



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO DE 2010

“EPILEPSIAS EN LOS NIÑOS/AS”

AUTORÍA ANTONIA GEMA RUBIO ARJONA
TEMÁTICA EDUCACIÓN ESPECIAL
ETAPA EI, EP,

Resumen

En el presente artículo vamos a tratar la historia de los trastornos convulsivos, Tipos de crisis, Formas clínicas, Etiología, Aspectos médicos, Aspectos psicosociales de la epilepsia infantil, Tratamiento y Organización de la asistencia a los epilépticos

Palabras clave

- Concepto de crisis convulsivas.
- Concepto de epilepsia.
- Tipos de crisis epilépticas.
- Formas clínicas.

1. HISTORIA DE LOS TRASTORNOS CONVULSIVOS

La historia de los trastornos convulsivos es representativa de la lucha entre el pensamiento mágico y el pensamiento científico. Únicamente en los dos últimos siglos el resultado de tal enfrentamiento ha sido favorable a la visión científica del problema. Desde entonces los epilépticos empiezan a ser tratados como enfermos; antes habían sido considerados endemoniados y por ello se recurría a exorcismos para liberarlos. La epilepsia se consideró una enfermedad sagrada como algunos de los nombres que se le aplican lo evidencian, entre ellos, el de *morbos sacer*.

Como sucede en otros campos del saber médico, a medida que las adquisiciones de las ciencias básicas van madurando y sedimentando se va propiciando su aplicación clínica. En el caso que nos ocupa, el rápido desarrollo en las últimas décadas de ciencias como la neurofisiología, la electrónica, la química y la farmacología, entre otras, ha contribuido a racionalizar el estudio de los trastornos convulsivos (O'LEARY y GOLDRING, 1976).

Es de destacar la notable disociación entre los logros técnicos en materia de diagnóstico y tratamiento y su aplicación a la población general. Pese a constituir un problema social de envergadura, a las epilepsias no se les concede la importancia que merecen y eso se traduce en una insuficiente atención especializada. Esto puede ser comprensible por la persistencia residual de la concepción mágica dominante durante muchos siglos, que se traduce en rechazo y abandono. Una muestra es la dificultad para disponer de datos epidemiológicos de relieve que permitan calibrar la importancia del problema.

Desde la Grecia antigua, se sabe que los ataques epilépticos son mucho más frecuentes en los primeros años de vida y que su aparición después de los veinte años es más rara.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO DE 2010

Los niños con trastornos convulsivos presentan dificultades de tipo médico y de tipo psicosocial, que unas veces están relacionadas con la historia natural de la dolencia y otras son consecuencia de un tratamiento inadecuado o de una orientación errónea.

Dada la limitación impuesta por el tiempo, en esta exposición dedicaremos atención a las líneas directrices en el diagnóstico y tratamiento de las epilepsias infantiles, haciendo mención a las medidas preventivas y proponiendo un programa de asistencia a los enfermos víctimas de estas dolencias que tantos sufrimientos personales ocasionan y tantos costos sociales acarrear.

1.1. Conceptos básicos

Las crisis convulsivas, en general, son una forma habitual de expresión de la corteza cerebral ante descargas excesivas que pueden ocurrir o ser inducidas en el SNC por múltiples causas, desde las que se provoca en el electroshock hasta las que aparecen en el recién nacido por la abstinencia de los fármacos o tóxicos (alcohol, barbitúricos) que estuviera tomando la madre. Cuanto más inmaduro es el cerebro, más fácil es que descargue de forma convulsiva.

Debemos distinguir las *crisis epilépticas*, que se deben a descargas excesivas de poblaciones neuronales más o menos extensas, de las crisis no epilépticas.

Hablamos de *epilepsias* para referirnos a dolencias crónicas caracterizadas por la repetición de crisis epilépticas convulsivas o no convulsivas. Además de su carácter crónico, son muy frecuentes. De acuerdo con los datos de "People with epilepsy" (1969), 6 de cada 1.000 habitantes son epilépticos, y cada año se diagnostican 7 nuevos casos cada 10.000. En España habrá unos 210.000 enfermos y unos 25.000 nuevos casos anuales. De esta cifra, más de la mitad se calcula que están por debajo de los 20 años. Una estimación global de los trastornos convulsivos en la infancia (incluyendo epilepsias, espasmos del sollozo y convulsiones febriles) abarca del 5-10% de la población infantil (FEJERMAN y MEDINA, 1977).

Con estas cifras no es difícil comprender el alcance social de estos trastornos.

1.2. Tipos de crisis epilépticas

La más aceptada internacionalmente de las clasificaciones de las crisis epilépticas es la propuesta por GASTAUT (1970). Se basa en los rasgos clínicos y electroencefalográficos. Los principales grupos son:

- Crisis parciales o de comienzo focal, que traducen la activación de un sistema anatómico o funcional de una parte de un hemisferio. Sus manifestaciones clínicas pueden ser elementales (motoras, sensoriales o vegetativas) o complejas (afectación aislada de la conciencia, síntomas afectivos, síntomas cognoscitivos, psicosenoriales o psicomotores). Estas crisis pueden generalizarse secundariamente.
- Crisis generalizadas, en éstas no hay signos ni síntomas que puedan relacionarse con un sistema anatómico ni funcional localizado. Se traducen por una afectación inicial de la conciencia y fenómenos motores generalizados que pueden acompañarse de una descarga vegetativa masiva. Se incluyen aquí las ausencias, las mioclonías, los espasmos infantiles, las crisis clónicas, las crisis tónicas, las crisis tónico- clónicas, las crisis atónicas y las crisis acinéticas.
- Crisis unilaterales, con aspectos clínicos similares a las anteriores, que se presentan de forma exclusiva o predominante en un solo hemis- cuerpo.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO DE 2010

1.3. Formas clínicas.

Se han propuesto también clasificaciones para las formas clínicas de epilepsia, como la de MERLIS (1970). FEJERMAN y MEDINA (1977) proponen las siguientes formas de convulsiones y epilepsias en la infancia:

- Generalizadas, que incluyen el Gran Mal típico y sus variantes incompletas; el Pequeño mal, con ausencias típicas y con ausencias típicas más alguna manifestación motora; las epilepsias mioclónicas y mioclónicas-acinéticas; las encefalopatías epileptógenas de la infancia (síndrome de West y síndrome de Lennox); las convulsiones febriles, cuya inclusión dentro de las epilepsias se justifica porque pueden ser origen de daño cerebral cuando su duración se prolonga.
- Hemigeneralizadas, incluyendo las del niño pequeño y el síndrome Hemiconvulsión, hemiplejía con frecuencia secuela de una convulsión o de un estado de mal.
- Epilepsias focales, cuyos rasgos se corresponden con los de las diferentes crisis parciales.
- Epilepsias focales secundariamente generalizadas, un capítulo importante lo constituyen los estados de mal que son cuadros de crisis ininterrumpidas de las diferentes variedades mencionadas. Un tratamiento urgente evitará las secuelas neurológicas.

1.4. Etiología.

Las crisis en los niños pertenecen a dos grandes grupos: las que son consecuencia de *anormalidades orgánicas cerebrales*, ya sean por desarrollo anormal, ya por agresiones prenatales, perinatales o postnatales, y las que son consecuencia de *alteraciones funcionales* cuya naturaleza es mal conocida pero que están, en parte, determinadas genéticamente. Ambos tipos se superponen, pues hay trastornos genéticos que dan lugar a convulsiones mediante anormalidades orgánicas cerebrales. Una lesión epileptógena se manifiesta más fácilmente si existe una predisposición constitucional.

Las causas *genéticas* incluyen trastornos metabólicos como la fenilcetonuria, cuadros muy específicos como la esclerosis tuberosa, algunas malformaciones y la predisposición genética a padecer ciertos tipos de epilepsia o convulsiones.

Las principales causas prenatales de daño cerebral epileptógeno son: infecciones de la madre, sobre todo por virus (por ej. La rubéola); enfermedades parasitarias (toxoplasmosis); toxemia y otros trastornos del embarazo; factores desconocidos que originan malformación o destrucción (de posible origen vascular o circulatorio); malnutrición, nivel socio-cultural pobre; embarazos en madres muy jóvenes o en madres añosas.

En las perinatales destacan: traumatismo físico, anoxia de parto y asfixia; anoxia postnatal; trastornos metabólicos neonatales (hipoglucemia); infecciones neonatales.

Las principales causas postnatales son: infecciones, traumatismos (accidentales o deliberados); trastornos metabólicos (deshidrataciones); intoxicaciones; tumores; convulsiones graves y prolongadas de cualquier causa; causas desconocidas.

No siempre es demostrable una relación causa-efecto, por lo que la importancia global de cada uno de los factores lesionales no es fácil de determinar. Conviene recordar que, ante la misma causa, cada cerebro reacciona de una forma. La importancia relativa de los factores genéticos y de los criterios usados por cada uno. FEJERMAN y MEDINA (1977) proponen una división etiológica que tiene ventajas prácticas: a. Convulsiones o epilepsias *sintomáticas* de procesos agudos o crónicos del SNC o como manifestación de enfermedades de curso progresivo que afectan al cerebro (esclerosis tuberosa, pan encefalitis esclerosante subaguda, etc). b. Epilepsias *Secundarias*: convulsiones en pacientes que



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO DE 2010

tienen un daño cerebral permanente no progresivo. c. Epilepsias *Primarias* (genéticas), de pacientes en los que no se pueden demostrar lesiones.

1.5. Aspectos médicos.

A. Diagnóstico

La *historia clínica* constituye el primer eslabón de la cadena de procedimientos que nos van a llevar al diagnóstico. Un interrogatorio bien hecho permite obtener información sobre los antecedentes del niño, sean prenatales, perinatales o postnatales. Además, permitirá conocer la historia familiar. La tipificación de las características clínicas de las crisis es otro de los objetivos primordiales de la anamnesis. Por último, permitirá tener una primera aproximación acerca del comportamiento del niño, de su rendimiento escolar, de sus relaciones familiares, de sus relaciones con otros niños.

La *exploración general y neurológica*, en particular, son de un valor extraordinario para detectar signos que nos permitan iniciar la búsqueda de una causa y su localización en el caso de que sea lesional.

Las *exploraciones instrumentales* deben iniciarse por un estudio *neurofisiológico* del paciente. Mediante este tipo de pruebas podemos conocer el estado de la actividad eléctrica cerebral espontánea (EEG) y la actividad cerebral evocada (potenciales evocados). El electroencefalograma (EEG), nos permite ocasionalmente tipificar, junto con la clínica, el tipo de crisis. Como esto no es fácil, con frecuencia hay que conformarse con los signos inter críticos, que pueden ser indicativos de un determinado tipo de epilepsia o pueden tener un valor localizador, al tiempo que nos da información del estado general de la actividad bioeléctrica global. Con relativa frecuencia el EEG no da signos patológicos en un registro de rutina de unos quince minutos de duración. Entonces se recurre a activaciones, entre las cuales deben ocupar un lugar preferente los registros de sueño espontáneo y los practicados después de la supresión parcial o total de sueño. Esto reduce el número de EEG negativos, al tiempo que facilita la posibilidad de registrar crisis, pues es conocido el papel inductor que tiene el sueño y la falta del mismo. Además pueden hacerse estudios prolongados que permitan estar al paciente moviéndose libremente, gracias a la telemetría. La observación puede completarse con registros en circuito cerrado de TV que nos permita acumular en video las crisis y los registros (ver KELLAWAY y PETERSEN, 1976).

Si a pesar de todos estos procedimientos, el EEG es negativo, y la clínica es evidente, el diagnóstico de epilepsia debe sostenerse e incluso comenzar un tratamiento esperando a la respuesta para su confirmación. El estudio de los potenciales evocados nos informa del estado funcional de determinadas vías sensoriales como la auditiva, la visual, etc.

La *pruebas de laboratorio* que comprenden los estudios de sangre, orina y líquido cefalorraquídeo, con frecuencia ayudan a identificar la entidad clínica responsable de las convulsiones, sea aquella metabólica, sanguínea, tóxica, infecciosa o tumoral.

Otras exploraciones, como el *examen radiológico simple de cráneo*, deben ser practicados de forma habitual. Este permite visualizar calcificaciones, alteraciones de la osificación, etc. La *eco encefalografía* (ultrasonido), la *gamma grafía* (isotopos radiactivos) y la *transiluminación del cráneo*, todas ellas incruentas, pueden contribuir a determinar el origen lesional de la epilepsia y a determinar su localización. Exploraciones cruentas como la *angiografía* deben reservarse para los casos en que se sospeche una malformación vascular.

Hace pocos años se ha introducido un método conocido como *tomografía axial computada* (TAC), que no es cruento y es de una gran precisión. Consiste en la visualización de cortes del cerebro similares a los anatómicos estudiados electrónicamente y analizados por ordenador. De gran valor localizador, en



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO DE 2010

algún estudio hecho en epilépticos, la incidencia demostrada de lesiones ha sido del 50% (GASTAUT y GASTAUT, 1977). Los autores sugieren que en el futuro los médicos solicitarán después del examen clínico un EEG para tipificar la crisis y luego una TAC para descartar una lesión orgánica.

El estudio psicológico puede hacerse necesario en determinados casos dado que con frecuencia el rendimiento global del niño puede estar disminuido y conviene definir cuáles son las características del déficit. Debe ser practicado siempre por psicólogos experimentados que, a ser posible, tengan buena formación neuropsicológica.

B. Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico de epilepsia implica la aparición recurrente de crisis epilépticas. Las crisis aisladas, pues, no deben ser consideradas como epilepsia. Por otra parte, existe una serie de crisis de origen cerebral de tipo no epiléptico que conviene tener presente para no confundirlas. En el niño hay que destacar los espasmos del sollozo, las crisis febriles y los trastornos del sueño.

1.6. Aspectos psicosociales de la epilepsia infantil.

Los problemas psicológicos que plantea el niño epiléptico son de dos tipos: por un lado, los factores emocionales pueden jugar un papel desencadenante de ciertas crisis; por otro, están las alteraciones psíquicas y del comportamiento, frecuentes en estos niños. Las manifestaciones de ira y agresividad son frecuentes en ellos y, por otra parte, son difíciles de manejar. Algunas de las alteraciones tienen una repercusión directa sobre el rendimiento escolar del niño: déficit de la atención, hiperactividad, tendencia al aislamiento y deterioro de las funciones cognoscitivas, las cuales, figuran entre las más importantes.

RUTTER y COL. (1970) encuentran cinco veces más trastornos psiquiátricos en los niños epilépticos que en los normales. Los trastornos a veces son tan graves que incapacitan más al enfermo que las propias crisis.

Los factores capaces de dar lugar a alteraciones patológicas de las funciones psíquicas pueden dividirse en *directos e indirectos* (HENRIKSEN, 1977). Dentro de los primeros se incluyen el *proceso orgánico cerebral*, cuando existe, y los *fármacos anticonvulsivos*. La capacidad de una lesión cerebral para producir manifestaciones psicopatológicas depende de su naturaleza, localización o localizaciones, extensión y actividad epileptógena. Son frecuentes, por ejemplo, los trastornos en las epilepsias temporolímbicas. Los fármacos anticonvulsivos pueden dar trastornos como consecuencia de sus efectos secundarios o como consecuencia de intoxicación. Son de destacar la somnolencia y el enlentecimiento psíquico a que dan lugar la mayor parte de ellos; también es característica la hiperactividad que se observa en algunos niños que están tratados con fenobarbital, así como las reacciones de rabia en niños tratados con benzodiazepinas que se vuelven más irritables. No hay que olvidar que algunos fármacos tienen efectos secundarios como la hipertrofia gingival, la hipertricosis y diversas dermatopatías que, a su vez, pueden actuar, por razones estéticas, como fuente de problemas psíquicos. Los factores indirectos se refieren a las repercusiones psicológicas de la interacción entre el enfermo y su entorno. Hay que incluir bajo coeficiente intelectual, retrasos del lenguaje, la dislexia, los defectos físicos, el hecho de presentar crisis, los efectos secundarios de los fármacos, los problemas escolares y los problemas familiares.

Con mucha frecuencia, los problemas psicosociales en el niño se deben a la forma en que es tratado por los padres. Los errores más frecuentes en la educación de estos niños son la sobreprotección y la excesiva tolerancia. Ambas actitudes van a constituir en el futuro un serio obstáculo para la maduración



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO DE 2010

emocional del niño, favoreciendo la dependencia, con las dificultades consiguientes en la edad adulta para su adaptación social y profesional. Un rasgo común en la conducta de los padres de muchos niños epilépticos es el sentimiento de inseguridad. La brusquedad de las manifestaciones y su carácter imprevisible hacen de las crisis una verdadera “espada de Damocles” para el enfermo y para la familia. El impacto de la enfermedad sobre el núcleo familiar es con frecuencia brutal.

El rechazo en la escuela por los otros niños, son dificultades que hay que ayudar a vencer. La inclusión de los niños en escuelas diferenciales no arregla la situación, sino que puede aumentar la discriminación.

Es de gran interés conocer el conjunto de actitudes populares hacia el problema, pues los niños mayores y los adolescentes necesitan ser apoyados frente a sus prejuicios que ellos son capaces de percibir.

C. Evolución y pronóstico

Cualquier consideración pronóstica debe basarse en un buen diagnóstico y un tratamiento adecuado. Cuando se pronostica el futuro de un niño con trastornos epilépticos, hay que pensar no sólo en las crisis sino también en el desarrollo neuropsíquico del niño, con especial atención a su rehabilitación social. SOREL (1973) estima que el 50% de las manifestaciones epilépticas que aparecen antes de los 15 años de edad, pueden curar totalmente cuando se instaura un tratamiento correcto. LOMBROSO Y ALVAREZ (1977) han demostrado que, únicamente el 50% de los niños con convulsiones en el período neonatal, evolucionan sin secuelas neurológicas. Estos niños han sido seguidos hasta los 5 años, por lo que no se incluyen en esas cifras los posibles trastornos del aprendizaje y del comportamiento en la edad escolar.

Tratamiento

El tratamiento correcto de las epilepsias comprende medidas farmacológicas, quirúrgicas a veces, higiénicas y de orientación y rehabilitación preventiva.

a) Medidas farmacológicas: la aplicación adecuada de los fármacos anticonvulsivos exige la observancia de una serie de principios (LIVINGSTON, 1972).

1. La cooperación del paciente y de los padres es fundamental.
2. Las revisiones periódicas son una necesidad para ajustar la dosis y para controlar la existencia de efectos secundarios.
3. Es conveniente repetir periódicamente análisis de laboratorio durante todo el tiempo que dure el tratamiento.
4. Hay que instaurar el tratamiento inmediatamente después de establecer el diagnóstico.
5. La elección del medicamento ha de hacerse en base a su eficacia y a su toxicidad.
6. La dosis útil cambia de enfermo a enfermo.
7. Hay que empezar el tratamiento con un fármaco.
8. La medicación debe ser administrada diariamente en varias dosis, de forma que no interfiera con la vida del enfermo.
9. El tratamiento debe durar varios años.
10. La supresión del tratamiento deberá hacerse gradualmente.

b) Otras medidas:

Una forma de tratamiento introducida hace más de cincuenta años, y de uso poco frecuente, es la *dieta cetógena* que parece ser eficaz y especialmente en las formas mió clónicas (LIVINGSTON, 1972).



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO DE 2010

Siempre que sea posible, el tratamiento debe ser etiológico. A veces implica la intervención quirúrgica si hay una lesión extirpable (tumor, quiste, etc.). Existe además una variedad de cirugía de la epilepsia, llamada funcional, cuya indicación exige unos criterios muy selectivos del enfermo a operar: crisis frecuentes no controlables con las medicaciones, origen focal muy bien definido, que el foco no esté en una zona crucial para el lenguaje o la motricidad, y que no esté muy deteriorado psíquicamente.

Conviene actuar sobre los factores que precipitan las crisis cuando se conocen. Unas veces será adecuando el tratamiento a las circunstancias, como en el caso de las crisis *nocturnas*, o en las favorecidas por la *menstruación*. En otras ocasiones se actuará directamente sobre los factores en cuestión. Hay crisis que aparecen después de la *supresión de sueño*, por lo que es recomendable una cierta regularidad en el horario de descanso que, en el caso del niño, es fácil de obtener. Ciertos *trastornos emocionales* como la ansiedad, la excitación, la frustración, pueden favorecer la aparición de las crisis, por lo que será conveniente tenerlo en cuenta e intervenir en la forma apropiada. Por fin, están las epilepsias reflejas que se desencadenan por *estímulos sensoriales*. Tal es el caso de las epilepsias sensibles a estímulos luminosos. Esto se puede evitar usando gafas especiales.

Se acostumbra a prohibirles a los niños el café y bebidas que contienen estimulantes, cuando éstos, en cantidades razonables, pueden ayudarles a luchar contra la somnolencia de origen medicamentoso. Por otro lado, conviene no excederse en las restricciones que, desde el punto de vista psicológico, pueden perjudicar al niño. En cuanto a la actividad física y los ejercicios violentos, no hay criterio para prohibirlos, pues la hiperventilación que se produce en el curso de éstos, no es equiparable a la que se utiliza para activar el EEG.

Otros intentos terapéuticos como los basados en las *técnicas conductistas*, están aún en un nivel teórico y en vías de experimentación (MOSTOFSKY, 1977).

c) Medidas de orientación y rehabilitación preventiva:

Un lugar preferente en el tratamiento de los niños epilépticos deben ocuparlo las medidas dirigidas a prevenir los inconvenientes derivados de la interacción del paciente con su medio.

Es una tarea fundamental del equipo que trata al niño observar una serie de normas. La primera es la formulación adecuada de un pronóstico y el establecimiento de un plan de vida conveniente.

La intervención psicológica con los padres se hace necesaria al comienzo de la enfermedad, acercándoles al problema real, desmitificándoles la dolencia e incluso ayudándoles personalmente por medio de psicoterapias de grupo. La actuación puede iniciarse en el medio hospitalario facilitando a los padres el acceso a todos los procedimientos que se emplean en el tratamiento del niño ingresado, para disminuir su sentimiento de inseguridad. La actuación puede continuarse en el medio doméstico. En los niños mayores y adolescentes se hace necesaria la ayuda individual mediante psicoterapia individual y de grupo. La información y documentación de los pedagogos, para vencer los miedos y los prejuicios, constituyen un capítulo importante.

Organización de la asistencia a los epilépticos.

La correcta ejecución de las medidas antes citadas exige de la Administración la provisión de unos medios asistenciales adecuados, que deben concebirse en el marco de la organización sanitaria general. Dicha asistencia debe basarse en una serie de principios básicos, consecuencia de la propia naturaleza de la enfermedad. En primer lugar, los equipos que atiendan a enfermos epilépticos deben ser *interdisciplinarios*, condición que les permitirá afrontar los problemas tanto de índole médica como de índole psicosocial. El trabajo de estos equipos debe desarrollarse, a ser posible, en el *ámbito local*,



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO DE 2010

evitando así la desconexión de los enfermos con su medio habitual, que obstaculizaría el proceso de rehabilitación. Por fin, hay que *evitar el aislamiento* del enfermo en centros, ya sean sanitarios ya sean educativos, por largos períodos de tiempo, lo que contribuye a mantener la discriminación hacia los epilépticos.

La asistencia a los epilépticos puede dispensarse en tres niveles como han sugerido PAZZAGLIA y LUGARESI, (1973).

- El primer nivel lo constituye el ámbito local.
- El segundo nivel está representado por el hospital bien equipado.
- El tercer nivel satisfaría plenamente los requerimientos. Lo constituyen los centros especializados para el estudio de la epilepsia.

Las funciones del centro deben ser:

- a) *Diagnósticas y tratar* los casos más complicados y en último extremo seleccionar los casos para tratamiento quirúrgico.
- b) *Ser la sede de un laboratorio para la determinación de las concentraciones de los fármacos anticonvulsivos.*
- c) *Realizar estudios epidemiológicos* acerca de la incidencia real de los cuadros convulsivos y de sus diferentes aspectos o acerca de la importancia social de factores que deben ser abordados en la prevención primaria de la epilepsia y en la rehabilitación preventiva.
- d) *Investigación, formación de personal y educación sanitaria del público en general.*

1.7. ¿Cómo afecta la epilepsia en la inteligencia y el aprendizaje de mi hijo?

Si su hijo está teniendo problemas con los estudios en la escuela, puede recibir servicios de educación especial.

Muchos niños con epilepsia necesitan servicios de educación porque:

- Los niños con epilepsia a menudo se les dificulta recordar cosas.
- Algunos niños, además de tener epilepsia, tienen dificultad para aprender, como por ejemplo, tienen dislexia (una forma que tiene el cerebro de ver las palabras y los números que hace difícil leer y escribir).
- Los medicamentos que se usan para evitar los ataques causan problemas de concentración o con el proceso cognitivo o con la comprensión.
- Los niños con epilepsia pueden faltar a la escuela con frecuencia, perder lecciones y tiempo para hacer las tareas. (Fletcher-Janzen & Reynolds)

2. ORIENTACIONES METODOLÓGICA PARA TRABAJAR CON NIÑOS EPILEPTICOS.

Sería necesario trabajar, con los niños epilépticos esta serie de actividades:

- Actividades para recordar.
- Actividades para mejorar la atención.

3. CONCLUSIÓN Implicaciones en la Educación

“Los estudiantes con epilepsia o que son propensos a los ataques son elegibles para recibir servicios de educación especial bajo el Acta para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA).

La epilepsia se clasifica como “impedimento a la salud” (other health impairment) y la escuela y los padres tienen que desarrollar un Programa de Educación Individualizado (“Individualized Education Programa,” o IEP) a fin de especificar los servicios apropiados. Es posible que algunos alumnos con



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO DE 2010

epilepsia tengan además otras condiciones tales como problemas del aprendizaje.

Algunos ataques pueden interferir con las capacidades para el aprendizaje. Si el estudiante tiene el tipo de ataque caracterizado por un breve periodo de mirada fija, el o ella posiblemente pierda parte de lo que diga el profesor. Es importante que el profesor observe y documente esos episodios e informe a los padres y a la enfermera de la escuela.

Dependiendo del tipo de ataque o cuan seguido estos ocurran, algunos niños pueden necesitar ayuda para poder mantenerse al mismo nivel de los demás alumnos. Esta asistencia puede incluir adaptaciones en el estilo de instrucción dentro de la sala de clases, instrucción para los profesores sobre como asistir al niño durante un ataque, y asesoría. Todo esto deberá ser incluido en el Plan de Educación Individualizado.

Es importante que los profesores y personal de la escuela comprendan la condición del niño, los posibles efectos de los medicamentos, y que hacer en el caso de que el niño tenga un ataque en la escuela. La mayoría de los padres encuentran que una conversación con los profesores al comienzo del año da buenos resultados. Aunque el niño tenga ataques que son controlados mediante medicamentos, es mejor que el personal de la escuela este informado sobre la condición del niño.

El personal de la escuela y la familia deben trabajar juntos para controlar la efectividad de los medicamentos y cualquier efecto producido por estos. Es importante avisarle al doctor si se nota algún cambio en las destrezas físicas o intelectuales del niño. También pueden ocurrir problemas auditivos o en la percepción, por causa de cambios cerebrales. Las observaciones escritas por parte de la familia y personal de la escuela podrán ayudar en futuras discusiones con el doctor del niño.

Los niños y jóvenes con epilepsia deben también tratar con los aspectos psicológicos y sociales de la condición. Esto incluye la manera en que el público percibe los ataques, el miedo de ocurrencias desconocidas, la perdida de control durante el ataque, y cumplimiento con los medicamentos. Para ayudar a los niños a sentirse más seguros de si mismos y para que estos acepten el hecho de tener epilepsia, la escuela puede proveer, al personal y alumnos, un programa de educación sobre la epilepsia, incluyendo como reconocer un ataque y primeros auxilios.

Los estudiantes pueden beneficiarse más cuando la familia y la escuela trabajan juntos. Hay muchos materiales disponibles para las familias y profesores para que estos puedan trabajar efectivamente como equipo” (www.educacionespecialpr.tripod.com).

4. BIBLIOGRAFÍA

- AICARDI, J.: The prevention of epilepsy in children. En JANZ, D.: Epileptology,2-9 (Georg Thieme Pub. Stuttgart 1976).
- BEAUSSART, M.; LOISEAU,P.: Evolution et pronostic de l'épilepsie a paroxysmes rolandiques. En LUGARESI, E.; PAZZAGLIA, P.; TASSINARI, C.A.: Evolution and prognosis of epilepsias, 215-228 (Documenti Italseber, Milán, 1973).



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO DE 2010

- BROUGHTON, R.J.: Sleep disorders: disorders of arousal? Science 159: 1070-1078,(1968).
- CLAUSEN,J.: Psychological intervention with parents of children with epilepsy. En PENRY, J.K.: Epilepsy, 235-238 (Raven Press, Nueva York, 1977).
- FEJERMAN, N.; MEDINA, C.S.: Convulsiones en la infancia (Ergon, Buenos Aires, 1977).
- GASTAUT,H.; BROUGHTON,R.: Ataques epilépticos (Toray, Barcelona, 1974).

Autoría

- Nombre y Apellidos: Antonia Gema Rubio Arjona.
- Centro, localidad, provincia: Fernán- Núñez, Córdoba.
- E-mail: gemarubioar@hotmail.com