

308923

49  
zej.

# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

ESCUELA DE PEDAGOGIA  
Con Estudios Incorporados a la  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



## LOS PROBLEMAS PSICOPEDAGOGICOS DEL NIÑO EPILEPTICO

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :  
LICENCIADO EN PEDAGOGIA  
P R E S E N T A :

VICTORIA EUGENIA ZEPEDA CARRANZA SEPULVEDA

Director de tesis:  
LIC. BEATRIZ EUGENIA GONZALEZ HERNANDEZ

México, D. F.

1989

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## S U M A R I O

	Pág.
INTRODUCCION.....	I
CAPITULO I. <u>LA EPILEPSIA</u> .....	1
1. Definición.....	1
2. Antecedentes históricos y creencias populares.....	5
3. Clasificación.....	17
CAPITULO II. <u>DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</u> .....	25
1. Diagnóstico neurológico.....	25
2. Diagnóstico etiológico.....	33
3. Tratamiento y pronóstico médico.....	41
CAPITULO III. <u>PROBLEMAS PSICOPEDAGOGICOS QUE PLANTEA LA EPILEPSIA EN LOS INFANTES</u> .....	48
1. Problemas y trastornos de conducta del niño epiléptico.....	48
2. La personalidad del niño epiléptico..	89
3. Efectos secundarios de los anticon- vulsivos en general.....	93
CAPITULO IV. <u>FUNDAMENTACION DEL MANUAL DIRIGIDO A PADRES DE NIÑOS EPILEPTICOS</u> .....	98
1. Marco de la Investigación.....	98
2. Presentación de resultados de la investigación.....	102

3. Análisis e interpretación de datos.....	111
Introducción al Manual dirigido a Padres de Niños Epilépticos.....	128

CAPITULO V. MANUAL DIRIGIDO A PADRES DE NIÑOS

<u>EPILEPTICOS</u> .....	129
1. Epilepsia.....	129
2. Recomendaciones pedagógicas a los padres en el manejo de niños epilépticos.....	131
3. Reacciones o actitudes que asumen los pa dres ante el niño epiléptico.....	135
4. Orientación pedagógica a los padres de niños epilépticos.....	143
5. Aportación pedagógica.....	164

CONCLUSIONES.....	165
-------------------	-----

BIBLIOGRAFIA.....	169
-------------------	-----

ANEXO: Cuestionario dirigido a padres de niños epilépticos.....	171
--	-----

I N T R O D U C C I O N .

La Pedagogía Contemporánea: una ciencia cuyos alcances son ilimitados; un arte que, en su noble tarea, dedica un enorme servicio a la familia, a la sociedad, a la humanidad.

Es también tristemente muchas veces una labor que, a pesar de reportar tan loables beneficios, sigue siendo incomprendida, - poco difundida y hasta rechazada.

Es el caso, particularmente, de la educación especial o - terapéutica, la cual es una parte de la Pedagogía general que pretende preveer, encauzar, superar y anular deficiencias, anormalidades y desadaptaciones individuales, e integrar a los sujetos -- que las padecen a un adecuado contexto familiar, social, académico y laboral, donde sea posible el desarrollo de sus potencialidades físicas y espirituales; haciendo de ellos, de tal manera, seres útiles, positivos, felices.

Es así, una rama que aspira a que tales problemas sean -- tratados no sólo médica y psicológicamente sino también, suigéneris, de modo educativo. Ya que la educación en casos semejantes - representa, asimismo, una terapia -quizá la mejor- para lograr la máxima evolución del individuo. En virtud de que, cuando se maneja oportuna y convenientemente una personalidad y conducta afectadas, a través de pautas pedagógicas propias, se proporciona una -

mejora, un control, una solución mucho más integral, eficaz y permanente.

Por estas razones, y en modesta medida, el presente estudio intenta colaborar ampliando el campo de tan invaluable ayuda, exponiendo a consideración un caso más que no ha sido tratado aun desde tal perspectiva: la epilepsia. Un padecimiento de tipo neuronal, que constituye una deficiencia factible de convertirse también en una inadaptación.

Específicamente, si el surgimiento de esta afección ocurre durante la infancia -etapa tan susceptible- la deficiencia implicará quizá, y más probablemente, un factor inminentemente nocivo respecto a la entidad global del pequeño, cuya desadaptación -habrá de ser, en consecuencia, mayormente significativa.

No se puede evitar que el padecimiento se presente, pero sí puede controlarse y contrarrestar sus efectos; sí puede lograrse que el niño lleve una vida normal y afortunada. Sin embargo, -esto no depende del azar, sino de la acción oportuna y eficaz de todos aquellos que conviven con el espiléptico, especialmente, de sus padres y maestros: lo cual requiere, de su parte, una amplia información y una adecuada preparación.

Y es, precisamente, sobre tales argumentos en los que se fundamenta este ensayo, que tiene como propósito el brindar tal información, mediante el planteamiento del padecimiento en sí. Re

montándose, para ello, a sus aspectos históricos, a las creencias populares que le han circundado y a los enfoques de antaño y actuales que se han dado, con lo que se obtiene un concepto más concreto y realista de la enfermedad; para pasar, posteriormente, a su definición y clasificación, que explican las características que presentan. A continuación se mencionarán, de grosso modo, los lineamientos bajo los que se realizan el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico del paciente; factores de suma importancia que, de modo alguno, pueden pasar desapercibidos por la familia y por el pedagogo, ya que constituyen el pilar sobre el que se fundan las posibilidades del niño.

Más adelante se tocará, igualmente, un tema que reviste - profunda trascendencia: el referido a los problemas psicopedagógicos que derivan del hecho de padecer epilepsia, los trastornos -- que conlleva la misma y que afectan los diversos componentes de la vida del enfermo: el familiar, el académico y el de personalidad y conducta, principalmente: que son, en disímil medida, severamente alterados.

Así, el conocimiento del posible perjuicio que pueden sufrir el aspecto emocional y el área de enseñanza-aprendizaje del pequeño, permitirá que ambos estén preeminentemente atendidas y reforzadas y que se rijan bajo una correcta exigencia - comprensiva, lo cual redundará beneficiosamente en la salud y en el desempeño del infante que, con ello, tendrá solventada gran parte de -

su situación.

El siguiente capítulo (IV), se avoca a la formulación del instrumento de investigación utilizado para explorar -de manera -práctica y objetiva- el ámbito en el que estos niños se desenvuelven.

Dicho instrumento, un cuestionario, se diseñó para analizar, a fondo, las principales esferas que, de algún modo, configuran el perfil del paciente epiléptico: clínica, psicológica, pedagógica-escolar y familiar.

Para ello fue necesario acudir al "Club de Epilépticos" - que se reunía -en el año de 1984- en el Instituto Nacional de Salud Mental del D.I.F.; entre aquellos que acudían a tratamiento-- en este centro se seleccionaron cuatro -por considerarse los más representativos- para aplicar el cuestionario a sus padres; la información que éstos proporcionaron se desglosó en porcentajes que permitieron realizar una interpretación de los resultados obtenidos (cuestionario anexo).

Partiendo de tales premisas, se elaboró un manual dirigido a padres de niños epilépticos, el cual es una guía pedagógica- que se ofrece al servicio de la sociedad, a la que los epilépticos pertenecen.

En este manual se ofrece una visión acerca de la influencia que ejerce la presencia del niño epiléptico sobre sus relacion



nes parentales; cómo son, cómo les afecta, qué conflictos des<sup>de</sup>na y qué reacciones provoca.

Si las circunstancias son negativas, el vínculo del hogar puede deteriorarse y algunas veces, incluso, llegar a destruirse. Ya que el peligro que entraña en estas relaciones la anexión de un elemento que produce desconcierto, temor, presión, dificultades y hasta desequilibrio en las mismas, llega a adquirir colosales dimensiones si no se recibe a tiempo la orientación pertinente. Orientación que, de ninguna manera, puede tender a implantar soluciones o sistemas ya que, entonces, sería arbitraria. La función pedagógica en este caso tiene la tarea de sugerir, de presentar alternativas de solución, de señalar los más convenientes modos de acción, de instruir, de infundir aliento, de aportar ideas, de proporcionar pautas de formación pero, jamás, de substituir o de imponer.

Siendo así, se intentará brindar una orientación similar con el fin de contribuir, en lo posible, a encauzar y a superar la problemática familiar de los epilépticos.

Por último, se incluyen las conclusiones obtenidas a raíz de la investigación. Conclusiones que sustentan la finalidad de esta tesis: conscientizar a los educadores de que la tendencia a la perfección no es una utopía, de que el ser humano sí es perfectible, de que el hombre es lo que la educación hace de él.

## CAPITULO I

### LA EPILEPSIA

#### 1. Definición

Es en realidad difícil definir lo que es exactamente la epilepsia, ya que únicamente se abarcaría el nivel meramente clínico, siendo que implica también un plano psicológico, sociológico, pedagógico.

Sin embargo, y a pesar de no poder concretar una definición integral, globalizada, se tenderá a asumir la más próxima a la realidad, la más completa, que pueda servir como marco de referencia.

Clinicamente se le define como una alteración o trastorno del -- Sistema Nervioso Central (S.N.C.), que se caracteriza por alteraciones de conciencia, acompañadas o no, de ataques convulsivos. Es un foco irritativo en la corteza cerebral, con las mejores posibilidades de control. Se considera un padecimiento orgánico, - como cualquier otro.

Pagniez y Pichet afirman que se caracteriza por la repetición, a intervalos, de diversos paroxismos. "Es difícil encerrar en -- una breve definición la naturaleza de estos paroxismos, tan distintos unos de otros que surge la tentación de hablar de las epilepsias en plural. Sin embargo, la unidad del síndrome es confirmada por un sustrato fisiopatológico común, que en cierto modo pue

(1) "Epilepsias", en Enciclopedia Praxis Médica, Toulouse, France, Imprenta de Francia, 1960, Tomo VII, p. 7070.

de servir de definición: el hipersincronismo de una masa de neuronas más o menos importante".

"Un paroxismo, acceso o crisis se caracteriza por el comienzo súbito, la duración breve y la terminación espontánea y abrupta." (2)

Durante la crisis se perturba la actividad rítmica normal del cerebro, -ver fig. 1- y es por ello que también se le define como una disritmia cerebral; estas alteraciones de conciencia se asocian a movimientos convulsivos, a trastornos emocionales y de la conducta.

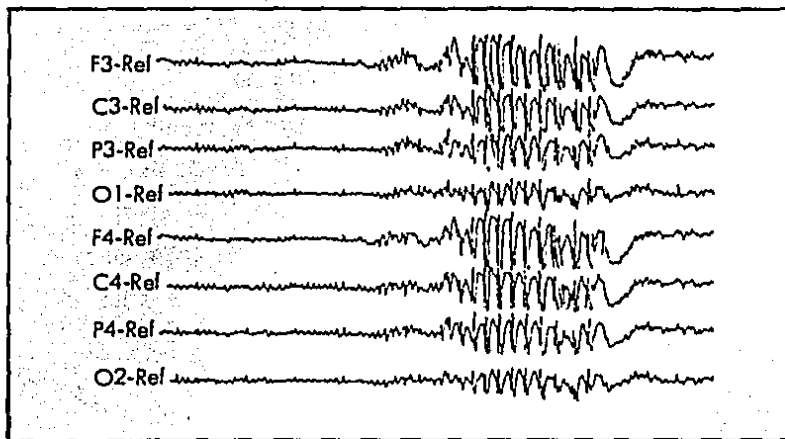
Así pues, los expertos la definen como una "afección crónica, de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes, debida a una descarga excesiva de las neuronas (crisis epilépticas) asociadas eventualmente con diversas manifestaciones clínicas o paraclínicas." (3)

La descarga neuronal es de tipo eléctrico y puede afectar a un área localizada únicamente -epilepsia focal- o bien, a todo el cerebro siendo entonces una crisis generalizada -ver fig. 2-.

En cuanto a la definición nominal, el término epilepsia se deriva de una palabra griega que significa "apoderarse" o "caer sobre" y se ha aplicado desde hace bastante tiempo a las reacciones

(2) "Definición Epiléptica" en Gran Enciclopedia Rialp, Madrid, España, Tomo VIII, p. 695.

(3) Gisbert, José, Educación Especial; Prol. Jorge Perelló; Madrid, España, Editorial Cincel, p. 394.



- FIGURA 1 -



ACTIVIDAD ELECTRICA FOCALIZADA

- FIGURA 2 -

explosivas.

Este padecimiento no se considera hereditario; estadísticamente hablando sólo una de cada doscientas personas hereda la facilidad de adquirirla, es decir, se hereda la predisposición a la enfermedad, pero no la enfermedad como tal.

Esta afección no es curable pero, como ya se mencionó, tiene un aceptable control. El tratamiento que se le dé ha de prolongarse, generalmente, hasta el final de la vida.

De tal suerte, no se puede calificar sin sólidos fundamentos clínicos a una persona como epiléptica, ya que esta enfermedad afecta al individuo por entero y puede tener en él negativas consecuencias.

Esta disposición de llamar a un sujeto epiléptico tan sólo porque alguna vez en su vida sufrió una crisis que fue por completo controlada y que, así pues, no volvió a aparecer nunca ni dejó tampoco secuelas "recuerda un poco aquella tendencia a calificar de "febril" a un niño que sufre con facilidad accesos de fiebre elevada cuando le sale un diente o tiene una rino-faringitis. ¿Deberá ser calificado de "febril" hasta el fin de sus días?. Y eso que no resultaría tan vergonzoso como ser epiléptico." (4)

## 2. Antecedentes históricos y creencias populares.

Esta enfermedad ha sido conocida desde hace ya cuatro mil años e inclusive se hace alusión a ella en las tablas de escritura cuneí

(4) Bouchard, Roland; "Epilepsia esencial en el niño", Barcelona, España, Editorial Planeta, 1980, p. 69.

forme de Ninive, con el nombre de "Labusa". También se le menciona en el Código de Hammurabi, cuyos datos corresponden al año -- 2080 a.C. Hipócrates afirmó que no era una enfermedad sagrada, - sino un padecimiento natural.

Se le han asignado a través de la historia diversos nombres, por demás llamativos, como: Morbus divinus o Lúes deífica.

El mismo Hipócrates, considerado como el más grande de los médicos de la Antigüedad, escribió un libro sobre este padecimiento donde pretendía demostrar que la epilepsia era tan sagrada como cualquier otro tipo de enfermedad. En esa época se creía que al ser sagrada su curación tendría que ser a nivel sobrenatural y - nunca humano.

Así hubieron de utilizarse infinidad de remedios que pudiesen calificar de ingenuos, ya que la mayoría de ellos no eran más que consecuencia de la magia, de los ritos que imperaban en ese entonces. El "tratamiento que se daba, consistía en una variedad - de restricciones como: banarse, el consumo de ciertos pescados, la carne (la de cabra en lo particular), el usar ropa de color-- negro, el tocar la piel de las cabras, el cruzar las extremida-- des inferiores y superiores, etcétera.

También se utilizó como remedio la sangre humana. En la época romana los enfermos debían beber la sangre que flufa de los gladiadores heridos. Galeno, otro médico griego célebre de la Antigüe-

dad, aseguraba la existencia de ciertos amuletos que tenían la fa  
cultad de eximir a los niños de sus convulsiones.

Se utilizaron además otros procedimientos como el de rasurar la-  
cabeza, el aplicar un cataplasma de vinagre y suprimir en lo po-  
sible toda actividad violenta y sexual. También se consideraba--  
oportuno que el enfermo fijara su residencia en un lugar que fue  
se caliente y seco, ya que la epilepsia era tenida por enfermedad  
fría y flemática.

La postura de Galeno y las ideas aristotélicas prevalecieron por-  
varios siglos, hasta que Paracelso se pronunció contra ambos sugi-  
riendo las virtudes del vitrollo (sulfato) para la curación de es-  
ta enfermedad.

Ya en el siglo XVII se cuenta con la aportación de dos corrientes  
de pensamiento novedosas, de gran repercusión y utilidad.

Una de estas corrientes argumentaba que de existir distintas cla-  
ses de epilepsia, era absurdo pensar entonces en una sola clase -  
de tratamiento para todas ellas.

En la otra postura se suponía que las convulsiones podían ser pro-  
vocadas por una acción refleja de los parásitos intestinales o --  
por la utilización de drogas o quizá, también, por los humores áci-  
dos que podían traer como consecuencia una irritación cerebral.

Por otro lado, durante la Edad Media se especificaban ciertos pun-  
tos que constitufan el remedio para dicho padecimiento, los cua--



les hacían referencia al régimen dietético, entre otros.

En esta época se usaba ya la valeriana (un antiespasmódico: calma los trastornos nerviosos), cuya acción es todavía reconocida farmacéuticamente.

Por lo que respecta al Continente Americano, se tienen datos de esta enfermedad gracias a ciertos escritos precortesianos, como el Códice Badiano, en donde se hace ya la división de "gran mal" que consistía en la quietud y las convulsiones, y a la cual llamaban "huapahuzlitzli" y la crisis de tipo mioclónica, cuyo distintivo era el temblor y a la que designaban como "hixcayotl".

"Es digno de tomarse en cuenta que no relacionaban ninguna de estas formas con espíritus malignos, sino que las consideraban como enfermedades corporales." (5)

En 1870, un sujeto llamado Luis Hidalgo Carpio formuló ciertas -- "Lecciones sobre la epilepsia" donde hacía de ella un enfoque de tipo clínico y legal. Planteaba que un individuo que la padeciese no tenía aptitud para la carrera militar, aunque si era necesario contar con la seguridad fehaciente de que sus condiciones mentales estuvieran verdaderamente trastornadas para, por ello, hacerlo a un lado en todos sentidos.

Durante el siglo XIX se tienen ya avances notables en cuanto a --

---

(5) Hernández, Julio; Epilepsia, Diagnóstico y Tratamiento; México, La Prensa Médica Mexicana, 2ª. Edición. p. 10.

neurología. John Hughlings Jackson se considera como un pilar de los conocimientos sobre epilepsia. Es en este entonces cuando se hace ya la diferenciación contundente entre enfermedades mentales y epilepsia. De este modo, se iniciaron los estudios ya en forma más científica y seria sobre el padecimiento.

Muchos países comenzaron a instituir sanatorios, como el "Hospital Nacional para Paralizados y Epilépticos" de Londres (1859), el -- "Hospital de Bethel" en Alemania (1867) y el "Gallipolis" en los Estados Unidos de América (1891).

"En ese siglo la nomenclatura comenzó a delimitarse y los nombres dados por los clínicos (fundamentalmente Esquirol) de "Grand Mal", "Petit Mal" y "Absence" diferenciaron lo que llamaban el "vértigo epiléptico" y del cual es difícil saber en la actualidad si correspondía a vértigo o a ausencia." (6)

Por su parte, los hospitales de la Salpêtrière y Bicêtre sustentaron el término de "état de mal" que corresponde al "status epilepticus" actual.

Prichard y Falred, a su vez, disiparon el concepto de "aurea" que ya había sido pronunciado por Galeno, el cual la consideraba como un "vientecillo anunciador".

A partir de aquí, se hicieron también estudios en cuanto al factor hereditario y se asoció a la epilepsia con otro tipo de enfermedades.

(6) Idem. p. 14.

Dostoievski, epiléptico, escribió en su libro "Memorias del Subsublo": "Siempre he comprobado la existencia en mi interior, de un - gran número de elementos diversos que se oponían violentamente. Yo los sentía bullir en mí, por así decirlo. Sabía que estaban -- siempre presentes y aspiraban a manifestarse hacia afuera, pero - no se lo permitía; no, no les permitiría nunca evadirse. Me atormentarían hasta la vergüenza, hasta las convulsiones." (7)

Psicológicamente, en sus obras, Dostoievski plantea conocimientos de relevancia sobre el inconsciente; sus escritos, su vida misma, brindan una valiosísima oportunidad para entender las crisis convulsivas, la epilepsia.

Así, después de este recorrido a través de la historia, se hace - evidente que la epilepsia ha existido desde siempre, desde tiem-- pos muy remotos; su concepto, etiología, tratamiento, han ido evolucionando con el tiempo y cada vez, afortunadamente, se va precisando más su control.

Al igual que otras enfermedades, es difícil predecir si alguna -- vez se erradicará, pero se debe confiar en que quizá sí sea posi-- ble lograrlo, por el bien de la humanidad.

El enfoque contemporáneo se deriva de la argumentación de Bouchet y Cazauvielh, quienes presentaron un cuadro sobre la etiología - de la epilepsia.

---

(7) Bouchard, Roland; Op. Cit. p. 56.

Poco a poco, se han ido descartando causas de origen desconocido y la ciencia va acercándose cada vez más al umbral de la exactitud en esta materia.

En esos momentos aún se pensaba que si una madre era presa de algún temor o susto fuerte, este factor podría desencadenar la enfermedad.

Igualmente, un profesor del Hospital Universitario de Berlín, apellidado Rumberg, señalaba que la luna llena y la nueva tenían gran influencia en el desarrollo del padecimiento. Varios médicos franceses, entre ellos Beau y Moreau, hicieron experimentos a este respecto y lograron afirmar que dicha suposición carecía de fundamentos.

En los inicios del siglo XIX, Prichard escribió algunos artículos, en donde describió el estado de "ensoñación" por el que atraviesan los epilépticos.

Después de él, aparecieron muchos estudiosos a quienes se debe la evolución científica de la epilepsia. Sobresalen Brown-Séquard, Shroeder van der Kolk, Joseph Frank, Bright y Bravais entre otros.

Jackson, por su parte, publicó un "Estudio acerca de las convulsiones", en donde llegó a diagnosticar cómo se produce la epilepsia en el cerebro y sustentó que no existe una sola clase sino varios tipos de ella. También mencionó posteriormente que a consecuencia de los paroxismos cabía la posibilidad de que sobreviniesen alteraciones mentales.

"Con él, la epilepsia dejó de ser un padecimiento de tipo mágico-para pasar dentro del conocimiento moderno al concepto científico." (8)

Este neurólogo inglés explicó que la afección consistía en lesiones cerebrales localizadas. "Sostenía que los ataques eran causados por una descarga excesiva de las células nerviosas en la materia gris y que esa irritación de áreas específicas del cerebro -- causaba los síntomas especiales que manifiestan los epilépticos." (9) Así, a partir de los estudios de este médico, los conocimientos sobre epilepsia han avanzado enormemente.

Lamentablemente aún en la actualidad esta alteración posee un componente emocional de grandes proporciones y, por lo general, se le da un enfoque por demás negativo.

Es quizá debido a los patrones culturales que se tienen o a la impericia que no ha podido erradicarse por completo, que sobreabundan en nuestro medio una serie de creencias, de fanatismos populares en torno a esta perturbación. A pesar del progreso, aún-- quedan resabios que nublan al padecimiento y que lo ubican dentro de un contexto trágico.

Hoy en día existen aún consejas sobre esta enfermedad que generan angustia, misterio, temor, susto, incertidumbre, etcétera.

En estratos sociales poco instruidos, todavía prevalecen creen--

---

(8) Hernández, Julio; Op. Cit.; p. 18.

(9) Sarason, Irving; Psicología Anormal; Trad. Roberto Helier, México, Editorial Trillas, 1981. p. 283.

cias que reinaban hace muchos siglos. A veces se piensa que se trata de un terrible mal, que el afectado por la crisis está poseído por espíritus, por demonios. Toca pues a los médicos, a los psiquiatras y substancialmente a los educadores luchar contra estas supercherías que menoscaban la integridad del enfermo.

A lo largo de la historia y según las épocas, las víctimas de la epilepsia se han visto evitadas, despreciadas, temidas, ridiculizadas, azotadas e inclusive quemadas. Tenidas por posesas, en algunos períodos se les reverenció y hasta se les adoró, pero en otros, se procuró hacerlas desaparecer por pensar que eran algo así como representantes infernales.

La comunidad se ha vuelto cada más recelosa y los señala, generalmente, con innumerables absurdos e incoherencias. Sugiere que "en el contacto con ellos no vibra ninguna alma, de que los sentimientos que manifiestan no brotan del fondo de lo afectivo ni traducen su personalidad, de que, verbigracia, sus sentimientos religiosos no son más que una caricatura de la auténtica piedad." (10)

La familia del enfermo presenta un shock ante la infortunada aparición de las crisis; los padres tienden a culpabilizarse entre sí por creerse causas probables de transmisión hereditaria, e igualmente, se responsabiliza a familiares cercanos.

No quieren aceptar la enfermedad a ningún precio y, a veces, has-

(10) Asperger; Hans; Pedagogía Curativa; Trad. José Belloch, 3a. Edición, Barcelona, España, 1966. pp. 268-269.

ta pretenden ignorarla como si con ello lograran hacerla desaparecer.

La consideran pues como una "tara", es decir, un defecto físico o psíquico de excesiva trascendencia y de deplorable pronóstico.

Consideran que el hijo vive y se desarrolla bajo la acechancia -- mortal de una crisis y que tarde o temprano inevitablemente sobre vendrá, por esta causa, el final.

Inclusive cierta parte de la sociedad los desdeña. No conscienten en que convivan con la mayoría, que estudien y se diviertan con las demás personas, las "normales", las no enfermas.

Se han presentado casos en que la familia no acepta, ni como prospecto de futuro hijo o hija política a un epiléptico, pensando -- que por su culpa entrará la desgracia al seno familiar. Esto, sin embargo, es una falacia ya que el poder contraer matrimonio y -- concebir hijos depende de cada caso y cada paciente deberá ser -- considerado en forma individual.

Incluso en algunos países no está autorizado el matrimonio de -- epilépticos, a menos de que se realice alguna medida de esterilización por anticipado.

Por otra parte, si bien es cierto que se pide moderación en lo -- que respecta a los deportes o al manejo de maquinaria, no debe -- tampoco caerse en el extremo de privar de éstos al enfermo. No en

todos los casos la natación, el andar en bicicleta o el conducir un automóvil es nocivo o peligroso. Únicamente han de evitarse es las actividades en el caso de que exista una prescripción médica que así lo indique.

Ciertamente las crisis convulsivas han provocado desde siempre un temor, una repulsión casi imposible de dominar. "¿Por qué, hoy -- que contamos con tantos medicamentos eficaces, la epilepsia sigue con una reputación tan espantosa entre el público, incluso entre aquellos que se consideran a sí mismos exentos de toda superstición y que se sienten blindados con la lógica y la racionalidad."  
(11)

Así, la epilepsia se ha convertido en un estigma. Generalmente se ve a la víctima como a un ser diferente, aberrante, pernicioso, - al que se debe aislar y evitar. Se piensa que, como es un sujeto incapaz de tener control sobre sí mismo y que después no recuerda ninguna de sus acciones, puede llegar a cometer obras atroces dis frazándose tras su enfermedad.

Pero se sabe que al momento de la crisis el epiléptico es incapaz de una coordinación motriz plena. Así pues, carece de lógica que pueda maniobrar hábilmente un arma, por ejemplo.

Otras personas consideran que esta alteración es un castigo, una "marca" nefasta, una vergüenza, algo que "la gente decente no pa-

(11) Bouchard, Roland; Op. Cit.; p. 55.



dece", como afirma William G. Lennox.

Hasta ha llegado a pensarse que están presos de la locura; locos, más locos que los mismos dementes. Pero por ventura, actualmente la gente va tomando otra actitud y olvidando estos fetichismos.

Sería verdaderamente lamentable que en pleno siglo XX, donde prevalecen la ciencia y la tecnología, la gente continuara siendo dominada por la superchería y la imaginación.

Muchas de las creencias que han existido podrían calificarse de -disparatadas, de irrisorias, de asombrosas, y "estas afirmaciones nos consternan porque son crueles, no alientan ninguna esperanza de curación y no pueden provocar más que reacciones nefastas para el niño." (12)

Aunque cabe mencionar el hecho, muy loable, de que se esté promoviendo ya un ajuste psicológico a los enfermos de epilepsia. Y es que para aquellos que se escudan todavía tras sus ideologías equilvocadas y negativas, existe un argumento muy válido: han existido muchas, muchísimas personas a quienes la epilepsia no ha impedido realizar grandes cosas. Destacan Richard Wagner, Algernon Swinburne, Vincent Van Gogh, Héctor Berlioz, Fedor Dostoievski, Carlos Dickens, Moliere, Bossuet, Buffon, Dante, Schumann, Beethoven, Pascal, Paganini, Byron y quizá también César, Napoleón, Mahoma, Teresa de Avila y San Pablo, entre muchos otros.

(12) Idem. p. 16.

### 3. Clasificación.

La clasificación usual se basa en la que se hizo a fin de siglo.

En la actualidad tal distinción se ha ido depurando, con lo cual se ha simplificado aún más.

Sin embargo, es difícil hacer una clasificación que encaje dentro de una completa exactitud. "La clasificación de las epilepsias es más delicada aún que su definición. Hay que tener en cuenta los datos clínicos y fisiopatológicos. Las dudas y la incesante transformación de éstos hace que toda clasificación resulte imperfecta." (13)

Además, el hacer un análisis exhaustivo al respecto correspondería más a un ensayo médico que a uno pedagógico, por lo que se procederá únicamente a hacer una descripción de tipo generalizado.

En sí, la epilepsia se divide en dos grandes variantes: el gran mal y el pequeño mal.

En la crisis de gran mal, se presenta el siguiente cuadro clínico: la persona palidece y tiene una caída repentina. Ya en el suelo, la persona presenta las siguientes características:

- a) Movimientos bruscos de toda su musculatura (fase tónica).  
Esto tiene una duración aproximada de diez a veinte segundos, con flexión y extensión.

---

(13) "Clasificación de Epilepsias" en Enciclopedia Praxis Médica, Op. Cit., p. 7070.

- b) Inmovilidad instantánea.
- c) Convulsión clónica.
- d) Pérdida de la conciencia.
- e) Sacudidas violentas, aunque breves, con aumento en amplitud y disminución de frecuencia.
- f) Sudoración.
- g) Taquicardia.
- h) Aumento de la tensión arterial e intravesical.
- i) Dilatación de las pupilas y desvío de los globos oculares.
- j) Mordedura de la lengua.

Después el enfermo transita por el período postcrítico, cuya duración es de uno a tres minutos. Aún permanece pálido y suda copiosamente, aunque ya logra respirar mejor. Está todavía inconsciente, inerte, con relajación de esfínteres.

Poco a poco se va recuperando la conciencia, pero hay una clara y angustiante sensación de confusión y malestar general. También habrá cansancio, dolor de cabeza, magulladuras o heridas, somnolencia, obnubilación, abatimiento, sueño profundo.

Este cuadro puede variar, ser más o menos intenso, según cada caso y dependiendo de cada paciente.

"La crisis de gran mal es la más grave de las manifestaciones epilépticas." (14)

Antes de que este tipo de crisis vaya a presentarse, el enfermo--

(14) Marchiori, Hilda; "Personalidad del delincuente"; 2a. Edición, México, Editorial Porrúa, S.A., 1982, p. 136.

tiene una sensación que se la anuncia, siendo así como la descarga neuronal comienza a manifestarse -ver figura 3, 3.1, 3.2, 3.3-.

A esta sensación se le conoce como "aura", que deriva de un término latino cuyo significado es "viento suave" o "brisa".

"El aura puede consistir en adormecimiento, hormigueo, sensaciones desagradables, alucinaciones, ruidos determinados, alucinaciones ópticas. Habitualmente el aura es desagradable a nivel emocional." (15)

Con lo que respecta al pequeño mal, se sabe que los primeros en describirlo fueron dos franceses: Calmeil en el año 1824 y Esquirol en 1838.

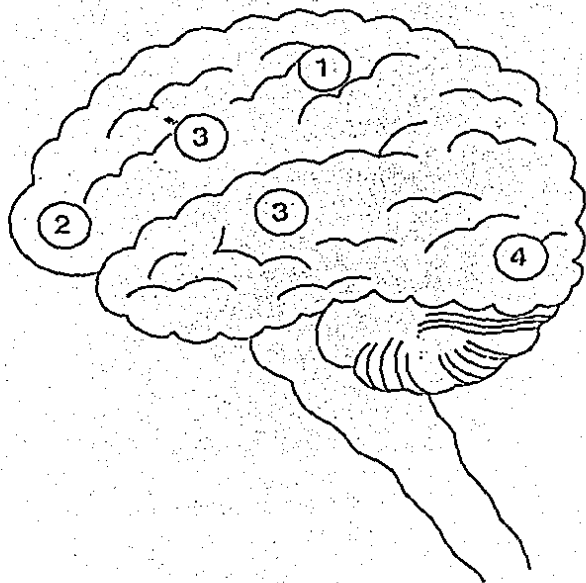
Este tipo de ataques se consideran como accesos menores, en donde la conciencia se interrumpe brevemente, de cinco a quince segundos, aunque a veces duran menos de un segundo y en otras ocasiones, se prolongan hasta por varios minutos. En este tipo de crisis casi no interviene la musculatura.

En tales momentos la persona no sabe qué es lo que hace, su mirada se pierde en el vacío y su cabeza permanece echada hacia adelante. Sus actividades pues, se interrumpen durante este lapso de tiempo. El sujeto pierde el control motriz fino.

Generalmente al pequeño mal se le conoce como "ausencia", precisa

(15) Idem. pp. 136-137.

- ① MOVIMIENTO
- ② OLFATO
- ③ HABLA
- ④ VISION



C E R E B R O

- FIGURA 3 -

CARA INFERIOR DEL ENCEFALO  
ORIGEN DE LOS DOCE NERVIOS CRANEALES

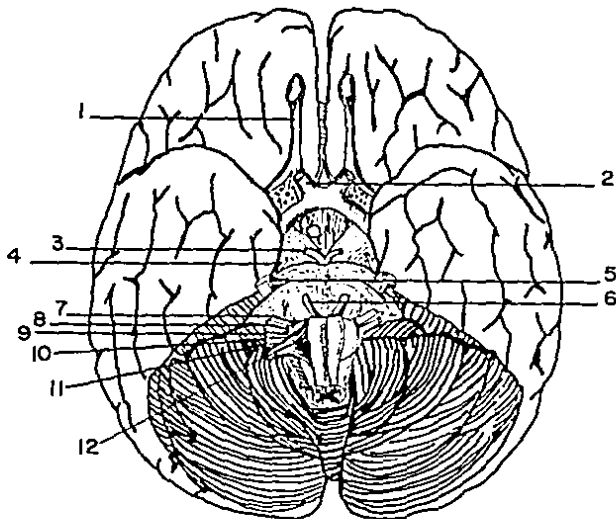


Figura 3.1

II. Pares Craneales

1. Olfatorio Nervio	7. Nervio Facial
2. Nervio Optico	8. " Auditivo
3. " Motor Ocular Común	9. " Glosuferingeo
4. " Patético	10. " Vago o Neumugestrico
6. " Trigémimo	11. " Espinal
6. " Motor Ocular Externo	12. " Hipogloso

## CARA EXTERNA DEL HEMISFERIO CEREBRAL

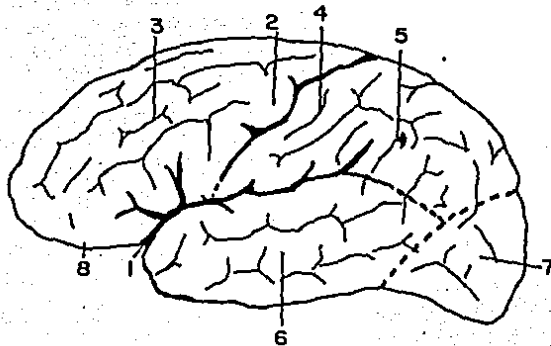


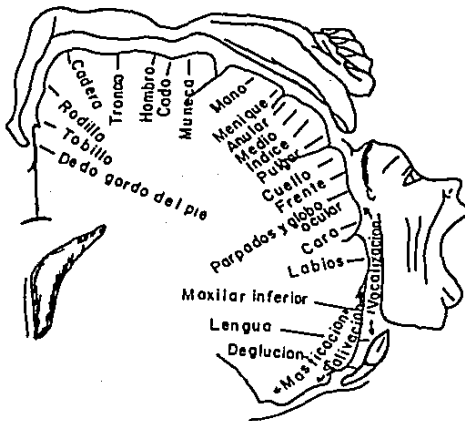
Figura 3.2

### 1. Hemisferio Cerebral

- |                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1. Cisura de Silvio               | 5. Circunvolución -Lóbulo Inferior |
| 2. Cisura de Rolando              | 6. " -Lóbulo Temporal              |
| 3. Circunvolución -Lóbulo Frontal | 7. " -Lóbulo Occipital             |
| 4. " -Lóbulo Parietal             | 8. Lóbulo Orbitario                |

## HOMUNCULO CEREBRAL

### HOMUNCULO MOTOR



### HOMUNCULO SENSITIVO

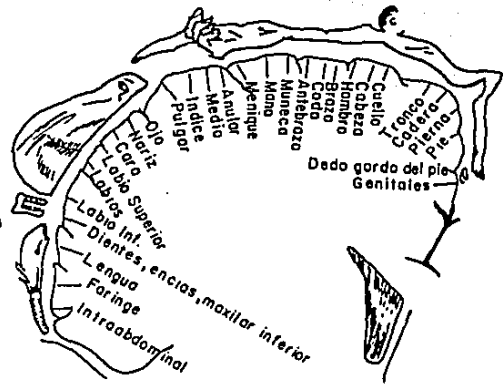


Figura 3.3



mente por la pérdida momentánea de la conciencia.

El cuadro clínico correspondiente indica una especie de petrificación y palidez en el paciente, además de su ya mencionada inconsciencia.

Su mirada permanece fija, perdida. Su rostro no tiene expresión alguna.

"Cuando la ausencia es larga y complicada con automatismos se conoce en psicopatología con el nombre de estado crepuscular." (16)

Cuando la ausencia termina el individuo continúa con su actividad, como si no la hubiera suspendido. Es tan breve su alejamiento, -- que los circunstantes a veces no perciben lo sucedido y tampoco -- el enfermo, quien tan sólo tiene la sensación de que las cosas -- han sufrido una especie de desplazamiento o de que su plática siguió sin que él se enterara siquiera.

Los ataques pueden presentarse varias veces durante el día.

Ambos tipos de epilepsia presentan otras variantes a su vez, es -- decir, subdivisiones que encajan similarmente dentro del cuadro -- clínico descrito para el gran y el pequeño mal.

La epilepsia, en general, aparece inesperadamente, a cualquier -- edad, en los dos sexos y en cualquier esfera socio-cultural.

---

(16) Gisbert, José; Op. Cit. p. 399.

CAPITULO II  
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

1. Diagnóstico neurológico.

"El diagnóstico de epilepsia se basa ante todo en la clínica. Incluso es con frecuencia un diagnóstico de interrogatorio, pues es raro que se asista justamente a una crisis." (17)

Por lo común, el enfermo acude primeramente al médico general (al tratarse de un niño se consulta al pediatra) y es éste quien lo remite a su vez a un especialista que, en este caso, es un neurólogo.

Lamentablemente a veces no se acude con prontitud al médico y, por lo tanto, el diagnóstico se retrasa, evolucionando la enfermedad sin ningún control.

Realizar un diagnóstico en epilepsia es sumamente difícil. El neurólogo únicamente cuenta con los datos que logra aportar la familia del enfermo, y de éste, en algunos casos. Es por ello importante que los espectadores de una crisis presten gran atención a los detalles de los accesos, porque esto posibilitará el poder determinar el carácter de la enfermedad con mayores probabilidades de acierto.

En principio, el médico procederá a elaborar una historia clínica

(17) "Diagnóstico de Epilepsia" en Enciclopedia Praxis Médica; Op. Cit., p. 7075.

del paciente. "El interrogatorio, la mayor parte de las veces in directo, proporciona elementos valiosos para el entendimiento del tipo de crisis y de los mecanismos que participan y además, en la mayor parte de los casos, orienta desde el punto de vista etiológico." (18)

Julio Hernández Peniche, junto con otros médicos, menciona los da tos mínimos requeridos a investigar dentro del interrogatorio.

1. Crisis en padres y hermanos.
2. Crisis en otros parientes.
3. Crisis febriles en padres y hermanos.
4. Padecimientos genéticos o hereditarios.
5. Espasmo del sollozo.
6. Embarazo patológico (especificar).
7. Tiempo de gestación.
8. Parto prolongado (especificar duración).
9. Parto muy rápido.
10. Anoxia neonatorum.
11. Enuresis (edad de control).
12. Desarrollo motor.
13. Desarrollo del lenguaje.
14. Escolaridad, grado (aprovechamiento).
15. Trastornos de conducta.

También ha de preguntarse cómo se desarrollan las descargas, la edad en que éstas se iniciaron, su frecuencia o si ha sido una --

---

(18) Hernández, Julio; Op. Cit.; p. 39.

crisis única; si han sido observadas por algún médico o bien, -- provocadas en el laboratorio de electroencefalografía; cuál ha sido, de haberla, la medicación anterior (dosis y duración), reacciones y/o efectos colaterales que ha provocado; control que se ha obtenido; el centro en donde el paciente fue examinado; médicos y especialistas (pedagogos, psicólogos, terapistas) que le han atendido; resultados de los electroencefalogramas, neuroencefalogramas y/o ventriculografías, angiografías y exámenes de laboratorio practicados.

El pedagogo, por su parte, también ha de tomar en cuenta estos aspectos para poder realizar su diagnóstico, pronóstico y evaluación a nivel educativo. Además, procurará obtener otro tipo de datos cuya información le permitirá integrar su expediente.

- Número de hermanos y lugar que ocupa entre éstos.
- Habilidades óculo manuales.
- Ingreso al kindergarden (oficial o particular).
- Ingreso a la escuela elemental.
- Años reprobados.
- Aprovechamiento general.
- Conducta.
- Si existe o no armonía en el hogar.
- Si los padres han recibido o no la información necesaria al respecto.
- Si el niño sabe o no que padece epilepsia.
- Si ha llegado a rechazársele por este padecimiento en alguna institución.

- Sociabilidad.
- Cómo son las relaciones que el niño mantiene con la comunidad.
- Si los padres y la familia en general aceptan o no al epiléptico.
- Si en algún momento, o de manera permanente, se ha manifestado rechazo hacia el niño.
- Cómo responde el niño a la educación que se le está dando.
- El grado de comunicación que existe en la familia.
- Cómo son las relaciones conyugales.
- Cómo son las relaciones paterno-familiares.
- Cómo son las relaciones del niño epiléptico con sus hermanos.
- Si se le dificulta o no al niño epiléptico entablar relaciones interpersonales.
- Cómo es la actitud de la familia (en general) hacia el niño epiléptico.
- Cómo son los recursos económicos de la familia.
- Cómo es el ambiente físico del hogar.
- Grado de vigilancia al niño epiléptico.
- Grado de protección al niño epiléptico.
- Grado de participación del niño epiléptico en las tareas del hogar.
- Grado de disciplina impuesta al niño.
- Grado de afectividad dada al niño.
- Actitud del niño respecto a su escuela.
- Actitud del niño respecto a los especialistas que lo atienden.

- Si al niño epiléptico se le dificulta o no alguna materia - en especial.
- Cómo son las funciones intelectuales del niño (comprensión, memoria, síntesis, imaginación, etcétera).
- Si la institución a la que asiste está enterada e informada respecto al padecimiento del niño.
- Tipo de educación que se da al niño epiléptico.
- Expectativas de los padres respecto a su hijo epiléptico.

La veracidad de la información aportada por los padres es vital. Se requiere de que los padres sean objetivos y sinceros con el educador para que a éste le sea posible brindar una orientación adecuada.

Por otro lado existen, además del historial, otros instrumentos-- valiosísimos para el diagnóstico de la epilepsia: el electroencefalograma o EEG, el examen del fondo de ojo y otros que fueron-- mencionados con anterioridad en la lista de datos precisados en la historia clínica.

Lo ideal sería realizar un estudio que comprendiera las áreas -- afectadas por la enfermedad para, así, poder evaluar en dónde es-- necesaria una ayuda especializada.

A continuación aparecen los aspectos más importantes que deben -- de tomarse en consideración para realizar un diagnóstico y orien-- tación adecuados:

Estudio Médico

- Historia clínica personal y familiar.
- Exploración neuropsiquiátrica.
- Pruebas complementarias: EEG, neuroradiología, etc...
- Diagnóstico etiológico.

Evaluación Psicológica

- Nivel de inteligencia. Areas de mayor y menor capacidad.
- Niveles de capacidad perceptiva y motora.
- Personalidad y capacidad afectiva y de relación.

Nivel Pedagógico

- Percepción.
- Sensación.
- Lectura, escritura, cálculo.
- Areas específicas de deficiencias.

Examen Fonológico

- Análisis de lenguaje: comprensión y expresión.
- Exploración de órganos fonadores.
- Análisis del lenguaje expresivo.
- Diagnóstico.

Sin duda alguna el electroencefalograma representa el medio más eficaz para la detección de este padecimiento; sin embargo, sus resultados no pueden radicalizarse ya que no toda persona que -- tenga un electro anormal será forzosamente epiléptica.

Aún así, es indispensable contar con la información obtenida por este instrumento, ya que "desde el punto de vista del diagnóstico, el electroencefalograma es un procedimiento de sumo interés para diferenciar el tipo de epilepsia que padece el enfermo y, - mediante estudios reiterativos, poder comprobar cada seis meses la evolución de la enfermedad después del tratamiento." (19)

El EEG amplifica y registra los impulsos eléctricos del encéfalo, de manera similar a como lo hace el electrocardiógrafo con respecto al corazón. Dicho registro varía en cada persona, como sucede con las huellas dactilares. Asimismo constituye una indispensable orientación para saber cuál es el tipo de medicación -- más adecuada al caso, -ver figura 4-.

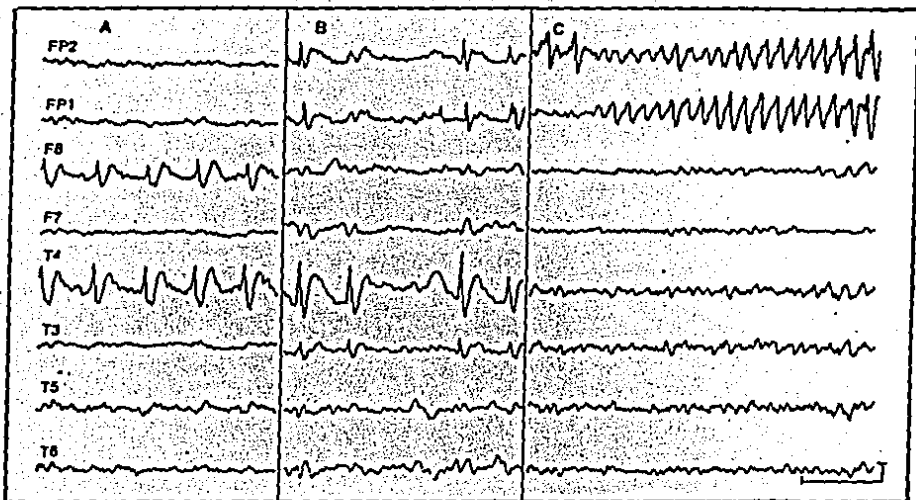
A través de él se puede conocer lo que ocurre en el cerebro durante un ataque epiléptico. "Generalmente el electroencefalograma revela una zona relativamente pequeña de neuronas que repentinamente se vuelven hiperactivas al comenzar el ataque. En este momento, la persona todavía está consciente. Esta pequeña zona de excitación se extiende rápidamente a toda la corteza cerebral, - hasta que el individuo pierde la conciencia." (20)

En el encefalograma ciertas ondas que se consideran como anormales son indicios de una probable epilepsia, pero si aparecen en sucesión una curva apuntada y la otra redonda, entonces sí se --

(19) "Electroencefalogramas", en Gran Enciclopedia Rialp, Op. Cit., p. 695.

(20) Whittaker, James O., Psicología, 3a. Edición, México, Nueva Editorial Interamericana, 1977, p. 715.





ALTERACIONES ELECTROENCEFALOGRAFICAS EN  
DISTINTOS TIPOS DE EPILEPSIA

- FIGURA 4 -

puede determinar con seguridad la existencia del padecimiento.

Evidentemente es esencial, como en el caso de cualquier otra enfermedad, realizar de modo pronto y exacto este diagnóstico, ya que si no se tiene se corre el riesgo de no darle tratamiento a un paciente enfermo, con su consecuente deterioro o bien, de medicar a una persona no epiléptica con anticonvulsivantes, por lo que puede llegar a convertirse en pseudoepiléptico, a la vez que su futuro, ya por ello, se vea afectado por los consiguientes prejuicios de tipo social y su limitado modo de vida y aprendizaje.

## 2. Diagnóstico etiológico

La etiología estudia las causas de las enfermedades. Así pues, - este diagnóstico pretende señalar el origen de la epilepsia. En este aspecto, y a pesar de los avances científicos, aún no se sabe ciertamente cuál es, -ver figura 5 y 6--

Algunos facultativos la consideran como hereditaria, mientras -- que otros opinan que este factor no es de gran influencia; la -- realidad es que no se ha podido constatar hasta qué punto la familia guarda relación a este respecto, aunque tal vez en la aparición de la enfermedad tienen un papel mucho más significativo los factores hereditarios que los adquiridos.

Numerosos estudios han revelado que entre parientes cercanos de epilépticos, el padecimiento aparece con una frecuencia tres ve-

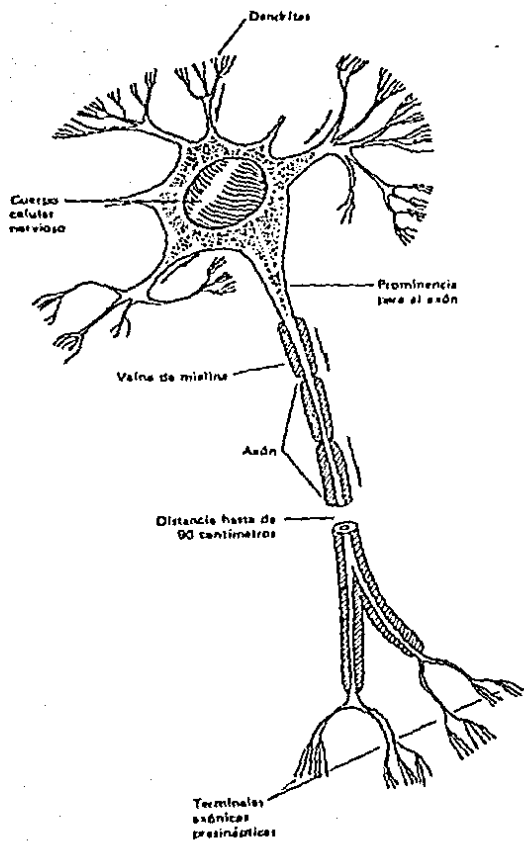
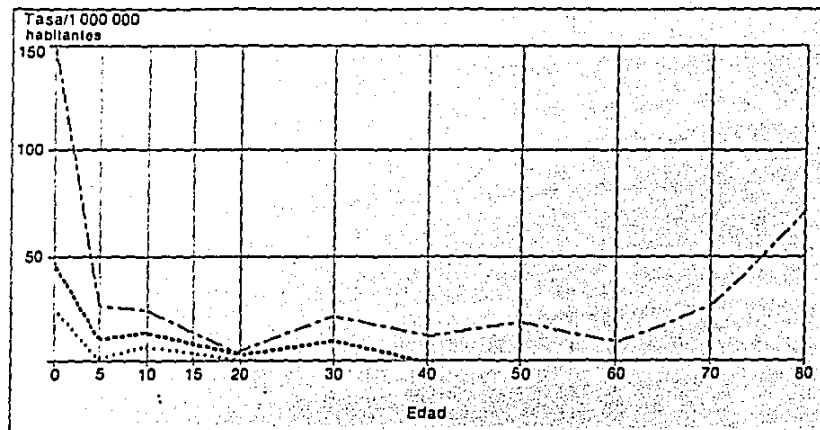


Figura 5



- - - Todas las formas

- · - · - Crisis generalizadas primarias

· · · · · Crisis de ausencia primarias

Figura 6

ces mayor a la que se manifiesta entre el conjunto de la población en general. En este renglón y, como ya se mencionó, se ha concluido tan sólo que se hereda la predisposición a la enfermedad, pero no la enfermedad misma, -ver cuadro 1-.

Fuera de esta cuestión, que parece ser la más espinosa, todos -- los demás factores desencadenantes se consideran como adquiridos. Dentro de éstos se encuentra el origen congénito, sobre el cual tampoco hay mucha claridad.

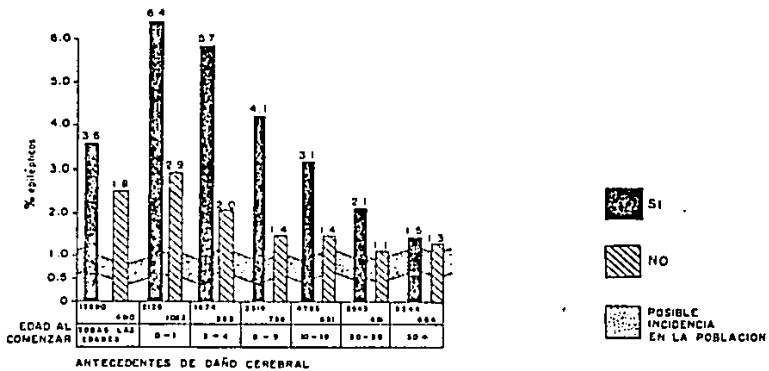
Debido a estas circunstancias, los expertos han dividido a la -- epilepsia en dos ramas: la primera llamada Epilepsia Sintomática (según las afecciones conocidas) y la segunda es denominada Epilepsia Esencial, entendiéndose como esencial aquélla cuyas causas se desconocen.

Dentro de estas últimas entran aquéllas formas de epilepsia cuyo origen no señala alguna causa de tipo orgánico demostrable.

La verdad es que las causas son múltiples y variadas. -Ver cuadro 2-. Para facilitar el diagnóstico se han dividido las etapas de la vida, en las cuales puede llegar a adquirirse:

- I Causas Prenatales
- II Causas Perinatales
- III Causas Posnatales

Resulta ser que en el embarazo pueden presentarse ciertos problemas (aspectos clínicos) que ocasionen trastornos en el cerebro -



ETIOLOGIA DE LA EPILEPSIA RELACIONADA CON  
LA EDAD DE INICIACION

EDAD DE INICIO (EN AÑOS)	INFANCIA (1-2)	PREESCOLAR (2-5)	ESCOLAR (4-18)	ADULTO (18-65)	ANCIANO (65 Y MAS)
LESION PERINATAL	X	X			
DEFECTO METABOLICO	X	X			
MALFORMACION CONGENITA	X	X	X		
INFECCION	X	X	X	X	
EPILEPSIA GENETICA		X	X	X	
TRAUMATISMO POSNATAL	X	X	X	X	
TUMOR CEREBRAL				X	X
ENFERMEDAD VASCULAR				X	X

del producto. Estos problemas a veces se logran detectar, pero - otras veces no.

Por otro lado, y en algunos casos, al momento del nacimiento ocurren graves errores de tipo asistencial, como es la anorexia leve neonatal o la mala aplicación de fórceps.

Ya en edades posteriores se puede padecerla por gran cantidad de factores que afecten a la corteza cerebral. Cualquier golpe o -- traumatismo que se reciba en la cabeza puede traer como consecuencia una crisis epiléptica.

Es por ello indispensable que el médico realice exámenes completos cuando se ha sufrido una herida penetrante ya que, aunque al parecer el daño no sea ostensible, posteriormente pueden aparecer secuelas consideradas como de gravedad.

"Todas las lesiones cerebrales pueden ser causa de epilepsia, y prácticamente todas pueden aparecer o manifestarse a cualquier edad." (21)

"He aquí un ensayo resumido de clasificación de factores causales basado en el trabajo de Allpers:

---

(21) "Etiología de la Epilepsia" en Enciclopedia Praxis Médica, Op. Cit., 7075.



1. CAUSAS CONGENITAS	2. CAUSAS DEGENERATIVAS	3. CAUSAS INFECCIOSAS
Aplasia cerebral Traumatismo del parto Sifilis congénita Idiocia congénita Quiste porencefálico Degeneración cerebro macular	Atrofia en un lóbulo cerebral (Enfermedad de Pick) Demencia presenil (Enfermedad de Alzheimer) Esclerosis múltiple	Encefalitis Parálisis general progresiva Meningitis Absceso cerebral Enfermedad parasitaria (hidatidosis o cisticercosis cerebral) Aracnoiditis
4. CAUSAS VASCULARES	5. CAUSAS TRAUMATICAS	6. CAUSAS TUMORALES
Arterioesclerosis Trombosis, hemorragia y embolia cerebral Espasmo vascular cerebral Trombosis de los senos venosos Enfermedad de Reynaud Edema angioneurótico Aneurisma de los vasos cerebrales	Contusión cerebral Cicatriz cerebral Hemorragia subaracnoidea Hematoma subdural Hemorragia de la meninge media	Gliomas Meningiomas Carcinoma metastático Tuberculoma
7. CAUSAS DEBIDAS A ENFERMEDADES GENERALES	8. INTOXICACIONES	
Hipertemias de cualquier origen (sobre todo en niños) Sensibilización a proteínas heterólogas "Golpe de calor" Síndrome del hiperventilación (alcalosis) Hipertensión arterial	Endocarditis bacteriana Síndrome de Stoke Adams Síndrome del seno carotídeo Uremia Hipoglucemia Hipoparatiroidismo Discracias sanguíneas	La lista sería interminable. Destaquemos entre las más frecuentes el alcohol, las convulsiones que pueden producirse en la anestesia quirúrgica, algunas intoxicaciones profesionales y determinadas intoxicaciones voluntarias en drogadictos. Muchas sustancias que tienen aplicación terapéutica, a dosis apropiadas, resultan convulsivantes si se aplican en forma inadecuada (Cafeína, Estricnina, Adrenalina, Cardiazol, etcétera.)



Así pues, el médico y la familia del epiléptico habrán de convenirlo y de vigilar que lleve a cabo la rutina prescrita a sus condiciones.

La persona afectada deberá tomar sus medicinas con regularidad, evitar el alcohol en demasía, las crisis emocionales y la fatiga, procurando además, llevar un tipo de vida común y corriente, sin caer en la hipocondría y la autocompasión.

Debe advertirse a los padres que durante las crisis no peligra la vida del enfermo; que la epilepsia no ocasiona la muerte a menos de que sobrevenga un status epiléptico que no sea controlado, o bien de que se prive al niño del tratamiento esencial.

Asimismo, se les debe proporcionar la información precisa para que puedan actuar correctamente cuando se presente el ataque.

La generalidad acostumbra "dar aire", hacer frotamientos y algunas otras cosas por demás innecesarias e inconvenientes. Lo principal es guardar la calma, la serenidad. Al finalizar la crisis se le debe proporcionar al niño descanso, sueño y relajamiento, dentro de un ambiente de tranquilidad.

Es fundamental hacer conscientes a los padres de que el tratamiento farmacológico es para toda la vida y que aún a pesar de seguirlo el niño puede llegar a convulsionar, si es que existen ciertas circunstancias particulares como es la ingesta excesiva de cierto tipo de alimentos y bebidas; aunque el consumo de es-

tos productos no forzosamente sea nocivo en todas las ocasiones, la prudencia aconseja consultar al especialista para que sea él quien los autorice.

Los padres estarán al pendiente de que el niño se alimente a sus horas, es decir, que no pase demasiado tiempo sin ingerir alimento, también vigilarán que se cumplan ocho horas efectivas de descanso (o más, si aún es muy pequeño).

Por otro lado, tampoco debe impedirse al hijo el realizar algún deporte. Ciertamente algunas modalidades de éste no le serán permitidas por el especialista, pero otras incluso pueden ser recomendables para el buen mantenimiento de su salud. Las actividades como nadar, manejar un automóvil y maquinaria delicada, se efectuarán a criterio del especialista y bajo estricto control.

Se puede valorar la eficacia de los fármacos anticonvulsivantes, en la medida en que se logra la supresión de las crisis. Se considera que un paciente está controlado cuando presente sólo una crisis al año (o ninguna) y cuando su electroencefalograma sea estable.

Se puede asumir que aunque no existe ningún método curativo específico para la epilepsia, la farmacología sí es capaz de reducir la frecuencia de los ataques o eliminarlos en su totalidad en un ochenta y cinco por ciento de los afectados, aproximadamente.

Existen al respecto muchos medicamentos y combinaciones de éstos capaces de producir efectos positivos, si son administrados adecuadamente.

Los ataques se pueden llegar a reprimir en el cincuenta por ciento de los casos en que se presentan. El otro treinta y cinco por ciento de los afectados logra reducir la frecuencia de las crisis a por lo menos la mitad y, en el restante quince por ciento, no se consigue recuperación.

Es primordial advertir al enfermo del riesgo que corre al emprender por sí mismo el tratamiento, ya que los fármacos y su dosificación varían de un caso a otro y únicamente un especialista puede prescribirlos.

Así pues, es peligrosísima la utilización de remedios caseros o publicitarios si se carece del asesoramiento debido.

Existen ciertas reglas que deben tomarse en consideración al iniciar el tratamiento farmacológico de la epilepsia.

- A) Para un tratamiento prolongado debe escogerse el fármaco que produzca menos alteraciones a largo plazo.
- B) El aumento de dosis debe hacerse lentamente, con el objeto de obtener una mejor tolerancia a las dosis altas, a no ser que se requieran niveles altos desde el principio.
- C) Cuando se utilice un nuevo medicamento por ineficiencia del anterior para controlar las crisis, deberán sobrep-

nerse, y hasta no haber logrado el control, mantener el primer fármaco.

- D) El tratamiento representa la forma más artística de la medicina, por lo cual es necesario que se diseñe para cada paciente un tratamiento individual.
- E) Debe hacerse hincapié, tanto al paciente como a los parientes, en que no es deseable que se modifique la prescripción ni en la cantidad ni en el horario, aún cuando aparecieran signos de intolerancia e intoxicación.
- F) El paciente debe asistir a revisiones periódicas con objeto de que el neurólogo pueda detectar a tiempo las complicaciones o los efectos secundarios a la medicación.

"La mejor forma de seleccionar el medicamento es a través del diagnóstico del tipo de las crisis." (23)

Generalmente estas sustancias consiguen buenos resultados, aunque debido a ellas pueden llegar a presentarse efectos secundarios y alteraciones negativas para el paciente. -Ver cuadro 3-.

En cuanto al pronóstico de esta enfermedad es difícil augurar qué sucederá en cada caso particular. Jamás se puede predecir cuándo se controlará el padecimiento, o si éste desaparecerá.

Se han registrado casos en que la epilepsia desaparece por algún

---

(23) Hernández, Julio; Op. Cit., p. 118.

LOS MEDICAMENTOS O SUSTANCIAS MAS COMUNMENTE UTILIZADOS EN EPILEPSIA SON LOSSIGUIENTES

- |  |   |
|--|---|
| 1. Bromuros  | 18. Clonazepam                              |
| 2. Fenobarbital  | 19. Sultlame                                |
| 3. Primidona   | 20. Acetilurea                              |
| 4. Mefobarbital (Neo-Hebaral)  | 21. Quinacrina, Cloroquina                  |
| 5. Definilhidantoinato de Sodio (Epamin)                                     | 22. Fenacemida                              |
| 6. Mefenitoína   | 23. Metisergida (Deseril)                   |
| 7. Etotoína (Peganone)   | 24. Belladona                               |
| 8. Trimetadiona (Tridione)   | 25. Destroanfetamina                        |
| 9. Parametadiona (Paradione)   | 26. Meprobamato                             |
| 10. 3-Alil-5 Metilozolidina -2-4 Diona (Maladione)                           | 27. Hidantobro,                             |
| 11. Metassuccimida N, 2-Dimetil -2-2 Fenilsuccionimina (Celontin, Petinutin) | 28. Acido Gamma-Amino-                      |
| 12. Fenisuccimida (Milontin)   | 29. Dipropil Acetato de Magnesio (Depakfin) |
| 13. Etosuccimida (Zarontin)  | 30. Dilantin                                |
| 14. Clorodiazepóxico (Librium, Decacil o Calmocap)                           | 31. Primaclona                              |
| 15. Diazepam   | 32. Tartrato Boricopotásico                 |
| 16. Nitrazepam   | 33. Acido Glutámico                         |
| 17. Carbamazepina  |   |

tiempo, hasta por años, volviéndose a manifestar después y creando, por ende, desconcierto entre quienes suponían haber sido curados. Es así como se evidencia que esta enfermedad posee un carácter altamente impredecible.

Por ello los parientes del enfermo muestran ansiedad ante su futuro. Es pues conveniente hacerles comprender que es materialmente imposible anticipar si la terapia tendrá o no éxito. También es complicado determinar dentro de qué límites se encuadran sus posibilidades de vida y normalidad.

Muchos padres que no aceptan esta realidad llegan, en su desesperación, a pretender la suspensión del tratamiento. Esto, obviamente, implica una contingencia inminente de grandes proporciones.

Es conveniente pues que para evaluar el pronóstico se tomen en cuenta otros hechos además de la desaparición de las crisis. Yannet afirma que "un buen resultado puede ser resumido como menos de cinco crisis por año, ajuste escolar satisfactorio, vida comunal normal y aceptación satisfactoria de los padres respecto al estado epiléptico..." (24)



## CAPITULO III

PROBLEMAS PSICOPEDAGOGICOS QUE PLANTEALA EPILEPSIA EN LOS INFANTES.1. Problemas y trastornos de conducta  
del niño epiléptico

La epilepsia, como otros trastornos fisiológicos, plantea severos problemas y desviaciones de tipo conductual. "Los trastornos cerebrales tienen causas físicas y resultados conductuales." (25) Estas perturbaciones aparecen tanto a nivel personal como social, dañando siempre ambas partes y afectando diversas esferas: física, familiar, académica, laboral, etcétera. - 4 -

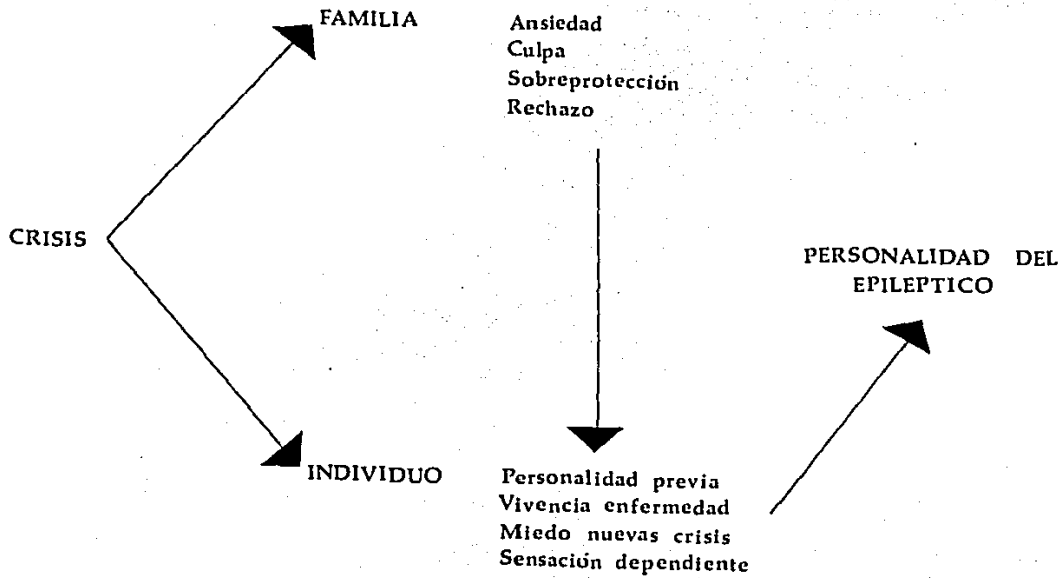
El epiléptico presenta algunas deficiencias propias de lesión cerebral, además de ciertas peculiaridades típicas de su enfermedad.

Generalmente pueden llegar a presentar algunas características-- (que se identifican con el daño cerebral):

- 1.1 Hiperquinesia: Se manifiesta una inquietud incesante, - distracción alternada con períodos breves de atención. Es la automatización de los estímulos de desorden conductual, fisiológico.

Hay una evidente inestabilidad psicomotora "como si el quemar ener

(25) Sarason, Irwing G., Op. Cit., p. 288.



Cuadro 4

gías, en una actividad muscular constante y desbordada, representa alguna forma de alivio provisional." (26)

Se presenta en este trastorno una reacción desmedida ante todos los estímulos ambientales, sean esenciales o superfluos. Todo es estímulo que logre excitar sus sentidos provoca explosivas reacciones en el niño: los sonidos, los olores, los colores, etcétera, que traen como consecuencia distracción, la cual conduce a una variación de actividad.

El niño no posee atención enfocada en la realización de sus actos (aunque sean de gran interés para él), como son: actividades académicas, de juego o recreativas, de alimentación, que conducen al pequeño a situaciones inquietantes, de sumisión o rebeldía.

En cuanto a las repercusiones académicas de este trastorno debe hacerse hincapié en que no es que la atención se pierda por completo -se da por algunos instantes- simplemente es que el niño la enfoca a otras cosas que al profesor le parecerán irrelevantes. El alumno "se pierde" en otros objetivos que no son, precisamente, los del aprendizaje. "De ésto se deduce que obtendrían beneficios educativos si estuvieran rodeados de cosas educativas, de manera que a cualquier lado que miraran aprendieran algo." (27)

Es indispensable tomar en cuenta que las tensiones emocionales -

(26) Gisbert, José; Op. Cit., p. 404.

(27) Kinsbourne, Marcel; Problemas de atención y aprendizaje en los niños, México, La Prensa Médica Mexicana, 1983, p. 65.

pueden agravar este tipo de conducta. Es decir, cuando el sujeto se enfrenta a la realización de un examen o cuando sufre algún cambio su situación familiar -el nacimiento de un hermano, la separación de los padres, etcétera-, dichas circunstancias pueden producir una mayor impulsividad o atolondramiento.

El impacto de los acontecimientos por los que se atraviesa, pueden ser tan traumáticos que inclusive provoquen trastornos neuróticos y de depresión. Todo ello pudiese tornar al niño agresivo.

Por otro lado, a estos pequeños se les designa con frecuencia como niños problemáticos que se encuentran continuamente en dificultades.

Pero debe comprenderse que algunos niños no perciben que su comportamiento se asemeja en alto grado a un remolino; andan, entran y salen por todas partes; tocan, mueven, tiran, rompen, desordenan la infinidad de sitios en donde irrumpen sin la menor reserva.

Los más tímidos observan y escuchan todo lo que les rodea. Inspeccionan el ambiente con meticulosidad, aunque permanezcan en un sólo lugar. Pero aún así, su cuerpo continúa en insesable movimiento.

Su atención está en todo pero, a la vez, en nada específico. Para que se enfoquen en algo, habrá que insistirles numerosas veces.

Como consecuencia de tal inquietud, algunos padres suelen emitir quejas respecto a que no escarmentan de las calamidades que suscitan. Califican la actividad desenfrenada, la velocidad en la acción, como negativas y destructivas.

Este problema puede identificarse con mayor facilidad, si los síntomas son notorios, alrededor de los dos años, edad en la que un infante puede, inclusive emprender carrera.

Es precisamente a esta edad en la que la presencia del niño ocasiona intolerancia, desesperación, enojo en los parientes y educadores que lo atienden, porque tanto en el hogar como en el kindergarten es muy difícil manejarlo. Así se le crea al niño una pésima reputación que inclusive lo conduce al rechazo de los demás niños, ya que a veces procuran fastidiar, agredir, distraer a sus compañeros.

"El reconocimiento de la reacción hiperkinética no es difícil -- cuando cerca de los cinco años se observa, de manera persistente y recurrente (no ocasionalmente), por lo menos la mitad de los signos" (28). Tales características se pueden resumir en lo siguiente:

1. Actividad continua, ininterrumpida, sin ningún objeto.
2. Corta o nula capacidad de atención.
3. Distractibilidad.
4. Excitabilidad.
5. Emociones lábiles (pasar del llanto a la risa en un esp

(28) Renshaw, Domeena C., El niño hiperactivo, trad. Carolina A. de Fournier, México, 1980, pp. 64-65.

- cio de unos cuantos minutos, instantáneamente).
6. Impulsos totalmente incontrolados (parloteo, brinco, -- golpes, etcétera).
  7. Mala concentración (incapacidad de distinguir o diferenciar una cosa de otra, ante cualquier estímulo. No puede mantenerse la concentración más de dos o tres minutos).
  8. Indiferencia al peligro o al dolor. Carecen, inclusive de tales conceptos.
  9. Poca respuesta a la recompensa o al castigo (rechazos, repudiar al castigo, no emiten respuestas ante él).
  10. Destructividad, agresividad, mentiras, robos y berrinches.
  11. Choques constantes con lo que le rodea.
  12. Propensión a los accidentes (torpeza, incoordinación motora deficiente).
  13. Problemas de lenguaje.
  14. Estrabismo, es decir, incoordinación del músculo óptico para acomodar los ojos.
  15. Dificultades en la percepción, problemas audiovisuales.
  16. Irregularidad en las etapas de desarrollo (por ejemplo, comenzar a andar sin haber gateado; proferir ya frases, sin haber balbuceado, etcétera).
  17. Existe poca limpieza en el dibujo, la escritura y lo -- que se colorea, por la falta de atención y coordinación. Tendencia a un encimamiento de líneas; incapacidad para

trazar líneas de modo paralelo; imposibilidad para concentrarse en los límites; líneas tortuosas, chuecas y a veces sin sentido.

18. Incapacidad para completar algo de manera espontánea. Se necesita de recordatorios constantes (para comer, -- vestirse, hacer la tarea, etcétera).
19. Imposibilidad de realizar actividades coordinadas (jugar en equipo, hacer ejercicios gimnásticos, etcétera).
20. Sociabilización muy deficiente. Tiende a las quejas por todo; no hay respeto por los demás (ni en su persona, -- ni en sus objetos). Conducta conflictiva; dificultades para formar amistades. Generalmente son solitarios, con amistades momentáneas.
21. Frecuentes perturbaciones en el sueño (aunque no siempre).
22. Necesidad de ser supervisado, vigilado. Esta característica es indistinguible a cualquier otra patología.

Se requiere de que muchos, o al menos, varios de estos síntomas se conjunten, para que el diagnóstico sea válido.

Es entonces básico que un profesional (pediatra, psiquiatra, psicólogo, pedagogo) sea quien elabore el diagnóstico para así, evitar el riesgo de confundirlo con otra patología.

Los trastornos que pueden crear equívocos con relación a la hiperquinesia son:

- A) El niño psicótico: el feto percibe los problemas familiares aún estando en el útero (en una proporción diez veces mayor a la percepción de un adulto).

Así pues, esta alteración aparece y se desarrolla a partir de problemas de tipo familiar. Existe "stress" por los conflictos que aparecen en esta área (como pueden ser la separación de los padres, constantes pleitos o golpes en casa, alcoholismo o drogadicción de los progenitores, etcétera).

Como característica peculiar se encuentra en estos casos - excesivo movimiento de las piernas.

- B) El niño hiperansioso: generalmente está mal encaminado en su desarrollo y crecimiento; se encuentra bajo constantes presiones y exigencias y proviene, casi siempre, de familias sumamente conservadoras y en cuyo seno surgen fanatismos (por ejemplo, de tipo religioso) que agobian e inquietan al niño todo el tiempo.

Es oportuno mencionar que las horas de las comidas son las más apropiadas y precipitantes a la caída en la reacción de ansiedad, ya que es frecuente que broten las clásicas amenazas de que "si no comes, no crecerás" o la de "te voy a castigar por desperdiciar la comida", etcétera.

- C) Reacción agresiva anti-social: se origina la mayoría de -



las veces por la separación o divorcio de los padres. El niño, consciente o inconscientemente, toma partido escogiendo para sí el modelo de aquél a quien apoya. Se forma pues, una idea deformada de lo que es una familia, núcleo de la sociedad, por lo cual, ve a ésta como algo que carece de valores. Además, es víctima de murmuraciones, burlas y lástimas que le llevan a una actitud de defensa que puede convertirse en agresividad.

- D) Retardo mental: se diferencia de la hiperquinesia por el umbral de estimulación.
- E) Síndrome cerebral orgánico postraumático: debido a un parto traumático (muy rápido o muy lento, con problemas).
- F) Síndrome cerebral traumático encefalítico o tóxico: enfermedades infecciosas que afectan al encéfalo. Se presentan aquí parámetros bien definidos para su diagnóstico.

En cuanto al tratamiento que se le administra a estos niños debe tenerse en cuenta, primeramente, que si el hiperquínético está bien coordinado, es conveniente proporcionarle actividades tales como los deportes que le ayudarán, en gran medida, a descargar su aceleramiento.

Este trastorno puede ser aceptablemente controlado por fármacos cuando su origen es orgánico; sin embargo, de lo que se requiere esencialmente es de que los padres entiendan con claridad el pro

blema y que éste se encuentra completamente fuera del control -- del niño.

La familia y la escuela ayudarán en la medida en que tomen una - postura adecuada y positiva ante la perturbación que aqueja al - paciente.

"Actividades de los miembros de la familia que ayudan al niño -- con reacción hiperkinética:

1. Trata de ser muy consistente en las reglas y disciplina.
2. Mantén siempre la voz baja y pausada. Es normal enojarse, pero el enojo puede controlarse. Sentir enojo no significa no querer al niño.
3. Trata lo más que puedas de controlar tus emociones en previsión de futuras tormentas. Reconoce y responde a cual--quier conducta positiva por pequeña que sea. Si buscas cosas buenas, encontrarás unas cuantas.
4. Evita un enfoque constantemente negativo: "Estáte quieto"... "No hagas... "No"..."
5. Haz una distinción entre el comportamiento que no te gusta y la persona del niño a quien quieres, diciendo por -- ejemplo: "Eres mi hijito querido, pero no me gusta que en lodes el tapete."
6. Establece una rutina muy clara para este niño. Fija un horario para caminar, comer, jugar, ver televisión, estudiar,

hacer tareas y dormir. Procura seguirla con cierta flexibilidad aunque el niño se enfade. Poco a poco tu estructura le dará confianza y desarrollará la suya propia.

7. Haz una demostración de las tareas nuevas o difíciles, -- utilizando la acción acompañada de explicaciones cortas, -- claras y calmadas. Repite la demostración hasta que el niño aprenda. Así se utilizan percepciones audiovisuales y sensitivas para reforzar el aprendizaje. Las huellas de memoria del niño hiperkinético toman más tiempo para formarse. Sé paciente y repite la lección.
8. Trata de reservarle un cuarto o una parte de un cuarto para que sea su área especial. Evita colores brillantes o tipos complejos de decoración. La simplicidad, los colores unidos, poco amontonamiento de cosas y una mesa de -- trabajo frente a una pared en blanco, para evitar las distracciones, todo esto ayuda a la concentración del niño. Un niño hiperkinético no puede "filtrar" por sí solo el -- exceso de estímulos.
9. Haz una sólo cosa a la vez, dale un sólo juguete que sa--cas de una caja cerrada; limpia la mesa de cualquier otra cosa cuando lo pongas a iluminar estampas; apaga la radio o la televisión cuando esté haciendo sus tareas.

Los estímulos múltiples impiden que su atención se enfo--que a la tarea principal.

10. Confiérole responsabilidad, lo cual es esencial para su crecimiento. La tarea debe estar dentro de su capacidad, aunque requiera mucha supervisión. La aceptación y el reconocimiento de sus esfuerzos, aunque sean imperfectos, nunca debe olvidarse.
11. Atiende a las señales que anuncian una próxima explosión. Procura intervenir serenamente para evitar la crisis dis trayendo al niño o discutiendo el problema con calma. A veces es oportuno retirarlo de la zona de batalla y lle varlo al santuario de su cuarto durante algunos minutos.
12. Limita sus compañeros de juego a uno o a lo más dos a un tiempo, ya que el niño es muy excitable. Es más conveniente que juegue en su hogar, ya que así se le puede proporcionar la estructura y la supervisión que necesita. Explica tus reglas a sus compañeros de juego y expone brevemente tus razones a sus padres.
13. No demuestres lástima, ni te burles, ni te asustes, ni seas demasiado indulgente con este niño. El pequeño tras torno de su sistema nervioso es susceptible de tratamien to.
14. Conoce el nombre y la dosis de los medicamentos. Adminis tralos con regularidad. Observa y recuerda sus efectos para informar de ello al médico.
15. Comenta abiertamente con el médico tus temores acerca -

del uso de los medicamentos.

16. Siempre ten encerrados los medicamentos, incluyendo éste, para evitar que sean tomados por error.
17. Supervisa siempre la administración del medicamento, aún si es una rutina que se prosigue durante largos años. ¡La responsabilidad sigue siendo de los padres!  
Se puede poner la dosis diaria en un lugar fijo y vigilar que la tome el niño a medida que va siendo mayor y más responsable.
18. Comparte con su maestro las "ayudas" que hayan dado resultado. Las tácticas señaladas para ayudar al niño hiperkinético son tan importantes para él como lo es la dieta y la insulina para un niño diabético." (29)

## 1.2 Reacción Catastrófica

Todo el cuerpo del niño responde a una situación de manera incontrolada y total. "Se trata de niños que cuando están expuestos-- a un ruido agudo o a una situación inesperada, parecen romperse en pedazos." (30)

Siempre están alerta, moviéndose, retorciéndose, tal y como si no necesitaran descanso jamás.

La reacción que experimentan no solamente aparece a nivel físico,

(29) Idem, pp. 90-92

(30) Cruickshank, William M., El niño con daño cerebral, 2a. Edición, Editorial Trillas, p. 57.

sino que también se puede manifestar confusión, inseguridad o irracionalidad.

### 1.3 Disociación

Consiste en una incapacidad para ver las cosas como una Gestalt, - como un todo en partes: no se perciben totalidades. Por ejemplo, - se ven los árboles pero no el bosque. Se da un predominio del -- pensamiento inductivo -inductivo (de las partes a las partes)-.

Hay pérdida de unidad y de armonía entre las ideas y falta de -- continuidad psíquica. Así, como no existe una síntesis de esta - índole, se originan trastornos en el curso del pensamiento.

La disociación probablemente es consecuencia de una atención insuficiente; es decir, que existe una desorganización en el proceso de la percepción.

Un instrumento útil para establecer el diagnóstico de disociación perceptual es el Test Visomotor de Bender, en donde se le presentan a la persona una serie de diez sencillos dibujos, pidiéndole que los reproduzca en una hoja de papel.

Estos dibujos pretenden mostrar al sujeto un proceso perceptivo-diferente: agrupación, proximidad, claridad, dirección, etcétera.

Las fallas en las que se incurra habrán de indicar un mal funcionamiento en el desarrollo perceptivo. "La disociación dificulta grandemente el aprendizaje de la escritura ya que el niño tiene imposibilidad de conceptualizar cosas separadas en una unidad --

significativa." (31)

#### 1.4 Inversión Figura-Fondo

Es la capacidad de observar, dentro de un contexto, un estímulo como figura, apreciándose el resto como parte integral del fondo; asimismo, es la capacidad de invertir los estímulos y, lo que -- fue fondo, en determinado momento llega a ser figura. Por ello, el proceso de enseñanza-aprendizaje es lento y arduo pues la imposibilidad de distinguir correctamente entre figura y fondo dificulta sobremanera el aprendizaje de la lectura, ya que el niño es incapaz de distinguir una palabra si se le pide que comience a leer en un renglón específico de una determinada página.

Esta deficiencia, lógicamente, implica suma gravedad porque afecta, además del aprendizaje, todo el ambiente del niño.

#### 1.5 Perseverancia

Incapacidad de cambiar, con facilidad, de una actividad a otra. "Consiste en una lentitud general de todos los procesos psíquicos, que se manifiestan en una cierta "viscosidad" al pasar de una idea a otra, una adherencia a un tema determinado, algo así como si el fluir del pensamiento estuviera frenado y se moviese perezosamente." (32)

(31) Caso Muñoz, Agustín; Fundamentos de Psiquiatría, 2a. Edición, México, Editorial Limusa, pp. 988-989.

(32) Gisbert, José; Op. Cit., p. 403.

Hay una tendencia exagerada a la repetición automatizada de actos, absorbiendo al sujeto de tal forma, que es muy difícil cambiar de actividad. Puede llegar a tal grado, que el pensamiento se haga verdaderamente monótono, excesivamente lento, cayendo en la inadaptación a situaciones de cambio. Pero si el sujeto epiléptico sufre de mayores intervalos en sus ataques, su pensamiento -- puede agilizarse y despejarse en gran medida.

"El cerebro epileptizado por crisis muy frecuentes o perturbadoras de la vida psíquica tiende a neutralizar las posibles variaciones de su equilibrio habitual. La personalidad se torna progresivamente rígida, lenta, ordenada, intolerante e, incluso solemne, a fin de contrarrestar los estímulos perturbadores." (33)

Muchas veces se califica a estos niños de "tercos" o "testarudos" por su alta persistencia en sus preguntas, respuestas, ideas y pensamientos.

En un paciente epiléptico este trastorno suele recibir también el nombre de bradipsiquia. Dicha automatización en el comportamiento del niño es, a menudo, involuntaria.

La perseverancia puede darse de muchas formas: la escritura, lectura, el habla o lenguaje, dibujo, los señalamientos que realice el sujeto, sus movimientos, nociones, opiniones, etcétera.

En cuanto al habla hay una reiteración de palabras, fonemas o -- hasta temas completos. Por ejemplo, durante una sesión académica,

(33) Idem; p. 404.



el niño puede insistir en preguntar al maestro una cuestión que no se le haya quedado clara y, después de habérsela explicado varias veces, él continuará insistiendo incesantemente sobre lo mismo.

Con respecto a la escritura, puede suceder que repita una y otra vez una misma letra o que se tracen los rasgos de ésta enlazados ininterrumpidamente (ejemplo: mmm).

También puede ocurrir que cuando se le llama la atención sobre un error de ortografía trate de corregirlo y, sin embargo, vuelva a cometer el mismo error.

Asimismo, puede haber perseverancia en el área del cálculo o matemática. Si el niño acaba de realizar una operación de cualquier tipo y después se le pide que realice otra, el niño será incapaz de responder al nuevo estímulo por continuar aún en el anterior, lo cual le llevará a caer en equivocaciones constantes. Es decir, si se le pide por ejemplo que multiplique "7 X 2" es factible -- que comience a repetir oralmente "siete por dos". Si un momento después se le manda hacer una división, el paciente emitirá casi con seguridad una respuesta incorrecta, ya que seguirá enfrascado en la resolución del problema anterior.

Esta dificultad aparece en muchas otras actividades más. El sujeto puede dibujar durante horas una misma figura o llenar una plana con un sólo color; puede afilar la punta de un lápiz hasta -- que éste se acaba o contar alguna anécdota múltiples veces y continuar riendo sin parar y, si se le recrimina por una mala ac-

ción, su llanto quizá no cese durante varios minutos.

### 1.6 Irratibilidad

Ante influencias exteriores, el niño manifiesta una demedida sensibilidad o una exacerbada reacción, que pudiese caer dentro de lo anormal, por lo exagerado de ella. Es incapaz de resistir una pequeña frustración y reacciona a ésta con una intensidad inusitada, lo cual puede conducirle a un estado de enojo muy frecuente. inclusive, a ser verdaderamente agresivo.

Si el niño es presa además de sentimientos de inferioridad y de complejos, o si es blanco de crueldades, burlas y compasiones -- por parte de la gente, posiblemente sí se volverá agresivo y violento, o quizá apático, rayando en el desprecio.

La agresividad puede también volverse contra sí mismo, llegando a veces a intentar la autodestrucción. "Es común la tendencia a golpearse la cabeza contra la pared de la casa (beadbanger) o estrellarse contra las paredes de los cuartos en los que están confinados." (34)

### 1.7 Disminución de la atención

Puede definirse a la atención como un proceso que consiste en dirigir la mente hacia un sector determinado --tan sólo puede atenderse, lógicamente, en los periodos de vigilia--.

La atención se relaciona constitutivamente con la concentración,

(34) Hernández, Julio; Op. Cit., p. 78.

la cual es una facultad mental que permite reflexionar acerca de las situaciones circunstantes; si ésta no existiese, el pensamiento se dispersaría de tal modo, que sería prácticamente improbable una fusión de ideas y el recuerdo de dichas situaciones.

Así pues, subjetivamente, "atender equivale a concentrar nuestra percepción en alguno de los varios estímulos de nuestro medio. Objetivamente, atender consiste en una respuesta en la cual los receptores sensoriales y la musculatura general se disponen de forma tal que el organismo pueda percibir con mayor nitidez un estímulo particular." (35)

La atención puede ser:

- . Involuntaria, cuando se presente un estímulo tan intenso en el medio que nos rodea, que nos fuerza a atenderlo sin haberlo deseado.
- . Voluntaria, depende del sujeto, de sus motivaciones y no de los estímulos que recibe.
- . Habitual, inducción usual a atender estímulos preferenciales.

La disminución de atención consiste, pues, en que el individuo es incapaz de atender en ninguna de las formas anteriores; es decir que, aunque percibe los estímulos, no se enfoca ni se concentra en ellos. Hay una distractibilidad total ante las impresiones que se reciben especialmente en estados de tensión y nerviosismo.

(35) Cerdá, Enrique: Una psicología de Hoy, 11a. Edición, Barcelona, España, Editorial Nerdor, 1980, p. 286.

Por otro lado, no sólo puede haber dificultades cuando la atención es insuficiente, también las hay cuando ésta es excesiva -fijación en detalles no importantes- por lo que se pasa por alto las cosas en las que debe haber concentración.

### 1.8 Torpeza e incoordinación motora

La mayor parte de las aptitudes motoras del niño se encuentran deficientes debido, muy probablemente, a un deterioro de tipo -- neurológico.

Aunque en ocasiones no se reconoce con facilidad, este problema existe frecuentemente. Se puede detectar la falta de coordinación cuando subsiste una evidente torpeza física y no se da la integración adecuada entre unos movimientos y otros.

Los trastornos en esta área se presentan, principalmente, en la coordinación motora fina -coordinación ojo-mano, ojo-pie- aunque en muchos casos repercute más en la gruesa -reflejo de prensa, marcha, salto, natación-. Esto representa un obstáculo en el - aprendizaje del niño, ya que tanto una coordinación como la otra son indispensables para su adecuado desarrollo académico.

Es así que algunos autores afirman que "los niños que experimentan dificultades en el dominio de las habilidades escolares, a menudo:

1. Se desempeñan mal en actividades que requieren mucha coor

dinación motora como correr, agarrar pelotas, saltar, etcétera.

2. Al andar parecen tener las piernas rígidas o duras; en -- los casos extremos, los brazos y las piernas se mueven de una manera homolateral.
3. No se desempeñan bien en actividades como escribir, dibujar y otras que requieren una buena integración motora.
4. Parecen experimentar dificultades en el equilibrio, tal-- como lo demuestran las frecuentes caídas, tropezones y su torpeza general." (36)

Es indispensable pues que los educadores del niño -padres y maes-- tros en general- procuren la corrección constante de actitudes motrices y psicomotrices para que pueda lograrse una aceptable - integración del sujeto a su medio ambiente ya que, como ha men-- cionado el Doctor Le Boulch, no puede obtenerse dominio en el -- comportamiento, si primero no se ha dominado el esquema corporal.

Por ende, "la educación psicomotriz es una acción pedagógica y - psicológica que utiliza los medios de educación física con el -- fin de normalizar o mejorar el comportamiento del niño." (37)

### 1.9 Dificultades en el aprendizaje

Debido a una alteración o al conjunto de alteraciones (es facti-

[36] Myers, Patricia I., Niños con dificultades en el aprendizaje, México, Editorial Limusa, 1982, pp. 43-44.

[37] Picq, Lous; Educación Psicomotriz y retraso mental, Barcelona, España, Editorial Científico Médica, 1977, p. 9.

ble que se engloben en un niño varios de los problemas que en este inciso se mencionan) que pueden aquejar al niño epiléptico, - la capacidad de aprendizaje de éste se verá notoriamente deteriorada o empobrecida.

Las áreas de enseñanza-aprendizaje más comúnmente afectadas son:

- La lectura: Esta habilidad implica que se posea la capacidad para diferenciar fonemas y recordarlos en su forma, - orientación, sonidos y secuencias, por lo que se requiere de un sofisticado repertorio de habilidades mentales.

El infante puede carecer de alguna de dichas facultades-- o de una combinación de éstas: no reconoce palabras, frases o inclusive párrafos enteros. Algunos sujetos quizá - sí distinguen pero no comprenden, lo cual nulifica, igualmente, su lectura.

El aprendizaje de la lecto-escritura se va logrando sucesivamente, es decir, no se pueden proporcionar nuevos elementos si aún no se dominan los ya conocidos.

Es así que cuando esta habilidad se ve alterada, sufren - también consecuencias recíprocas la capacidad del pensamiento, razonamiento y lógica.

Un elemento fundamentalmente necesario para que el niño - aprenda a leer radica en que sea dueño de una cantidad de vocabulario aceptable, además de ser apto para manejar su

coordinación visomotora.

- **Escritura:** Este problema se relaciona íntimamente con el de la lectura. En esta área, las deficiencias se enfocan también en la percepción y asociación de las palabras.

Es así que el pequeño ve obstaculizado su aprendizaje ya que, además de carecer de una habilidad indispensable, es también incapaz de tomar notas, de hacer bien su tarea, - etcétera; siendo uno de los puntos más afectados, el de la ortografía.

A la escritura del epiléptico, específicamente, se le define por lo general como "apretada", sin fuerza, inánime.

Algunos autores han elaborado una lista amplia de los factores-- que pueden originar ambas deficiencias (lectura y escritura) y afirman que "la adquisición de la lectura y la escritura pueden verse estorbadas por indebido retraso en el desarrollo de:

1. La habilidad de entender el lenguaje hablado (y a su turno el escrito), con dificultad para pronunciar y encontrar las palabras.
2. La habilidad para descomponer los sonidos de las palabras en sonidos del habla, y reconstruirlos a partir de estos últimos (los niños afectados también tienden a equivocarse en la secuencia de los sonidos del habla cuando pronun

cian las palabras en voz alta).

3. La habilidad para aprender a deletrear bien las palabras que se pueden leer, lo que constituye quizá, un déficit residual después de que el punto segundo ha mejorado.
  4. La habilidad para formar palabras, con letras, de manera clara e inteligible y asociarse con problemas en la articulación de la palabra hablada.
  4. La habilidad para recordar secuencias de letras en las palabras, sobre una base visual, en relación con otros elementos del Síndrome de Gerstmann\*." (38)
- Cálculo o Matemáticas: Esta habilidad, junto con la lecto-escritura, forma parte del bloque de materias más importantes de instrucción básica.

Esta alteración puede vincularse con las dos anteriormente mencionadas o, bien, en forma aislada.

Representa una dificultad selectiva en el área numérica, a la que ya ha venido prestándose importancia en los últimos años, dentro de la educación especial.

- Dibujo: El dibujo del paciente epiléptico generalmente --

---

\* Este síndrome consiste en un problema de lateralidad derecha - izquierda, que se caracteriza por una agnosia digital bilateral (indiferenciación de los propios dedos, agrafia o disgrafia, - alcalculia o discalculia).



puede ser analizado como el de un sujeto perseverante. Uno de los rasgos que más comúnmente aparece en los trazos de un paciente epiléptico, es el de presionar fuertemente el papel donde dibuja. También acostumbra colorear por completo la hoja, no dejando un solo pedazo de ésta sin rellenar.

Sus bosquejos son altamente cuidados, impregnados de un exquisito detallismo y elaborados simétricamente. Todo lo cual induce a dejar de lado fragmentos de verdadera importancia. Es decir, por ejemplo, cuando dibuja una figura humana, probablemente el epiléptico la sobrecargará de accesorios (como aretes, pulseras, moños, cinto, dijes, bolso, reloj, etcétera), pero es también posible que olvide delinear su cabellera o los pies (elementos de importancia).

Además será muy evidente su obsesión por hacer diseños -- que posean una perfecta simetría, paralelismo, igualdad -- (dibujar dos casas con las mismas medidas, semejante número de ventanas o garages, chimeneas, etcétera).

"No hay por tanto, nada patognomónico en la manera de dibujar del paciente epiléptico, y, sin embargo precisamente por ello, el terapeuta rehabilitador obtendrá información muy valiosa si sabe descifrar los signos tan expresivos del dibujo de la figura humana." (39)

(39) Gisbert, José, Op. Cit., p. 410.

En varias ocasiones sí se observa una deslumbrante limpieza en sus dibujos, pero esta misma refleja cierto engolamiento o afección que, en conjunto, limita su creatividad, su imaginación (porque lo encuadra dentro de un cierto -- contorno nada más), su expresión artística y personal, su estilo.

- Lenguaje: El lenguaje es la forma en que se expresan los pensamientos, las ideas. "El lenguaje de los epilépticos es a menudo muy peculiar (no siempre), a saber, característicamente monótono: o bien guarda siempre el mismo tono; o bien se estereotipa al modo de una cantinela, repitiendo constantemente la misma curva melódica de la palabra, lo que da a ésta algo extrañamente automático y falto de vida. En todo caso le falta el vivo fluir de habla normal, que cambia constantemente según el contenido ideológico y afectivo de las palabras." (40)

Cuando los ataques convulsivos son muy continuos provocan, inclusive, que las palabras del individuo se traben o se repitan varias veces y en el mismo tono, ocasionando que se adquieran malos hábitos en la articulación.

Esto puede acarrear consecuentemente burlas o bromas pesadas, moles, rechazos, frustraciones, complejos, etcétera, que turban al niño y que pueden conducirle a agravar su situación si, por ansiedad o nerviosismo, se vuelve tam--

(40) Asperger, Hans, Op. Cit., p. 268.

bién tartamudo -que es un signo de inseguridad y de tensión nerviosa-, un "trastorno que consiste en duda, dificultad en la emisión, interrupción, repetición espasmódica de las sílabas, suspensión penosa e incluso imposibilidad momentánea de continuar hablando, y proseguir el discurso después de las pequeñas interrupciones, en forma explosiva. Es decir, es un desorden psicomotor del lenguaje que se manifiesta por la imposibilidad transitoria de emitir ciertos fonemas." (41)

El tartamudo se encuentra dentro de un círculo vicioso: - el niño es tartamudo dado los sentimientos generados por una baja de su autoestima, con posible ansiedad y vergüenza; vergüenza que, aunada al nerviosismo, provoca que el niño tartamudee más, lo cual consecuentemente merma en gran medida su auto-confianza.

Otro tipo de dificultades que puede tener el paciente en cuanto a lenguaje, lo constituye la afasia que es la "pérdida parcial o total del habla a consecuencia de una lesión cerebral. Puede ir acompañada de falta de comprensión." (42) Daño en el Sistema Nervioso Central.

Es casi imposible para el sujeto ordenar las palabras de modo que éstas pueden ser entendidas dentro de una oración. Así pues, no emplea ni comprende el lenguaje hablado.

(41) Caso Muñoz, Agustín; Op. Cit., p. 958.

(42) Preston, Robb; Epilepsia: Manual para trabajadores de salud, México, Oficina de Publicaciones Biomédicas y de Salud, 1983, p. 82.

- Memoria: cuando se recibe una información repetidamente, es muy posible que se realice una válida aprehensión. Pero cuando la información se ha recibido solamente una vez, se requiere que la imaginación ayude a recordarla.

"Recordar es el proceso de reexperimentar la información de la que nuestra atención se había antes apartado." (43)

El niño epiléptico que carezca de suficiente atención está expuesto a olvidar muy fácilmente sus vivencias, sus lecciones, sus labores, etcétera.

La memoria se puede ver perturbada por dificultades en el almacenamiento, asimilación y recuperación de las informaciones que se reciben. En ella juega un papel muy importante el hecho de que los acontecimientos que deben recordarse sean significativos, de interés, de tipo selectivo y útil para la persona.

Ahora bien, el paciente epiléptico se enfrenta a un problema de gravedad con respecto a esta facultad, puesto que el principal efecto que producen los fármacos que se utilizan en este tratamiento es, precisamente, la pérdida de memoria o problemas de retención. Aunque cabe aclarar que no en todos los sujetos se presenta dicha incapacidad en igual forma e intensidad.

- Sueño: El niño con lesión o daño en el Sistema Nervioso Central puede presentar trastorno de sueño; ésto debido,

principalmente, a ansiedad o depresión por su misma enfermedad (epilepsia) o, quizá, porque presente hiperquinesia.

Los fármacos juegan aquí también un papel de importancia. Tal vez en algunos niños provoquen pérdida de sueño o sueño poco profundo, haciéndoles susceptibles de despertarse por cualquier leve ruido.

Además el tipo de conducta, personalidad y problemas psicopedagógicos que se presentan (irritabilidad, excitabilidad, rebeldía, hiperquinesia, inquietud, tensión nerviosa, etcétera) suelen incidir negativamente en la conciliación del sueño.

Este problema no es muy común pero, de aparecer, perjudicará tanto a nivel personal (salud) como académico, ya -- que la falta de sueño lo hace mayormente propenso a problemas de conducta y de aprendizaje.

- Análisis y Síntesis: Ocurre también, como efecto de los fármacos, que no se presente un pensamiento analítico, -- por lo que el pequeño se queda sólo en un tipo de pensamiento funcional.

Pueden presentarse deficiencias tanto para analizar situaciones o problemas, como para sintetizarlas o resumirlas. Es decir, para comprender un acontecimiento histórico, -- quizá el niño no sea capaz de distinguir hechos y conse--

cuencias y, probablemente, no pueda tampoco abreviar los sucesos de mayor trascendencia, ni evaluar su significación.

- **Imaginación:** Facultad que representa mentalmente las imágenes de las cosas.

Por lo general, estos niños tienen un nivel de imaginación bastante aceptable y algunos, incluso, son demasiado imaginativos. Dicha circunstancia se considera en sí como positiva, especialmente si ayuda a la creatividad pero, también, puede hacer divagar y tornar un tanto olvidadiza a la persona, lo cual irá en menoscabo de su aprendizaje, - en virtud de que la imaginación conlleva fallas en la - - atención, porque la atención se vifurca, no se enfoca.

- **Inteligencia:** "Por inteligencia entendemos un conjunto de cualidades de la mente (determinadas por la interacción - de dos factores: herencia y ambiente, que nos permiten en una forma dinámica reconocer, retener, suponer, sintetizar, decidir y resolver problemas, y estimar la calidad - de la decisión." (44)

La inteligencia de un epiléptico puede encuadrarse perfectamente dentro de los límites normales, pudiendo ser superior, media o inferior.

Puede, sin embargo, llegar a disminuir su nivel a conse--

---

(44) Caso Muñoz, Agustín; Op. Cit., p. 181.

cuencia de crisis incesantemente repetidas, ya que el daño irreversible que se ocasiona en los tejidos cerebrales a causa de dichas crisis puede mermar su capacidad intelectual.

Dicha capacidad pudiera, asimismo, alterarse por la ingerencia de ciertos fármacos, conduciendo al sujeto a un -- aletargamiento de sus facultades y habilidades.

### 1.10 Relaciones Interpersonales

Los epilépticos, por lo general, presentan dificultades en cuanto a su capacidad de relación, afectividad y estados de ánimo.

Con frecuencia se observa en ellos un temperamento glutinoso, pegadizo, que incomoda a los que les rodean; quienes no pueden evitar emitir expresiones tales como "no seas empalagoso" o "no estés encima de mí".

En el fondo, la cuestión reviste otras intenciones puesto que lo que el paciente pretende, generalmente, es que se le brinde atención. Pide virtualmente ayuda, compañía, intimidad, ya que es -- presa de diversos complejos: se siente distinto a los demás, se subestima y menosprecia, a la vez que toma una actitud de desconcierto y rebeldía, de temeridad. Es por ello que en ocasiones se muestra irascible, agresivo, con falta de control y, algunas veces, busca deliberadamente el aislamiento.

Aún así, es un niño que posee una gran capacidad para entablar --

fácilmente una conversación y de tener familiaridades hasta con extraños. Puede a veces aparentar extroversión ocultando la timidez típica de su caso; no se relaciona guardando "distancias", - sino que lo hace de manera muy personal y abierta, sin inhibiciones. Algunos niños imprimen un tono piadoso en sus expresiones y son muy protocolarios y hasta ceremoniosos en sus actitudes y -- lenguaje. Sus relaciones no pueden calificarse como "normales" - ya que no existe una total autenticidad en ellas; es decir que, - o bien caen en un retraimiento silencioso, o disimulan su turbación con una postura avasallante y de franco exhibicionismo.

"Precisamente las personas normales y corrientes suelen evitar, - a causa de ello, todo contacto con caracteres epilépticos, lo que añadido a las graves dolencias somáticas que sufren tales enfermos aumenta considerablemente su trágica situación." (45)

Es pues imprescindible cobrar conciencia de que no únicamente -- presentan una deficiencia orgánica sino que, exactamente por ello, tienen también perturbaciones psíquicas y emocionales que requieren de la comprensión, orientación y, sobre todo, afecto de sus semejantes.

Por lo tanto "creemos que el pedagogo terapeuta debe afirmar su sensibilidad para captar las anomalías de los demás, por repugnantes que sean, y evitar al mismo tiempo que ésta, tan necesaria para el diagnóstico, se deje dominar por la repulsión, la cual "trascenderá" precisamente gracias a su acrecida disposición

(45) Asperger, Hans; Op. Cit., p. 127.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**



a ayudar al ser humano." (46)

Los estados afectivos de estos niños tienen una duración mayor - de lo habitual. Además son menos fluidos y, en general, más profundos que lo estrictamente considerado como normal. Si el epiléptico es, por ejemplo, demasiado iracundo, será muy arduo hacerlo reaccionar, distraerlo.

Por otro lado, se observa en algunos de estos pacientes una extrema inestabilidad y susceptibilidad. Se tornan, pues, dependientes y sin autocontrol, con contactos interpersonales mal logrados y tendencia a alborotar a sus circunstantes.

Asimismo, se presenta en ellos el fenómeno de labilidad emocional, el cual se considera como un trastorno de tipo emotivo: el sujeto pasa de la risa al llanto y viceversa, de manera instantánea e imprevista.

Sin embargo este tipo de problemas no ocurren siempre e ineluctablemente. Salvo en casos especiales (los de lóbulo temporal, en concreto), los trastornos de conducta -específicamente a nivel afectivo y de relación- pueden ser debidamente controlados. Es decir que no todos los niños epilépticos pueden ser calificados o etiquetados como "molestos", "pesados" o "impertinentes" porque no todos lo son y, de serlo, siempre habrá una gran diferencia de grados entre unos y otros por lo que no debe jamás generalizarse un adjetivo para ellos.

Es esencial inculcar dicha visión acerca de este problema tanto en los padres como en todos los educadores que atiendan al niño, ya que "no se le debe rechazar en lo íntimo, si no se le quiere causar más daño e interceptarse uno mismo, todos los caminos educativos." (47)

### 1.11 Concepto de sí mismo

Es, por lo común, deficiente. Los obstáculos y rechazos por los que el niño atraviesa, originan que él se forme un pobre concepto de sí mismo.

Cuando existe ya una cadena de frustraciones, el niño llega a -- subestimarse a un grado tal, que puede ocasionarse un retroceso considerable en su desarrollo. Porque cuando el pequeño se forma una imagen deficiente sobre su persona, considerará inconsciente y hasta conscientemente que sus esfuerzos son pocos o inútiles, lo cual le provocará autovalorarse en un nivel muy ínfimo o mediocre. Así, esta concepción de su valía puede convertirlo en un sujeto perfeccionista y neurótico por un lado o, bien, quizá también le permita desatenderse de todo propósito y tomar una postura de resignación y abandonismo.

Puede inclusive llegar a suceder que el sujeto asuma actitudes -- fóbicas en cuanto a su enfermedad y a la situación que ésta conlleva. El epiléptico puede tener verdadero temor a padecer una -- crisis en público, a que los demás se enteren de su alteración.

(47) Idem; p. 272.

de su "defecto" o "anormalidad", de que presencien su ingesta de medicamentos, etcétera; todo lo cual procurará mantener en ultra secreto, para resguardar su integridad y el concepto en el que - los demás lo tienen.

Así pues, los educadores deben tratar de infundir en estos seres auto-confianza y auto-valoración, a través de enseñarles a estimarse, a criticarse positivamente a sí mismos, a cobrar conciencia de su dignidad humana y personal, a ver su deficiencia desde un punto de vista de mira realista y objetivo.

#### 1.12 Intelección sólo aparente

Algunos de los pequeños manifiestan un entendimiento que en realidad es sólo ficticio. Parece que todo lo captan bien y fácilmente, que reconocen sus fallas conductuales y caracteriales pero, generalmente, no es así. A pesar de las respuestas que emiten, de sus rostros aprehensivos y de sus modales y gestos intelectuales, puede suceder que ante lecciones, explicaciones y sucesos, sus mentes queden en "blanco" y no comprendan nada en absoluto.

Esto puede ser a consecuencia de la misma enfermedad o del efecto secundario de algún fármaco administrado.

#### 1.13 Pegajosa pesadez

Varios chicos que padecen epilepsia son, en extremo, "caramelosos", "encimosos", "pegajosos".

No dejan en paz a quienes los rodean, volviéndoles víctimas de -  
continuas caricias y besos, de su inseparable compañía, de exhaus-  
tivos interrogatorios, de comentarios abundantes, nimios o inne-  
cesarios, etcétera.

#### 1.14 Obnubilaciones

Es una alteración del estado de conciencia, donde el enfermo pier-  
de claridad mental; piensa lenta y confusamente, percibe con tra-  
bajos los estímulos recibidos, su atención es mínima y apenas lo  
gra divisar, con escasa precisión, el ambiente que le rodea; su-  
fre además una amnesia posterior.

Esta alteración sobreviene, muy frecuentemente, después de que -  
se ha sufrido una crisis (en especial de epilepsia psicomotora).

#### 1.15 Aletargamiento y reacciones lentas

En ocasiones es posible que un epiléptico caiga en estado letár-  
gico; somnolencia profunda y prolongada. Se tornará torpe, insen-  
sible, como si estuviera demasiado agotado y, por lo tanto, todo  
le representase un esfuerzo sobrehumano.

Esta situación también puede sobrevenir a consecuencia de que --  
ocurra un ataque, el cual puede provocar, asimismo, que la per-  
sona sea tardía para reaccionar; es decir, verbigracia, que no -  
perciba ni responda adecuadamente a los estímulos sensoriales que  
reciba.

Sus procesos mentales estarán, del mismo modo, disminuidos; sus movimientos, modales y gesticulación serán lánguidos, morosos, - carentes de vitalidad y estilo. Su mirada se caracterizará por - su reiterado párpado caído, como de "lento contemplar".

#### 1.16 Incapacidad para concentrarse como es debido en el trabajo

El epiléptico puede padecer una o varias de las perturbaciones - antes y posteriormente descritas.

Así, por falta de interés, de atención, de auto-control, por padecer hiperquinesia, etcétera, al individuo le resultará ciertamente difícil lograr adentrarse de lleno en su labor o en su estudio; lo cual le impedirá, sobremanera, el adquirir y el aplicar sus conocimientos.

#### 1.17 Auto-inducción de ataques

Algunas veces ciertos pacientes se inducen a sí mismos las crisis epilépticas. Esto les puede resultar provechoso y redituables satisfacciones, así que aprenden a controlarlas a voluntad en gran medida.

"Algunos aprenden a hacerlo realizando ciertas maniobras fisiológicas o buscando determinados estímulos. Una luz parpadeante, -- por ejemplo, puede producir en algunos casos el ataque." (48)

Indudablemente esto reporta grandes beneficios al niño cuando --

(48) Sarason, Irwing G., Op. Cit., p. 285.

aprende a manejar de tal forma la situación y, por ende, a sus padres y maestros.

Un neurólogo que ejerce en el Instituto Nacional de Salud Mental (DIF), trató en una ocasión el caso de un muchacho que se inducía los ataques cada vez que sus padres lo reprendían por algún motivo o le exigían alguna determinada conducta. Esta era una manera muy útil y efectiva de presionar a quienes le presionaran. Sus convulsiones eran un castigo para aquéllos que más le amaban.

Es así como el joven consiguió manejarse a sí mismo a su entera complacencia. Su actitud representaba una amenaza continua, latente.

El especialista constató que aún tomando los fármacos correspondientes, el chico seguía padeciendo crisis. Investigó, entrevistó varias veces al muchacho y, así, descubrió cuál era la razón de que no se recuperase.

Procedió entonces a informar a los padres sobre lo que sucedía y éstos lamentablemente negaron dicha posibilidad la que, a su juicio, parecía absurda.

Es éste uno de tantos casos en que los progenitores son, y permiten ser, manipulados. Por tanto, es indispensable acudir a un médico que atienda el padecimiento y a las circunstancias en que éste aparezca y no hacer caso omiso de sus indicaciones.

### 1.18 Otros problemas

- Rechazo al castigo: El chico es renuente a todo tipo de sanción, reduplicando que se le aplique, lo cual manifiesta externamente de modo encarecido.

Este condicionamiento no es, por ende, efectivo, ya que fomenta aún más la rebeldía del sujeto que, o bien se muestra irascible o abújico, impasible.

- Necesidad de supervisión constante: Requieren, si no de vigilancia extrema, sí de una custodia intermitente.

Por un lado, porque puede entrañar peligro que convulsione y no haya alguien que esté al pendiente del niño o, también, porque debido a sus problemas de carácter y comportamiento, puede acarrearle dificultades a sí mismo y a los demás.

- Angustia y depresión: "La angustia en el enfermo epiléptico se acompaña generalmente de sentimientos de irrealidad, despersonalización o ambos." (49)

Se concibe diferente a la mayoría, como si perteneciese a otro sector de la sociedad. Con frecuencia se siente atribulado por su enfermedad y porque ésta se patentice en cualquier momento. Todo lo cual le orilla a sumergirse esporádica o frecuentemente en estados depresivos y -

---

(49) Instituto Mexicano del Seguro Social; Epilepsia, principios y práctica, México, Publicaciones IMSS, 1985, p. 366.

melancólicos, de origen orgánico (provocados por el mismo padecimiento) o emocional.

- Ideas obsesivas: Tendencia a insistir firmemente en suposiciones, conjeturas, opiniones, pensamientos.

Se evidencia una implacable radicalidad en el raciocinio, que impide que éste siga un proceso adecuado. La persona da vueltas y vueltas sobre la misma idea.

- Tensión nerviosa: El niño se halla de continuo bajo una fuerte presión emocional, producto de su misma enfermedad y de las consecuencias que ésta le acarrea en su medio ambiente y en su personalidad.
- Suposición o sensación de desventaja: Proviene de los -- complejos que se haya formado el epiléptico, de sus sentimientos de inseguridad, de creerse o percibirse distinto a los demás y muchas veces, también, porque no se le dé un trato normal, o se le rechace. Igualmente a él le pesarán los trastornos que le acometen a causa de la epilepsia (se incluyen todos los anotados en este inciso).
- Miedo al rechazo: Como resultado de su situación (enfermedad o secuelas) el pequeño suele tener temor a que se le opugne o se le maltrate, a que no se le comprenda. Sabe que está expuesto a prejuicios, a que la gente lo desprecie o lo evada.



- Baja autoestima y apreciación: Debido al problema del que es víctima, el chico tiende a minusvalorarse, a formarse de sí mismo una idea negativa, lo cual viene a ocasionar le aún más obstáculos.
- Poco dominio de la impulsividad: El muchacho actúa de manera vehemente, de súbito, sin reflexión, se deja llevar por las situaciones y no sabe dominarse a tiempo cayendo, frecuentemente, en la irracionalidad.
- Inflexibilidad: Dadas las circunstancias que rodean al paciente, éste está predispuesto a exagerar sus síntomas, a veces de modo extravagante.

Se encuentra, por lo general, preocupado al extremo por su salud y por su toma de medicamentos.

Se conduele de sí mismo y procura que los demás también le compadezcan y le mimen. En muchas ocasiones, inclusive, utiliza esta auto-compasión para dispensarse de sus deberes e, igualmente, aprovecha que los demás teman exigirle demasiado a causa de su estado.

- Inquietud frecuente: Ciertos epilépticos se ven sometidos a una excitación y nerviosismo permanente, ya que el medio en el que se desenvuelven está afectado por su enfermedad y esto también les produce inestabilidad.

Además, se siente siempre acechado por una nueva apari--

ción de crisis.

## 2. La personalidad del niño epiléptico

Puede definirse a la personalidad como "la integración de todos los rasgos y características del individuo que determinan una -- forma propia de comportarse." (50)

La típica o específica del epiléptico no puede describirse como tal, ya que eso constituiría una generalización que, en el campo humano, sería equívoca e incorrecta. Pero sí es posible afirmar que en dicha personalidad se presentan rasgos muy comunes.

Así pues, estos enfermos son muy frecuentemente escrupulosos y radicales, con afanes perfeccionistas y de pulcritud en su apariencia y en sus acciones.

Además, se encuentran de continuo agobiados por la angustia; temor a las crisis y al rechazo social del que son víctimas. Así pueden ser excesivamente tímidos o mostrarse francamente pedantes. Ambas posturas no hacen más que ocultar una intención de defensa personal, tanto a nivel físico como emocional.

Entre estas fluctuaciones se pueden observar sincera dulzura, -- bondad y hasta infantilismo en el epiléptico, lo cual lleva a su poner una personalidad muy inconsistente.

La situación en la que el paciente vive le hace, de alguna manera, limitar sus perspectivas y condicionar y hacer defender su --

---

(50) Cerdá, Enrique; Op. Cit., p. 438.

autonomía, lo que irá en detrimento de sus intereses, de su desenvolvimiento, de su carácter, de su modo de ser.

Por otro lado, no es extraño que se presenten actitudes de tipo-masoquista. La conciencia de su enfermedad les hace elucubrar -- una y mil cosas, sentirse no sólo diferentes y aislados sino, incluso, estigmatizados y marcados por el sufrimiento, por la mala suerte.

Estas sensaciones les convierte, factiblemente, en seres explosivos o de profunda pasividad. Caen pues casi siempre en los extremos; para ellos es verdaderamente difícil mantener un equilibrio, una estabilidad en sus comportamientos.

"El sentimiento de desdoblamiento de la personalidad ha atormentado mucho a Dostoievsky, porque es preciso haberlo vivido para describirlo tan admirablemente como él en El doble y en diversos pasajes de sus novelas, como la de Ivan Karamázov con el diablo." (51)

Además el masoquismo antes mencionado se traduce, igualmente, en obsesión por la idea de la muerte. Su psicología se halla impregnada por un temor repulsivo ante ésta. Sin embargo, no en pocos-epilépticos cruza por la mente la idea del suicidio. Si, prefieren morir antes de seguir siendo presas de los ataques, de un futuro incierto y triste.

Pero es claro que dichas tribulaciones acongojan al sujeto única

(51) Bauchard, Roland; Op. Cit., p. 62.

mente cuando su estado es en verdad crítico o cuando su ambiente es del todo nocivo u hostil. Si la persona convive en un medio--adecuado y su padecimiento se encuentra bajo control, su afán de supervivencia será inclusive mayor al del común de la gente.

Es por ello indispensable que la familia del epiléptico no le haga concebir a éste su alteración como una carga, porque esta visión de las cosas muy probablemente provocará en él sentimientos de culpabilidad y remordimientos que pueden conducirlo a ideas - destructivas.

Hay algunos rasgos más que son característicos del epiléptico. Entre ellos sobresalen los siguientes: meticulosidad, análisis--en los detalles, poco sentido del humor, prolijidad, ingenuidad, piedad, cólera, compulsividad, tendencia a la depresión, incidencia en los circunloquios, religiosidad, euforia, excesivo moralismo, emotividad, conflictividad, inquietud, inestabilidad, su perficialidad, etcétera.

Todas estas anomalías que configuran la estructura conductual y caracterial personales del niño epiléptico lo ubican dentro de un distinto contexto, que lo hace sujeto de educación especial. Y es que este pequeño no puede ni debe ser manejado y educado sino es tomando en cuenta sus peculiaridades y su condición singular. Si cada hombre debe ser formado diferencialmente (educación individualizada), con mayor razón un pequeño que padece una alteración que implica (orgánica y psicológicamente) determinados

problemas de personalidad.

Como se mencionó en un capítulo anterior referido al tratamiento que se da a este padecimiento, el control de las crisis se logra, básicamente, a través de la administración de fármacos.

Sin embargo, éstos no sólo representan un alivio sino que, también, ocasionan ciertos perjuicios a nivel académico y conductual que comúnmente se conocen con el nombre de efectos secundarios.

El anticonvulsivo es un "agente que previene o detiene las convulsiones u otro tipo de ataque epiléptico." (52)

Pero si se emplea una dosis excesiva de éste, pueden aparecer efectos secundarios graves, e inclusive, causar la muerte.

Lamentablemente, ningún fármaco está exento de la posibilidad de ser más o menos nocivo para la salud, por lo que el médico podrá procurar, únicamente, prescribir una dosis que no origine trastornos de gran riesgo. Y es que "el objetivo de la terapéutica anticonvulsiva es proteger al máximo contra la incidencia de nuevas crisis recurrentes y que reduzca, al mismo tiempo, el mínimo de efectos indeseables o tóxicos." (53) Es decir, busca lograr el máximo efecto, con la mínima dosis.

A continuación se procederá, pues, a enumerar en un cuadro -número 5- los efectos secundarios de los anticonvulsivos en general.

(52) Preston, Robb; Op. Cit., p. 82.

(53) Abad Alegría, Francisco; Epilepsia: diagnóstico y tratamiento en la práctica diaria, Pamplona, España, EUNSA, 1981, p. 86.

### 3. "EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTICONVULSIVOS EN GENERAL"

- Somnolencia o letargo
- Nistagmo (mov. involuntario y rápido del globo ocular, desviándose los ojos hacia arriba o a los lados)
- Ataxia (deterioro o pérdida de coordinación a nivel muscular)
- Alteraciones del comportamiento
- Confusión mental
- Erupciones cutáneas
- Úlceras bucales
- Urticaria
- Supresión de actividad de la médula ósea (anemias, principalmente)
- Sedación
- Hiperactividad o excitación
- Hiperquinesia
- Hipertrofia gingival
- Hirsutismo
- Náuseas
- Vómitos
- Anorexia
- Síndrome Nefrótico
- Mareos y vértigos
- Sensación de angustia
- Diarrea
- Aumento de enzimas hepáticas
- Irritabilidad
- Depresiones respiratorias
- Inestabilidad
- Depresión
- Necrosis muscular
- Leucopenia
- Neutropenia
- Fotofobia
- Nefrosis
- Indigestión
- "Pesantez de cabeza"
- Lentitud de pensamiento
- Disartria
- Dependencia física y psíquica del medicamento
- Torpeza
- Fatiga o cansancio
- Cefalia
- Visión borrosa
- Movimientos anormales
- Cólicos
- Estreñimiento
- Síndrome de Stevens-Johnson
- Agitación o inquietud
- Activación de psicosis
- Acné
- Hepatitis
- Inapetencias ocasionales

- Hipo
- Temblor
- Dermatitis
- Trastornos en la micción
- Fiebre
- Bradipsiquia
- Embotamiento
- Dificultades perceptivas
- Síntomas conversivos
- Estados disociativos
- Dismnesia (debilitación de la capacidad memorística)
- Disminución de las funciones sexuales
- Lesión cerebelosa
- Hormigueo
- Molestias cardíacas
- Pérdida de peso
- Fotosensibilidad
- Crisis generalizadas tonicoclónicas
- Inhibición
- Apatía o indiferencia
- Insomnio
- Hipersalivación
- Gastritis
- Paros respiratorios
- Intelección sólo aparente
- Deterioro intelectual

Estos efectos pueden aparecer aislados o combinados y desaparecer una vez que se suprime el fármaco.

Los pacientes se ven afectados, a veces gravemente, a causa de las consecuencias de la terapéutica recetada.

Los sectores de la vida más dañados son lógicamente el familiar, el académico y el laboral.

Los pequeños que sufren de alguna de estas molestias representan una situación penosa, problemática y hasta desquiciante para su entorno. Por ejemplo, pueden presentarse casos en que inclusive ya a los nueve años al niño se le dificulte abotonarse o que -- tropiece muy a menudo cuando corre, que coma mal y le cueste mucho trabajo escribir o leer. Aún siendo poseedor de un coeficiente intelectual normal y aceptable, su incoordinación motora le llevará a caer en frustraciones, berrinches y malos comportamientos, lo cual constituye una circunstancia difícil de manejar -- por los padres. Estos se sienten, además, agobiados porque su--hijo no sólo padece epilepsia sino, también, muchos otros trastornos que lo acompañan. Piensan, como comúnmente se dice, que es peor la solución -léase fármaco- por las consecuencias que origina, que la enfermedad, la cual perjudica en tantos ámbitos al niño; siendo así, es muy probable que la familia se descora--zone y vea la situación más grave de lo que en realidad es, lo--que lógicamente intensificará los conflictos.



Y es que se convierte en tarea difícil atender a una persona que es, desgraciadamente, víctima de numerosas perturbaciones.

Por lo que respecta al factor escolar, la lesión y los anticonvulsivos provocarán ciertos deterioros en las actividades o funciones del chico. Habrá ausentismo si sus crisis son recurrentes o el tratamiento le ocasiona alteraciones; su aprovechamiento no será tampoco el adecuado por estas mismas razones y por los problemas psicopedagógicos que le aquejen.

Asimismo, en México se tiende a obstaculizar el aprendizaje de los epilépticos porque se piensa que no son capaces de responder a él y que serán sujetos inadaptados en ese ambiente. Los padres tienen temor de hacer ingresar al muchacho, o la escuela le rechaza abiertamente, evitando así, los riesgos que el alumno epiléptico implica y, de aceptarlo, los profesores y compañeros le brindarán un trato diferenciado que no hará otra cosa -- que afectar más su circunstancia ya de por sí conflictiva.

En cuanto a la cuestión laboral, el epiléptico ve también disminuidas sus perspectivas de desarrollo personal y ocupacional.

Los obstáculos con los que se encuentra son los prejuicios: los temores a que por su causa se originen accidentes de trabajo; - tener que conceder, quizá, mayores retribuciones económicas y - médicas (seguros y compensaciones) y hacer frente a problemas - legales, si acaso le sucediera algo al empleado.

Los patrones se niegan a aceptar esta responsabilidad y, también, a tener que conllevar a un sujeto turbulento que puede ser además un mal trabajador (que esté mal preparado, que falte demasiado, etcétera).

Así "aún cuando en algunos trabajos el desarrollo y el nivel de educación ya no intervienen en grado importante, las crisis convulsivas limitan la capacidad para diversos oficios y profesiones; así, los pacientes tienen dificultades para obtener empleo o mantenerse empleados, muchas veces por causa injustificada."

(54)

## CAPITULO IV

FUNDAMENTACION DEL MANUAL DIRIGIDO A PADRES DE NIÑOS  
EPILEPTICOS.I. Marco de la Investigación

- La investigación teórico-práctica de este estudio se llevó a cabo en la ciudad de México y en las instalaciones del Instituto Nacional de Salud Mental.
- Grupo o Nivel: Niños de 5 a 12 años de edad, de nivel económico medio.
- Población total de la investigación: Durante el año de 1984, la Institución reporta haber recibido unos 5,000 casos de niños que padecen epilepsia.
- Número de la muestra representativa a tomar: Se tomaron a consideración ocho de los pacientes que, durante un semestre, llegaron al Instituto; de ellos, se eligieron cuatro para el estudio correspondiente—por considerarse éstos los más representativos.
- Procedimiento de muestreo: Elección de cuatro pacientes que, por sus circunstancias, se consideran representativos del estudio.
- Planteamiento del objetivo: Mediante la investigación se pretende recabar información sobre cómo son los aspectos-

familiar, emocional o psíquico, académico y social de los niños epilépticos para, sobre estas bases, sustentar las hipótesis planteadas y ofrecer una alternativa de solución para cada una de las problemáticas que inciden en las esferas anteriormente citadas.

- Formulación de hipótesis.

Hipótesis de tipo estocástica.

- + Si los padres asumen una actitud negativa o errónea, de sobreprotección, rechazo o ambivalencia ante el niño epiléptico, se daña el desarrollo físico-emocional del hijo y, además, se deterioran las relaciones familiares.
- + Si los padres sobreprotegen o rechazan al niño epiléptico, la educación de éste no será adecuada ni integral.
- + En México se carece de información sobre lo que es la epilepsia; la mayoría de la población que cuenta sobre algunos conocimientos del tema, se limita a los aspectos médico y/o psiquiátrico; pocos tienen alguna orientación sobre cómo tratar y educar a los infantes que la padecen.
- + Los niños epilépticos se ven afectados en su enseñanza-aprendizaje por algunos factores nocivos que son parte de la enfermedad o por los efectos secundarios de los medicamentos anticonvulsivos que la controlan.
- + Las circunstancias de vida en que se desenvuelve el peque

ño epiléptico (en la esfera familiar, social y académica) lo hacen sujeto particularmente tendiente a minusvalora--ción o complejos y a trastornos en sus relaciones socia--les y en su desempeño escolar.

+ El niño afectado por epilepsia requiere, necesariamente, de una educación especial.

- Diseño del instrumento de investigación.

Para investigar a estos pacientes se utilizó un cuestionario. Dicho cuestionario se aplicó directamente a los pa--dres de niños epilépticos (la información recabada comprende, pues, los datos aportados por los padres).

Este instrumento permitió un acercamiento a la problemática de los pacientes y una obtención de resultados más amplia y objetiva. No fue necesario realizar un nuevo cuestionario. (ANEXO)

**EL CUESTIONARIO SE DISEÑO TOMANDO EN CUENTA LAS SIGUIENTES AREAS:****- Area Clínica:**

Corresponden las preguntas números: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 23, 24, 28, 53.

**- Area Psicológica:**

Corresponden las preguntas números: 8, 10, 12, 13, 25, 29, 30, 31, 32, 43, 44, 54, 55, 62.

**- Area Pedagógica-Escolar:**

Corresponden las preguntas números: 9, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 26, 27, 52, 56, 57, 61.

**- Area Pedagógica-Familiar:**

Corresponden las preguntas números: 20, 21, 22, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 58, 59, 60, 63, 64, 65.

## II. Presentación de Resultados de la Investigación

1. ¿Han habido crisis epilépticas en alguno o en ambos de los padres del niño epiléptico?
  - SI = 25%
  - NO = 75%
  
2. ¿Han habido crisis epilépticas en algún (os) pariente (s) - del niño? Especificar cuántos y el grado de parentesco.
  - NO = 75%
  - SI = 25%
  
3. ¿Han habido crisis febriles en algún miembro de la familia?
  - NO = 100%
  - SI = 0%
  
4. ¿Existe algún tipo de padecimiento genético o hereditario - en el niño epiléptico y/o en sus padres o hermanos?
  - SI = 0%
  - NO = 100%
  
5. ¿Tuvo la madre del niño epiléptico, un embarazo patológico- (anormal) o se presentaron durante el mismo problemas o en fermedades en ella?
  - SI = 25%
  - NO = 75%
  
6. ¿Cuántos meses duró el embarazo del niño epiléptico?
  - 9 MESES=100%
  
7. ¿Cómo fue el parto?
  - DIFICIL = 0%
  - FACIL = 75%
  - PROLONGADO = 0%
  - MUY RAPIDO = 25%
  
8. ¿A qué edad logró el niño controlar sus necesidades por sí mismo?
  - UN AÑO Y MEDIO = 75%
  - DOS AÑOS = 25%

9. ¿Cómo ha sido el desarrollo motor del niño (movimientos, caminar, correr, escribir, brincar, etc.) en general? ¿Ha presentado algún problema en este sentido? ¿Cuál?
- SI = 50%  
NO = 50%
10. ¿Cómo ha sido en general el desarrollo del lenguaje del niño? ¿Ha presentado algún problema? ¿Cuál?
- SI = 75%  
NO = 25%
11. ¿Cómo ha sido el grado de aprovechamiento escolar del niño (en general)?
- BUENO = 75%  
MALO = 0%  
REGULAR = 25%
12. ¿Ha presentado el niño (alguna vez o siempre) algún tipo de trastornos de conducta? ¿Cuáles?
- SI = 100%  
NO = 0%
13. ¿Lugar que ocupa el niño enfermo entre sus hermanos?
- MAYOR = 50%  
MENOR = 25%  
INTERMEDIO = 25%
14. ¿Cómo han sido en general sus habilidades oculo-manuales?
- BUENAS = 50%  
REGULARES = 50%  
MALAS = 0%
15. ¿A qué edad ingresó el niño al Kinder?
- 4 AÑOS = 50%  
3 AÑOS = 50%
16. ¿El Kinder al que ingresó el niño era oficial o particular?
- PARTICULAR = 25%  
OFICIAL = 75%



17. Edad en la que el niño ingresó a la escuela primaria (si ésta era oficial o particular):

7 AÑOS = 50%      Oficial = 25%  
5 AÑOS = 25%      Particular = 25%

El otro 25% aún no ingresa.

18. Número de años reprobados por el paciente en la escuela (indicar cuáles fueron y cuántas veces los reprobó):

NINGUNO = 100%  
UNO O MAS = 0%

19. ¿Cómo es la conducta del niño en la escuela?

BUENA = 50%  
REGULAR = 50%  
MALA = 0%

Reportan: poca participación, timidez, nerviosismo, hiperactividad.

20. ¿Cómo es el ambiente en el hogar?

BUENO = 100%  
REGULAR = 0%  
MALO = 0%

21. ¿Están los padres suficientemente enterados sobre la enfermedad de su hijo?

SUFICIENTEMENTE = 50%  
INSUFICIENTEMENTE = 50%

22. ¿Sabe el niño que padece epilepsia?

SI = 25%  
NO = 75%

23. ¿Ha tenido el niño una sola crisis o varias?

POCAS (menos de 5) = 25%  
VARIAS (más de 5) = 75%

24. ¿Desde qué edad es el niño epiléptico?

DESDE SU NACIMIENTO = 25%  
DESDE LOS 2 MESES DE EDAD = 25%  
A PARTIR DE LOS 6 AÑOS (APROX.) DE EDAD = 25%  
DESDE EL AÑO DE NACIDO = 25%

25. ¿Se ha rechazado al niño en alguna institución (club, escuela, clases de natación, etc...) por padecer epilepsia?

SI = 25%

NO = 75%

26. ¿El colegio adonde asiste el niño epiléptico está informado sobre el padecimiento de éste? ¿Por qué?

SI = 100%

NO = 0%

27. ¿Ha habido alguna plática entre los padres del enfermo y sus maestros respecto a la enfermedad del niño o a problemas que presente éste en la escuela?

SI = 50%

NO = 50%

28. ¿Sigue el niño el tratamiento adecuado?

SI = 100%

NO = 0%

Epamin = 25%

Depakin = 75%

29. ¿Cómo es la alimentación del niño (suficiente, nutritiva, etc.)?

BUENA = 100%

MALA = 0%

REGULAR = 0%

30. ¿Cuántas horas de sueño o descanso tiene el niño?

10 = 25%

9 = 50%

MENOS DE 6 = 25%

31. ¿Tiene el niño amigos?

MUCHOS = 50%

POCOS = 50%

NINGUNO = 0%

32. ¿Cómo es la relación del niño con sus amigos?

BUENA = 100%

REGULAR = 0%

MALA = 0%

33. ¿Aceptan los padres la enfermedad del niño epiléptico con conformidad o la rechazan con desesperación?
- ACEPTACION = 50%  
 RECHAZO = 0%  
 AMBIVALENCIA = 50%
34. ¿Por qué?
- ACEPTACION = 0%  
 RESIGNACION = 100%  
 RECHAZO = 0%
35. ¿Cómo conciben los padres del niño a la epilepsia?
- COMO UNA ENFERMEDAD ESPECIAL O POCO COMUN = 50%  
 COMO UNA ENFERMEDAD NORMAL = 50%
36. ¿Acepta la familia del niño su enfermedad? ¿Por qué?
- SI = 50%  
 NO = 50%
37. ¿Se rechaza al niño por algún motivo? (especialmente por su enfermedad)?
- SI = 0%  
 NO = 100%
38. ¿Cómo responde el niño a la educación que se le está dando (la acepta, la rechaza, es rebelde o disciplinado, funciona o no)?
- SI LA ACEPTA = 100%  
 NO LA ACEPTA = 0%
39. ¿Cómo es la comunicación que hay en la familia (si se platican y conversan, si conviven y se llevan o no bien, etc...)?
- BUENA COMUNICACION = 75%  
 MALA COMUNICACION = 25%
40. ¿Cómo se llevan entre sí los padres?
- MUY BIEN = 25%  
 BIEN = 75%  
 MAL = 0%

41. ¿Cómo se llevan entre sí los hermanos?

BIEN = 50%  
 EXISTEN CELOS Y -  
 MUCHA COMPETENCIA. = 25%  
 PELEAS CONSTANTES 25%

42. ¿Cómo se llevan los padres con los hijos?

BIEN = 100%  
 MAL = 0%

43. ¿Tiene algún problema el niño enfermo con alguno de sus padres o hermanos? ¿Cuál y por qué?

NO = 75%  
 CON LA MADRE = 25%

44. ¿Se le dificulta (por algún motivo) al niño establecer relaciones (de cariño, amistad, convivencia) con los demás?

SI (POR SU TIMIDEZ) = 25%  
 SI (INESTABLE, PROBLEMATICO, INQUIETO) = 25%  
 NO = 50%

45. ¿Cómo son, en general, los recursos económicos de la familia (nivel de vida)?

MEDIO ALTO = 25%  
 MEDIO = 50%  
 MEDIO BAJO = 25%

46. ¿Se vigila al niño epiléptico o se le concede independencia? ¿Por qué?

- Se le concede independencia para que se sienta más seguro de sí mismo = 25%
- Se le vigila por temor a que, en cualquier momento, aparezca una crisis = 25%
- Se le concede independencia para que el niño no se sienta estigmatizado = 25%
- Se le concede independencia, ya que a la madre apenas le alcanza el tiempo para atender a la familia = 25%

47. ¿Se protege demasiado al niño? ¿Por qué?
- |  |       |
|--|-------|
| No, para que no pierda su independencia            | = 50% |
| Regular, ya que se le considera un tanto desvalido | = 25% |
| No, para que no se convierta en una persona mimada | = 25% |
48. ¿Participa el niño en las labores del hogar? ¿Por qué?
- |                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| No, porque hay servicio doméstico   | = 25% |
| Sí, ya que le agrada hacerlo        | = 25% |
| Sí, para que conviva con la familia | = 25% |
| Sí, pero no le agrada               | = 25% |
49. ¿Cómo es la disciplina que se le ha impuesto al niño (se le exige demasiado o nada)? ¿Por qué?
- |   |       |
|---|-------|
| -Regular, porque no se le puede exigir igual que a un niño normal | = 25% |
| -No demasiado, por su edad  | = 25% |
| -Regular, para que adquiera criterio                              | = 25% |
| -Lo que se exige a todos en casa                                  | = 25% |
50. ¿Se atiende o no al niño? ¿Por qué?
- |                                    |       |
|------------------------------------|-------|
| -Sí, porque lo requiere            | = 25% |
| -Sí, especialmente por su edad     | = 50% |
| -Sí, pero igual que a sus hermanos | = 25% |
51. ¿Se le da al niño suficiente afecto? ¿Por qué?
- |                         |        |
|-------------------------|--------|
| -Sí, porque lo necesita | = 100% |
| -No.                    | = 0%   |
52. ¿Cómo es la actitud del niño respecto a su escuela, profesores y compañeros?
- |   |       |
|---|-------|
| -Es un poco reservado en sus relaciones | = 25% |
| -Buena actitud                          | = 50% |
| -Excelente actitud                      | = 25% |
53. ¿Ha presentado el niño algún otro tipo de enfermedad seria? ¿Cuál y cuándo?
- |                             |       |
|-----------------------------|-------|
| NO                          | = 75% |
| CONSTANTES CUARDOS GRIPALES | = 25% |

54. ¿Cómo es la actitud del niño con respecto a los médicos que lo atienden?

- Buena, el niño es dócil = 75%
- Buena, aunque la primera vez se sintió avergonza  
(do) = 25%

55. ¿Ha recibido el niño en alguna ocasión, alguna ayuda psicológica o pedagógica (por su enfermedad o por otra causa)? ¿Por qué?

- Sí recibió ayuda psicológica, por el divorcio de sus padres = 25%
- Sí, recibió ayuda psicológica ya que presenta problema en sus habilidades oculo-manuales y fallas fonológicas = 25%
- Sí, recibió ayuda psicológica, al presentarse la 1ª. crisis epiléptica, pero se suspendió por no considerarse necesaria = 25%
- No ha recibido ningún tipo de ayuda, pero se considera que éstas serían positivas para el niño = 25%

56. ¿Se le dificulta al niño alguna materia en particular? ¿Cuál, desde cuándo y por qué?

- Sí, siempre se le han dificultado las matemáticas = 25%
- No = 50%
- Los padres desconocen si alguna materia se le dificulta al niño = 25%

57. ¿Cómo son en general, las siguientes funciones en el niño?

+Comprensión (entiende o no bien):

- .REGULAR = 25%
- .BUENA = 75%

+Memoria (recuerda los acontecimientos):

- .MALA = 25%
- .BUENA = 50%
- .REGULAR = 25%

+Analiza bien las situaciones:

- .REGULAR = 50%
- .BIEN = 50%

62. ¿Cómo es la personalidad del niño (en general)? Indicar rasgos de carácter y temperamento:

- Calamado, tímido, lento, cariñoso, imaginativo, distraído. = 25%
- Biliioso, un tanto difícil, alegre, obediente, inquieto = 25%
- Noble, amistoso, pegajoso, tranquilo = 25%
- Enojón, estudioso, alegre = 25%

63. ¿Qué opinión tienen ustedes, como padres, de su hijo?

- Se le quiere mucho, se le acepta como es, se le trata de ayudar en lo posible = 25%
- Que es un niño normal aunque no muy inteligente = 25%
- Consideran que es un niño bastante responsable para su edad = 25%
- Es una persona un poco difícil = 25%

64. ¿Ha afectado de alguna manera a la familia el hecho de que el niño padezca epilepsia? ¿Por qué?

- No, porque se le ha aceptado = 100%
- Sí = 0%

65. ¿Le gustaría a usted que se le diera algún tipo de orientación para que se le aconsejara cómo tratar y educar a su hijo (que, por el hecho de tener esta enfermedad puede presentar problemas psicopedagógicos)? ¿Aceptaría usted esta ayuda?

- Sí, ya que no está de sobra; pero se prefiere que nadie sepa de la enfermedad del niño, para no lastimar a éste = 25%
- Sí, es necesario conocer las pautas educativas adecuadas para su caso = 50%
- No consideramos que el niño requiera de educación especial = 25%

### III. Análisis o Interpretación de datos.

1. ¿Han habido crisis epilépticas en alguno o en ambos de los pa  
dres del niño epiléptico?

Las respuestas indican que el factor hereditario no es decisi  
vo en la aparición de la epilepsia ya que de un 100% de los -  
pacientes, sólo en el 25% los padres han presentado, también,  
dicho padecimiento.

2. ¿Han habido crisis epilépticas en algún (o algunos) parien- -  
te (s) del niño epiléptico? Especificar cuántos y el grado -  
de parentesco.

Sólo en un 25% del 100% de los pacientes sí presentaron crisis  
epilépticas los parientes del niño lo que, una vez más, demues-  
tra que la epilepsia no puede ser considerada una enfermedad-  
hereditaria.

3. ¿Ha habido crisis febriles en algún miembro de la familia?

En ninguno de los casos observados han habido crisis febriles  
en los miembros de las familias de los pacientes, por lo que,  
la aparición de éstas, no puede considerarse común.

4. ¿Existe algún tipo de padecimiento genético o hereditario en-  
el niño epiléptico y/o en sus padres o hermanos?

En ninguno del 100% de los pacientes estudiados ha existido--  
algún tipo de padecimiento genético o hereditario en el niño-  
epiléptico y/o en sus padres o hermanos, por lo que se piensa  
que la etiología de dichos casos no corresponde a estos facto-  
res.



5. ¿fue la madre del niño epiléptico un embarazo patológico (anormal) o se presentaron durante el mismo, problemas o enfermedades en ella?

En este caso, sólo en un 25% del 100% de los pacientes estudiados, se presentaron problemas durante el embarazo de uno de los niños (fueron necesarios excesivos cuidados para que el bebé no naciera a los 5 meses de gestación), por lo que se considera que en general, las gestaciones de niños epilépticos no son patológicas.

6. ¿Cuántos meses duró el embarazo del niño epiléptico?

En el 100% de los pacientes estudiados, la gestación de los niños epilépticos fue de 9 meses por lo que puede considerarse que, generalmente, este tipo de embarazos son a término.

7. ¿Cómo fue el parto? Dificil, fácil, prolongado, muy rápido.

Las respuestas indican que en el 75% del 100% de los pacientes, los partos de niños epilépticos se consideraron como fáciles y un 25% como muy rápidos, por lo que puede deducirse que, en la mayoría de dichos casos, no se presentan complicaciones en estos partos.

8. ¿A qué edad logró el niño controlar sus necesidades por sí mismo?

El 75% de los pacientes respondieron que fue al año y medio, aproximadamente, que el niño tuvo control de esfínteres y un 25% respondió que éste se dió a los dos años; ambas respuestas están dentro de lo normal.

9. ¿Cómo ha sido el desarrollo motor del niño (movimientos, caminar, correr, escribir, brincar, etc...) en general? ¿Ha presentado algún problema en este sentido? ¿Cuál?

Un 50% del 100% de los niños epilépticos han presentado problemas en su desarrollo psicomotor lo que refiere que, en general, las complicaciones en este sentido son comunes.

10. ¿Cómo ha sido en general el desarrollo del lenguaje en el niño? ¿Ha presentado algún problema? ¿Cuál?

Sólo un 25% del 100% de los pacientes sometidos a estudio han tenido problemas en el desarrollo del lenguaje (en concreto, hablan muy despacio) lo que significa que, en general, no se presentan complicaciones en esta área.

11. ¿Cómo ha sido el grado de aprovechamiento escolar del niño (en general)?

El 75% de los padres respondieron que el aprovechamiento escolar del niño se ha considerado como bueno; únicamente el 25% contestó que éste había sido regular por lo que se considera que, en general, no se presentan problemas en este sentido.

12. ¿Ha presentado el niño (alguna vez o siempre) algún tipo de trastornos de conducta? ¿Cuáles?

El 100% de los pacientes estudiados contestaron que se presentaron problemas de conducta en los niños epilépticos (como -- agresividad, hiperactividad, temperamento conflictivo, llanto excesivo, etc...) por lo que se puede deducir que, en general, este tipo de problemas son frecuentes.

## 13. Lugar que ocupa el niño enfermo entre sus hermanos:

En el 50% el niño epiléptico es el mayor entre sus hermanos; en un 25% es el hermano intermedio y, en el otro 25% es el menor.

## 14. ¿Cómo han sido en general sus habilidades oculo manuales?

El 50% han presentado buenas habilidades oculo-manuales, en el otro (50%) éstas se han considerado como regulares o deficientes.

## 15. ¿A qué edad ingresó el niño al Kinder?

El 50% de los niños epilépticos sometidos a estudio ingresó al Kinder a los cuatro años de edad; el otro 50% lo hizo a los tres años; por lo que éstas se consideran, en general, las edades promedio en dichos pacientes.

## 16. ¿El kinder al que ingresó el niño era oficial o particular?

En relación a la pregunta anterior el 75% de los niños acudió a un kinder oficial y un 25% lo hizo a un particular, - por lo que se puede considerar que, en general, estos pacientes inician su educación en escuelas de tipo oficial.

## 17. ¿Edad en la que el niño ingresó a la escuela primaria (y si ésta era oficial o particular)?

Con respecto al ingreso a la escuela primaria, la mayoría - de los pacientes lo hizo a la edad de siete años, aunque -- también algunos lo hicieron a los cinco años, lo cual señala que en estos casos no existe una edad promedio en cuanto a dicho ingreso.

18. Número de años reprobados por el paciente en la escuela (e indicar cuáles fueron y cuántas veces los reprobó):

En cuanto al número de años reprobados se obtuvo que en -- ninguno de los pacientes considerados se dió este hecho; - ello implica que, por lo general, ésto no es frecuente.

19. ¿Cómo es la conducta del niño en la escuela?

El 50% de las respuestas señalan que estos pacientes sí -- presentan mala conducta (reportan poca participación en la escuela, timidez excesiva, mucho nerviosismo, activismo, in quietud, etc...) el otro 50% dice que su conducta puede calificarse como regular. Dichos datos suponen que en estos - niños sí es frecuente la mala conducta.

20. ¿Cómo es el ambiente del hogar?

El 100% coincide en calificar como tranquilo y armonioso el ambiente del hogar; en las respuestas comentan que es indis pensable este tipo de ambiente para el adecuado desarrollo del niño. Esto muestra que tienen clara la necesidad de un ho gar adecuado para el bienestar mental de los pacientes.

21. ¿Están los padres suficientemente enterados sobre la enfermedad de su hijo?

Las respuestas revelan que en un 50% los padres sí cuentan con la suficiente información acerca de la enfermedad de su hijo pero, el otro 50%, comentó que la tienen pero de modo por demás insuficiente.

Esta es señal tangible de la necesidad urgente de hacer lle gar a los padres la orientación pertinente sobre este padecimiento.

## 22. ¿Sabe el niño que padece epilepsia?

El 75% respondió que por diversos motivos (la edad, que el niño no lo entendería, que se sentiría mal, etc...) no creían conveniente enterar al niño de su padecimiento; el otro 25% comentó que el paciente lo sabía, pero no con exactitud sólo superficialmente.

Dichas respuestas muestran que los prejuicios acerca de la epilepsia siguen vigentes.

## 23. ¿Ha tenido el niño una sólo crisis o varias?

Las respuestas arrojan que el 75% de los pacientes han padecido varias crisis; sólo el 25% reportó haber sufrido menos de cinco de dichas crisis.

Son, en general, más los casos en que se presentan cuadros de crisis recurrentes.

## 24. ¿Desde qué edad es el niño epiléptico?

Esta respuesta indica que no existe una edad promedio para la aparición de las crisis; éstas se presentan en edades -- muy variadas.

## 25. ¿Se ha rechazado al niño en alguna institución (club, escuela, scouts, clases de natación, etc...) por padecer epilepsia?

Sólo un 25% reportó haber sufrido rechazos en alguna(s) institución(es) o lugares diversos por padecer epilepsia (guarderías, campamentos, etc...) el otro 75% no ha sido rechazado por su padecimiento.

Esto puede ser una muestra de que falta orientación en muchos sectores de nuestra sociedad con respecto al manejo de niños epilépticos.

26. ¿El colegio adónde asiste el niño epiléptico está informado sobre el padecimiento de éste? ¿Por qué?

El hecho de que en el 100% se haya estimado conveniente informar a la escuela sobre el padecimiento del niño, demuestra que los padres tienen conciencia de los riesgos que representaría una ignorancia al respecto; pero también es indispensable hacer llegar a la institución educativa una - orientación psicopedagógica que complementa el tratamiento del niño epiléptico.

27. ¿Ha habido alguna plática entre los padres del enfermo y -- sus maestros respecto a la enfermedad del niño o a problemas que presenta éste en la escuela?

Algunos padres (el 50%) consideran necesaria una constante- comunicación con los profesores de estos niños, el otro 50% no lo cree indispensable o cae en la negligencia a este res- pecto. Lamentablemente, el apoyo que dan tanto familia y es- cuela a estos niños no podrá ser el óptimo mientras ambas - instituciones no coordinen entre sí sus esfuerzos.

28. ¿Sigue el niño el tratamiento indicado?

Todos los pacientes reportan seguir el tratamiento médico-- requerido en cada caso: el 75% señaló ingerir "Depakín", el otro 25% "Epamín".

Esto señala que los padres se muestran cada vez más conscien- tes en cuanto a acatar las prescripciones médicas para el - control de la epilepsia.

29. ¿Cómo es la alimentación del niño (suficiente, nutritiva, etc...)?

Se reporta, en el 100% de los casos, que estos pacientes -- tienen una alimentación suficiente y nutritiva y que, en general, su apetito es bueno.

30. ¿Cuántas horas de sueño o descanso tiene el niño?

La mayoría de estos pacientes (el 75%) duermen entre 9 y 10 horas diariamente; sólo un 25% reportó que dormía menos de 6 horas.

Esto demuestra que, en general, no se dan trastornos de sueño muy severos o efectos secundarios de los fármacos que alteren el horario del sueño.

31. ¿Tiene el niño amigos?

La esfera social no se muestra muy alterada en los pacientes estudiados, ya que la mitad de éstos cuenta con un círculo de amistades bastante amplio y el otro 50% comentó que, -- aunque con pocos amigos, éstos eran buenos y constantes. Esto es índice de que no existe una minusvalía personal pronunciada en los pacientes puesto que, si así fuera, se trataria de seres tímidos, inhibidos, incapaces de establecer relaciones interpersonales.

32. ¿Cómo es la relación del niño con sus amigos?

Las relaciones de estos pacientes con sus amistades se calificará, en todos los casos, como buena. Se comentó, en general, que en ocasiones los pacientes tienden a enfadarse o a comportarse un tanto pasivos ante los juegos organizados, pero que sí mantenían buenas amistades.

33. ¿Aceptan los padres la enfermedad del niño epiléptico con conformidad o la rechazan con desesperación?

Se detectó que los padres hacen un gran esfuerzo por aceptar que su hijo padece epilepsia y todas las implicaciones de ello, aunque la mitad de los casos reportó una actitud de ambivalencia entre aceptación-rechazo (sin definir, en concreto, ninguna de las dos).

34. ¿Por qué?

La mayoría argumentó que sus actitudes se basan en un sentimiento de resignación ante la angustia y la impotencia. Esto, contrario a las respuestas obtenidas en la pregunta anterior, indica una actitud de rechazo, pues tener "resignación" es tratar de aceptar lo que se rechaza.

35. ¿Cómo conciben los padres del niño a la epilepsia?

Sólo un 50% concibe a la epilepsia como una enfermedad común, como cualquier otra; el 50% restante sí la ve como especial o poco común.

Esto refleja que, al menos, en un gran sector de la sociedad prevalecen prejuicios e ideas erróneas acerca de este padecimiento.

36. ¿Acepta la familia del niño su enfermedad? ¿Por qué?

50% de las familias, en general, (incluyendo hermanos y otros parientes) de estos pacientes sí aceptan la enfermedad del niño el otro 50% no, ello implica, como en la pregunta anterior, la serie de estigmas que aún marcan a los epilépticos (y que les hacen ser rechazados, incluso, por su misma familia).



37. ¿Se rechaza al niño por algún motivo (especialmente por su enfermedad)?

El 100% de los padres comentaron que no rechazan al niño -- tal cual (aunque, a veces sí, a su enfermedad).

38. ¿Cómo responde el niño a la educación que se le está dando (la acepta, la rechaza, es rebelde o disciplinado, funciona o no)?

El 100% contestó que el niño tiene una buena respuesta a la educación que se le brinda y que ésta, en general, sí funciona.

39. ¿Cómo es la comunicación que hay en la familia (si se platican y conversan, si conviven y se llevan o no bien, etc.)?

El 100% señaló tener una buena comunicación en la familia; ello implica que tienen conciencia de que la convivencia es básica en este núcleo, especialmente para aquellos niños -- que requieren de una educación especial.

40. ¿Cómo se llevan entre sí los padres?

El 100% de los padres de estos niños dicen tener una buena relación conyugal; esto es altamente benéfico en el desarrollo del niño y parte fundamental en su tratamiento.

41. ¿Cómo se llevan entre sí los hermanos?

En la mitad (50%), de los ámbitos observados se da una buena relación entre hermanos; en el otro 50% se reportan peleas, celos, competencia, envidia entre estos miembros de la familia.

Ello puede deberse a la actitud de sobreprotección o de rechazo, que tienen los padres ante el hijo enfermo y que provocan a su vez, ciertas actitudes en sus otros hijos.

42. ¿Cómo se llevan los padres con sus hijos?

Las relaciones paterno-filiales son, en general, adecuadas. Por cuestiones de tiempo, es siempre la madre quien convive más con los niños.

43. ¿Tiene algún problema el niño enfermo con alguno de sus padres o hermanos? ¿Cuál y por qué?

En general, estos pacientes (75%) no tienen problema en la relación con sus padres: sólo unos cuantos (25%) reportan problemas con la madre por mal comportamiento o conducta - (problemas psicopedagógicos).

44. ¿Se le dificulta (por algún motivo) al niño entablar relaciones (de cariño, amistad, convivencia, etc.) con los demás?

La mitad de estos niños (50%) no tienen dificultades para establecer relaciones personales con propios y extraños; el otro 50% sí reportan cierta problemática por timidez, inestabilidad, inquietud, etc... (problemas psicopedagógicos).

45. ¿Cómo son, en general, los recursos económicos de la familia (nivel de vida)?

Se reporta, en general, un nivel económico medio.

46. ¿Se vigila al niño epiléptico o se le concede independencia?  
¿Por qué?

En algunos casos (75%) se concede independencia al niño (para que logre su autonomía y no se sienta subestimado por su padecimiento) pero en otros casos (25%), no se concede independencia y se vigila por temor a que aparezca súbitamente la crisis y el niño se lastime (sobreprotección).

Esto indica que no existe aún un adecuado equilibrio entre la atención necesaria y la protección desmedida que se da a estos pacientes, lo cual va en detrimento del desarrollo -- del pequeño.

47. ¿Se protege demasiado al niño epiléptico? ¿Por qué?

La mayoría de padres de niños epilépticos consideran no caer totalmente en la sobreprotección (aunque argumentaron que, en ocasiones e inconscientemente, sí exageran los cuidados al hijo debido a su enfermedad).

48. ¿Participa el niño en las labores del hogar? ¿Por qué?

La generalidad de los padres de niños epilépticos permiten a sus hijos su participación en las labores del hogar, con el fin de lograr una mayor integración de éstos a la vida familiar; ello beneficia al paciente, puesto que incrementa su seguridad personal y le permite desenvolverse como cualquier otro miembro de su familia.

49. ¿Cómo es la disciplina que se le ha impuesto al niño (si se le exige demasiado o nada)? ¿Por qué?

Casi todos los padres de niños epilépticos convienen en no imponer una disciplina demasiado rigurosa (debido al padeci-

miento) pero sí la necesaria como para suscitar que adquiere la madurez requerida para cada etapa de su desarrollo. Esto señala que los padres entienden la conveniencia de una actitud de exigencia -comprensiva como pauta educativa (especialmente en el caso de estos pacientes).

50. ¿Se atiende o no al niño? ¿Por qué?

Se observa que todos los padres creen indispensable una atención (en diversas medidas) hacia los niños epilépticos; es necesario graduar dicha atención para que el pequeño no se sienta ni ignorado ni agobiado.

51. ¿Se le da al niño suficiente afecto? ¿Por qué?

Todos los padres conceptúan el afecto hacia sus hijos como fundamental para su adecuado desarrollo emocional. En realidad el afecto, bien proporcionado, actúa como un anticomercial más.

52. ¿Cómo es la actitud del niño respecto a su escuela, profesores y compañeros?

Se puede considerar que los niños epilépticos observan, en general, una buena actitud hacia su escuela, profesores y compañeros. Esto refleja una adecuada integración en la personalidad de dichos niños.

53. ¿Ha presentado el niño algún otro tipo de enfermedad seria? ¿Cuál y cuándo?

Se observa que, generalmente, no se asocia otro tipo de enfermedad a la epilepsia.

54. ¿Cómo es la actitud del niño con respecto a los médicos que le atienden?

La actitud de los pacientes epilépticos ante los médicos -- que les atienden es buena; en todos los casos sometidos a -- estudio, se ha establecido una relación adecuada entre am--  
bos.

55. ¿Ha recibido el niño en alguna ocasión alguna ayuda psicológica o pedagógica (por su enfermedad o por otra causa)?  
¿Por qué?

En general, los padres desconocen la utilidad de la ayuda-- psicológica a estos pacientes; sin embargo, en la mayoría - de los casos estudiados, los niños sí han sido remitidos a-- especialistas, como parte del tratamiento prescrito.

56. ¿Se le dificulta al niño alguna materia en particular?

Algunos padres ignoran si al niño epiléptico se le complica alguna materia (en particular) en la escuela (25%); ciertos pacientes presentan una marcada dificultad hacia las matemáticas (25%) y otros (50% de los casos estudiados) no presentan ninguna dificultad curricular.

Estos datos muestran que los niños que padecen epilepsia no forzosamente presentan problemas a nivel escolar.

57. ¿Cómo son las siguientes funciones en el niño...?

-Comprensión (entiende o no):

-Memoria:

-Analiza bien o no las situaciones:

-Sintetiza bien o no las situaciones (resúmenes):

-Imaginación:

Los resultados obtenidos indican que los niños epilépticos presentan muy variadas problemáticas en cuanto a sus funciones mentales; lo cual es índice, de que debido al padecimiento, dichas funciones sí pueden verse alteradas.

58. ¿Cómo definirían ustedes, los padres, la educación que se le da al niño?

Los padres de niños epilépticos concuerdan en brindar una educación común y corriente a estos pequeños; que se adecúe en ciertos aspectos a su situación particular y que sea, a la vez, base para la formación de su criterio.

59. ¿Qué espera usted de su hijo (estudios, trabajo, etc...) ¿Por qué?

Sólo un 25% de los padres de epilépticos consideran que a nivel de estudios y trabajo, no pueden esperar demasiado de su hijo (debido a su padecimiento); afortunadamente el 75% de los casos respondió que sí consideran a estos niños capaces de estudiar lo que deseen y de triunfar en las actividades a las que se dediquen.

60. ¿Qué hacen ustedes (los padres) cuando se presenta la crisis en el niño y por qué?

El 100% reportó que ante la aparición de las crisis convulsivas los padres se sienten angustiados, temerosos, impotentes e infortunados. Carecen de la información e indicaciones pertinentes para manejar esta situación y conservar el control.

## 61. ¿Cómo es la inteligencia (en general) del niño?

En virtud de la información proporcionada por escuela y especialistas, el 50% de los padres de los pacientes estudiados señalaron que la inteligencia de sus niños es considerada como inferior al término medio, el otro 50% contestó-- que sus hijos tienen un nivel de inteligencia normal. Esto indica que no se tiene un estándar de inteligencia en estos casos.

## 62. ¿Cómo es la personalidad del niño (en general)? (Indicar -- rasgos de carácter y temperamento)

La mayoría de rasgos de personalidad y carácter son comunes en los niños epilépticos; esto no significa que exista, en sí, una personalidad epiléptica uniforme o específica (en todos los casos), sino que sí existen ciertas características que pueden ser comunes.

## 63. ¿Qué opinión tienen ustedes, como padres, de su hijo?

Aunque la mayoría de afirmaciones de los padres respecto -- del niño epiléptico difieren mucho entre sí, casi todos con cuerdan en que debe aceptarse al niño epiléptico (aunque, - contradictoriamente, se señalan varias razones o argumentos que denotan demérito de estos pequeños, lo cual implica cierto rechazo).

## 64. ¿Ha afectado de alguna manera a la familia el hecho de que el niño padezca epilepsia? ¿Por qué?

En general, ninguna de las familias de niños epilépticos - considera que se haya visto afectada por que uno de sus miembr**os** presente dicho padecimiento.

65. ¿Le gustaría a usted que se le diera algún tipo de orientación para que se le aconsejara cómo tratar y educar a su hijo (que, por el hecho de tener esta enfermedad, puede -- presentar problemas psicopedagógicos)? ¿Aceptaría usted esta ayuda? ¿Por qué?

Aunque todavía algunos padres se muestran reacios a recibir orientación para la educación de estos pacientes (25%), puede decirse que la mayoría sí se interesa por conocer qué pautas educativas (pedagogía terapéutica) convendría aplicar a estos niños (debido a su padecimiento).



## INTRODUCCION AL MANUAL DIRIGIDO A PADRES DE NIÑOS EPILEPTICOS.

El manual que a continuación se presenta va dirigido a los padres que tienen un niño epiléptico en casa.

La intención de dicho manual es la de proporcionar, de manera práctica y asequible, una guía que contenga la información necesaria sobre el padecimiento a la vez que brinde una orientación educativa para el manejo de estos pacientes.

Todo esto en función de las necesidades detectadas a través de -- los resultados que arrojó el cuestionario utilizado para este propósito (anexo) y que son, básicamente:

- La carencia de información sobre la enfermedad.
- El desconocimiento de los problemas psicopedagógicos que -- conlleva la epilepsia.
- La necesidad de una orientación sobre las pautas educativas convenientes a los pequeños epilépticos.

Para la aplicación del manual, se sugiere se turne a clínicas e instituciones a donde llegan estos casos, para que sea impartido -en cursos- por un equipo interdisciplinario, integrado por neurofisiólogo, psicólogo, pedagogo, fisioterapeuta, etc.

Con ello se cumple el objetivo de esta tesis, que es el de ofrecer a la sociedad -en general- una aportación útil que coadyuve a la mejora de estos niños y del núcleo familiar en sí.

CAPÍTULO V  
MANUAL DIRIGIDO A PADRES DE NIÑOS EPILEPTICOS

El presente manual tiene como objetivo orientar a los padres de niños epilépticos sobre las pautas educativas (de pedagogía especial) que conviene aplicar en el caso de sus hijos.

1. Epilepsia

La epilepsia es una afección de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes debidas a descargas excesivas de las neuronas centrales, asociadas a manifestaciones clínicas.

La epilepsia, por su frecuencia, trascendencia y vulnerabilidad, constituye un problema de salud pública.

- Etiología. Los expertos han dividido a los epilépticos - en dos ramas: la primera llamada Epilepsia Sintomática (según -- las afecciones conocidas) y la segunda es denominada Epilepsia Esencial (entendiéndose como esencial, aquello cuyas causas se desconocen).

Las causas son múltiples y variadas. Allpers, un reconocido experto, señala una clasificación -más concreta- de los factores causales del padecimiento:

- 1) Causas congénitas
- 2) Causas degenerativas
- 3) Causas infecciosas
- 4) Causa: vasculares
- 5) Causas traumáticas

- 6) Causas tumorales
- 7) Causas debidas a enfermedades generales
- 8) Intoxicaciones.

- Diagnóstico. La identificación del paciente con epilepsia se lleva a cabo a través del estudio clínico de la crisis y del estado epiléptico.

Crisis epiléptica es un evento paroxístico, autolimitado, estereotipado, de duración breve, que se manifiesta por alteraciones motoras sensoriales, autonómicas y psíquicas y comprende diferentes variedades.

El estado epiléptico es la sucesión de cualquiera de dichas variedades de crisis, sin recuperación completa entre una y otra.

- Tratamiento. El tratamiento del paciente con crisis epilépticas se lleva a cabo atendiendo a la variedad clínica con los medicamentos y dosis que el enfermo amerite.

- Medidas de manejo. El manejo del paciente epiléptico durante la crisis, se lleva a cabo de la manera siguiente:

- A) Mantener una actitud tranquila
- B) Eliminar riesgos para evitar accidentes
- C) Observar las características del evento, para informar al personal de salud
- D) Tranquilizar al paciente después de la crisis
- E) Referir al paciente a una unidad de salud

El manejo del paciente durante el estado epiléptico, que constituye una urgencia, requiere atención médica y envío inmediato a una unidad de salud.

- Consideraciones. En relación con la enfermedad:

- A) Es controlable, y en algunos casos curable.
- B) No es contagiosa.
- C) No es hereditaria.
- D) No produce deterioro mental.
- E) Permite aplicar inmunizaciones.

. En relación con el paciente:

- A) Es necesario cumplir estrictamente el tratamiento.
- B) Pueden desempeñarse las actividades habituales de manera progresiva y de acuerdo con la indicación médica.
- C) Se requiere evitar el insomnio y la fatiga excesiva.
- D) Evitar el consumo de bebidas alcohólicas.

- Prevención. La prevención de la epilepsia se lleva a cabo a través de la educación y de la promoción para la salud.

## II. Recomendaciones pedagógicas a los padres en el manejo de niños epilépticos

En toda familia en donde alguno de los miembros sufre algún padecimiento grave se presentan, asimismo, trastornos de tipo emocional y afectivo.

En el caso del paciente epiléptico, su presencia ocasiona cambios

psicológicos en sus padres y hermanos, así como transformaciones en el hogar (integración, costumbres, etcétera). Así, si los padres no han recibido una información oportuna y correcta acerca del problema que aqueja, muy probablemente dichos cambios serán tan errados e inconvenientes que hasta pueden alterar las bases sólidas de la unión familiar.

Porque los sentimientos de culpa, frustración, incertidumbre y angustia se manifiestan, frecuentemente, en dificultades conyugales que dañan a los hijos, particularmente, al niño epiléptico.

Por su parte, los hermanos también tienen desacuerdos y distanciamientos entre sí, ya que la tensión emocional en que todos se encuentran los conduce a convertir a la enfermedad -por lo general- en un problema familiar muy grave. De tal modo que cada integrante se dispersa, empieza a afrontar la situación desde su propio punto de vista actuando aisladamente lo que, a la postre, causará mayores conflictos, poca convivencia y término del amor.

Todo ello tiene su origen, quizá, en las discusiones que sustentan los padres tratando de culpabilizarse mutuamente (o a la parentela que corresponda a cada cual), pensando ambos que el padecimiento es producto de un factor hereditario, lo cual es mentira, como ya se mencionó con anterioridad en el Capítulo II.

Además, puede también suceder que ellos difieran en cuanto al concepto y significado de la enfermedad y que la enfoquen desde

una perspectiva bastante diferente; igualmente, quizá alguno no se encuentre de acuerdo en cuanto al tratamiento que el hijo necesite y así llega incluso a suceder que si no se admite que el pequeño padece epilepsia, se prohíba u obstaculice la terapia -- prescrita.

También pueden existir discrepancias con respecto a la aceptación del trastorno a nivel emocional y al modo de manejar al pequeño. Todo esto provocará desavenencias que habrán de causar -- una incongruencia educativa y cuando no existe un modelo único de educación, se corre el peligro no sólo de dejar de formar al niño sino, inclusive, de deformarlo ya que éste se desconcertará al no saber a qué lineamientos debe apegarse y qué pautas debe cumplir. Así pues, su educación no será de modo alguno uniforme e integral.

Por otro lado el niño, debido a su enfermedad, requiere de los cuidados constantes de una persona; lo cual no implica por supuesto sobreprotección, sino únicamente una supervisión que prevenga accidentes generados por las crisis. Dichos cuidados generalmente quedan a cargo de la madre, relación que, en un momento dado, puede provocar ambivalencia: "lástima versus coraje por parte - del cuidador, necesidad versus agresión por parte del enfermo". (55) Y así pues, de esto pueden derivar en consecuencia problemas paterno-filiales si la madre, quien tiene la mayor responsabilidad respecto a la atención del niño, no sabe manejar la rela

---

(55) IMSS: Op. Cit., p. 356.

ción con él, procurando darle un enfoque positivo.

Por lo que se refiere, en concreto, a la convivencia con los hermanos, el trastorno del pequeño puede originar inconformidades, confusiones y alejamiento entre ellos, ya que llegan a percibir en el hermano enfermo ciertas diferencias que lo ubican, en ocasiones, en una situación ventajosa ante los padres, ya que puede suceder que los padres confieran menos responsabilidad al epiléptico o, incluso, que no le asignen ninguna; como pudieran ser labores y participación en el hogar, esfuerzo y aprovechamiento a nivel académico, etcétera; y que cuente con más y mejores derechos -que se le mime y respete, que se le consecute más que a los otros- lo cual provoca injusticias, celos, envidias, competencia insana, rencores, complejos, etcétera.

La situación contraria, es decir, cuando se maltrata o rechaza al sujeto debido a su enfermedad, provoca igualmente fricciones en los progenitores, ya que dicho maltrato es una circunstancia penosa y anormal. Asimismo, los hermanos discriminan al enfermo, abusando de su padecimiento, despreciándolo o avergozándose de él y relegándolo y desatendiéndolo casi por completo; privándole del amor que debe existir entre hermanos.

Cuántas separaciones, cuántas familias fragmentadas, cuántos al tercados y rencillas surgen a raíz de no haber conjuntar afanes y unir esperanzas en pro del bienestar común, de no tratar de superar la dificultad que implica, en un momento dado, la epilepsia.

Los padres deben luchar por vencer, por allanar la frustración - que la situación les origina, aceptando una realidad que no pueden modificar y tratar de hacer precisamente de esta circunstancia penosa una oportunidad que logre consolidar aún más su unión, en vez de ser un motivo de distanciamiento lo cual es, sin embargo, indudablemente difícil por lo que "puede ser necesario tratar no únicamente las respuestas emocionales del paciente, sino también las de su familia." (56)

Mientras los padres no comprendan que ellos son los responsables de implantar y mantener estabilidad, serenidad, paz y armonía en su hogar, la familia corre el riesgo inminente de destruirse.

Ante acontecimientos caóticos, tanto el padre como la madre deben asumir la madurez necesaria para superar los percances y darse así, a ellos mismos y a sus hijos, la ocasión para mejorar humana y espiritualmente.

### III. Reacciones o actitudes que asumen los padres ante el niño epiléptico

Dentro de la problemática familiar que surge a consecuencia de la deficiencia fisiológica del pequeño -léase epilepsia- uno de los más graves yerros en que los padres incurren lo constituye, particularmente, las actitudes -que son disposiciones- mentales y emocionales; respuestas a las situaciones del medio que se filtran a través de la inteligencia y que se sirven de és

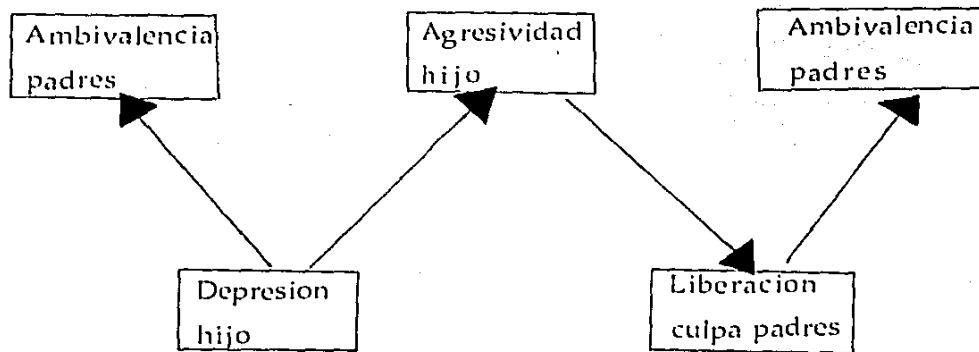
(56) Sarason, Irwin G.; Op. Cit., p. 285.



ta y de la voluntad para definirse- que suelen asumir ante el hijo enfermo: la sobreprotección o el rechazo; que, en ocasiones, puede convertirse en una mezcla de ambos extremos, dando por resultado la actitud ambivalente, no menos dañina y negativa que las otras dos -cuadro 6-.

Lamentablemente tales posturas aparecen con alarmante frecuencia y perjudican considerablemente la relación paterno-filial y la labor educativa que se ejerce sobre el niño al que, de tal suerte, no se coadyuva en el adecuado desarrollo de su personalidad.

El hijo requiere pues de que sus mayores tengan una disposición neutral u objetiva (no de sobreprotección ni de rechazo hacia él) dándole, así, la oportunidad de crecer y de desenvolverse normalmente. Ya que cuando la actitud que asumen los padres no es correcta, pueden presentarse los siguientes resultados: por un lado los padres del niño epiléptico, debido a la enfermedad de éste, pueden tender a desear ampararlo contra todo, innecesaria y equivocadamente. Así, la sobreprotección o protección excesiva, en la que se mimó al hijo amándolo defectuosamente, pretende suprimir toda dificultad y sufrimiento trayendo, como consecuencia, que el niño se sienta el centro del mundo. De este modo, carecerá de iniciativa, de disciplina, de madurez, de fortaleza, de concepto de autoridad. El pequeño entonces se tornará rebelde, apocado, pensará que quienes lo rodean sólo están para hacerle servicios y atenderle hasta el más mínimo capricho.

**ACTITUD DE AMBIVALENCIA**

Lógicamente este medio ambiente perturbará de tal modo la estructura emocional del educando que, desgraciadamente, no será improbable que le convierta en un ser extraordinariamente conflictivo, difícil. Y la familia, lamentablemente, no tardará en advertir - que el hijo celosamente vigilado, cuidado y erróneamente querido, habrá de transformarse en un ser poco o nada cooperativo y generoso; en un individuo fastuosamente pedante, perezoso, dependiente, permanentemente infantil y temeroso que no conocerá el valor de la lucha y del esfuerzo ni sabrá enfrentarse con valentía a su destino.

Así los padres, con su conducta, impiden y obstaculizan el adecuado crecimiento (físico y mental) del pequeño; únicamente lo exponen a posteriores sentimientos de frustración y fracaso, sentirse distinto y, quizá, inferior; a situaciones de descontrol y confusión. Y el niño, tarde o temprano rechazará, por sí mismo, esa sobreprotección que coarta su autonomía, que le oprime y que le priva o despoja de los derechos y deberes comunes a todo ser humano, porque "los niños superprotegidos están privados de la libertad que el espíritu requiere para la sana evolución psicológica". (57)

Ahora bien, el reverso de esta anómala situación estriba en un tratamiento de rechazo; postura que abarca fundamentalmente dos aspectos: la enfermedad del niño y la persona de éste. Es decir,

---

(57) García Villegas, Pilar; Trastornos en el comportamiento de los hijos, Madrid, España, Editorial RIALP, 1966, p. 63.

se desdeña, e inclusive, se ataca conscientemente y/o inconscientemente la deficiencia del hijo y a él, precisamente por padecerla. De este modo, ambas cosas se fundan en una sóla: unidad que, a su vez, configurará un círculo vicioso que irá en detrimento - de la vida emocional del niño llegando, no en pocos casos, a afectar su dignidad personal.

Y esta situación siendo aún más delicada, cruda, grave, cruel y riesgosa que la anterior, se presenta quizá con más frecuencia. Aunque cabe decirlo, tal vez de una manera más inconsciente, táctica o simulada, ya que los padres procuran siempre negarla. Unos porque probablemente, y en principio, no han caído en la cuenta de que esta realidad se da, aunque en su interior sí la perciban de uno u otro modo.

Otros más, se excusan y justifican con una y mil razones y argumentos con los que pretenden defender su proceder (que la enfermedad es penosa, molesta, costosa e, incluso, contagiosa; que el niño, debido a ella, es difícil o provoca problemas y requiere de sumos cuidados; o que es más conveniente ocultar su padecimiento -lo cual es una forma de rechazo- para evitarle al chico dificultades, vergüenzas y conmiseraciones, tan sólo por mencionar - algunos de estos motivos).

"Así pues, es en la familia donde un individuo epiléptico puede empezar a sentir sus primeras frustraciones, sentimientos de rechazo y de inferioridad, sensación de dependencia y donde aprende las directrices de ocultación de su enfermedad y de las cri--

sis". (58)

Y en tales contextos familiares, donde se afronta de tal modo la aparición de una crisis convulsiva, surgen ciertas respuestas -- emocionales que se sintetizan, ordinariamente, en una serie de manifestaciones comunes:

- Ocultamiento del problema.
- Ocultar al niño.
- Falta de atención y de cuidados al pequeño.
- Pocas o nulas expresiones de afecto.
- Descuido del aspecto físico del niño.
- Negligencia en el acatamiento de las indicaciones médicas.
- Tratamiento brusco e insultativo o denigrante.
- Maltrato físico.
- Sanciones desproporcionadas, arbitrarias y mal aplicadas.
- Comparaciones constantes.
- Quejas y recriminaciones continuas.
- Excesivo dominio.
- Pautas educativas rigurosas.
- Poca flexibilidad.
- Exabruptos.
- Poco interés en las necesidades y gustos del niño.
- Extremadas y precoces exigencias escolares.
- Coartar la participación del niño en el hogar (decisiones, cooperación).

- Frecuentes reyertas familiares.
- Poca comprensión de la personalidad del niño.
- Existencia de celos y competencia entre hermanos (hacia el enfermo).

Obviamente, la influencia que ejercerá sobre el niño un medio de tal especie será por demás negativo y perjudicial y no estará lejos de convertirlo en un ser pleno de amargura y tristeza, de rencor, orgullo, rebeldía y agresión; en una persona insegura, tímida y por tanto dependiente, cuyo apocamiento se traducirá en un afán desmedido de llamar la atención (con los consecuentes problemas de comportamiento). Igualmente, será un individuo inconstante, oprimido, hostil al medio ambiente, posesivo en sus relaciones, probablemente envidioso y sugestionable; que vivirá haciéndose autoreproches y continuos cuestionamientos y que será siempre presa de una terrible inestabilidad emocional.

Así pues, la aparición de ciertas conductas inconvenientes -como las anteriormente citadas- no habrá de causar consternación ni enfado, ya que "en general, estas formas de conducta son manifestaciones externas de tensión emocional, las cuales usan los niños para protegerse en contra del rechazo, de la falta de afecto y de las discriminaciones". (59) Siendo por tanto, y de alguna manera, comprensibles (aunque, lógicamente, no justificables).

Una variante de este tipo de actitud reside en el abandono o aban

---

(59) Meneses Morales, Ernesto; Educar comprendiendo al niño, 5a. Edición, Editorial Trillas, 1982, p. 78.

donismo, el cual es una forma de rechazo que se traduce en la indiferencia o apatía hacia el niño (falta de interés por él, por sus necesidades, por su futuro), en la negligencia en su cuidado y en su protección, en frialdad y desapego excesivos y, en fin, en una falta total de supervisión a su persona.

Los padres no sienten animadversión o repulsión por el chico, pero tampoco le aman o le atienden debidamente; es decir, para ellos es como si el niño no existiera. Mental o psicológicamente le colocan en un mundo aparte, lejano, nebuloso, donde el chico recibe, de tener suerte, únicamente lo indispensable, lo elemental, ya que el trato que se le brinda es totalmente austero.

En consecuencia la valía y las aspiraciones de este menor se verán reducidas a nada, ya que él se sentirá como un estorbo, como un accidente en la vida de sus padres.

Pero esto no es todo, aún existe un caso más grave, si es posible, en las actitudes paternas. Una postura más compleja y nociva que las anteriores, ya que las resume y las excede: la ambivalencia, es decir, una oscilación entre el paternalismo y la sobre-protección desmesurada y el rechazo y al abandonismo inclenamente.

Los comportamientos de estas personas hacia sus hijos son enigmáticos y obstrusos y sus sentimientos inestables e incoherentes, como lo señala Pilar García Villegas al afirmar que "las madres no los quieren ni dejan de quererlos; así les mantienen pendien-

tes, dependientes, en un vaivén afectivo, en una continua zozobra que llega a generar un comportamiento extraño en el hijo" - (60); porque estas fluctuaciones desconciertan, confunden a los chicos ya que, como esta autora comenta, "éstos no comprenden ni encajan el cariño absorbente y la severidad excesiva, el mimo y las exigencias planteadas con dureza, el pan y el palo que vienen de la misma mano." (61)

Y, obviamente, el desajuste emocional de un niño que encara una circunstancia semejante puede conducirlo, por sí sólo, a conformar una personalidad ciertamente patológica, ya que en él se conjugan todos los rasgos negativos de un ser defectuosamente amado o injustamente maltratado.

En sí, bajo cualquiera de estas posturas no se educa, sino que se deforma, se daña, se destruye al niño, se limitan las posibilidades de su futuro.

Así pues, si los padres desean -como deben- edificar el porvenir del pequeño y cimentar las probabilidades de su bienestar y su salud, han de mantener siempre un equilibrio en la actitud que -asuman y una exigencia -comprensiva en las pautas educativas que ejerzan.

#### IV. Orientación pedagógica a los padres de niños epilépticos

1. Necesidad de un ambiente armónico e integral para el adecu

(60) García Villegas, Pilar: Op. Cit., p. 77.

(61) Idem: p. 71.



do desarrollo de la personalidad del niño epiléptico.

Podría definirse al hogar como el sitio en donde se resguarda, se enaltece, se templa algo sumamente delicado e importante: la familia.

Es también el medio, el ambiente, en donde tal comunidad de personas que viven juntas y que trabajan para satisfacer sus necesidades y para alcanzar en común el bien del grupo encuentran, o no, posibilidades para su adecuado desenvolvimiento a nivel personal y social. Y en este sentido radica precisamente la trascendencia de dicho contexto, pues ya lo decía Ortega y Gasset "El hombre es él y su circunstancia", ya que mucho de lo que es el ser humano y - gran parte de la formación que adquiere depende del ambiente en el que se desarrolla; es decir, su hogar que, de estar bien establecido, constituye un ámbito particularmente propicio para el desarrollo de la personalidad.

La familia crea el ambiente del hogar; es la responsable de que exista paz, armonía, amor, que ha de traducirse en la convivencia diaria y en el bagaje de las tradiciones, porque la familia transmite su propia esencia.

Consecuentemente, para que el medio sea adecuado se requiere de manera indispensable del cuidado, del esfuerzo, de la atención de los miembros de la familia y, muy en especial, del grado de madurez con la que ésta cuente, la cual

comienza a obtenerse a partir del momento en que la pareja contrae matrimonio y se prepara, así, a fundar el núcleo - de la sociedad.

De tal suerte, el ambiente del hogar cobra consistencia des de el preciso instante en que tanto el hombre como la mu--jer toman conciencia de los fines de su vínculo y empiezan a llevar vida en común.

Siendo así, es obvio que dicho contorno ha de estar subordinado al nivel de preparación, de encauzamiento, de educación, de cultura, de formación, de criterio, de moral, de principios, de metas, etcétera, de las personas que lo gobiernan.

Y de lo anterior deriva el hecho de que aquellos que han - de tener descendencia deben estar capacitados, instruidos, formados no sólo religiosa o moralmente, sino también psicológica y, de manera fundamental, pedagógicamente pues ha brán de ser primordialmente, los "escultores" de una o varias vidas humanas, las cuales se modelarán según la educación que reciban. Porque, sin duda, se equivocan los que - suponen que basta con concebir, alimentar e instruir a los hijos, ya que el perfeccionamiento no estriba en tales función es ni se reduce a éstas, como se estipula en el refrán popular referido a que no es padre el que engendra, sino el que educa en todos sentidos; es decir, el que transmite valores y coadyuva a realizarlos.

El hogar es, pues, la primera escuela del niño y los padres, sus elementales maestros.

Así, la educación familiar no es sólo conveniente sino necesaria, porque la familia como institución, debe tender siempre a un mayor grado de perfeccionamiento posible, ya que los miembros que la integran tienen derecho a ese perfeccionamiento.

Pero dicha educación tiene que ser querida y planeada y, para ello, los padres necesitan asumir un concepto correcto y verdadero de lo que es educar, además de buscar y alcanzar los medios para hacer realidad este concepto.

A tarea tan noble asesora y auxilia la pedagogía familiar, que pretende conservar sana a esta primera célula de la sociedad, en beneficio de la misma.

Es en la familia donde el pequeño recibe los estímulos iniciales y en base a éstos se incorpora a la sociedad influyendo positiva o negativamente en ella, de acuerdo a lo acogido en su núcleo primario (de como sea la familia dependerá en gran parte cómo sea la sociedad).

La función pedagógica en esta rama se avoca, de tal manera, a tratar de evitar fracasos individuales y desviaciones de conducta moral o social debidas, muy probablemente, a errores en la educación familiar o bien a circunstancias familiares desfavorables o poco propicias.

Asimismo procura concientizar de que la enseñanza familiar es casi decisiva en la formación de los hijos, que la acción educativa debe ser (como de hecho es) constante, ya que es un proceso permanente.

Y recalca muy especialmente tres elementos fundamentales de dicha acción, tres factores que constituyen de modo primordial la educación familiar: el amor, la autoridad y el ejemplo; o dicho de otra manera, las vías afectiva, efectiva y ejemplar.

El amor como base formativa habrá de ser racional, lo cual significa normativizar, disciplinar, regir a través de una exigencia comprensiva, que comprende afecto, inteligencia y voluntad; que espera del niño lo máximo dentro de lo posible, con sabiduría, con paciencia, flexibilidad y optimismo.

El amor de los padres a los hijos es una fuente de seguridad, de solidaridad, de respeto, de aglutinación. Sirve como base para el desarrollo de una personalidad sana y adecuadamente configurada. Por el cariño a los hijos la pareja realiza los esfuerzos necesarios para lograr el ideal que se han forjado: auto-educarse, educar, buscar y mantener la armonía, tender a la superación. Este sentimiento habrá de ser correspondido por los hijos, que querrán lo que sus padres quieren, que los aceptarán tal cual son y por lo que son aceptando, también, lo que ofrecen o propo-

nen como ideal alcanzable, y siendo así, dicho afecto estará, manifiestamente, procurando la progresiva independencia material y espiritual del pequeño que, de tal manera, se prepara para la unión con otro ser.

Respecto a la autoridad -servicio "es una relación mutua y de sentido contrario, en virtud de la cual un hombre reconoce a otro cierta superioridad que le permite influir en la vida del primero." (62) Cuando es bien ejercida queda en la conciencia del niño y está ligada a una serie de satisfacciones vitales, teniendo una fuerza operativa muy sólida.

"Pensar, informarse, decidir, comunicar claramente y hacer cumplir son fases sucesivas en el ejercicio de esta autoridad. Prescindir de algunas de ellas puede llevar a la improvisación y, por consiguiente, al autoritarismo -ejercicio arbitrario de la autoridad-; o al "ceder en todo" y, en consecuencia, al abandonismo- no ejercicio de la autoridad." (63) Siendo ambas posturas equívocas y deformativas, ya que lo correcto sería mantener un equilibrio entre la flexibilidad y la firmeza, atendiendo siempre a la mayor conveniencia, a las justas razones, al respeto de la libertad y por ende de la responsabilidad, sin olvidar tampoco que "los padres tienen la autoridad como una posibilidad

---

(62) García Hoz, Víctor; Principios de Pedagogía Sistemática, 11a. Edición, Madrid, España, Editorial RIALP, 1981, p. 457.

(63) Otero, Oliveros F.; Autonomía y Autoridad en la familia, 3a. Edición, Pamplona, España, EUNSA, p. 43.

de servicio y no sólo como una posibilidad de poder." (64)

Y en cuanto al ejemplo, es un instrumento educativo superior a las palabras y a las normas, que alecciona, convence, motiva. El ejemplo reclama una congruencia entre el pensar y el obrar, una similitud entre lo que se vive y lo que se exige, ya que nadie da lo que no tiene.

Así, los padres deben ser un modelo de comportamiento, un ejemplo de virtudes humanas, de valores para los hijos. Pues la coherencia entre el decir y el actuar conduce la conducta del niño.

De tal suerte, en un hogar en donde existe amor, autoridad -servicio y ejemplo se producirá un ambiente integral, armónicamente constituido, importante para un niño sin alteraciones fisiológicas, pero esencial para un pequeño que requiera de una educación especial; ya que el educando se "alimenta", "se nutre" emocionalmente a través de las vivencias que tiene, por lo que debe procurarse que éstas sean todo lo positivas que puedan ser.

Así pues, es imprescindible que los padres estén conscientes de esta realidad y que la acepten; que exista en ellos la suficiente apertura para recibir una asesoría que les permita mantener en armonía su hogar a la vez que encauzan correctamente al pequeño epiléptico, que es sujeto de edu-

cación especial.

Pero para que ésto ocurra es preciso, primeramente, que tan to el padre como la madre se despojen de prejuicios, de estigmas y, muy particularmente, de los mecanismos de defensa en que suelen incidir. Estos, como es sabido inconscientes, hacen que las personas adopten en apariencia una actitud -- que en el fondo encubre otra, puesto que "como la ansiedad es tan dolorosa y desagradable, nos hacemos de técnicas para enfrentarnos a ella o defendernos de sus efectos, técnicas que son los llamados mecanismos de defensa." (65)

"Hay varias clases de mecanismos de defensa y por lo común no nos percatamos de que los estamos usando. Sin embargo, ayudan a reducir los sentimientos de ansiedad que nos producen problemas que no podemos tratar de manera adaptativa." (66)

No es, por supuesto, que este tipo de problema (epilepsia - en la infancia) sea siempre manejado por los progenitores a través de uno o una serie de tales mecanismos. Pero sin duda en muchas ocasiones uno de los padres, o los dos, procuran disfrazar la situación de algún modo, ya que no se encuentran conformes con ella en razón de que les produce gran ansiedad, angustia, temor, confusión, descontrol y, algunas veces, hasta vergüenza.

Es muy común que este tipo de defensa inconsciente se lleve

---

(65) Mussen, Paul Henry; Desarrollo de la Personalidad en el niño, 2a. Edición, México, Editorial Trillas, 1964, p. 341.

(66) Ibidem.

a cabo precisamente en aquellos padres que creen haber superado - el conflicto. Es decir, en el padre o la madre que hablan y actúan con aparente resignación (la resignación es una manifestación tácita de rechazo), asentimiento e, incluso, adaptación. Pero su desenvoltura, sus afirmaciones y hasta sus ideas y conformidad - son sólo eso: mera apariencia. Conscientemente están aceptando el problema pero, en el fondo, lo rechazan; es decir, no han conseguido verdaderamente superarlo, sublimarlo, puesto que "las clases de defensa que las personas habrán de utilizar con mayor probabilidad dependerán de la estructura de personalidad del individuo y de sus experiencias de aprendizaje." (67)

Probablemente con este comportamiento se espera reducir en alto grado los sentimientos de sufrimiento y de frustración, pero la realidad es que, a través de tales mecanismos, estos sentimientos no desaparecen. Únicamente se encubren, se guardan y siguen, por tanto, afectando de una u otra manera a la persona y a su entorno, ya que si no se enfrentan los acontecimientos tal y como son acaba por vivirse una existencia ficticia, carente de autenticidad lo cual, evidentemente, irá en deterioro de la vida psíquica porque lo que el individuo siente no se anula porque se encubra sino al contrario, cobra fuerza y se hace mayor.

Es por todas estas razones por las que tal vez no sea conveniente utilizar dichos mecanismos, puesto que podría deformarse la -

(67) Ibidem.



realidad (excepto cuando se recurre a los mecanismos de racionalización o sublimación).

Los padres pueden caer en tales tipos de actitudes: los mecanismos de represión, los de negación y los de racionalización.

"En la represión, que es la defensa subyacente fundamental, se apartan de la toma de conciencia los impulsos, los recuerdos y otros fenómenos afines que pueden causar o causan ansiedad." (68) Esto es, se actúa (o se trata de actuar) como si el problema no existiese, como si no hubiera ni conflicto ni, lógicamente, necesidad de solución. Es la típica reacción del "no sucede nada" y del "todo está bien" o, bien, del "si no tiene remedio para qué preocuparse".

Es pretender huir obrando sin responsabilidad.

En cuanto a la negación, es una forma de tratar a los elementos reales (de la realidad) como si éstos no existieran. Es decir, se procura borrar o anular los hechos por el solo hecho de tener la intención de pensar que no se dan, que no existen. Aquí las aseveraciones son generalmente: "el niño no está enfermo, no tiene nada", "su padecimiento no requiere cuidados especiales, con que se le vigile basta", "esos ataques no son, en realidad, ninguna enfermedad" o el de "su problema tarde o temprano desaparecerá; no hay por qué preocuparse". Y se asume, así, la actitud quizá más cómoda-

---

(68) Ibidem.

pero, también, más peligrosa de todas: el no hacer nada, -- porque se quiere pensar que no pasa nada y, de esta forma, el padecimiento se agudizará considerablemente y requerirá-- probable y paralelamente de mayores cuidados y de ayudas -- más especializadas. Esto es que, con negarlo, sólo se consi gue agravar el problema. (Un ejemplo puede ser el de los pa dres que no siguen correctamente el tratamiento médico pres crito para el niño, por considerarlo innecesario).

La racionalización "consiste en proporcionarse a uno mismo- razones socialmente aceptables para conductas o actitudes - cuando la verdadera razón no sería aceptable para la propia conciencia, por lo cual, en caso de que se llegase a tomar- conciencia de la misma, habría de sentir dolorosa ansiedad- y culpa." (69)

Esto sucede cuando se pretende buscar una justificación pa- ra toda una serie de prejuicios, de vergüenzas, de rechazos a la epilepsia, únicamente por el hecho de suponer que es, en sí misma, repudiada por el ambiente, por la sociedad. Pe- ro, en el interior, reconocen que es injusto y absurdo re- chazar al niño enfermo y apenarse porque sea epiléptico; - aunque, sin embargo, siguen siendo presas del temor al qué dirán y tratan de pensar y de actuar como los demás, para estar acorde a ellos. O bien, caen en el otro extremo, el

(69) Idem; p. 342.

desobrepoteger al pequeño excusándose (racionalizando) con el pretexto de su padecimiento.

En sí, el utilizar tal tipo de defensas se considera hasta cierto punto como lógico y bastante humano, pero es menester intentar erradicar estas actitudes, en pro de conservar la salud mental personal y familiar. Ya que "aun cuando todo el mundo usa mecanismos de defensa, una fuerte dependencia respecto de los mismos, y el grado en que invaden con exceso la conducta del individuo, pueden estar asociados a frecuentes y graves deformaciones de la realidad y a una incapacidad de tratar provechosamente los problemas psicológicos y los que nos presenta el mundo real. Utilizados de esta manera los mecanismos de defensa pueden tener nulos efectos para la salud mental y el ajuste emocional." (70)

Pero para lograr erradicar semejantes modos de comportamiento, para vencer la frustración, la angustia, la vergüenza, los estigmas, etcétera; para poder elevarse a un plano superior y, así, superar y sublimar la desesperación, el dolor, el miedo, se requiere, esencialmente, de dar sentido a lo que se sufre, de darle sentido a la vida. Y es que tanto el uno como la otra tienen, muy a menudo, una mutua incidencia.

Y dar sentido al dolor y al sufrimiento en lugar de utilizar defensas no es tan imposible si se tiene una actitud positi

---

(70) Idem; p. 343.

va y una disposición espiritual sana ante los acontecimientos que son inevitables. Víctor Frankl, connotado psiquiatra austriaco contemporáneo, afirma que se puede y debe llenar de contenido la propia existencia, realizar la tarea que se tiene encomendada en ella y que, con ésto, se encuentra el sentido, la razón de vivir.

"Conseguir entrever la tarea que uno está llamado a actuar, significa percibir la propia vida como significativa" (71), porque "cuanto más sienta el hombre su vida como tarea, tan to más significativa le parecera." (72)

Y es quizá la tarea de ser padres, la de ser educadores, la más preciosa, la más perfecta pero, también, la más difícil y la que implica mayor responsabilidad, mayor entrega, mayor abnegación; todo ello implica aceptar al hijo tal como es y, sobre eso que es, educarlo, mejorarlo, perfeccionarlo, porque todo ser, sea como sea y padezca la enfermedad o deformidad que padezca, es superable, es perfectible. "Si to mamos al hombre -nos ha dicho Goethe- tal como es, le hacemos peor; pero si le tomamos como debería ser, entonces le hacemos lo que puede ser." (73)

Aceptar al hijo enfermo y sus repercusiones implica una adap tación en muchos sentidos; requiere de una estabilización

---

(71) Fizzotti, Eugenio; De Freud a Frankl, Prol. Tullio Bazzi, 2a. Edición, Pamplona, España, EUNSA, 1981, p. 184.

(72) Ibidem.

(73) Idem; p. 151.

de ideas, de conceptos, de valores; es el estar dispuesto a cambiar aquello que se pueda y deba cambiar (tratamiento y educación especial) y el admitir lo que tiene que prevalecer (la enfermedad y sus consecuencias).

La aceptación es una disposición, una actitud ante el sufrimiento, ante el dolor, ante la frustración lo que para Frankl, se convierte en más que eso, se convierte en un "valor de actitud". Y para él un valor, es ese significado (a la tarea existencial) que se da universalmente y que se puede aplicar, de algún modo a todos o casi todos los hombres. Es decir que, en su concepto, los valores "ayudan al hombre a percibir mejor cuál es el significado concreto de una situación particular." (74)

Los valores ayudan al hombre a descubrir cuál es la tarea que debe realizar y qué significado debe darle en la situación personal o particular que se le presenta.

El sufrimiento, el dolor, la adversidad son para el ser humano una prueba a su grandeza, ya que el sufrimiento "no representa simplemente una posibilidad cualquiera, sino la posibilidad de actuar el supremo valor, la ocasión para conferir plenitud al significado más profundo de la vida." (75)

El sufrimiento permite hacer significativa la existencia si

(74) Idem; p. 194.

(75) Idem; p. 205.

el hombre atraviesa por las tres etapas de éste, en que puede avanzar o hundirse, dependiendo de la actitud que asuma ante él.

Frankl afirma que, en su negatividad, el sufrimiento conlleva igualmente ciertos elementos positivos:

- a) La prestación: Ejemplifica, precisamente con el caso de aquellos enfermos que, estando graves, en períodos de indigencia, con padecimientos incurables o deformaciones físicas, luchan y levantan su "cruz", su dolor, con valor y sentido de humanidad dando, así, muestras de cómo puede superarse la adversidad dándole un significado.
- b) El crecimiento: Cuando se acepta el dolor con valor el hombre se fortalece, adquiere energía y resistencia contra los embates del infortunio.
- c) La madurez: A través de que el hombre alcance una conquista interior, personal, cuando asuma aquellos inevitables sufrimientos que el destino le impone. Lo que, en palabras de Frankl, se explica así: "el hombre alcanza una libertad interior, a pesar de la dependencia exterior." (76)

El sufrimiento se encuentra en la esencia del hombre: homopatiens. "Frente al homo sapiens coloquemos al homo patiens.

Al imperativo sapere aude, ten la osadía de saber contraponemos otro: patí aude, ten la osadía de sufrir." (77) Y no es que el hombre esté hecho o haya sido creado para el sufrimiento, ni que tenga como principio o finalidad el sufrir pero, sin duda, éste se da evitable o inevitablemente y da sentido a aquellas vidas carentes de significado, cuando se adopta este valor de actitud aún en los casos más extremos.

Si los padres se preguntan "¿Por qué mi hijo?" y se mortifican al pensar que están "marcados" por una enfermedad incurable mortificando, muchas veces, al propio niño, pensarán en todo ésto y tomarán en cuenta que conviene mucho más sublimar que desesperar, ayudarían considerablemente al caso de su pequeño, ya que le proporcionarían a éste la mejor medicina a su padecimiento: la tranquilidad, obteniéndola ellos mismos; todo lo cual redundaría positivamente en el ambiente familiar. Además de que "en el modo de aceptar en uno el dolor impuesto, en cómo se sufre, está la respuesta al por qué del sufrimiento.

Todo depende de la posición, de la actitud hacia el dolor -naturalmente, hacia el dolor necesario y, por esto, inundable de significado- y de la realización de los valores de actitud, hecha posible por el dolor." (78)

No obstante, tampoco puede dejar de considerarse el caso de

---

(77) Idem; p. 209.

(78) Idem; p. 210.

aquellos padres a quienes, por sí mismos, les represente un esfuerzo mayúsculo el aceptar el problema y superarlo, el tomar la actitud anteriormente expuesta.

Y así, ante tales circunstancias, lo adecuado sería el sugerir una alternativa de solución que puede resultar muy eficaz: recurrir a la ayuda especializada, a la asesoría personal. Es decir, que los miembros de la familia que estén siendo afectados por la situación vigente -que lo son, en muy especial grado, el paciente y sus padres- acudan a una terapia psicológica o psicoterapia, la cual permitiría solventar en gran medida el conflicto, tanto a nivel individual como de familia.

A través de este tipo de terapia se remueven, atenúan o modifican todas aquellas clases de conducta trastornadas y se promueve, a la vez, el desarrollo positivo de la personalidad mediante la maduración de la misma. El tipo de psicoterapia a utilizar dependerá de cada situación, de cada paciente, del estado de salud, del grado de inteligencia, de la manera de ser y de los proyectos e intereses que se tengan. El psicoterapeuta atenderá la intensidad y frecuencia de las dificultades del enfermo, derivadas de sus circunstancias y del ambiente, con el fin de atenuarlas. Ha de ayudarlo a "descubrir las causas de sus conflictos, de forma tal que el sujeto comprenda mejor los móviles de su conducta, se produzcan, en él cambios emocionales y se diluyan sus meca-



nismos de defensa dando paso a otras formas de comportamiento más maduras." (79) Lo cual significa que, si una persona tiene algún conflicto interno que no logra superar puede, acudiendo a la psicoterapia, reducir hasta hacer desaparecer la ansiedad que dicho conflicto le ocasione.

Así como la epilepsia es un padecimiento que frecuentemente genera, tanto en el paciente como en sus padres, un fuerte estado de ansiedad, una alternativa adecuada para combatir éste radicaría en la utilización de la psicoterapia.

Así pues "la finalidad de la psicoterapia es conseguir que el paciente afronte sus problemas de forma más objetiva y en vez de tender a evitar las situaciones que desencadenan en él ansiedad se encare con ellas, puesto que todo sujeto se ve obligado a enfrentarse con tales situaciones." (80)

En este caso, concretamente, es conveniente comenzar a impartirla desde el mismo instante en que la epilepsia se detecta y medica, con el fin de suscitar aceptación de la enfermedad, interés y colaboración en el tratamiento farmacológico y en el de tipo psicológico, además a través de las sesiones, se mejorará el estado anímico del pequeño y el de su familia; lo cual beneficiará a esta misma en su desempeño laboral, académico y en sus relaciones sociales.

Evidentemente, el bienestar que puede propiciar la recepción

(79) Cerdá, Enrique; Op. Cit., p. 620.

(80) Idem; pp. 630-631.

de tal ayuda es de grandes alcances ya que, cuando mejora la situación familiar y académica mejora, también, la salud y el estado emocional del niño (y con ello su conducta y personalidad).

"Una buena integración familiar y escolar da lugar a estabilidad emocional y, por tanto, actúa como otro anticomicial-más" (81), porque "un medio familiar armónico ayuda al niño a incrementar su unidad interior. Cada niño, es en buena parte, el espejo de su universo familiar." (82) Por ello, necesita de un contorno benéfico puesto que su medio, su ambiente, es el que le forma, el que coadyuva u obstaculiza su desarrollo.

Es por eso que "el problema social de la epilepsia, más que de tipo médico, es un problema educacional y de manejo." (83)

Educación que debe estribar, primeramente, en la aceptación de la persona del hijo. Una aceptación verdadera que radica en el esfuerzo constante por mejorar uno mismo y ayudar a mejorar a ese hijo, porque "la educación de un niño implica tanto el conjunto de principios que los padres inculcan a los niños como las actitudes inconscientes que manifiestan ante él o que el mismo niño provoca. Estas interacciones afectan la conducta del niño y modifican así sus potenciali

---

(81) Gisbert, José; Op. Cit., p. 427

(82) García Villegas, Pilar; Op. Cit., p. 44.

(83) IMSS; Op. Cit., p. 356.

dades para el futuro." (84)

Ya que el niño es como una pequeña esponja que lo absorbe - todo: lo positivo y lo negativo de sus vivencias, las cuales le forman, le moldean. Siendo sus padres, precisamente, quienes suscitan en gran parte tales vivencias.

Es por esta razón que el niño requiere de vivir esa aceptación, tan necesaria para que establezca un adecuado concepto de sí mismo que se edifica, fundamentalmente, a través de las experiencias que vive en su hogar y de la identificación que puede llegar a entablar con sus padres.

Siendo entonces que "los padres que conocen y responden a las necesidades de sus hijos, que les comunican su aceptación y que están dispuestos al diálogo, fomentan una identificación más profunda que los padres que son inaccesibles y poco sensibles." (85)

Y es así pues, que si se pretende educar al pequeño epiléptico, hacerlo un hombre íntegro (educación total, completa, que incluya todas las virtudes humanas), debe comenzarse por ubicarlo en su dignidad de persona humana, a pesar de la enfermedad que padece y más aún, precisamente por ésta, procurando darle para ello antes que nada, un hogar adecuado, una familia armónica ya que, a veces, los hijos son me-

---

(84) Meneses Morales, Ernesto: Op. Cit., p. 20.

(85) Newman, Bárbara: Desarrollo del niño, México, Editorial Limusa, 1983, p. 185.

nos influidos por las indicaciones paternas que por el ambiente familiar en el que viven. Y es exactamente, a través de este ambiente, que los padres encuentran la mayor oportunidad de transmitir las virtudes humanas las cuales "tienen por objeto hacer al hombre como debe ser." (86)

---

(86) Isaacs, David; La educación de las virtudes humanas, 4a. Edición, Pamplona, España, EUNSA, tomo 1, p. 68.

## V. Aportación pedagógica

La intención, al realizar este estudio, es aportar sugerencias - en un tema que ha sido pocas veces tratado en la Pedagogía Terapéutica: la epilepsia. Esto, además de ampliar el campo de la Pedagogía y de enriquecerla, tiende a brindar una aportación a la sociedad.

Por desgracia, la familia y los maestros de los niños epilépticos carecen de suficiente información y orientación sobre la materia (e, incluso, muchas veces se encuentran viciados por prejuicios y estigmas erróneos y perjudiciales).

Bajo estas circunstancias desfavorables, uno de los preceptos de la pedagogía, el de la exigencia-comprensiva, no se cumple. De ello deriva, en parte (y en este caso particular) que el niño no logre un desarrollo armónico e integral en su contexto.

La ausencia de información a nivel pedagógico representa un problema, aunado al que ya existe por el padecimiento.

Por estas razones, la presente investigación pretende ofrecer datos y sugerencias que sirvan de apoyo y consulta, en modesta medida, a aquellos a quienes interese -por conciencia y cariño- hacer posible una vida normal y plena a los epilépticos.

Así pues, con base en las necesidades detectadas, se brinda el Manual dirigido a Padres de Niños Epilépticos (integrado), como un medio para la orientación familiar.

## C O N C L U S I O N E S

### SUGERENCIAS

El estudio realizado conduce a la deducción de varios aspectos:

1. La epilepsia en México es aún un padecimiento poco conocido, deficientemente tratado e insuficientemente comprendido y que, cuando se detecta, únicamente es manejado desde el punto de vista neurológico y psicológico, sin atender la trascendencia que de éste deriva en el factor educativo, ya que constituye una deficiencia fisiológica susceptible de educación especial.

Tanto los padres como los familiares y maestros carecen de la información debida y de la orientación adecuada con respecto a los pacientes epilépticos; igualmente, desconocen la importancia y necesidad de la psicopedagogía y/o pedagogía terapéutica aplicada a este campo; ya que, tanto a nivel familiar como escolar, suele ignorarse la existencia de los problemas pedagógicos y psicológicos que plantea la epilepsia que surge durante la infancia. Por tanto éstos no son, ni remotamente, convenientemente tratados.

- 2) En virtud de que los padres de estos pacientes no están asesorados ni preparados para establecer las pautas educativas adecuadas al caso, tienden a caer en el error (consciente o

inconsciente) de la sobreprotección o del rechazo al niño, con lo que se impide que el infante adquiera una correcta e integral (completa) educación.

- 3) La epilepsia infantil repercute negativamente en el hogar, en el aspecto académico y laboral así como en las relaciones sociales, cuando no se le brinda al niño ayuda educacional o psicopedagógica.
- 4) Los problemas familiares que surgen a consecuencia del pequeño enfermo pueden, en ocasiones, dañar gravemente la armonía y solidez del hogar e, incluso, destruirlo.
- 5) La mayoría de los padres de niños epilépticos suelen recurrir a la utilización, casi siempre inconsciente, de los mecanismos de defensa. También desconocen la necesidad de una ayuda especializada en este sentido (la Psicoterapia, por ejemplo).
- 6) Los familiares del niño epiléptico frecuentemente se encuentran impregnados de todo tipo de prejuicios y de erróneos conceptos, vinculando al pequeño a un estigma irrecuperable. Asimismo, tienden a ser propensos a minusvalorar las perspectivas futuras del epiléptico.
- 7) Gran parte de los niños epilépticos no reciben la atención médica y farmacología suficiente, lo cual altera su salud, personalidad, conducta y posibilidades de educación, de superación.

- 8) Existen en el país pocos centros e institutos encargados de cubrir los requerimientos de esta clase de pacientes, por lo que urge la creación de un centro, a nivel educativo, que asuma la misión de solventar y disminuir los trastornos psicopedagógicos derivados de la epilepsia infantil; como existe la Institución encargada de ayudar a los afectados por el síndrome de Down.
- 9) Sería muy conveniente y de mucha utilización la elaboración de folletos y textos que contengan información y orientación adecuados a nivel familiar y académico, que puedan llegar a toda la población y ser entendidos por ésta.
- 10) Convendría reflexionar sobre la creación de una Asociación de Epilépticos que los ayudara a superar y encauzar su problema en todos los ámbitos.
- 11) Es fundamental hacer comprender a los padres que, ante este tipo de padecimientos, resulta nefasta y altamente negativa la inclinación a catalogar o etiquetar el carácter y la conducta del niño, porque con ello se mengua su dignidad de persona, se aminoran sus expectativas y se acrecientan los problemas físicos y emocionales del niño; siendo que, además, cada caso es diferente, muy particular y, por ende, no encasillable.
- 12) Es notoria la carencia de la orientación familiar en casi



todos los casos de epilepsia infantil.

- 13) El ambiente conyugal que prevalezca en el hogar será un fac  
tor casi decisivo en la educación de los hijos. El ambiente  
que los padres proporcionen los habrá de formar o de defor-  
mar; puesto que ellos son -deben ser- ejemplo de virtudes  
humanas.
- 14) Una educación especial (Pedagogía Curativa o Terapéutica)  
aplicada a esta disfunción neurofisiológica, puede obtener  
resultados muy positivos y provechosos.
- 15) Se sugiere que los Institutos adonde se remiten los niños  
que padecen epilepsia, hagan llegar a los médicos que atien-  
den dichos casos el Manual que se integra a este estudio pa  
ra que éstos, a su vez, lo proporcionen a los padres de fa-  
milia como parte integral del tratamiento del paciente.

Que el Manual se complemente con cursos (y discusiones de ca  
sos con los padres).

- 16) La superación, bienestar, éxito y, por tanto, ventura del  
niño epiléptico son, en gran parte, consecuencia de la edu-  
cación que se le aporte.

## B I B L I O G R A F I A

1. ABAD ALEGRIA, Francisco; Epilepsia: diagnóstico y tratamiento en la práctica diaria, Pamplona, España, Editorial EUNSA, 1981, 173 págs.
2. ASPERGER, Hans; Pedagogía curativa, trad. José Beloch, 3a. edición, Barcelona, España, Editorial Biblioteca Universal Miracle, 1966, 587 págs.
3. BIGGE, L.M.; Bases psicológicas de la educación, México, -- Editorial Trillas, 1979, 735 págs.
4. BEARD, M., Ruth; Psicología evolutiva de Piaget, Buenos Aires, Argentina, Editorial Kapelusz, 1971, 127 págs.
5. BOUCHARD, Roland; Epilepsia esencial en el niño, Barcelona, España, Editorial Planeta, 1980, 168 págs.
6. CASO MUÑOZ, Agustín; Fundamentos de Psiquiatría, 2a. Edición, Editorial Limusa, 1982, 1140 págs.
7. CERDA, Enrique; Una psicología de hoy, Barcelona, Editorial Herder, 1980, 709 págs.
8. CRUICKSHANK M., William; El niño con daño cerebral, 2a. Edición, México, Editorial Trillas, 1982, 407 págs.
9. ENCICLOPEDIA PRAXIS MEDICA, Manuel D. Abreu, Salvador Aceves Parra, Alfredo Anotietti y otros. 12 Vol. Vol. VII, Ediciones Latinoamericanas, 1960.
10. FIZZOTTI, Eugenio; De Freud a Frankl, 2a. Edición, Pamplona, España, Editorial EUNSA, 1981, 297 págs.
11. GARCIA HOZ, Victor; Principios de Pedagogía Sistemática, 11a. Edición, Madrid, España, Editorial RIALP, 1981, 694 págs.

12. GARCIA VILLEGAS, Pilar; Trastornos en el comportamiento de los hijos, Madrid, España, Editorial RIALP, 1966, 353 - págs.
13. GISBERT, José; Educación especial, Madrid, España, Editorial Cincel, 1983, 493 págs.
14. HERNANDEZ PENICHE, Julio; Epilepsia, diagnóstico y tratamiento, 2a. Edición, México, La Prensa Médica Mexicana, 169 págs.
15. ISAACS, David; La educación de las virtudes humanas, 4a. Edición, Pamplona, España, Editorial EUNSA, 1980, 2 tomos.
16. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL; Epilepsia: Principios y Práctica, México, Publicaciones IMSS, 1985, 401 págs.
17. KINSBOURNE, Marcel; Problemas de atención y aprendizaje en los niños, México, La Prensa Médica Mexicana, 1983, 288 págs.
18. LARROYO, Francisco; La Ciencia de la Educación, 19a. Edición, México, Editorial Porrúa, 1981, 595 págs.
19. MADRIGAL LLORENTE, Alfredo; Los niños son así, 13a. Edición, México, Editorial LUS, 1979, 305 págs.
20. MENESES MORALES, Ernesto; Educar comprendiendo al niño, 5a. Edición, México, Editorial Trillas, 1982, 208 págs.
21. MYERS I., Patricia; Niños con dificultades en el aprendizaje, México, Editorial Limusa, 1982, 464 págs.
22. NEWMAN, Bárbara; Desarrollo del niño, México, Editorial Limusa, 1983, 574 págs.
23. OTERO F., Oliveros; Autonomía y Autoridad en la familia, 3a. Edición, Pamplona, España, Editorial EUNSA, 1979, 138 págs.

24. PICQ, Louis; Educación psicomotriz y retraso mental, Barcelona, España, Editorial Científico Médica, 1977, 274 págs.
25. RENSHAW, Domeena; El niño hiperactivo, Trad. Carolina A. de Fournier, México, La Prensa Médica Mexicana, 1980, 136 págs.
26. ROBERTS, F.D.; Tegretol en epilepsia. Actas de una reunión mundial, Guernsey, Gran Bretaña, Geigy, 1977, 200 págs.
27. PRESTON, Robb; Epilepsia: Manual para trabajadores de salud, México, Oficina de Publicaciones Biomédicas y de Salud, 1983, 90 págs.
28. SARASON G., Irwin; Psicología Anormal México, Editorial Trillas, 1981, 615 págs.
29. WHITTAKER O., James; Psicología, 3a. Edición, México, Nueva Editorial Interamericana, 1977, 816 págs.

**CUESTIONARIO DIRIGIDO A PADRES DE NIROS  
EPILEPTICOS.**

A continuación de presentan varias preguntas relacionadas con el padecimiento de su hijo: se suplica contestar cada una de ellas con la mayor claridad y amplitud posible, con la certeza de que su información será tratada confidencialmente.

Se agradece de antemano su valiosa cooperación.

- Nombre del paciente:
  - Edad:
  - Grado escolar:
  - Indicar si reside en el D. F. o en la provincia (especificar):
  - Número de hermanos:
  - Estado civil de los padres:
  - Ocupación del padre:
  - Ocupación de la madre:
  - Institución escolar a la que acude el niño:
  - Si el niño pertenece a algún tipo de asociación (club, scouts, etc.):
1. ¿Han habido crisis epilépticas en alguno o en ambos de los padres del niño epiléptico?
  2. ¿Han habido crisis epilépticas en algún (o algunos) pariente(s) del niño epiléptico? Especificar cuántos y el grado de parentesco.

3. ¿Han habido crisis febriles en algún miembro de la familia?
4. ¿Existe algún tipo de padecimiento genético o hereditario en el niño epiléptico y/o en sus padres o hermanos?
5. ¿Tuvo la madre del niño epiléptico un embarazo patológico (anormal) o se presentaron durante él mismo problemas o enfermedades en ella?
6. ¿Cuántos meses duró el embarazo del niño epiléptico?
7. ¿Cómo fue el parto?  
Difícil  
Fácil  
Prolongado  
Muy rápido.
8. ¿A qué edad logró el niño controlar sus necesidades por sí mismo?
9. ¿Cómo ha sido el desarrollo motor del niño (movimientos, su caminar, correr, escribir, brincar, etc...) en general? ¿Ha presentado algún problema en este sentido? ¿Cuál?
10. ¿Cómo ha sido en general el desarrollo del lenguaje en el niño? ¿Ha presentado algún problema? ¿Cuál?

11. ¿Cómo ha sido el grado de aprovechamiento escolar del niño -  
(en general)?
12. ¿Ha presentado el niño (alguna vez o siempre) algún tipo de -  
trastornos de conducta? ¿Cuáles?
13. Lugar que ocupa el niño enfermo entre sus hermanos:
14. ¿Cómo han sido en general sus habilidades oculo manuales?
15. ¿A qué edad ingresó el niño al Kinder?
16. El Kinder al que ingresó el niño era oficial o particular:
17. Edad en la que el niño ingresó a la escuela primaria (y si é  
ta era oficial o particular)?
18. Número de años reprobados por el paciente en la escuela (e in  
dicar cuáles fueron y cuántas veces los reprobó):
19. ¿Cómo es la conducta del niño en la escuela?
20. ¿Cómo es el ambiente del hogar?
21. ¿Están los padres suficientemente enterados sobre la enferme-  
dad de su hijo?

22. ¿Sabe el niño que padece epilepsia?
23. ¿Ha tenido el niño una sólo crisis o varias?
24. ¿Desde qué edad es el niño epiléptico?
25. ¿Se le ha rechazado al niño en alguna institución (club, escuela, scouts, clases de natación, etc...) por padecer epilepsia?
26. ¿El colegio a donde asiste el niño está informado sobre el padecimiento de éste? ¿Por qué?
27. ¿Ha habido alguna plática entre los padres del enfermo y sus maestros respecto a la enfermedad del niño o a problemas que presente éste en la escuela?
28. ¿Sigue el niño el tratamiento indicado?
29. ¿Cómo es la alimentación del niño (suficiente, nutritiva, etc...)?
30. ¿Cuántas horas de sueño o descanso tiene el niño?
31. ¿Tiene el niño amigos?
32. ¿Cómo es la relación del niño con sus amigos?



33. ¿Aceptan los padres la enfermedad del niño epiléptico con conformidad o la rechazan con desesperación?
34. ¿Por qué?
35. ¿Cómo conciben los padres del niño su enfermedad?
36. ¿Acepta la familia del niño su enfermedad? ¿Por qué?
37. ¿Se rechaza al niño por algún motivo (especialmente por su enfermedad)?
38. ¿Cómo responde el niño a la educación que se le está dando (la acepta, la rechaza, es rebelde o disciplinado, funciona o no)?
39. ¿Cómo es la comunicación que hay en la familia (si se platican y conversan, si conviven y se llevan o no bien, etc.)?
40. ¿Cómo se llevan entre sí los padres?
41. ¿Cómo se llevan entre sí los hermanos?
42. ¿Cómo se llevan los padres con los hijos?
43. ¿Tiene algún problema el niño enfermo con alguno de sus padres o hermanos? ¿Cuál y por qué?

44. ¿Se le dificulta (por algún motivo) al niño entablar relaciones (de cariño, amistad, convivencia) con los demás?
45. ¿Cómo son los recursos económicos de la familia (nivel de vida)?
46. ¿Se vigila al niño epiléptico o se le concede independencia?  
¿Por qué?
47. ¿Se protege demasiado al niño epiléptico? ¿Por qué?
48. ¿Participa el niño en las labores del hogar? ¿Por qué?
49. ¿Cómo es la disciplina que se le ha impuesto al niño (si se le exige demasiado o nada)? ¿Por qué?
50. ¿Se atiende o no al niño? ¿Por qué?
51. ¿Se le da al niño suficiente afecto? ¿Por qué?
52. ¿Cómo es la actitud del niño respecto a su escuela, profesores y compañeros?
53. ¿Ha presentado el niño algún otro tipo de enfermedad seria?  
¿Cuál y cuándo?

54. ¿Cómo es la actitud del niño con respecto a los médicos que le atienden?
55. ¿Ha recibido el niño en alguna ocasión alguna ayuda psicológica o pedagógica (por su enfermedad)? ¿Por qué?
56. ¿Se le dificulta al niño alguna materia en particular?
- ¿Cuál?
- ¿Desde cuándo?
57. ¿Cómo son las siguientes funciones en el niño...
- comprensión (entiende o no):
  - memoria:
  - Analiza bien o no las situaciones (resúmenes):
  - imaginación:
58. ¿Cómo definirían ustedes la educación que se le da al niño?
59. ¿Qué espera usted de su hijo (que estudie, trabaje, etc.):
- ¿Por qué?
60. ¿Qué hacen ustedes (los padres) cuando se presenta la crisis en el niño y por qué?
61. ¿Cómo es la inteligencia (en general) del niño?

62. ¿Cómo es la personalidad del niño (en general): (Poner rasgos de carácter).
- Noble.
  - Amistoso.
  - Cariñoso. (pegagoso)
  - No hiperactivo (se entretiene).
  - La escuela le absorbe su tiempo.
  - Tranquilo. No muy tranquilo.
  - Activismo.
63. ¿Ha presentado el niño algún problema con la lectura, la escritura o el cálculo?
64. ¿Qué opinión tienen ustedes como padres, de su hijo?
65. ¿Ha afectado de alguna manera a la familia el hecho de que el niño padezca epilepsia? ¿Por qué?
66. ¿Le gustaría a usted que se le diera algún tipo de orientación (a usted) donde se le aconsejara cómo tratar y educar a su hijo (que por el hecho de tener esta enfermedad puede presentar problemas médicos y de personalidad) ¿Aceptaría usted esta ayuda? ¿Por qué?