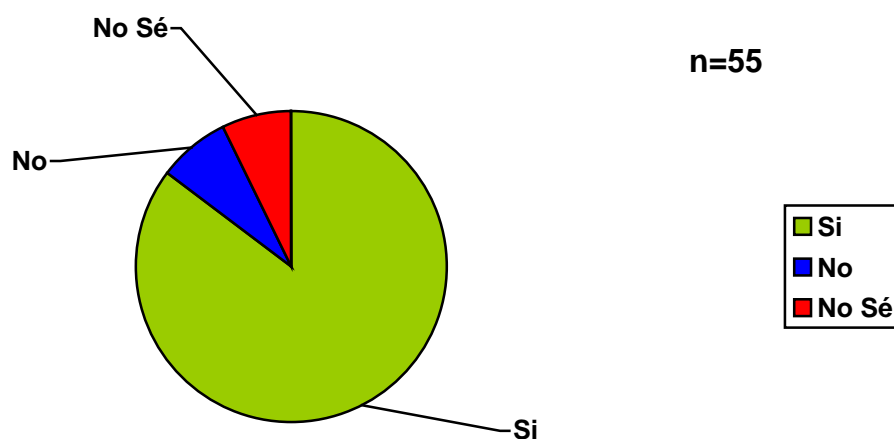
	Frecuencia	%
SI	30	54.5
NO	7	12.7
NO SE	18	32.7
Total	55	100.0



La presente gráfica nos muestra como el 54.5% de los maestros(as) encuestados saben que si durante el parto el bebé tuvo falta de oxígeno o sufrió algún golpe en la cabeza, podría presentar epilepsia durante su desarrollo, sin embargo el 32.7% desconoce esta información, por lo que las páginas 14 y 15 del Manual mencionan estas dos como causas de la epilepsia.

Gráfica-cuadro 22. ¿El electroencefalograma (EEG) puede detectar alguna actividad anormal en el cerebro?

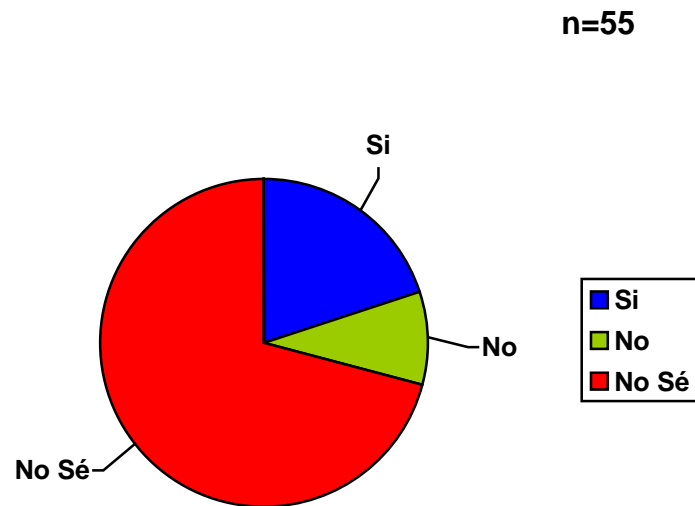
	Frecuencia	%
SI	47	85.5
NO	4	7.3
NO SE	4	7.3
Total	55	100.0



La gráfica nos muestra como el 85.5% de los maestros(as) encuestados saben que un electroencefalograma puede detectar alguna actividad anormal en el cerebro. Asimismo podemos observar una paridad entre los maestros(as) que dicen que el electroencefalograma no la detecta y los que desconocen esta información.

Gráfica-cuadro 23. ¿Los electrodos son utilizados en la tomografía axial computarizada?

	Frecuencia	%
SI	11	20.0
NO	5	9.1
NO SE	39	70.9
Total	55	100.0

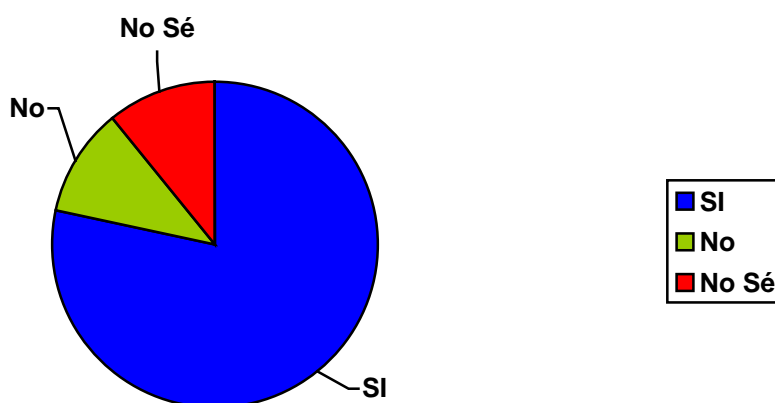


En esta gráfica podemos observar que la mayoría de los profesores(as) desconocen si los electrodos son utilizados en la tomografía axial computarizada

Gráfica-cuadro 24. ¿Considera que la epilepsia puede afectar la autoestima de quien la padece?

	Frecuencia	%
SI	43	78.2
NO	6	10.9
NO SE	6	10.9
Total	55	100.0

n=55



La presente gráfica nos muestra una paridad entre los maestros(as) que comentan no saber si la epilepsia afecta la autoestima del sujeto epiléptico como los que dicen que no la afecta, sin embargo la mayoría de los profesores(as) afirman que si se afecta la autoestima de estos.

En el apartado el niño(a) epiléptico y la escuela, en las páginas dos a la cinco del Manual, se menciona la manera como afecta en el área emocional y que debe hacer un maestro(a) ante esta situación.

Gráfica-cuadro 25. ¿Considera usted que existen diferentes tipos de epilepsia?

	Frecuencia	%
SI	35	63.6
NO	2	3.6
NO SE	18	32.7
Total	55	100.0

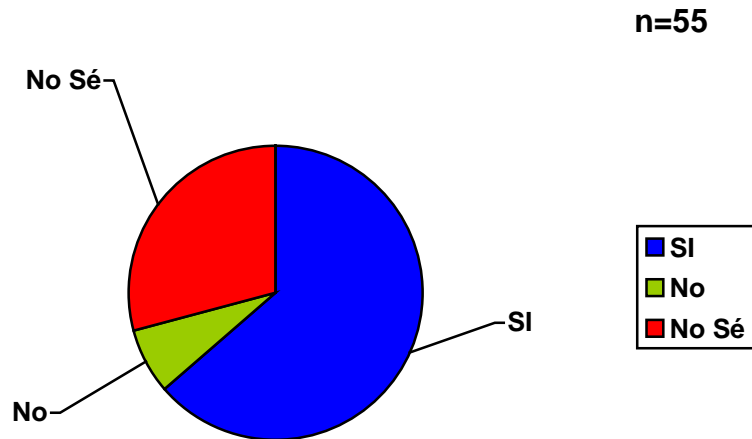
n=55



La gráfica nos muestra que un 63.6% de los maestros(as) saben que existen diferentes tipos de epilepsia, la página 18 del Manual lo explica de manera detallada.

Gráfica-cuadro 26. ¿Las crisis epilépticas pueden ser parciales?

	Frecuencia	%
SI	35	63.6
NO	4	7.3
NO SE	16	29.1
Total	55	100.0

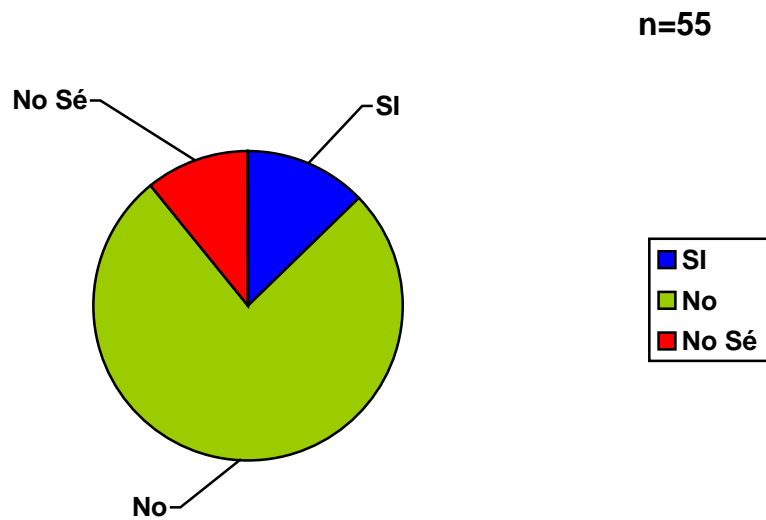


La presente gráfica nos muestra que la mayoría de los profesores(as) saben que las crisis epilépticas pueden ser parciales es decir un 63.6% de los encuestados.

El Manual en la página 17 explica la clasificación de las crisis.

Gráfica-cuadro 27. ¿Los niños(as) con epilepsia deben llevar una vida con cuidados extremadamente especiales?

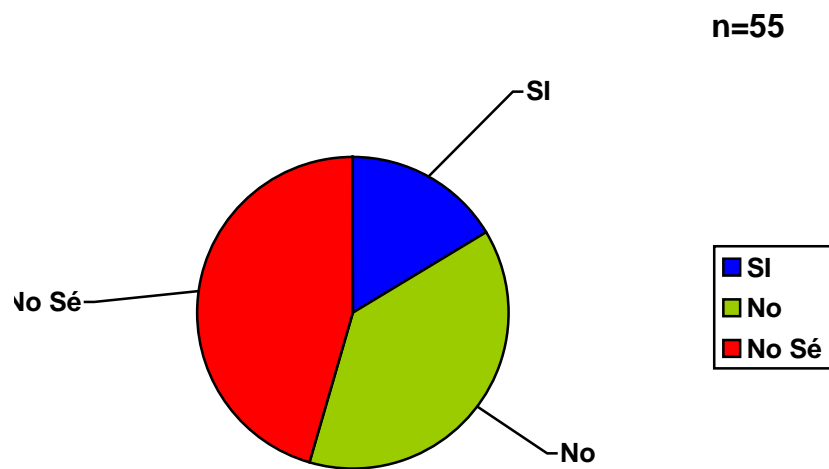
	Frecuencia	%
SI	7	12.7
NO	42	76.4
NO SE	6	10.9
Total	55	100.0



La presente gráfica nos muestra como la mayoría de los profesores(as) saben que los niños(as) con epilepsia no deben llevar una vida con cuidados extremadamente especiales. En las páginas dos a la siete del Manual se da información que pretende ser útil para conocer los cuidados que requiere un niño(a) epiléptico, sin llegar al extremo. La página 17 del Manual lo explica.

Gráfica-cuadro 28. ¿Las crisis epilépticas pueden ser generalizadas?

	Frecuencia	%
SI	9	16.4
NO	21	38.2
NO SE	25	45.5
Total	55	100.0

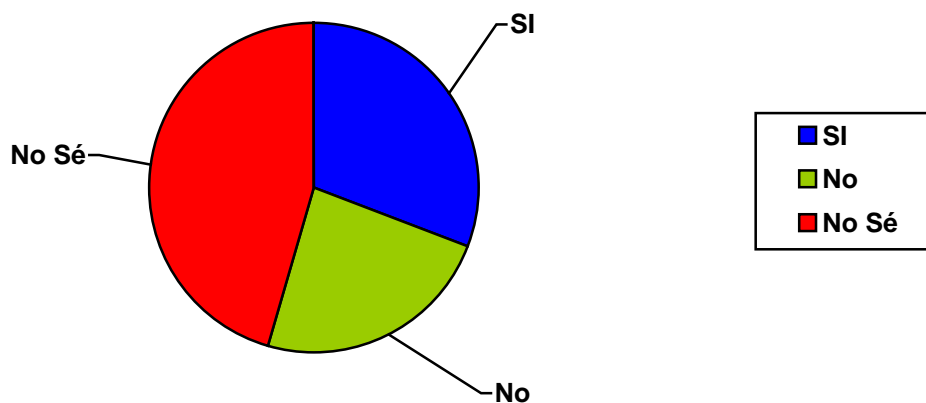


La gráfica nos muestra cómo la mayoría de los maestros(as) desconocen si las crisis epilépticas pueden ser generalizadas.

Gráfica-cuadro 29. ¿Piensa que las personas que presentan crisis epilépticas pueden manifestar síntomas psíquicos que impliquen trastornos de las funciones cerebrales superiores?

	Frecuencia	%
SI	17	30.9
NO	13	23.6
NO SE	25	45.5
Total	55	100.0

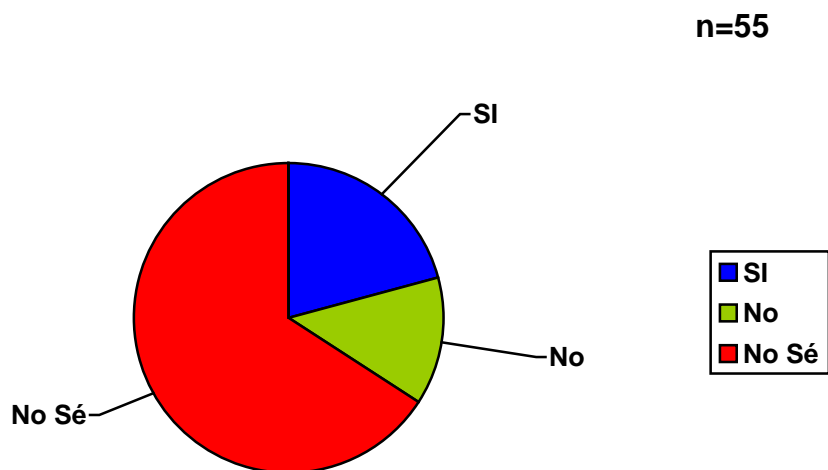
n=55



La gráfica nos muestra cómo la mayoría de los maestros(as), es decir el 45.5% desconocen si las personas que presentan crisis epilépticas pueden manifestar síntomas psíquicos que impliquen trastornos de las funciones cerebrales superiores, en la página 17 del Manual se ofrece información detallada.

Gráfica-cuadro 30. ¿Las crisis generalizadas afectan sólo a un hemisferio del cerebro?

	Frecuencia	%
SI	11	20.0
NO	7	12.7
NO SE	37	67.3
Total	55	100.0

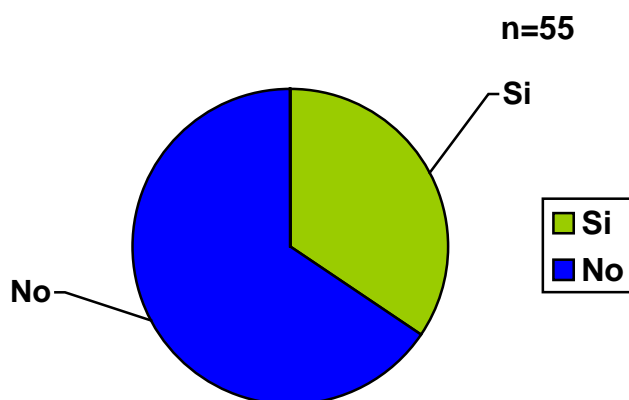


La presente gráfica nos muestra como la mayoría de los maestros(as) desconocen si las crisis generalizadas afectan sólo a un hemisferio del cerebro, en la página 17 del Manual se ofrece información detallada.

C. Experiencia de los maestro(a) en el trabajo con niños(as) con necesidades educativas especiales.

Gráfica-cuadro 31. ¿Ha trabajado con niños(as) epilépticos(as)?

	Frecuencia	%
SI	19	34.5
NO	36	65.5
Total	55	100.0

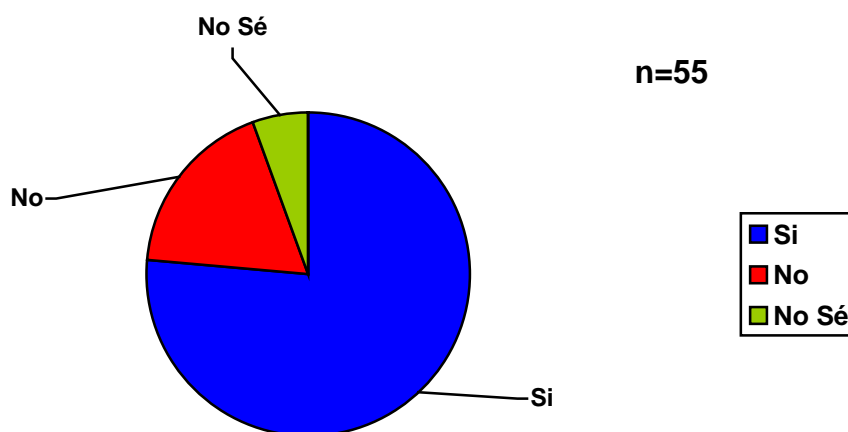


En esta gráfica podemos ver reflejada que el 66.5% de los profesores(as) no han trabajado con niños(as) epilépticos(as).

Por lo que se propone el Manual para coadyuvar en la intervención psicopedagógica para la integración educativa de estos niños(as), proporcionando información sobre este padecimiento.

Gráfica-cuadro 32. ¿Los alumnos(as) con necesidades educativas especiales pueden ser integrados a escuelas regulares?

	Frecuencia	%
SI	42	76.4
NO	10	18.2
NO SE	3	5.5
Total	55	100.0

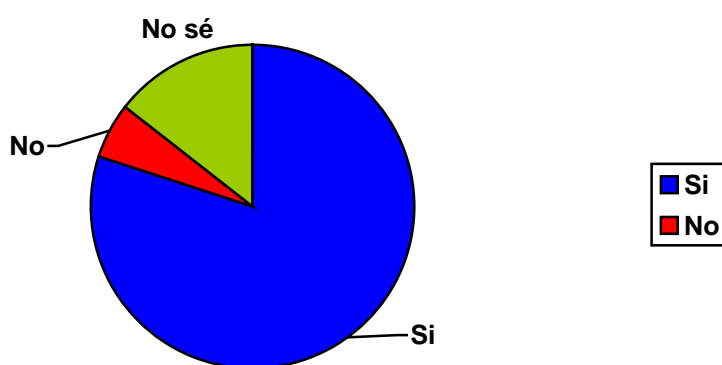


La presente gráfica nos muestra que el 76.4% de los maestros(as) opinan que los alumnos(as) con N.E.E. si pueden ser integrados a escuelas regulares, por lo que en la página tres del Manual se menciona que la mayoría de los niños(as) epilépticos(as) pueden integrarse de manera adecuada a pesar de su padecimiento.

Gráfica-cuadro 33. ¿Las N.E.E. las presenta algún alumno(a) cuando existe alguna deficiencia física, sensorial, intelectual, emocional, social o cualquier combinación de éstas?

	Frecuencia	%
SI	44	80.0
NO	3	5.5
NO SE	8	14.5
Total	55	100.0

n=55

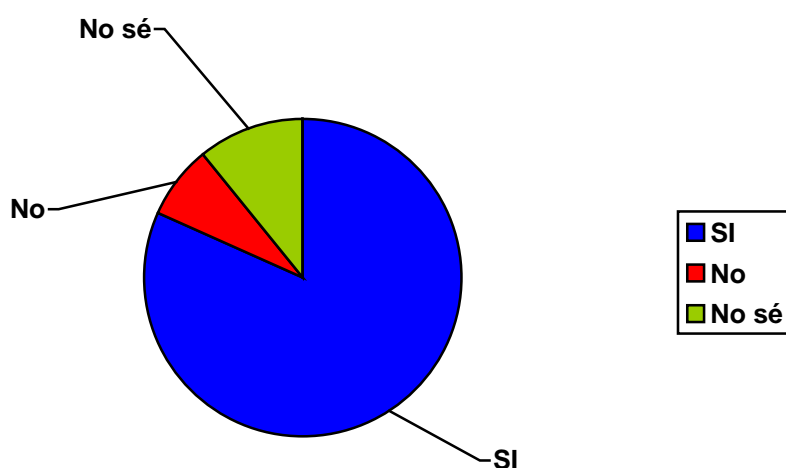


La presente gráfica nos muestra que la mayoría de los maestros(as) 80% saben que algún niño(a) presenta necesidades educativas especiales al existir alguna deficiencia.

Gráfica-cuadro 34. ¿La epilepsia es tema de mi Interés para capacitarme?

	Frecuencia	%
SI	45	81.8
NO	4	7.3
NO SE	6	10.9
Total	55	100.0

n=55

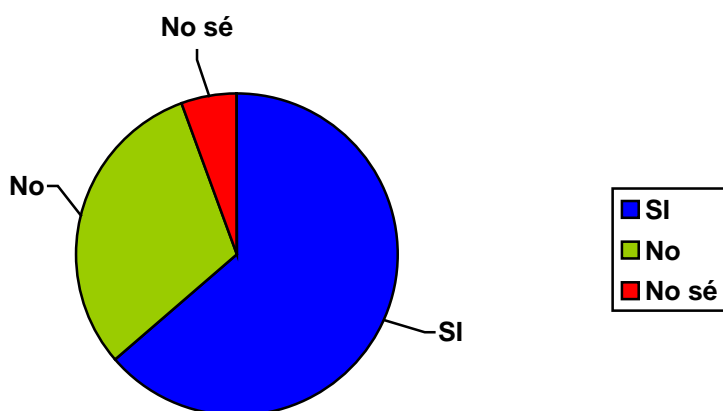


En presente gráfica se puede observar que a la mayoría de los maestros(as) les interesa capacitarse sobre el tema de la epilepsia, por lo anterior y tomando en cuenta esta importante información proporcionada por los docentes, se propone el Manual como una herramienta más para ellos, con datos en un lenguaje sencillo y claro que pueda motivarles a prepararse y buscar información más profunda sobre el mismo.

Gráfica-cuadro 35. ¿La epilepsia conlleva a una necesidad educativa especial?

	Frecuencia	%
SI	35	63.6
NO	17	30.9
NO SE	3	5.5
Total	55	100.0

n=55



Se observa en la gráfica que la mayoría de los maestros(as) saben que la epilepsia puede llevar al sujeto que la padezca a una necesidad educativa especial sin embargo en el Manual en la página tres se menciona si la epilepsia conlleva o no a una N.E.E.

Gráfica-cuadro 36. ¿La integración educativa de niños(as) con N.E.E. requiere de cambios en el currículo?

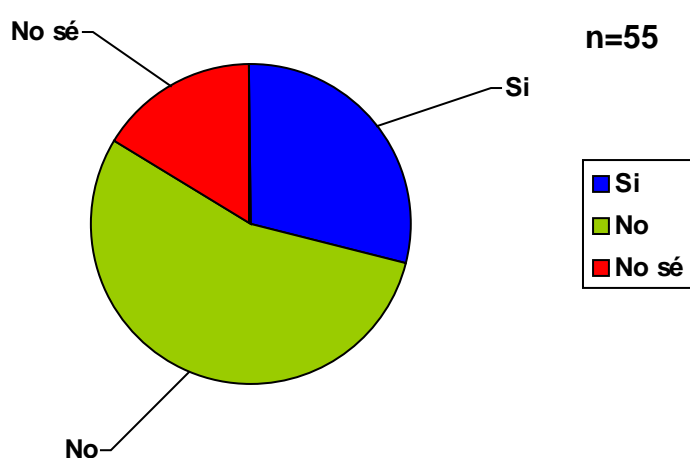
	Frecuencia	%
SI	37	67.3
NO	14	25.5
NO SE	4	7.3
Total	55	100.0



La presente gráfica nos muestra que la mayoría de los maestros(as) encuestados 67.3% sabe que la integración educativa de niños(as) con N.E.E requiere de cambios en el currículo, mientras que un 25.5% no lo considera necesario

Gráfica-cuadro 37. ¿Cómo docente le resultaría difícil convivir con niños(as) epilépticos(as)?

	Frecuencia	%
SI	16	29.1
NO	30	54.5
NO SE	9	16.4
Total	55	100.0



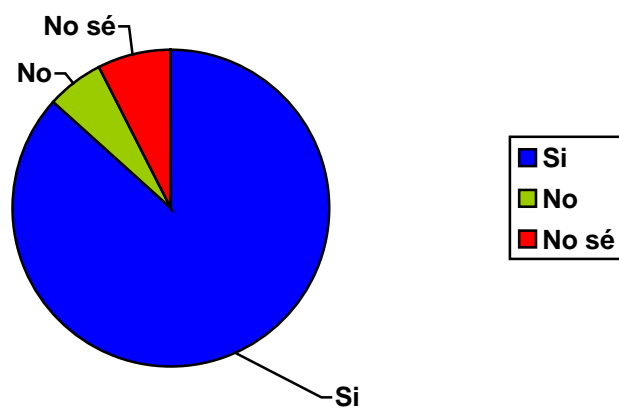
La presente gráfica nos muestra que a la mayoría de los docentes que representa el 54.5% el hecho de trabajar con niños(as) epilépticos(as) no les resultaría una dificultad.

Por la información proporcionada en esta gráfica, se propone el Manual como una herramienta más que coadyuve en la intervención psicopedagógica para la integración de éstos niños(as), ofreciendo información acerca de este padecimiento y sugiere algunos ejercicios y actividades.

Gráfica-cuadro 38. ¿Considera que los especialistas deben capacitar a los docentes sobre temas como la epilepsia?

	Frecuencia	%
SI	48	87.3
NO	3	5.5
NO SE	4	7.3
Total	55	100.0

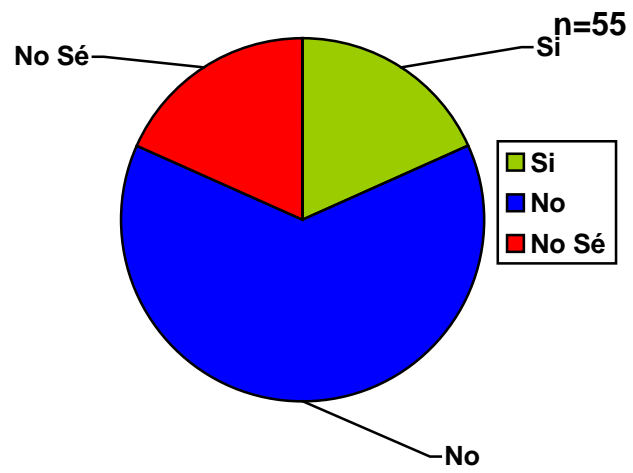
n=55



La presente gráfica nos muestra que la mayoría de los docentes están de acuerdo en que los especialistas sobre epilepsia los capaciten sobre el tema.

Gráfica-cuadro 39. ¿Considera que un alumno(a) con epilepsia le es difícil interactuar con sus compañeros de clases?

	Frecuencia	%
SI	10	18.2
NO	35	63.6
NO SE	10	18.2
Total	55	100.0

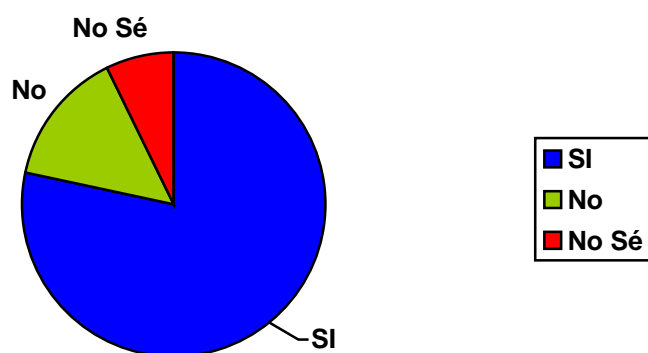


La gráfica nos muestra como la mayoría de los maestros(as) piensan que a los niños(as) epilépticos(as) no les resultaría difícil interactuar con sus compañeros(as) de clase, por lo que la página cuatro del Manual proporciona información detallada.

Gráfica-cuadro 40. ¿Como docente realizo adaptaciones o modificaciones a los contenidos para el aprendizaje de mis alumnos(as) si presentan alguna dificultad en su aprendizaje?

	Frecuencia	%
SI	43	78.2
NO	8	14.5
NO SE	4	7.3
Total	55	100.0

n=55

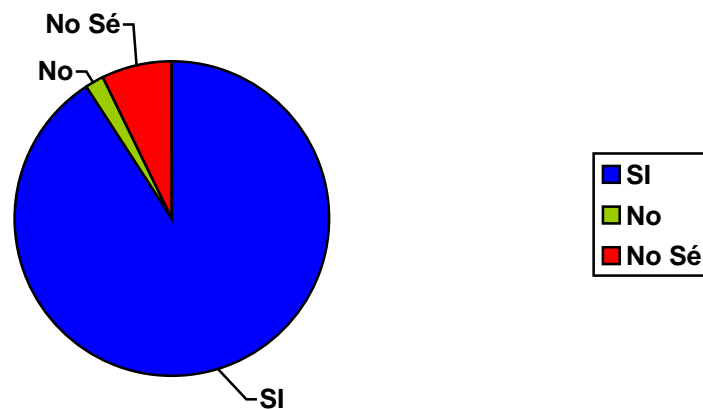


La presente gráfica nos muestra cómo la mayoría de los maestros(as) encuestados, es decir el 78.2%, si realiza modificaciones al currículo de los niños(as) que presentan dificultades en su aprendizaje.

Gráfica-cuadro 41. ¿La integración educativa tiene como fundamento un valor universal que es el derecho a la educación de todo ser humano?

	Frecuencia	%
SI	50	90.9
NO	1	1.8
NO SE	4	7.3
Total	55	100.0

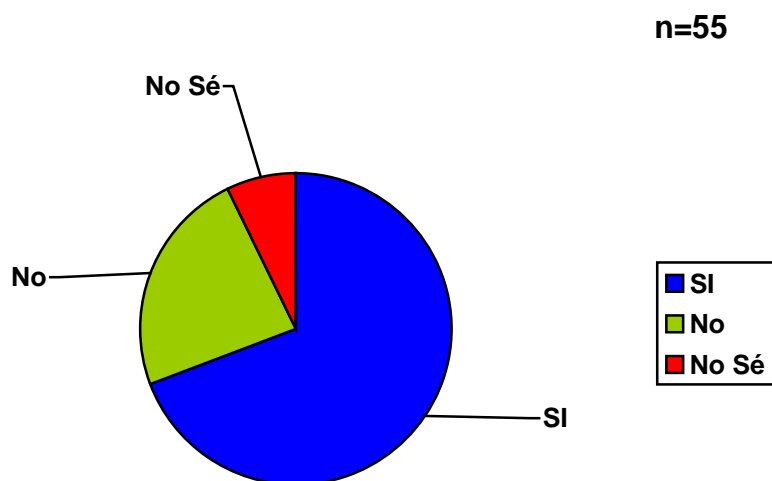
n=55



La gráfica nos arroja un porcentaje alto, que corresponde al 90.9%, respecto a que la integración educativa tiene como fundamento un valor universal que es el derecho a la educación de todo ser humano?

Gráfica-cuadro 42. ¿Evaluaría de manera diferente a mis alumnos(as) que presentan dificultades en su aprendizaje que al resto de sus compañeros que no las presentan?

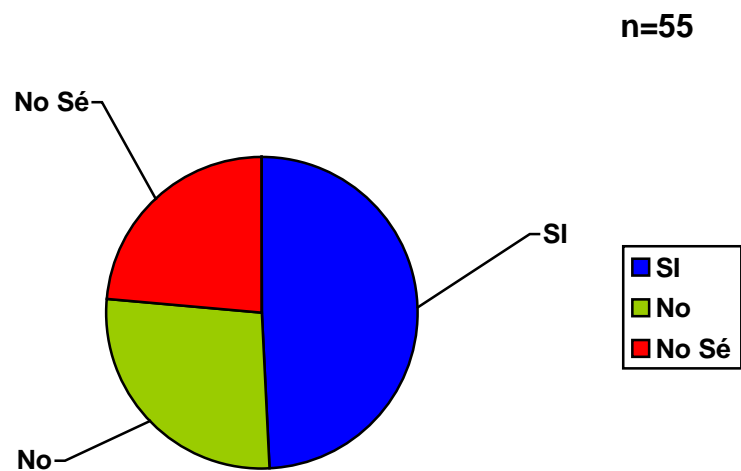
	Frecuencia	%
SI	38	69.1
NO	13	23.6
NO SE	4	7.3
Total	55	100.0



La presente grafica nos muestra cómo la mayoría de los maestros(as) afirman evaluar de manera diferente a los alumnos(as) que presentan dificultades en su aprendizaje que los que no las presentan

Gráfica-cuadro 43. ¿Las dificultades educativas resultan de la interacción entre las características de los alumnos(as) y el programa que es entregado en la escuela?

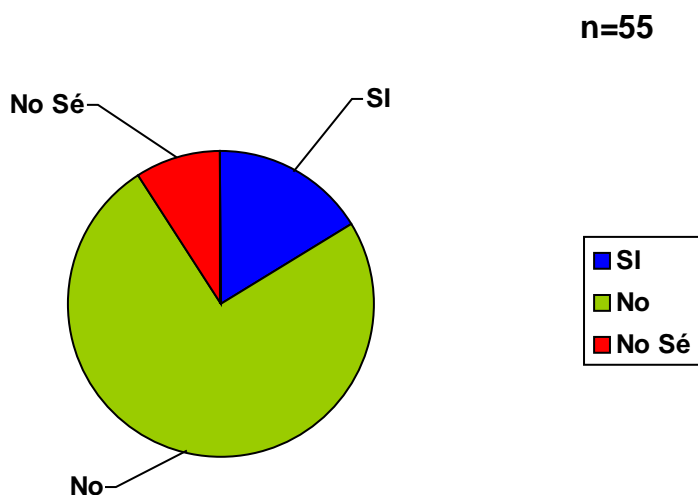
	Frecuencia	%
SI	27	49.1
NO	15	27.3
NO SE	13	23.6
Total	55	100.0



En la presente gráfica podemos observar cómo la mayoría de los maestros(as) afirman que las dificultades educativas resultan de la interacción entre las características de los alumnos(as) y el programa que es entregado en la escuela.

Gráfica-cuadro 44. ¿Considera necesario que los niños(as) epilépticos(as) asistan a escuelas de educación especial?

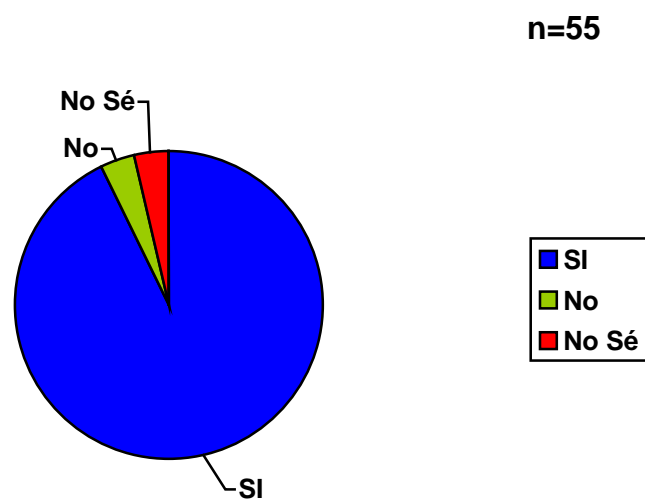
	Frecuencia	%
SI	9	16.4
NO	41	74.5
NO SE	5	9.1
Total	55	100.0



La presente gráfica nos muestra cómo la mayoría de los maestros(as) no considera que los niños(as) que padecen epilepsia deban asistir a escuelas de educación especial, la página tres del Manual contiene información al respecto.

Gráfica-cuadro 45. ¿Considera que la familia puede ser un buen apoyo para alguno de sus hijo(a)s que pudiera ser diagnosticado como epiléptico

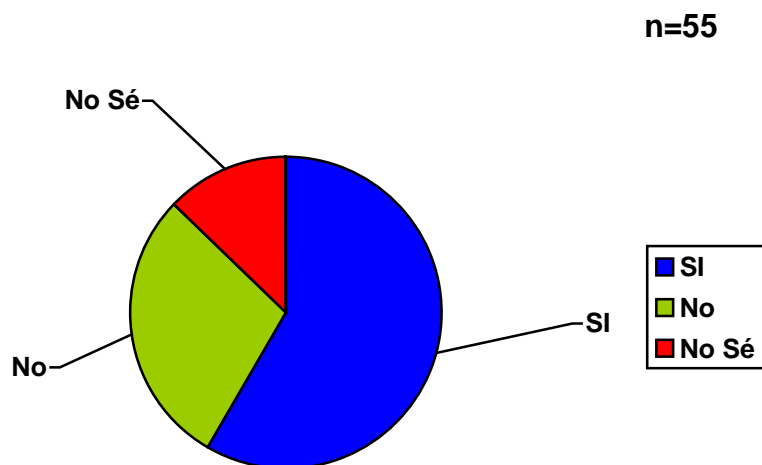
	Frecuencia	%
SI	51	92.7
NO	2	3.6
NO SE	2	3.6
Total	55	100.0



En la presente gráfica podemos observar que el 92.7% de los profesores(as) encuestados consideran que la familia es un buen apoyo para los niños(as) que pudieran ser diagnosticados epilépticos(as), la página dos del Manual sugiere información importante al respecto.

Gráfica-cuadro 46. ¿Piensa que un niño(a) con epilepsia pudiera presentar dificultades en su aprendizaje?

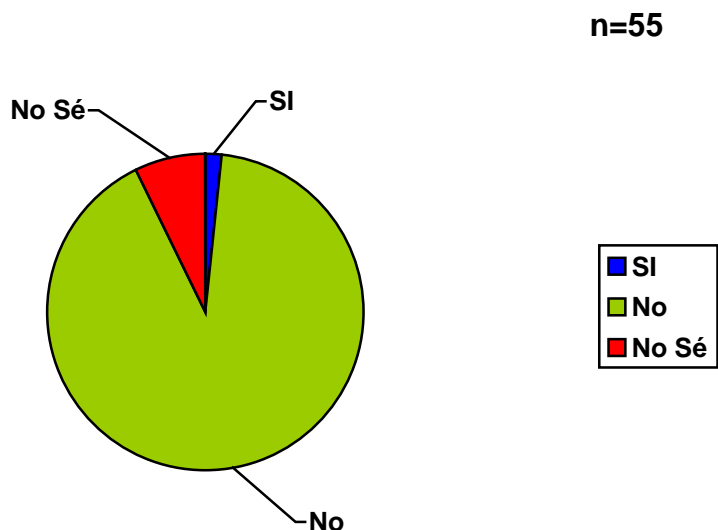
	Frecuencia	%
SI	32	58.2
NO	16	29.1
NO SE	7	12.7
Total	55	100.0



En la presente gráfica podemos observar que el 58.2% de los maestros(as) responden de manera afirmativa a la pregunta de que si un niño(a) con epilepsia pudiera presentar dificultades en cuanto a su aprendizaje, la página tres del Manual proporciona información al respecto.

Gráfica-cuadro 47. ¿Inicia el ciclo escolar y se le comunica que dentro de este nuevo grupo uno de sus alumnos(as) es epiléptico, usted lo rechazaría

	Frecuencia	%
SI	1	1.8
NO	50	90.9
NO SE	4	7.3
Total	55	100.0



En la presente gráfica podemos observar que el 90.9% de los profesores(as) no rechazaría trabajar con niños(as) epilépticos(as) dentro de su salón de clases.

Conclusión

Lo que motivó a realizar la presente investigación sobre epilepsia fue la inquietud y la experiencia personal vivida desde mi formación básica como estudiante. Considero que existe cierta dificultad para manejarla por el maestro dentro del salón de clases por la falta de información sobre la misma.

El presentar este tema como proyecto de tesis en el V Coloquio "Diseñar y Hacer es construir" celebrado en la Universidad Pedagógica Nacional en junio del 2002, fue otro motivo más para concretarlo, notando que la asistencia por parte del público y sobre todo compañero(as) de la carrera de Psicología Educativa que su ejercicio profesional era el de docente, mostraron su interés y necesidad por adquirir información y referencias sobre el mismo.

Por lo anterior en este trabajo se planteó como objetivo general desarrollar un Manual teórico, didáctico y accesible dirigido a maestros (as) de escuela regular que coadyuve en la intervención psicopedagógica para la integración escolar de niños(as) con epilepsia.

Se realizó una exhaustiva revisión teórica y documental de diversos autores para determinar las definiciones de integración educativa, así como necesidades educativas especiales y conceptos de educación especial y la transición hacia esta; así como también cuáles son los problemas psicosociales del niño(a) epiléptico (a) Bernie (1990), refiere que el niño(a) epiléptico(a) no tiene una personalidad especial, sin embargo considerando el punto de vista de Fornell (1992) se deben tomar en cuenta los aspectos que pueden afectar el correcto desarrollo de los infantes, sobre todo en los aspectos afectivos y su entorno familiar que si bien, no es un problema de personalidad sí implica dificultades para la familia sobre todo cuando se presentan las primeras crisis, por esto los padres podrían llegar a considerar a sus hijos como enfermos mentales o en otros casos podrían volverse demasiado sobreprotectores y tomar actitudes inadecuadas en su manejo. La familia enfrenta también problemas o situaciones tan graves como el rechazo social, no solamente hacia el niño sino hacia el resto de la misma, por supuesto por la falta de información sobre el tema y si bien como ya se mencionó antes, el niño(a) con crisis epilépticas no debería presentar problemas de personalidad, si puede verse afectada su autoestima o algún otro problema o situación de índole individual cuando se sabe que alguno de estos niños (as) sufren este padecimiento.

Debido a que el niño (a) afectado por esta enfermedad requiere de interacciones sociales de buena calidad de relación para que pueda alcanzar un adecuado crecimiento tanto físico como emocional, todo esto hace necesario que se proporcione información sobre esta enfermedad, cuáles son sus características, sus ocurrencias, cuándo se pueden ver precipitadas, cómo se pueden controlar y en particular a que servicios de salud se puede recurrir para la atención de este padecimiento, y promover para que los servicios de salud lleven a cabo campañas de concientización sobre el tema, tanto para los niños (as) que la padece como a sus familiares o educadores(as), de la misma

darles a conocer cuáles son las consecuencias del tratamiento farmacológico y los posibles efectos que puedan ocurrir por la interrupción del mismo.

Señalar también cuáles son los factores que influyen en el aprendizaje de estos niños (as) y que pueden contribuir a trastornos de conducta que impidan a este tipo de personas poder tener una estancia escolar normal y común.

Con la finalidad de explorar que tipo de información tienen los maestros (as) y su influencia en el aprendizaje, rendimiento escolar, autoestima, conducta, memoria y atención entre otros, se diseñó un cuestionario dirigido a maestros (as) de nivel básico para saber el grado de conocimiento que el docente tiene respecto a esta enfermedad, conformado por 55 preguntas, el cual fue sometido a validación por jueceo por dos maestras de nivel primaria, dos médicos especialistas en Psiquiatría y Neuropsiquiatría y dos psicólogos educativos de la Universidad Pedagógica Nacional, el cual después de esta validación quedó conformado por 45 preguntas categorizadas en tres rubros: información general, conocimiento del tema y experiencia laboral con niños con necesidades educativas especiales.

Como resultado derivado de la encuesta realizada a 55 maestros (as) evaluados (as) de cuatro escuelas privadas a nivel básico, el rubro información general reflejó, que el 82% de los sujetos son de sexo femenino, respecto a su formación académica se encontraron seis tipos: Normalista con un 42%, Licenciatura en Educación Básica un 16%, al igual que en la Licenciatura de Psicología Educativa, el 9% a Maestros (as) en Educación Especial, un 6% en la Licenciatura en Pedagogía y finalmente el 11% otros que incluía a maestros (as) de Educación Física, Danza, Música, Inglés y Computación. Finalmente el 36% de los encuestados (as) tiene más de 16 años como docentes.

Por otro lado, se tomaron en consideración datos proporcionados por los encuestados (as) cuyas respuestas arrojaron información importante en los rubros: conocimiento del tema y experiencia laboral con niños (as) con necesidades educativas especiales que sirvieron para la elaboración del Manual.

A continuación se presentan los resultados referentes a los rubros antes mencionados: conocimiento del tema, muestra que el 87.3% de los profesores (as) saben lo que es la epilepsia en términos generales, sin embargo la información detallada de este padecimiento no la tienen, el 76.4% no ha asistido a conferencias o cursos, el 43.6% desconoce si durante el embarazo la madre consume algún tipo de droga o alcohol su futuro hijo (a) podrá presentar epilepsia durante su desarrollo, un 38.2% desconoce también si algún niño (a) con epilepsia la padecerá toda su vida, el 45.5% de los (las) encuestados (as) no saben si las crisis epilépticas pueden ser generalizadas, así como el mismo porcentaje ignora si los niños (as) que presentan crisis pueden manifestar síntomas psíquicos que impliquen trastornos de las funciones cerebrales superiores, el 67.3% no saben que una crisis generalizada sólo afecta a un solo hemisferio del cerebro.

Dentro del rubro experiencia laboral con niños (as) con necesidades educativas especiales se encontró que el 65.5% de los maestros (as) no han trabajado con este tipo de niños (as), el 76.4% opinan que los alumnos (as) con necesidades educativas especiales, si pueden ser integrados a escuelas regulares, el 81.8%

considera que es su interés capacitarse sobre el tema, el 63.3% conoce que la epilepsia conlleva a una necesidad educativa especial, así como el 87.3% opina que los especialistas sobre el tema, deberían capacitarlos (as), por último al 54.5% de los docentes no les resultaría difícil convivir con niños (as) epilépticos (as).

Las investigaciones sobre aprendizaje y epilepsia que realizaron autores como Rugland (1990) quien dice que los problemas académicos se deben más bien a déficits cognitivos específicos más que a disfunción cognitiva generalizada asimismo, Aldekhamp, Alpherts y Deckker (1990) citados por Pascual 1992, refieren, el aprendizaje del niño (a) epiléptico (a) tiene un nivel intelectual dentro de la normalidad, pero muestran dificultad en el mismo.

Después de revisada la literatura sobre el tema y realizando un análisis de los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a los 55 docentes encuestados, se consideró que se tenían los elementos necesarios para desarrollar un Manual teórico, didáctico y accesible dirigido a los maestros (as) de escuela regular que coadyuve en la intervención psicopedagógica para la integración de niños (as) con epilepsia, el cual se estructuró de la siguiente manera: introducción, cinco apartados con información básica sobre epilepsia, el apartado uno versa sobre el desarrollo del niño (a) epiléptico(a), apartado dos, el niño (a) epiléptico (a) y la escuela, apartado tres actividades del niño (a) epiléptico (a), apartado cuatro qué hacer cuando el (la) alumno (a) sufre una crisis convulsiva, el apartado cinco presenta información básica de qué es la epilepsia: a) quién tiene epilepsia, b) causas, c) cuándo y cómo ocurre una convulsión, d) clasificación de las crisis, e) tipos y f) lo que no es epilepsia, así como una sección de ejercicios y un directorio.

A continuación se ofrece una descripción general del contenido del manual de acuerdo a los apartados antes citados: la introducción menciona el propósito del Manual dirigido al maestro (a) en donde se le ofrece una herramienta que le ayude a dar respuesta a algunas de sus dudas e informarle sobre conceptos básicos que le pudieran resultar útiles en el desempeño de las habilidades propias del alumno (a).

En el **apartado uno**, se presenta el desarrollo del niño (a) epiléptico(a), en donde se menciona que las crisis convulsivas y los medicamentos que sirven para controlarlas pueden afectar de manera significativa el desarrollo y el aprendizaje, así como si estas son frecuentes reducen la capacidad del niño (a) para procesar la información y la respuesta, alterando su atención.

El **apartado dos**, el niño (a) epiléptico (a) y la escuela, dice: la escolarización es fundamental para este tipo de niños (as) puesto que supone el primer paso para la integración social y además contribuye a estructurar su personalidad, los problemas educativos de los niños epilépticos varían en función de las alteraciones que se reflejen en el electroencefalograma, el rendimiento escolar del niño (a) epiléptico (a) va a depender de manera fundamental de la capacidad intelectual del mismo (a) y en menor proporción de las crisis que padezca dentro del mismo apartado se explican los factores que influyen de manera negativa respecto a su rendimiento escolar entre los que están: el inicio temprano de las crisis provoca un peor rendimiento cognitivo, el tipo de crisis y la frecuencia generan trastornos de aprendizaje, así como algunos medicamentos antiepilépticos ocasionan falta de concentración, menor fluidez de pensamiento, fatiga, menor atención y memoria, otros factores que puedan

estar involucrados en la conducta y el aprendizaje tendrán que ver con el origen de la epilepsia y los medicamentos que este tomando.

El **apartado tres** habla sobre las actividades del niño (a) epiléptico (a), en donde se recomienda realice juegos y deportes propios de su edad, siempre y cuando estas se lleven a cabo bajo supervisión y vigilancia y que no sean de mucho contacto físico, ya que está demostrado que tanto la actividad física como la intelectual disminuye sensiblemente la posibilidad de sufrir una crisis epiléptica, también se presentan principios básicos específicos para el deporte.

El **apartado cuatro** menciona qué hacer cuando su alumno sufre una crisis convulsiva, la cual pretende guiarlo (la) de manera práctica; se compone de 13 puntos que auxiliarán al alumno (a) en el momento de la presentación de una crisis convulsiva dentro del aula o la escuela.

En el **apartado cinco** se presenta información básica de qué es la epilepsia, a) quién la padece, b) causas, c) cuándo y cómo ocurre una convulsión, d) clasificación de las crisis, e) tipos y f) lo que no es epilepsia.

Se muestra una sección de ejemplos con actividades sencillas que puedan apoyar al maestro (a) sobre ejercicios de respiración y relajación, memoria, concentración, atención e integración grupal.

Como parte complementaria, el Manual contiene un directorio con nombres y direcciones de instituciones especializadas que atienden lo relacionado a la epilepsia.

Por todo lo antes señalado se pretende dar a conocer sin agotar el tema información básica sobre lo que es la epilepsia y algunos aspectos médicos, biológicos, neurológicos, factores sociales, interferencias respecto al aprendizaje ente otros, como un estímulo que motive y guíe al docente hacia la obtención de más información y conocimiento acerca de esta enfermedad y sus implicaciones en la vida académica de estos niños (as) que le permita al maestro (a) integrar al alumno (a) al salón de clase regular de una forma más adecuada y con mayores conocimientos.

Por lo anterior se sugiere considerar esta información para futuras investigaciones sobre este tema tan interesante que aun sigue siendo desconocido para muchos.

A. Manual

Con base en esta información obtenida de los 55 maestros(as) de primaria encuestados y del marco teórico expuesto sobre las necesidades educativas especiales, las dificultades de aprendizaje, por los problemas diversos problemas que atraviesan los niños(as) con epilepsia y la importancia que significa su integración educativa, se elaboró esta herramienta que pretende ser una guía presentada en forma de Manual dirigida a maestros(as) a nivel básico en la intervención psicopedagógica, en los casos que se presenten cuando sea necesario.

En esta parte del trabajo se presenta la estructura general del Manual dirigido a maestros(as) de educación básica de escuelas regulares, que incluye: portada, título, introducción contenido teórico y práctico; se presenta en hoja media carta. Su contenido está estructurado de la siguiente manera: el desarrollo del niño(a) epiléptico, el niño(a) epiléptico y la escuela, las actividades del niño(a) epiléptico, el qué hacer cuando su alumno(a) sufre una crisis convulsiva, incluyendo también lo que es la epilepsia, quién tiene epilepsia, cómo y cuándo sucede una convulsión, causas de la epilepsia, clasificación de las crisis y los tipos de epilepsia.

B. Construcción y objetivo del Manual.

El Manual fue elaborado a partir de la revisión de la literatura sobre epilepsia, los problemas y dificultades que pueda presentar el niño(a) que la padezca en cuanto a su rendimiento escolar y sus actividades, está dirigido a los maestros(as) de educación básica para coadyuvar en la intervención psicopedagógica para la integración de niños(as) con esta enfermedad, dicha información se presenta de forma sencilla y de fácil consulta para que el docente sepa lo que es la epilepsia, sus causas, el tipo, entre otras y como actuar en el momento en que alguno de sus alumnos(as) presente alguna crisis convulsiva.

A continuación se presenta el manual y su contenido completo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aranda, P. López S. y Ortiz, P. (2002). Funciones del psicólogo educativo y el docente en la atención de necesidades educativas especiales dentro de las USAER. Tesis.

Bautista, R. (1990) Una escuela común para todos: La integración escolar. Málaga. Aljibe.

Bautista, R. (1993) Necesidades educativas especiales. Málaga: Aljibe.

Blanco, G. et al (1992). Alumnos(as) con necesidades educativas especiales y adaptaciones curriculares. Ministerio de Educación Especial y Ciencia. Dirección General de Renovación Pedagógica. Barcelona.

Brennan, W. (1982). El currículo para niños(as) con necesidades educativas especiales. Madrid: Siglo XXI.

Coll, C. (1987). Psicología y currículo. Una aproximación psicopedagógica a la elaboración del currículo escolar. Barcelona. Paidós.

Del Río, S. (1985). Integración escolar de los deficientes. Panorama Internacional. Real Patronato de Educación y atención a deficientes. España.

Dockrell, J. y Mc Shane, J. (1992). Dificultades de aprendizaje en la infancia: Un enfoque cognitivo. Barcelona. Paidós

Echeita, G. (1989). Las necesidades educativas especiales en la escuela ordinaria: Introducción. Tema uno. Madrid, España: Ministerio de Educación Especial.

Echeita, G. y Martín, E. (1995). Interacción Social y Aprendizaje. En: Desarrollo psicológico y educación III. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar. Madrid, Alianza.

Ezcurra, M. Márquez, F. (1982). Análisis histórico del desarrollo de la educación especial. (Marco conceptual de la educación especial en México) México.

Feria, A. Martínez, de M. y Rubio, F. (1997). Epilepsia: Aspectos Neurobiológicos, Médicos y Sociales. México. Ediciones del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Fornell, Forcades J (1992). Problemas afectivos en el niño(a) epiléptico y su entorno. XVIII Congreso Español de Pediatría. Barcelona

García E. De L. Eloisa (2000). Integración de los discapacitados al ambiente comunitario y escolar. Puente de la Liga Internacional de Asociaciones a favor de las personas con Deficiencia Mental. México; SEP-DGEE:

García, C. (1995). Una escuela común para niños(as) diferentes. Barcelona EVB.

González, S y Oropeza J. L. (2001). Clasificación de las crisis epilépticas y de los síndromes epilépticos(as); en: Compendio de Epilepsia. México. Programa Prioritario de Epilepsia. SSA México.

Guajardo, R. (1998). Integración educativa y escolar. Lo obligatorio y lo opcional. Primer Encuentro Nacional de Investigadores y Participantes sobre la Integración Educativa. México, D. F.

Guzmán, C. (1989). Enseñanza y Dificultades de Aprendizaje. en: Análisis de la Educación Especial. Escuela Española. S. A. Madrid.

Kauffman, J. (1985). Characteristics of children's behavior disorders. Buenos Aires. Paidós

Kugenl , R. y Wolfensberger, W. (!989). The normalization principle and its human managnents implications Changing patterns in resedential service for the mental retarder. Presidents Committee of mental retardation. Washington.

Mar, N. Maravillas, V. Valencia, L. Taller de Sensibilización: Una propuesta para modificar las actitudes de la comunidad escolar ante la integración educativa. Tesis.

Marchesi, A. (1990) Desarrollo Psicológico y Educación. Madrid. Alianza.

Marchesi, A. Coll, C. Palacios, J. (1992). Desarrollo Psicológico y Educación III. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar. Madrid, España. Alianza Psicológica.

Martínez, M. (1988). Estrategia psicopedagógica de integración a la escuela regular de niños(as) con problemas en el desarrollo los grupos integrados B. Dirección de Educación Especial. México. S E P.

Mata, F. (1999). Dificultades de Aprendizaje: un enfoque didáctico En: La Innovación de la educación. Actas de las XIV Jornadas Nacionales de Universidad y Educación Especial. Universidad de Jaén: Publicaciones de la Universidad de Jaén.

Molina, A. y Ulsar, E. (1997). Epilepsia. en: Menores con discapacidad y necesidades educativas especiales. Dirección General de Materiales y Métodos Educativos de la Subdirección de Educación Básica y Normal. México. SEP

Morales, S. (1998). Presentación Seminario Taller de Intercambio Multilateral de Experiencias sobre Integración educativa. México.

Nieto, M. (1991). Aspectos sociales de la epilepsia infantil. Pediatrika. II. pp 324-328. Sevilla.

Nieto, M. (1992). Introducción. en: Las alteraciones cognitivas y afectivas del niño(a) epiléptico. XVIII Congreso Español de Pediatría. Barcelona

Pascual, Pascual S. (1992). Rendimiento Escolar y laboral del niño(a) epiléptico. XVIII Congreso Español de Pediatría. Barcelona

Puigdellivol, I. (1995). La educación especial en la escuela integrada: Una perspectiva desde la diversidad. Barcelona: Graó.

Rodríguez, I. y Pérez, J.C. (2001). Definición en: Compendio de Epilepsia. México. SSA. Programa Prioritario de Epilepsia.

Saad, D. (1997) Algunas concepciones y tareas requeridas para el desarrollo de adecuaciones curriculares en la integración escolar. Ponencia del IV Simposium sobre la integración educativa. México. UPN

Sampieri, R. (1991) Metodología de la Investigación 2ª. Edición, México: Ed. Mc Graw Hill.

Sánchez, E. Cantón, M. y Sevilla, S. (1999) Compendio de Educación Especial. México.

Secretaria de Educación Pública (2000). Antología de Educación Especial Capítulo II: Integración Educativa y Necesidades Educativas Especiales. México. SEP.

Secretaria de Educación Pública (1996). Programa de desarrollo educativo 1995-2000. México SEP. Poder Ejecutivo Federal.

Secretaría de Educación Pública. (2000). Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa. México. SEP

Secretaría de Educación Pública. (1991). Reunión Nacional de Responsables del Equipo del Centro de Orientación para la Integración Educativa. México. SEP/DGEE. (Documento Interno).

Shea, T. Bauer, A. (2000). Educación especial en México: Un Enfoque Ecológico. Mc Graw Hill. México.

Sindicato Nacional para Trabajadores de Educación S.N.T.E. (1997). Conferencia Nacional "Atención educativa a menores con necesidades educativas especiales" Equidad para la diversidad. México. S E P. DGEE (Documento Base).

Soder, M. (1981). Como restituir a los disminuidos en el seno de la comunidad. El Correo. UNESCO

Solé, I. (1996). Las relaciones entre familia y escuela: Cultura y educación.

Steenlandt , D. (1991). La Integración de niños(as) con discapacidad a la educación común. Chile: UNESCO/REAL. C.

Toledo, M. (1984). La escuela ordinaria ante el niño(a) con necesidades educativas especiales. Madrid, Aula XXI, Santillán.

Van, S. (1991). La Integración de niños(as) discapacitados a la educación común. Chile. UNESCO/ORELAL C.

Zacarías, J. Santamaría, A. y Saad, E. Necesidades educativas especiales. Programa de Publicaciones de Material Didáctico. México. UNAM.

Anexo

Cuestionario para maestros(as) sobre epilepsia

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y marque la respuesta correcta o adecuada para usted.

INFORMACIÓN GENERAL

EDAD: _____

SEXO: _____

1. Mencione su formación académica.

Normalista	()	Maestro(a) de Educación Especial	()
Lic. en Educación Básica	()	Lic. en Pedagogía	()
Lic. en Psicología Educativa	()	Otro especifique _____	

2. Años de servicio

De 1 a 5 años	()	De 6 a 10 años	()
De 11 a 15 años	()	De 16 años a más	()

3. ¿Sabe Usted que es la epilepsia?

Si	()	No	()	No sé	()
----	-----	----	-----	-------	-----

4. ¿Ha trabajado con niños(as) epilépticos(as)?

Si	()	No	()	No sé	()
----	-----	----	-----	-------	-----

5. ¿Ha asistido a conferencias o cursos sobre epilepsia?

Si	()	No	()	No sé	()
----	-----	----	-----	-------	-----

6. ¿La epilepsia es una enfermedad?

Si	()	No	()	No sé	()
----	-----	----	-----	-------	-----

7. ¿La mayoría de los casos de epilepsia aparecen durante la infancia?

Si	()	No	()	No sé	()
----	-----	----	-----	-------	-----

8. ¿Los alumnos(as) con necesidades educativas especiales pueden ser integrados a escuelas regulares?

Si	()	No	()	No sé	()
----	-----	----	-----	-------	-----

9. ¿La epilepsia sólo se manifiesta con crisis convulsivas?

Si	()	No	()	No sé	()
----	-----	----	-----	-------	-----

10. ¿Sí durante el embarazo la madre consume algún tipo de droga o alcohol el futuro bebé podría presentar epilepsia durante su desarrollo?
Si () No () No sé ()
11. ¿Sí alguna persona presenta sonambulismo, mareos o frecuentes dolores de cabeza se puede considerar epiléptica?
Si () No () No sé ()
12. ¿Considera que si una persona presenta una fiebre mayor de 40 grados y no es atendida podría provocar una convulsión?
Si () No () No sé ()
13. ¿Las necesidades educativas especiales las presenta algún alumno(a) cuando existe una deficiencia física, sensorial, intelectual, emocional, social o cualquier combinación de éstas?
Si () No () No sé ()
14. ¿Las crisis convulsivas se presentan en periodos de 20 segundos a un minuto?
Si () No () No sé ()
15. ¿La epilepsia es tema de mi Interés para capacitarme?
Si () No () No sé ()
16. ¿Una convulsión puede presentarse si alguna persona ha sufrido un importante golpe en la cabeza?
Si () No () No sé ()
17. ¿La epilepsia conlleva a una necesidad educativa especial?
Si () No () No sé ()
18. ¿Considera un riesgo el meter algún objeto en la boca de la persona durante la presencia de una crisis convulsiva?
Si () No () No sé ()
19. ¿Considera importante que las personas que son diagnosticadas epilépticas requieren de un tratamiento farmacológico?
Si () No () No sé ()
20. ¿La integración educativa de niños(as) con necesidades educativas especiales requiere de cambios en el currículo?
Si () No () No sé ()
21. ¿Piensa que la epilepsia es hereditaria?

- Si () No () No sé ()
22. ¿Cómo docente le resultaría difícil convivir con niños(as) epilépticos(as)?
Si () No () No sé ()
23. ¿Considera que los especialistas deben capacitar a los docentes sobre temas como la epilepsia?
Si () No () No sé ()
24. ¿Los niños(as) con epilepsia la padecerán toda su vida?
Si () No () No sé ()
25. ¿Si una persona presenta ausencias (pérdida ligera de conciencia) considera que puede ser epiléptico?
Si () No () No sé ()
26. ¿Considera que al presentarse una crisis convulsiva habrá perdida de conciencia?
Si () No () No sé ()
27. ¿Piensa que si durante el parto el bebé tuvo falta de oxígeno o sufrió algún golpe en la cabeza, podría presentar epilepsia durante su desarrollo?
Si () No () No sé ()
28. ¿El electroencefalograma (EEG) puede detectar alguna actividad anormal en el cerebro?
Si () No () No sé ()
29. ¿Considera que un alumno(a) con epilepsia le es difícil interactuar con sus compañeros de clases?
Si () No () No sé ()
30. ¿Los electrodos son utilizados en la tomografía axial computarizada?
Si () No () No sé ()
31. ¿Como docente realizo adaptaciones o modificaciones a los contenidos para el aprendizaje de mis alumnos(as) si presentan alguna dificultad en su aprendizaje?
Si () No () No sé ()
32. ¿Considera que la epilepsia puede afectar la autoestima de quien la padece?
Si () No () No sé ()
33. ¿Considera usted que existen diferentes tipos de epilepsia?
Si () No () No sé ()
34. ¿La integración educativa tiene como fundamento un valor universal que es el derecho a la educación de todo ser humano?

- Si () No () No sé ()
35. ¿Las crisis epilépticas pueden ser parciales?
Si () No () No sé ()
36. ¿Evaluaría de manera diferente a mis alumnos(as) que presentan dificultades en su aprendizaje que al resto de sus compañeros que no las presentan?
Si () No () No sé ()
37. ¿Las dificultades educativas resultan de la interacción entre las características del alumno(a) y el programa que es entregado en la escuela?
Si () No () No sé ()
38. ¿Los niños(as) con epilepsia deben llevar una vida con cuidados extremadamente especiales?
Si () No () No sé ()
39. ¿Las crisis epilépticas pueden ser generalizadas?
Si () No () No sé ()
40. ¿Piensa que las personas que presentan crisis epilépticas pueden manifestar síntomas psíquicos que impliquen trastornos de las funciones cerebrales superiores?
Si () No () No sé ()
41. ¿Considera necesario que los niños(as) epilépticos(as) asistan a escuelas de educación especial?
Si () No () No sé ()
42. ¿Las crisis generalizadas afectan sólo a un hemisferio del cerebro?
Si () No () No sé ()
43. ¿Considera que la familia puede ser un buen apoyo para alguno de sus hijo(a)s que pudiera ser diagnosticado como epiléptico?
Si () No () No sé ()
44. ¿Piensa que un niño(a) con epilepsia pudiera presentar dificultades en su aprendizaje?
Si () No () No sé ()
45. ¿Inicia el ciclo escolar y se le comunica que dentro de este nuevo grupo uno de sus alumnos(as) es epiléptico, usted lo rechazaría?
Si () No () No sé ()

GRACIAS