

## INTERVENCIÓN PROFESIONAL

### ***ESTUDIO EMPÍRICO DE UNA POBLACIÓN EPILÉPTICA ESCOLARIZADA***

Diego J. Luque Parra y Juan F. Romero<sup>1</sup>

---

#### **RESUMEN**

En el presente trabajo se lleva a cabo un acercamiento psicoeducativo al trastorno epiléptico. Se estudia una muestra de alumnos con epilepsia, y se relaciona con alumnos con y sin Dificultades de Aprendizaje. Se analizan los resultados desde la perspectiva educativa en centros públicos de régimen ordinario. Dado que la epilepsia es un trastorno abordado casi exclusivamente desde ámbitos médicos y/o terapéuticos, este estudio busca aportar ideas para la reflexión e intervención desde la Psicología Educativa.

#### **ABSTRACT**

Herein, we make an educational approach to epileptic disorder. An epileptic subjects sample is studied and compared to both subjects who have no difficulty in school and subjects with learning disabilities. Achievements have been analyzed from an educational approach at public schools. Seeing that epileptic disorder have just been studied from medical or therapeutical approaches, this study intend to provide notions to facilitate reflection and application from Educational Psychology.

#### **PALABRAS CLAVE**

Epilepsia, Dificultades de aprendizaje, Escolar epiléptico, Intervención psicoeducativa.

#### **KEY WORDS**

Epilepsy, Learning disabilities, Epileptic student, Educational application.

---

<sup>1</sup> Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.

## 1.- INTRODUCCIÓN.

Si en la mayor parte de las introducciones es obligado un acercamiento inicial al tema, con el fin de aclarar o enmarcar el objeto de estudio, en la epilepsia, esto es más necesario aún. Esta necesidad se debe a diversas razones, entre las que cabría considerar las siguientes: (a) Existencia de una tradición o historia del trastorno unida a leyendas, connotaciones negativas, generalizaciones y relaciones, muchas de ellas absurdas y vacías de contenido. Todo ello origina un cuadro no precisamente favorecedor de un conocimiento apropiado del trastorno. (b) Amplitud del término. Desde un ámbito nosológico es fácilmente comprensible este punto, la definición de epilepsia ha variado con el tiempo. Así, en épocas antiguas, se hablaba de este trastorno cuando un individuo perdía al conocimiento. Bajo el término de epilepsia se han agrupado pues, situaciones de muy diverso significado que, con el paso del tiempo y merced a los avances de las técnicas de exploración, particularmente el E.E.G., se han separado en varios grupos. De toda esta situación se infiere la necesidad de una definición y estructura que favorezca el estudio y que hacer profesional por un lado, y la del estado de bienestar físico, mental y social de la persona con epilepsia por otro. (c) Desde el punto de vista educativo, la epilepsia, además de ser el campo abonado de los dos párrafos anteriores, es vista como ausencia de salud, trastorno proclive a cuidados médicos y con reticencias sobre el estado mental/comportamental del sujeto. Unámosle a ello falsas creen-

cias o expectativas negativas sobre el rendimiento escolar del alumno, y/o el temor a que se produzca una situación de crisis en clase lo que determinará una visión parcializada del escolar en concreto, impidiendo, en consecuencia, un acercamiento educativo que merezca llamarse como tal. A continuación se tratarán algunos elementos conceptuales que nos conduzcan a una definición y clasificación de la epilepsia. Y a continuación se expondrán los resultados obtenidos del estudio llevado a cabo con escolares epilépticos.

## 2.- ELEMENTOS PARA UNA DEFINICIÓN.

Comencemos haciendo la reflexión sobre el término de epilepsias (en plural), más que en singular. Con ello, como tendremos ocasión de ir viendo más adelante, se hará referencia a un cuadro variopinto que, sin duda, tiene aspectos comunes, lo que nos puede dar paso, a su vez, a un marco definitorio adecuado. Veamos primeramente los conceptos de crisis y de convulsión:

- a) Por crisis, y según el Diccionario Espasa (1988), de sus diversas acepciones al término, pueden extraerse las referentes a: *"... cambio considerable que acaece en una enfermedad, ya sea para mejorar - se, ya para agravarse el enfermo..."* *A la crisis se opone la lisis, que es la lenta disminución de la fiebre (o cuadro de enfermedad).* *"Mutación importante en el desarrollo de*

otros procesos...". " Por extensión, situación difícil o complicada".

Siguiendo pues esta acepción, una crisis epiléptica sería una alteración del desarrollo o funcionamiento de las neuronas cerebrales (descarga excesiva). Una precisión a este apartado, nos llevaría a afirmar que es, precisamente, su carácter de *recurrencia* el que delimita y determina a las crisis epilépticas.

b) Hablamos de convulsión cuando hacemos referencia a los movimientos involuntarios, localizados o generalizados, de presentación esporádica o reiterada, que pueden acompañarse o no de alteración de conciencia. Las convulsiones constituyen un problema con características peculiares en la infancia, a causa de algunas circunstancias que concurren en sus diversos estadios evolutivos:

En el Diccionario de Epilepsia de la O.M.S. (1973), se define el trastorno como *una afección crónica, de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes, debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales (crisis epilépticas), asociada eventualmente con diversas manifestaciones clínicas o paraclínicas.*

A la luz de todo lo anterior, podrá deducirse que no todos los individuos que presentan una crisis padecen epilepsia, sólo la recurrencia de esas crisis o la constatación de datos clínicos o bioeléctricos que pongan de manifiesto esa

capacidad de recurrencia, permitirán afirmar el diagnóstico de epilepsia.

Como corolario podrá afirmarse que no todas las manifestaciones críticas de la epilepsia, se traducen por convulsiones ni, por otra parte, todas las convulsiones son de carácter epiléptico (Bernard, 1973), aunque sí, el padecimiento de epilepsia conlleva el de crisis epiléptica como núcleo fundamental.

### 3.- ESTUDIO DE UNA MUESTRA DE ESCOLARES EPILEPTICOS:

#### 3.1.- Objetivos.

Este trabajo, pretende la consecución de los siguientes objetivos:

A. - Realizar una valoración de la población epiléptica escolarizada en la Comarca de la Costa del Sol occidental, de acuerdo a los parámetros:

- Capacidad Intelectual.
- Perfil Aptitudinal.
- Aprendizaje lecto-escritor.
- Rendimiento escolar general.
- Conducta.

B. - Comparar con una muestra concreta de alumnos/as con Dificultades Específicas de Aprendizaje los resultados obtenidos.

C. - Comparar esos resultados con una muestra de alumnos sin dificultades, en igualdad de condiciones (edad, sexo, curso) y del mismo ámbito educativo.

D. - Quiere, aunque con las debidas precauciones de inferencia estadística, y salvando diferencias circunstanciales para ambos tipos de estudio, realizar una confrontación con una muestra de pacientes epilépticos en tratamiento ambulatorio en un Centro de Salud.

E. - Pretende poner de manifiesto (a modo de hipótesis), la no diferencia significativa entre los alumnos/as epilépticos y los alumnos/as con Dificultades Específicas de Aprendizaje., lo que equivaldría a suponer que, en caso de darse alguna dificultad de aprendizaje, no tendrían por qué ser distintos de éstos, en cuanto al contexto escolar. En definitiva, que no se busque etiología de un anómalo rendimiento escolar en una epilepsia (como trastorno exclusivo), sino en unas necesidades educativas.

### 3.2.- Supuestos de partida

1. - El conocimiento de la existencia de esta muestra es resultado de las entrevistas realizadas a familiares y/o de la apreciación de dificultades en el aprendizaje por el profesor/a. Esto no los separa del resto de los alumnos/as con Dificultades Específicas de Aprendizaje (DEA). Hecho que implica, en nuestra opinión, un principio de normalidad, tanto en criterio estadístico como sociológico.

2. - La segunda premisa, derivada de la anterior, es que la muestra

como conjunto, obedece al hecho del diagnóstico, como factor comunal exclusivamente. Ello indica, una vez más, que las “etiquetas”, unifican en un grupo, aún cuando exista a la vez una gran heterogeneidad intragrupo, tanto en ese diagnóstico, como en las diferencias individuales. A pesar de ello, inicialmente, como se ha mencionado, se desecharon tres casos, por no ser “auténtica epilepsia”.

3. - Por último, el estudio no busca generalizaciones ni extrapolaciones, sino algunas reflexiones educativas, comparaciones con otras muestras de alumnos con las debidas precauciones, pero con las inferencias apropiadas. Finalmente, persigue la obtención de algunas implicaciones de Psicología Educativa.

### 3.3.- Muestra.

La muestra la forman 18 (de los que se descartaron finalmente a tres) alumnos/as escolarizados en centros públicos de la comarca mencionada de Estepona, agrupando pues a los municipios de Estepona, Casares y Manilva, en la provincia de Málaga,

Como se ha mencionado, se procederá a su comparación con una muestra de 15 alumnos/as con dificultades en el aprendizaje de la escritura (disortografía); y con otros tantos de desarrollo educativo

normalizado, que servirán de referente comparativo.

### 3.4.-Técnicas y Procedimiento.

1. - Se evalúa la Capacidad intelectual de acuerdo a las pruebas de Matrices Progresivas de Raven (1988) y la Escala de Inteligencia de Wechsler (1985).

2. - Valoración del aprendizaje lectoescritor (cuando proceda), de acuerdo a:

- Test de Análisis de Lectura y Escritura (T.A.L.E.), (Toro y Cervera, 1984).
- Escala de Observación del Profesor E.P.O.E. de Málaga, en los apartados específicos de lectura y escritura
- Tests A.B.C. de Verificación de la madurez necesaria para el aprendizaje de la lectura y la escritura, de Filho (1960).

3. - Observación conductual:

- Registros "ad hoc".
- Escala de conducta E.P.O.E. de Málaga.
- Cuestionario de Observación de una Crisis Epiléptica (Luque, 1992).

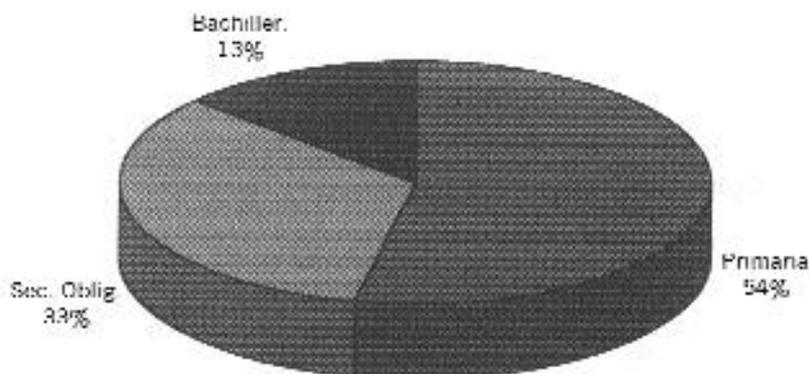
4. - Aspectos varios de:

- Lateralidad y lenguaje (Examen articulatorio), por entenderlos muy ligados al aprendizaje y rendimiento lectoescritor.
- Análisis de la medicación y sus efectos.
- Relaciones familiares.

### 4.- RESULTADOS.

La edad media de la muestra es de 10 años 3 meses, con unos extremos de 6 a. 2 m. y de 17 a. 3 m. Con escolaridades que van desde 1º de Primaria, hasta E.S.O. y B.U.P. (Véanse gráficas siguientes).

Gráfico 1  
Escolaridad



La distribución por sexos es, como puede observarse en la gráfica correspondiente, de 2 a 1 para varón/mujer.

La etiología de los trastornos, es de un 66% para las de carácter primario, frente a un 33,33% de las secundarias.

#### 4.1.- Aspectos cognitivos.

Aunque el test de Raven no se pueda considerar como prueba general neuropsicológica, sí ha sido ampliamente usada como test clínico psicológico, para el examen de un posible deterioro mental (Bernstein, 1988). En el presente tra-

bajo se usará como exploratoria de la Capacidad General (factor "G") y una primera forma de aproximación a la actividad y estilo cognitivos.

Aunque de igual forma, las Escalas de Wechsler no se hicieron como pruebas neuropsicológicas, pueden orientarnos en tal sentido. Para ello debemos de hacer un ejercicio de inferencia, una buena relación entre la ejecución en las pruebas y las funciones cerebrales que supuestamente provocan aquéllas (Luria, 1.969). Asimismo debemos procurar un alto conocimiento de las bases neurofisiológicas, del funcionamiento cerebral y buscar la discrepancia significativa

Gráfico 2  
Distribución por sexo

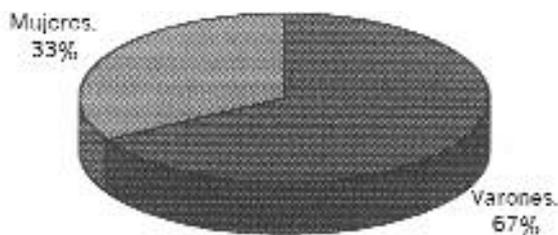
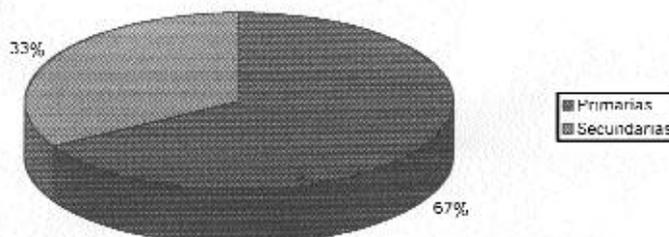


Gráfico 3  
Etiología



(Monedero, 1989). Esta significación no debe verse desde el punto de vista estadístico, sino desde la perspectiva clínica y psico-neurológica. Según pues esta interpretación, estaríamos buscando los déficits instrumentales que condicionan la dificultad del aprendizaje.

Dicho lo que antecede, una premisa básica en el diagnóstico de los niños con dificultades en el aprendizaje, es la de que su capacidad intelectual esté dentro de la normalidad. De lo contrario, entraríamos en el terreno de la deficiencia mental y, por ende, en una casuística englobadora y explicativa de esas dificultades.

Por ello, nuestra prueba buscará una proyección de las aptitudes mentales, que se manifestará en sus habilidades y/o dificultades instrumentales o académicas. No podemos estar de acuerdo totalmente con Monedero cuando afirma que *“La interpretación habitual que el Psicólogo hace de esta prueba, suele limitarse al diagnóstico de una serie de aptitudes mentales...”*. (Monedero, 1989). Admitimos una interpretación de psicología clínico-educativa, en la que, además de advertir un análisis de la discrepancia entre las puntuaciones, su valoración global e interrelaciones, se hace una integración con el resto de la información proveniente de todas las ejecuciones en las diversas exploraciones realizadas. Un análisis de este tipo conlleva una intervención individualizada, obviamente, en todos los casos de Dificultades de Aprendizaje. Ello hace a su vez que se obtenga un conocimiento relativamente

preciso del déficit instrumental que condiciona la dificultad de aprendizaje, renunciando a planteamientos estadísticos simplificadores, haciendo la mayor concreción al alumno/a en cuestión.

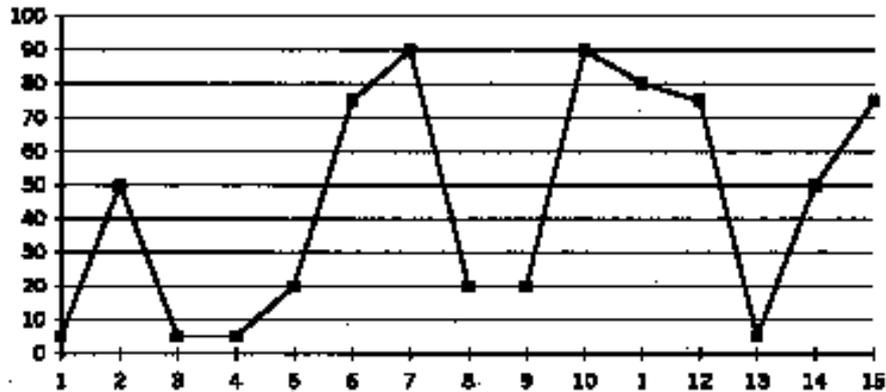
El análisis anterior cobra una vigencia clara para una enseñanza verdaderamente individualizada, dentro de un sistema curricular abierto. No tenemos más que proseguir en esa línea para llegar a la mejor adaptación curricular que el alumno/a precise, en un mejor proceso de aprendizaje adecuado a su persona.

#### a. - Datos de Capacidad Intelectual:

##### - Prueba de Matrices Progresivas de Raven.

Se obtiene una media en puntuaciones centiles de 39,58. Tomemos pues la P.C. = 40. Con una desviación muy grande (32,71). Las puntuaciones oscilan entre los extremos inferior de 5 y superior de 90. Obviamente, nos encontramos con una alta dispersión, lo que era de esperar en nuestro grupo, dados los aspectos que en él concurren de aleatoriedad en la elección de los miembros y su heterogeneidad en lo que hace referencia a niveles educativos, tipo de epilepsia, etiología.... Se pone en evidencia igualmente lo ya comentado en apartados anteriores, esto es, el papel englobante que posee una categoría diagnóstica. Si ésta es de tipo clínico-médico, puede existir una asunción de integración multifactorial de los diversos aspectos, no necesariamente relevantes o representati-

Gráfico 4  
Distrib. Prueba de Raven



vos a nivel psicológico y educativo. Detengámonos, por un momento, buscando un poco más de detalles sobre ello.

Así, puede achacarse al trastorno epiléptico, bajo el argumento de base orgánica, la causa de la obtención de bajas puntuaciones en pruebas estandarizadas de inteligencia. Dos objeciones tan sólo a este argumento, con el ánimo de su precisión teórica y su contrastación empírica con los resultados de nuestro estudio:

Primero, como ya se ha indicado, los trastornos epilépticos, aunque puedan coexistir con alteraciones senso-perceptivas y/o de conciencia (períodos críticos o ictales), no conllevan necesariamente, deficiencias intelectuales. Se dan éstas tan solo cuando se aprecia lesión cerebral, siendo por tanto la epilepsia una consecuencia más. De esto se infiere que:

- Una buena evaluación intelectual siempre ha de hacerse con una visión amplia, de tal forma que se contemplen

aspectos no sólo de resultado, sino de producto, tipo de ejecución y comportamiento durante la prueba.

- Debe hacerse uso de una integración adecuada de varias técnicas empleadas, así como de repeticiones de las mismas. No debemos olvidar que, si los tests e instrumentos de diagnóstico son siempre, por definición, situacionales y temporales, en la epilepsia, esto se pone claramente de manifiesto. La mejor evaluación nos vendrá dada de la mano de la mejor adaptación a la persona y todos sus condicionantes.

Segundo, en el test de Raven, como es conocido por los diversos profesionales, además de una Capacidad Intelectual General, es preciso realizar una aproximación de tipo atencional. En efecto, antes de obtener una valoración de producto intelectual, debemos acercarnos a una interpretación de tipo atencional, evaluar su tipo de concentración en los ítems, su forma de trabajo (intuitivo, reflexivo...),

estilo cognitivo, etc., en fin, una valoración clínico-educativa, por suponer ésta la mejor adecuación a la individualidad del alumno/a. Se ha observado pues que, en las ejecuciones en el test de Raven, una puntuación baja es, en principio, indicativa de falta de atención y/o concentración en la tarea a realizar. Como corolario, una interpretación prudente de la inteligencia será la obtenida a partir de puntuaciones altas, y siempre con un carácter global, dado el grado de saturación que la prueba tiene en el factor "G". De hecho, en nuestra muestra se ha constatado la correlación esperada con el otro instrumento (Wechsler). Así, la correlación del Raven con los subtests verbales es de 0,96 y, la habida con las pruebas manipulativas de 0,73. Ambas significativas a nivel de validez pedagógica.

Lo anterior nos da pie a argumentar que el test de Raven es un instrumento fiable tanto para una observación

de habilidades atencionales en una tarea determinada, como de valoración intelectual, viéndose ésta mejor a medida que las puntuaciones ascienden. De lo que no cabe inferir su análogo, es decir, a puntuaciones bajas, no mediremos sólo inteligencia (probablemente poco) sino más bien habilidades atencionales y estilos de afrontamiento en la tarea.

#### Comparación con otras muestras.

No se observan diferencias con la muestra con dificultades de escritura (disortografía). En el contraste con una muestra normativa, si bien se observan diferencias en las puntuaciones, en cuanto a la distribución de las mismas y la media en general, no se da significación (prueba U de Mann-Witney), por lo que ambos grupos son similares en cuanto a lo evaluado. Esto es, de haber diferencias entre

Gráfico 5  
Comparación de Grupos (Prueba de Raven)

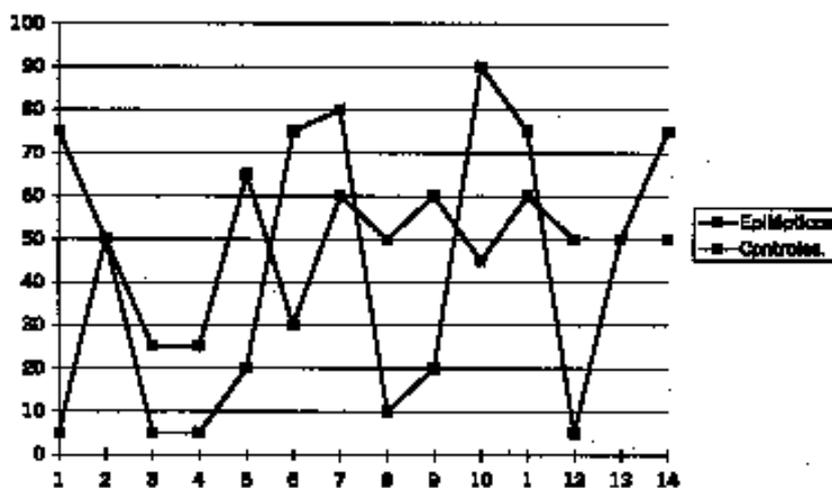
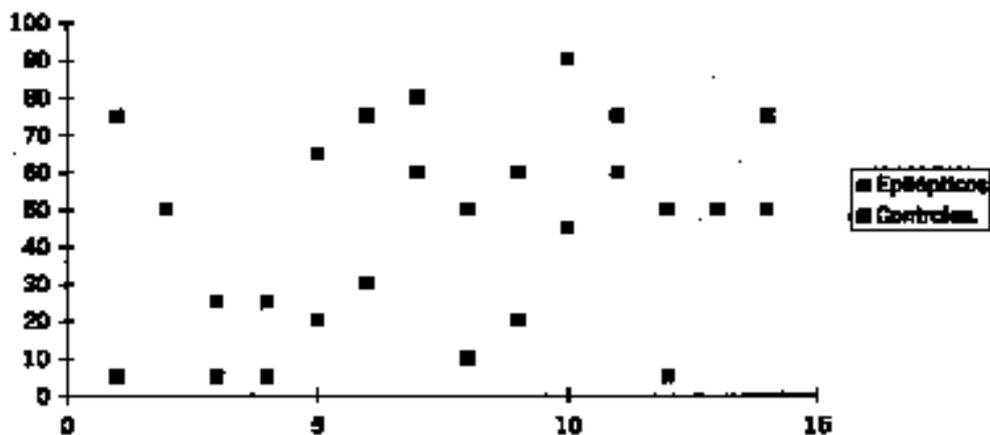


Gráfico 6  
Dispersión Prueba de Raven



ambos grupos, no tendrán por qué ser distintas de las existentes entre alumnos con dificultades específicas de aprendizaje.

Véase la gráfica comparativa 5. Podrá comprobarse las diferencias en cuanto a puntuaciones y su dispersión. Puede observarse lo ya comentado acerca del uso de la prueba de Raven. Valorada ésta desde una perspectiva atencional, podría pensarse que los alumnos/as con trastorno epiléptico, obtienen puntuaciones más bajas debido a aspectos de menor grado de percepción y concentración en la tarea.

El anterior supuesto, como tal, debe sustentarse en un argumento con base empírica. En efecto, podemos tratar de averiguar una posible correlación

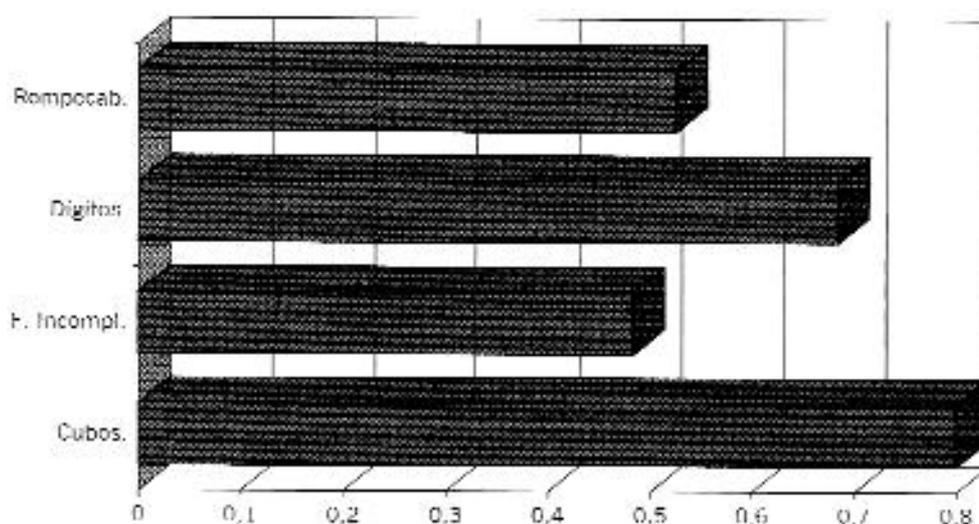
entre las puntuaciones habidas en la prueba de Matrices Progresivas, con otro tipo de tareas que tengan una base de comparación conceptual. Es decir, se trataría de valorar las relaciones de estas puntuaciones con las obtenidas en otra prueba de similar validez de constructo. Para ello se ha pensado en calcular esa correlación, en base a la comparación de puntuaciones entre Raven y las sub-pruebas de Cubos, Figuras Incompletas, Dígitos y Rompecabezas de la escala de Wechsler.

Veamos la siguiente tabla.

Si bien todas las correlaciones son significativas, puede verse como son más elevadas en las pruebas de Cubos y en la de Dígitos. Nos pone en evidencia esa capacidad atencional, a la que antes se

Subtests.	Cubos.	F. Incompl.	Dígitos.	Rompecab.
P. de Raven	0,799	0,483.	0,683.	0,525.

Gráfico 7  
Correlación Raven-Subpruebas WISC:



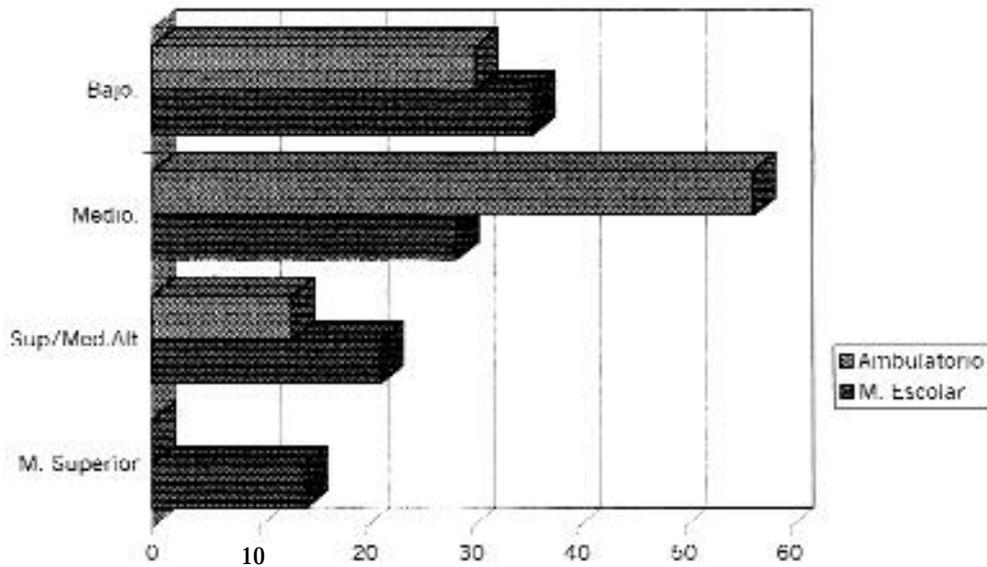
aludía, como habilidad subyacente a demostrar en la ejecución de esas pruebas. Repárese que, en ambas, se precisa una focalización de la atención primero, para después un análisis de las secuencias de la tarea y su procesamiento posterior. Tengamos en cuenta, finalmente, que la realización de esas tareas se lleva a cabo a través de canales de entrada distintos. La prueba de Cubos (reproducción con cubos, en tiempo limitado, de una serie de modelos) es de tipo visual. Por el contrario, la de Dígitos (repetición de una serie de números en orden directo e inverso) es de carácter auditivo. Volveremos con este aspecto en el apartado siguiente de resultados de la escala de Wechsler.

No podemos resistirnos a hacer una comparación de este estudio, con el llevado a cabo por Moya en los años

1.955 y 1.956. En éste, realizado con 165 soldados, y otros grupos de comparación, entre los que se encontraban 30 epilépticos, observó (no olvidemos las conceptualizaciones y categorización nosológica, imperantes en esa época) que la prueba de Raven (de la que puede considerarse el primer autor en llevar a cabo un estudio de corte psicológico y/o psicométrico con epilépticos) “*puede ... facilitar datos de interés, referentes no ya a la inteligencia global del sujeto, sino a algunas alteraciones que existan en el mecanismo de su razonamiento*” (Moya, 1.958).

Asimismo, viendo los aspectos de perseveración que se dan en la prueba, advertía que este tipo de respuestas no era exclusiva de los epilépticos de origen lesional, encontrándolo también en los

Gráfico 8  
Comparación de muestras escolar y ambulatoria



soldados normales. Tengamos en cuenta que esa muestra de epilépticos, provenía del Instituto de Patología Médica de Madrid (del Dr. Marañón), lo que nos hace suponer que era un grupo sesgado,

por cuanto deberíamos precisar en lesionados cerebrales. Aún así, se hacía la advertencia citada de no ser significativas las diferencias encontradas en el aspecto referido de la perseveración.

**COMPARACIÓN ADULTOS EN ESTUDIO Y EN REGIMEN AMBULATORIO.**

	Muestra ambulatorio.		Muestra estudio.	
	Media.	Dev. Típ.	Media.	Desv. Típ.
P. Total.	35,04	10,48	39,58	31,72
Rangos.				
I. Muy superior	0,00%		14,28%	
II. Superior y				
III. medio alto	13,1%		21,42%	
IV. Medio.	56,5%		28,57%	
V. Bajo.	30,4%		35,71%	

Para terminar este apartado, vamos a hacerlo siguiendo lo expresado en el último objetivo. Según éste hacemos una comparación de nuestra muestra con la de un grupo en tratamiento médico ambulatorio (Mingote et al, 1989).

Como ya se indicó, debemos hacer la precisión de ser una comparación un tanto delicada, por cuanto son sujetos adultos, (evaluados por tanto con el Raven general) y en seguimiento clínico.

En esa muestra los autores encontraron diferencias significativas, tanto en los niveles de capacidad como en sus puntuaciones totales, entre sujetos controles y epilépticos, a favor de aquéllos. (Véase cuadro comparativo siguiente):

Salvando las distancias, como ya se ha comentado, entre ambas muestras, sólo añadir que la nuestra tiene mayor grado de dispersión, frente a la otra que, siendo más homogénea, apunta más a índices a la baja. Con ello se podría manifestar un ejemplo típico de las diferencias existentes entre la población epiléptica "paciente" y la escolar. Aquélla se polariza hacia un sector necesitado de tratamiento médico, supuestamente por tanto con un mayor grado de afectación a nivel lesional. Por ende, menos representativo de esa población epiléptica en general, aunque después se extrapolen resultados específicos de un sector para esa generalidad.

Como conclusión a este apartado, podríamos decir que las diferencias, en cuanto a puntuaciones y su distribución,

#### *PRUEBAS VERBALES.*

	Inform.	Compr.	Aritm.	Semej.	Vocab.	Dígit.
Media.	8,40	10,80	9,80	11,38	9,07	9,46
Desv.	2,64	2,86	3,64	3,00	2,01	3,48

#### *PRUEBAS MANIPULATIVAS.*

	F.Incom.	Histor.	Cubos.	Rompeca.	Claves.
Media.	10,85	8,85	6,50	10,07	8,15
Desv.	2,54	2,63	3,88	3,02	2,63

#### *COCIENTES INTELECTUALES.*

	C.I. Verbal	C.I. Manipulativo.	C.I. Total.
Media.	94,92	91,23	93,07
Desv.	15,09	14,35	14,88

Gráfico 9  
Perfil Verbal Wechsler

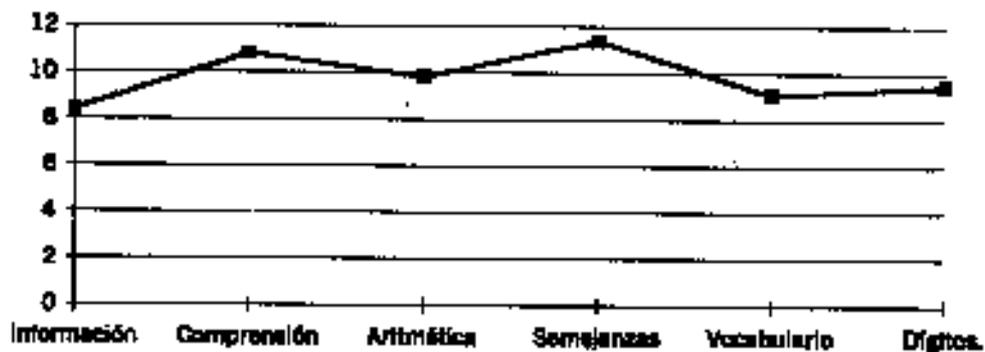


Gráfico 10  
Perfil Manipulativo Wechsler

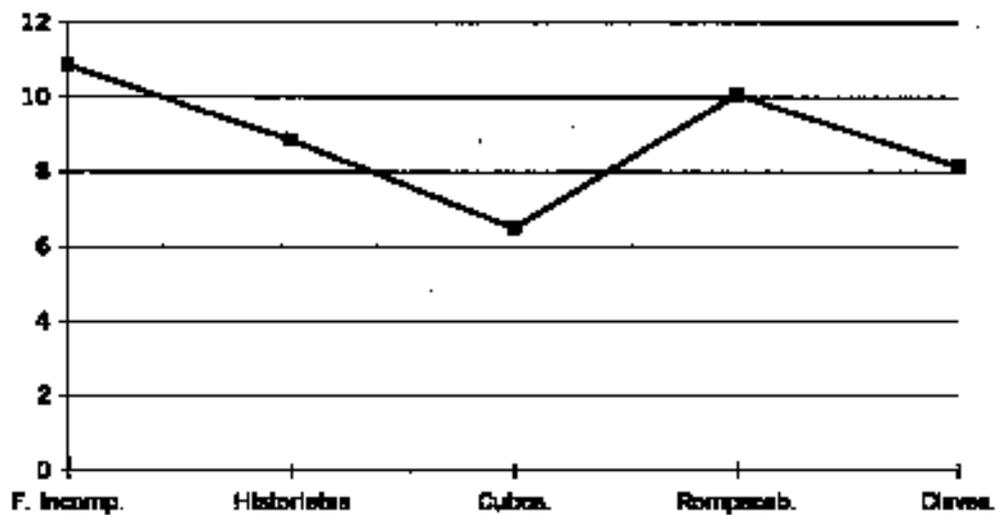


Gráfico 11  
Perfil Aptitudinal Escala Wechsler

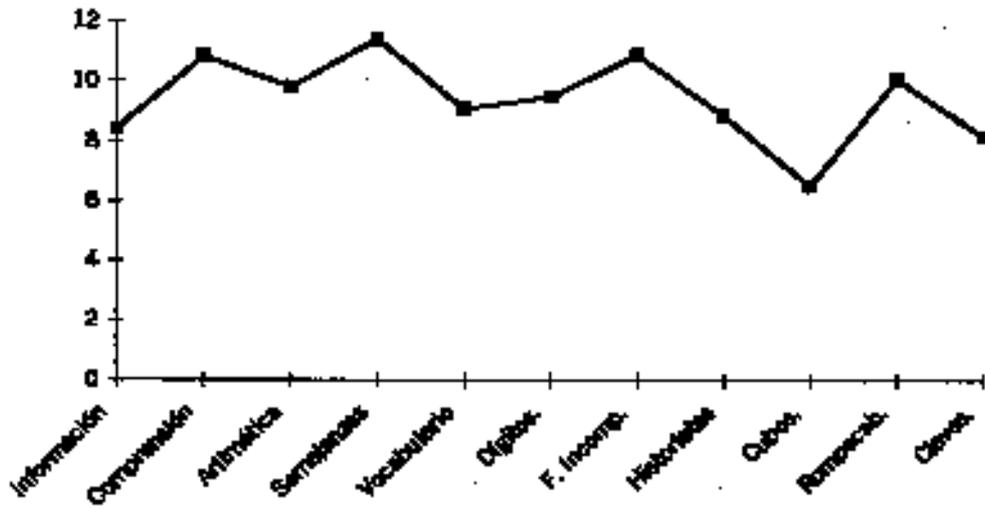
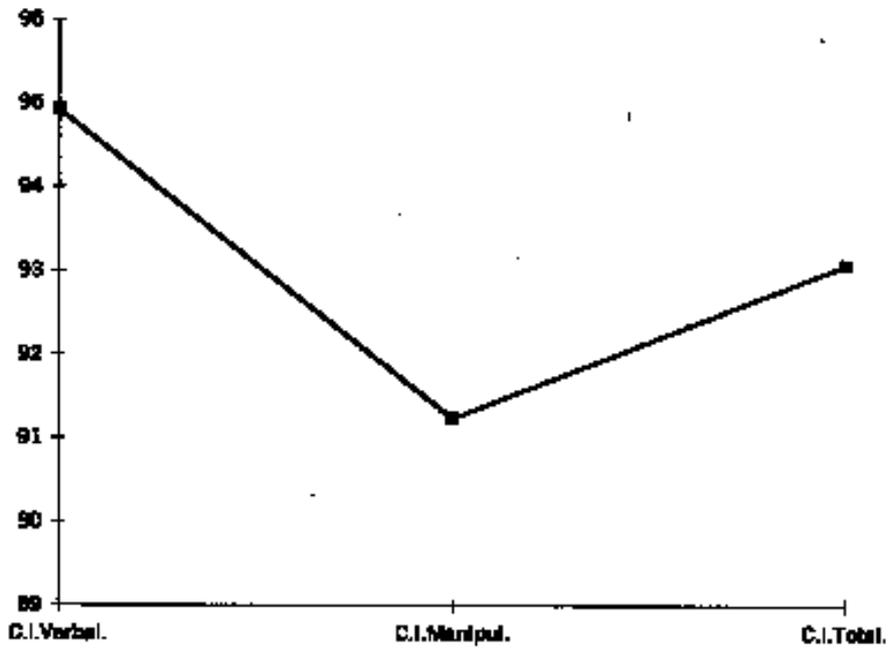


Gráfico 12  
C.I. Muestra



entre epilépticos y “ normales “, en nuestra muestra, no son significativas, en cuanto a Capacidad Intelectual, lo cual se tratará de constatar con los resultados habidos en la Escala de Wechsler, que veremos a continuación. No obstante, podría esbozarse una explicación de tipo perceptivo-atencional, para esa distribución. Así pues, esas correlaciones la apoyarían y vendrían a corroborar otros estudios, en los que se sugiere tal falla atencional, como algo más inherente al trastorno epiléptico. Todo ello, naturalmente, sin olvidar los múltiples factores que inciden en la epilepsia de carácter más ambiental: sobreprotección, dependencia, bajas expectativas...

#### - Escala de Wechsler.

Los resultados en las pruebas de esta Escala, quedan reflejados en el cuadro siguiente.

Como puede comprobarse, de acuerdo a la tipificación de la escala, quedarían, como grupo, dentro del intervalo poblacional ( 90-110 ), clasificado de nivel MEDIO, si bien con una tendencia al extremo bajo del intervalo (véase perfil siguiente).

#### EVOLUCIÓN DEL CI

Exploraciones	C.I.V.	C.I.M.	C.I.T.
Dic./90	80.	92.	84.
Nov./92	61.	69.	60.
Nov./93	50.	79.	60.
Actual.	Estabilizado.		

Un análisis en el sentido comentado al principio de este apartado, nos revela:

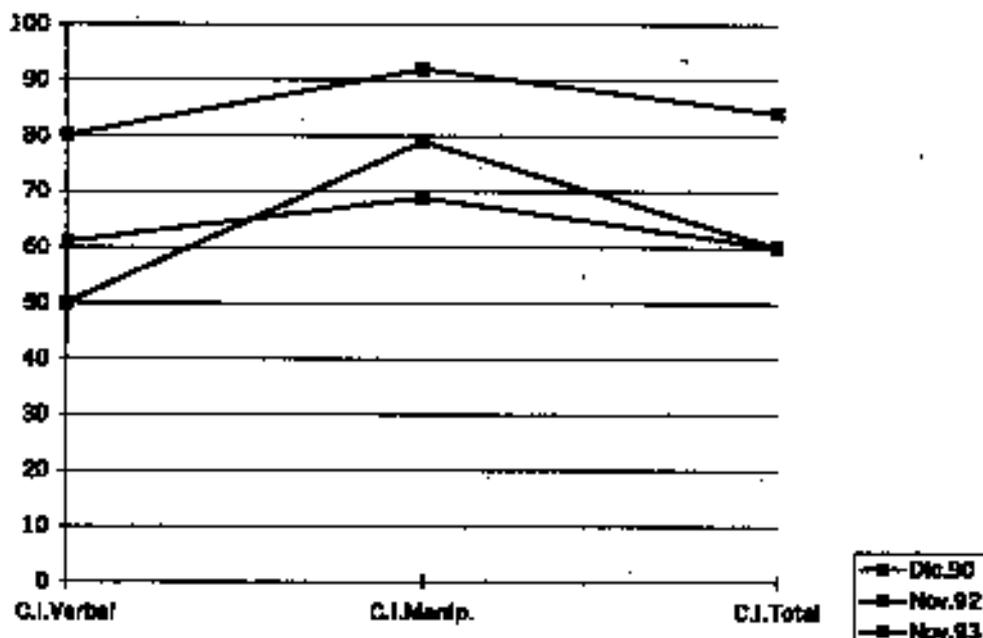
- No existencia de discrepancia entre lo verbal y lo manipulativo. Aunque la desviación sea grande, lo que pone de manifiesto que algunos miembros del grupo puedan tenerla, no se observan diferencias significativas. Se entienden éstas en términos de desviación típica de la prueba.

- Un perfil cognitivo verbal claramente medio, frente a un manipulativo, ligeramente más bajo (3 puntuaciones típicas), debido a la inferioridad en la prueba de cubos. Evidencia este resultado una inferior ejecución en atención y percepción visual, relaciones espaciales y coordinación visomotora.

- Se detectan también puntuaciones bajas, aunque en el límite inferior de la media, para los aspectos de conocimientos generales, asimilación de experiencias y memoria remota (prueba de Información), así como para memoria visual inmediata, previsión asociativa y rapidez motora (prueba de Claves).

Se constata de este modo la correlación observada entre la prueba de Raven con las subpruebas de Wechsler ya citadas anteriormente.

Gráfico 13  
Evolución individual sind. Lennox-Gastaut



Dado el perfil obtenido, un análisis de corte neuropsicológico, en el sentido que manifestábamos al comienzo del capítulo, se verá limitado, por cuanto los valores grupales no revelan particularidad alguna, salvo las ya referidas en la prueba de Cubos y que pudiera, por tanto, verse como una expresión del funcionamiento del hemisferio cerebral derecho. Esto podría verse apoyado por el peso de los trastornos secundarios y parciales en la muestra y las puntuaciones que, en general, obtienen los individuos en esa prueba específicamente. Así, el apartado cognitivo, encontrándose normalizado, aportaría una función cerebral

izquierda poco afectada, deduciéndose de ello un pronóstico escolar, en cuanto a aptitudes intelectuales, del común de la población a la que pertenece.

Obviamente, el análisis individual aporta datos de mayor interés. En efecto, en uno de ellos, con diagnóstico de síndrome de Lennox-Gastaut/epilepsia parcial compleja, en un seguimiento de tres años se constata una involución cognitiva, lo que estaría de acuerdo con otros autores y la frecuencia en estos casos, en los que se acompaña de déficit intelectual, trastornos del carácter, así como signos correspondientes a la encefalopatía (Aju-riaguerra, 1.990).

En el resto del alumnado, cabe citar tan sólo al caso de una niña que, como consecuencia de un traumatismo craneo-encefálico, tiene trastorno epiléptico con involución generalizada.

Todo ello nos expresa lo que venimos comentando, en torno a una mayor incidencia en la lesión o trastorno cerebral subyacente, que se manifiesta epilépticamente. Como observan otros autores (Stores, 1978; Rutter, 1970; Rapin, 1987; Portellano, 1991), no existe un patrón de deterioro específico en la epilepsia, no debiendo desdeñarse otros factores, tales como, el tratamiento farmacológico utilizado y la complejidad o gravedad del tipo epiléptico, entre otros.

De cualquier forma, podemos observar un nivel intelectual ligeramente más bajo, comparativamente a otros "normales", aunque no un descenso generalizado como señalan algunos estudiosos (Fedio y Mirsky, 1969) y sí un acercamiento a la postura de cambios en el C.I. según el grado de control de la crisis, esto es, en un período de control de las crisis, los CC.II. permanecen más estables, dándose decremento cuando éstas aparecen o son más frecuentes. De aquí que sea conveniente hacer las mediciones y evaluación psicológica en general, con las repeticiones oportunas, para llegar a una valoración precisa y lo más fiable posible.

COMPARACIÓN DE ALUMNOS CON DIFICULTADES LECTORAS, ESCRITORAS, EPILÉPTICOS Y RESULTADOS OBTENIDOS POR SMITH (1977).

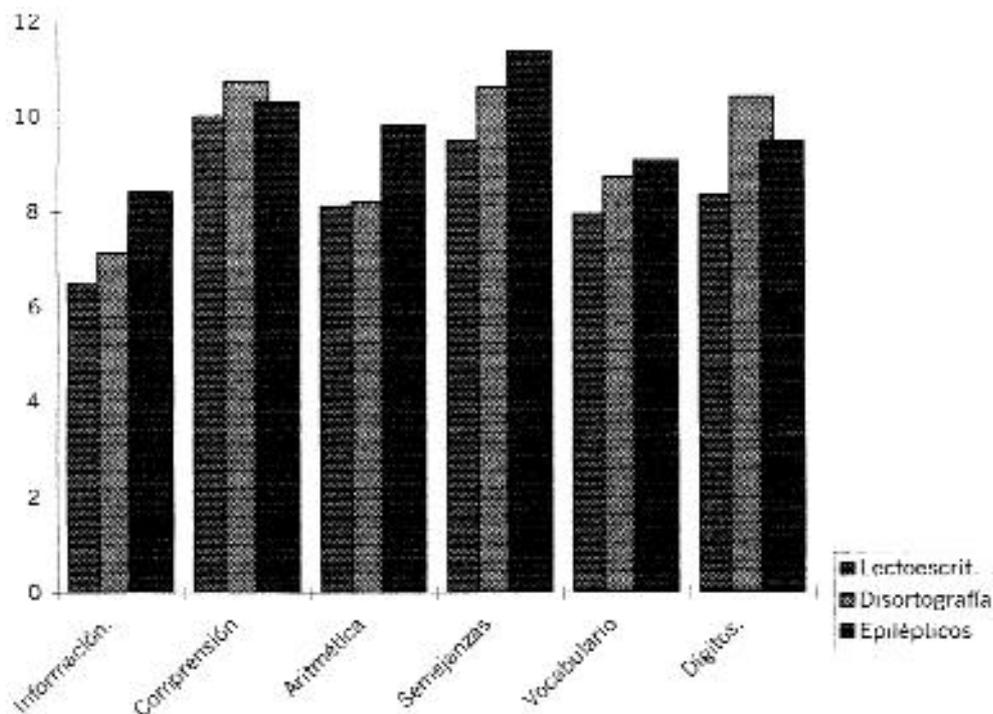
MUESTRA	C.I.V.	C.I.M.	C.I.T.
Lectoescritura.	86,94	87,65	86,06
Disortografía.	91,36	90,78	90,28
Epilépticos	94,92.	91,23.	93,07.
Smith.	84,80	92,70.	87,10.

*Gráfico 14*

**Escala de Wechsler. Perfiles Comparativos de muestras**



Gráfico 15  
Perfiles comparativos verbales



**Comparación con otras muestras:**

Haremos un contraste con una muestra de dificultades específicas de aprendizaje, en concreto una de alumnos con trastorno del desarrollo de la escritura (disortografía), de acuerdo a un estudio realizado sobre dificultades de aprendizaje en la Comarca de la Costa del Sol Occidental (Luque, 1992, 1993).

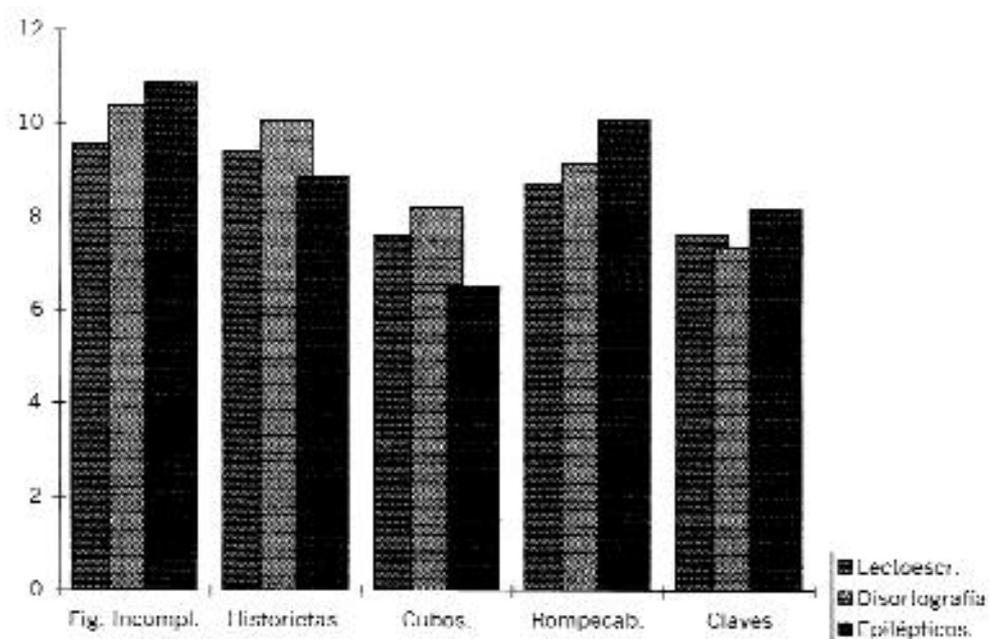
Siguiendo ese trabajo, valoraremos nuestra muestra de alumnos epilépticos con otra de dificultades de lectura-escritura, específicos de disortografía y

finalmente con una muestra extranjera, el estudio llevado a cabo por Smith (1977), con 208 niños y niñas que seguían enseñanza especial por dificultades de aprendizaje.

Para una interpretación de las mismas, observemos lo siguiente en la gráfica de perfiles comparativos de muestras, los diagramas, corresponden, respectivamente, a los CC.II. Verbal, Manipulativo y Total. En la de perfiles Verbales, los diagramas corresponden a las pruebas de Información, Comprensión, Aritmética, Semejanzas, Vocabulario y Dígitos, respectivamente. En la

Gráfico 16

Perfiles comparativos manipulativos



gráfica de perfiles comparativos Manipulativos las barras, se relacionan con las ejecuciones para las pruebas de Figuras Incompletas, Historietas, Cubos, Rompecabezas y Claves.

Como podrá apreciarse en la observación de las mismas, aunque exista una ligera superioridad del grupo epilépti-

co, no hay diferencias significativas entre éste y las muestras de dificultades de lectoescritura y específica de disortografía. También se puede constatar niveles dentro del perfil medio poblacional que establece la prueba.

No obstante, teniendo en cuenta que la Escala de Wechsler no es, obvia-

RESULTADOS OBTENIDOS EN EL WAIS POR LA MUESTRA DE ESTUDIO Y LA MUESTRA DE REGIMEN AMBULATORIO

	MUESTRA AMBULATORIO		MUESTRA ESTUDIO
	Epilépticos	Controles.	Alumnos epilépticos
Media.	10,04	11,93	9,79
Desv. Típ.	2,08	4,44	1,03

mente, sino una batería de evaluación cognitivo-aptitudinal, nos va a informar en tal sentido, aunque nos aproxime a una perspectiva neuro-cognitiva, más apropiado sería una evaluación del funcionamiento diferenciado de las distintas áreas cognitivas tales como memoria, atención,... lo cual aportaría mayor información y comprensión sobre la cognición en la epilepsia. Para ello necesitaríamos hacer uso de escalas neuropsicológicas como la de Halstead-Reitan o la de Luria-Nebraska, de la que tenemos buena aplicación en España de la mano de Manga y Ramos (1991), con su batería LURIA-DNI. A pesar de todo, como un intento de acercamiento a esas tesis, en nuestro estudio, puede observarse una inferioridad en las ejecuciones de la prueba de Cubos. Si bien no se den diferencias con los grupos de dificultades, sí se dan para los "normales".

Ello nos puede poner en la pista de una dificultad en la atención y percepción, en tanto que aptitudes o áreas, dicho sea de manera general. En efecto, los alumnos y alumnas con este trastorno, han manifestado conductas, observadas por profesores y padres, en las que la dispersión atencional, la necesaria centralización en la tarea y un aumento de la concentración en la misma, han sido necesarios para una mejora de la ejecución en su trabajo.

La comparación con la muestra ambulatoria, como puede comprobarse por el cuadro siguiente, viene a decirnos sobre un contenido análogo a lo expresado en la prueba de Matrices Progresivas de Raven.

En esta muestra se hizo uso de un WAIS reducido. Esto es, se tomaron dos pruebas verbales (Semejanzas y Vocabulario) y otras dos manipulativas (Historietas y Cubos). En el citado estudio se encontraron diferencias significativas entre los epilépticos y los controles, las cuales pueden asumirse por nuestro trabajo. A pesar de ello, debemos resaltar el hecho de la utilización del instrumento en su versión reducida, al tomar las dos pruebas que, por cada apartado cognitivo se usan, están incidiendo dónde, a nuestro parecer, sí puede darse distinción en los grupos. De lo mismo se debería concluir en la obtención de inferencias sólo para esas pruebas y áreas exclusivamente. No se debería por tanto, generalizar al resto de la escala y, menos aún, a una interpretación de los CC.II.

Como decíamos al comienzo de este apartado, de manera análoga a otras investigaciones, se constata la distinción entre las poblaciones, según su tratamiento y necesidades de salud, es decir, según se refiera a un sistema sanitario o a un sistema de educación. Con esto lo que puede conseguirse es un sesgo en el acercamiento al estudio del epiléptico, a menos que se afinen las características de la población, muestra, metodología y valoración de ambientes, con el ánimo de conseguir un estudio riguroso y por ende susceptible de generalización.

Como conclusión general a este capítulo de los aspectos cognitivos, podemos afirmar:

- Constancia de unos valores medios, tanto en la prueba de Matrices

Progresivas (media de P.C.= 40), como en la de Wechsler ( C.I.T. = 93). Se observa, igualmente, una gran dispersión de los datos, lo cual es representativo de la aleatoriedad tanto de los individuos (y sus diferencias individuales) como de sus cuadros diagnósticos.

- No existencia de un patrón específico para nuestra muestra epilépti-

ca, en cuanto a Capacidad General de Inteligencia ni de perfil Aptitudinal.

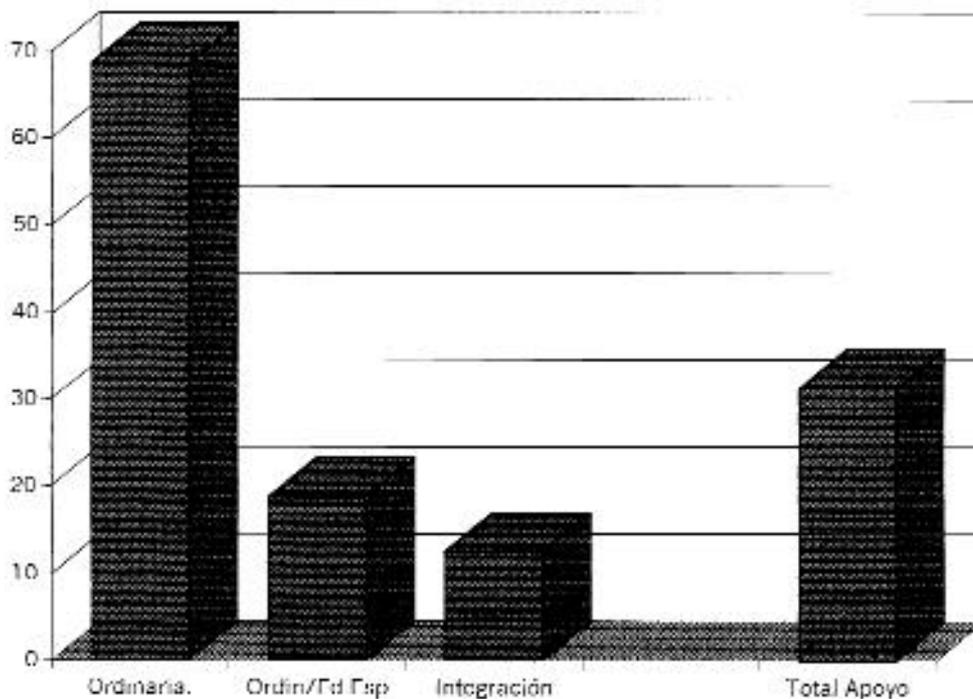
- Sí podría tener apoyo la tesis de cierto déficit en la atención, concentración y aspectos, en general, de tipo perceptivo. Se pone de manifiesto a lo largo de la ejecución de cada una de las pruebas. Si bien esto se nos aparece desde un punto de vista observacional y

#### PORCENTAJE DE ALUMNOS QUE RECIBEN ATENCIÓN EDUCATIVA

ATENCIÓN EDUCATIVA.	Porcentaje ALUMNOS
Ordinaria	68,75.
Ordinaria/Educ. Esp.	18,75.
Centro de Integrac	12,50

Gráfico 17

#### Tipos de escolaridad



cualitativo, adquiere entidad objetiva en los resultados de pruebas particulares, tales como Cubos y en menor medida Claves para la escala de Wechsler. Asimismo, en la prueba de Raven, esto es observable en la/s última/s serie/s en las que, como es sabido, su contenido de abstracción y necesidad de concentración han de ser mayores.

- El contraste de nuestro estudio con otras muestras ha puesto de manifiesto la no significación de diferencias entre los grupos de comparación, salvo en lo referente a esa supuesta dificultad atencional-perceptiva. Paralelamente a esta cuestión, se evidencia el cuidado que debe tenerse en cuanto a la especificación de muestras, técnicas y metodología usadas, así como la circunstancia de la dependencia del epiléptico, en su tratamiento, de un sistema sanitario de atención, más que de uno educativo. Todo ello, puede suponer fuentes de sesgos en la apreciación de datos y en el tratamiento que posteriormente se den.

#### 4.2.- Aspectos escolares.

##### a) Escolarización.

En nuestra muestra, representativa de los alumnos con trastorno epiléptico escolarizados en la comarca de referencia, se aprecia la siguiente clasificación en cuanto a tipo de escolaridad y grado de atención educativa.

Precisemos que tanto los alumnos y alumnas que reciben atención indi-

vidualizada, bien sea en un Centro de Integración como en otro con los aún existentes Centros con Aulas de Educación Especial, son tratados en régimen de integración, reciben tan sólo el apoyo específico a sus necesidades especiales, cuando las haya, siguiendo los currícula de sus aulas respectivas.

En un ánimo de mayor concreción en la atención educativa prestada, de ese porcentaje de alumnos y alumnas, con necesidad de apoyo individualizado, ya que de esto se trata o debiera tratarse en los Programas de Integración o, mejor, según la terminología curricular, basada a su vez en el Informe Warnock (1987), con Necesidades Educativas Especiales (NN.EE.EE.), nos encontramos con las siguientes datos.

- Un 60%, lo que representaría un 20% del total de la muestra, necesita un apoyo mínimo, centrado en sesiones de refuerzo, en técnicas instrumentales.

- El 40% restante, recordemos que equivaldría al 11,25% del total muestral, recibe una atención mayor, con necesidades educativas especiales en las áreas de atención, técnicas instrumentales y contenidos en general.

Estos últimos coinciden con diagnósticos de síndromes específicos (Lennox-Gastaut y epilepsia postraumática), a los que ya se ha hecho referencia anteriormente.

Está de más resaltar que estos apoyos se llevan a cabo en el tramo de la

E.G.B./Primaria, lo cual es habitual en nuestro sistema educativo y a niveles de práctica pedagógica actual, en los que se ha accedido al nivel de Bachillerato por un principio selectivo, en el que los alumnos y alumnas con DD.EE.AA. y NN.EE.EE. han tenido limitaciones en general.

En resumen, cabe destacar pues que el 88% de la muestra lleva una escolaridad, dentro de los patrones del desarrollo normal, si tenemos en cuenta los retrasos escolares por otros conceptos (con menor "gravedad diagnóstica") como inmadurez, absentismo, privación, ....

Nuestros resultados coinciden con los existentes a nivel del Estado para este tipo de trastorno, si bien es preciso señalar la poca presencia de datos al respecto y menos aún dentro del ámbito educativo.

Así, siguiendo a Portellano (1992) cuando nos habla de la orientación escolar del niño epiléptico, puede realizarse en tres contextos:

- Escolaridad normal, en la que pueden quedar incluidos el 85% de los niños con este trastorno, sin que se requiera intervención específica. Los alumnos y alumnas tendrían su capacidad intelectual normal, pocas o ninguna crisis, sin deterioro cognitivo y sin trastornos de adaptación o conducta.

- Educación especial y/o Programa de Integración, la recibirían entre un 16 y un 30 por ciento de los niños epi-

lépticos. En éstos se encontrarían las características de deficiencia intelectual ligera o moderada, crisis epilépticas no controladas, presencia de deterioro constatable y trastornos afectivo-comportamentales.

- Educación o, más bien asistencia integral al niño epiléptico, estarían en torno a un 5 por ciento los que deberían disponer de asistencia institucionalizada (tratamiento médico, neurológico, psicológico, pedagógico, social y/o rehabilitacional y terapia ocupacional). Sus características serían las de crisis rebeldes al tratamiento, deficiencia mental, deterioro acusado, trastornos severos de la personalidad y dificultades de integración psicosocial.

Por tanto, como ya se ha señalado, nuestros datos pueden considerarse encasillados dentro de ese marco referencial y con la casuística similar, en cuanto a las características citadas.

## **b) Aprendizaje.**

De acuerdo a las técnicas y procedimiento señalados, en este apartado destacaremos lo siguiente.

En lo referente al aprendizaje lectoescritor, dada la heterogeneidad del grupo, podemos señalar que, para los más pequeños, en cursos bajos de la escolaridad, su madurez para estas técnicas instrumentales es la que se espera para la población normal, medida por los tests de Filho y comparados los resultados con

otras muestras de escolares en centros ordinarios.

En cuanto a las dificultades en su adquisición y desarrollo, señalar que un 20% de la muestra ha tenido o tiene algún problema, siendo también difícil de separar, en este subgrupo otros aspectos tales como sobreprotección familiar, colaboración con el aula, gravedad del trastorno, etc.

Con todo, es adecuado reconocer que, en lo referente al aprendizaje lector-escritor como trastorno específico del desarrollo, no se centran las dificultades sino más bien en otros aspectos de habituación, atención, concentración y adquisición de contenidos y pautas de aprendizaje. Es decir, presentan un menor grado de preparación previa y de aspectos procedimentales necesarios para llevar a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje de una manera óptima.

Denotar, finalmente, que el subgrupo en cuestión coincide con los que reciben mayor grado de individualización en su tratamiento a sus necesidades educativas. Ello nos devuelve a lo mencionado ya para aspectos del trastorno, como gravedad, lesión, medicación, ...

#### 4.3.- Aspectos de observación conductual.

En cuanto a los aspectos conductuales de los alumnos y alumnas, de acuerdo a la valoración con los instrumentos citados en el apartado de Técnicas y Procedimiento, tan sólo el 20% de ellos manifiesta un comportamiento que pueda llamar la atención y necesidad de intervención psicopedagógica.

Estas conductas podrían definirse como de relativa inquietud, dificultad de concentración en la tarea y pérdida de atención. Esto no nos aleja en nada de un

Gráfico 18  
Tipos de crisis

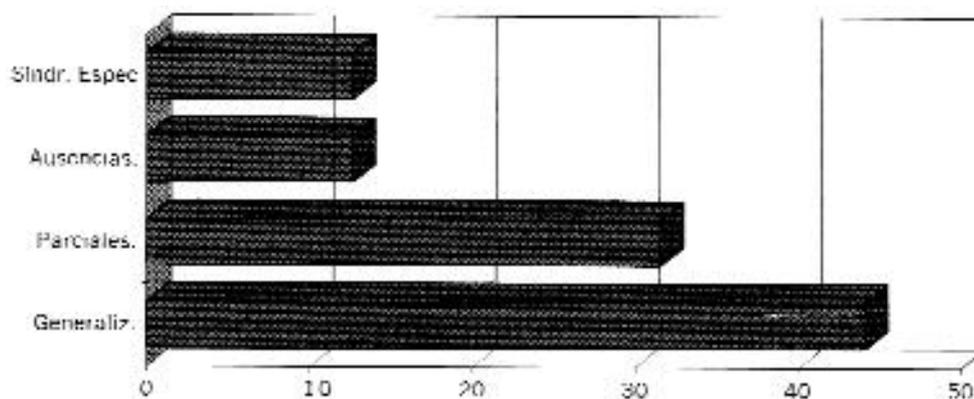


Gráfico 19  
Farmacología. Tipo de tratamiento

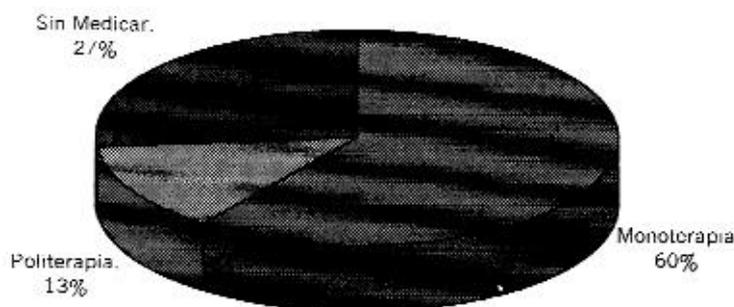
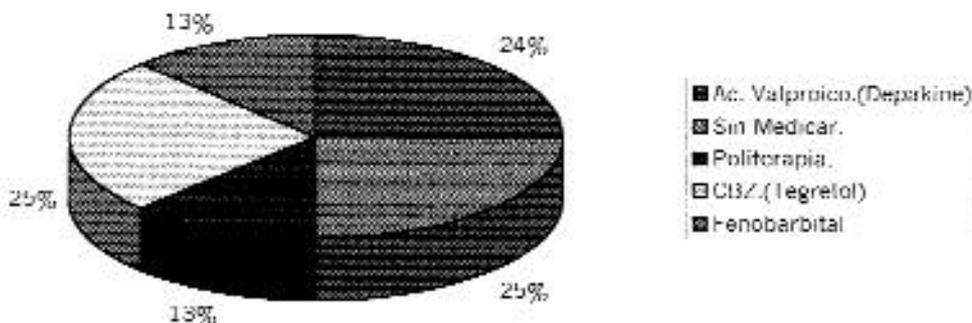


Gráfico 20  
Medicación. (% de Alumnado)



gran grupo de escolares que, sin poseer la "etiqueta" diagnóstica, presenta idéntica problemática. A pesar de todo, los niños de nuestra muestra no expresan violencia ni agresividad, no son niños tristes, tienen un comportamiento social adecuado, sin diferenciarse de los demás, no creando problemas de disciplina.

Como es habitual en este tipo de estudios, es preciso señalar una serie de factores que tienen su importancia sobre

el escolar con trastorno epiléptico: etiología, edad de comienzo, duración, frecuencia y tipo de crisis y lesión cerebral.

También es conveniente mencionar que, en general, de los estudios consultados (Münsterberg, 1986; Shaaw y Gruickshauk, 1956; Stores, 1989), no se obtienen resultados concluyentes para la importancia específica de cada uno de esos factores. Parece más bien apreciarse la inexistencia de acuerdo entre las investi-

gaciones, aunque sí parece darse en la relación entre etiología secundaria (mayor deterioro por desórdenes neurológicos), lesión cerebral y frecuencia/tipo de crisis.

Así, en nuestro caso, un 64,3%, mayores de 8 años, no parecen tener afectación alguna en su escolaridad, en lo que respecta a su conducta, por comparación al resto en los que sí podrían darse, menores de esa edad.

Hasta qué punto están influyendo los factores antes aludidos de sobreprotección familiar, efectos negativos del diagnóstico, programa educativo no adecuado, a la vez que una inmadurez por causa neurológica subyacente (pensemos en un trastorno por déficit de atención). Quizá de esos factores incidentales, sea la medicación el que tenga mayor influencia sobre la conducta. Además de suponer más fácil constatación por su registro y dosificación.

Dado su valor terapéutico y paliativo, la medicación antiépiléptica es incuestionable, obviamente. Sin embargo, también es conocida la afectación o incidencia en el deterioro cognitivo, debida a complicaciones o efectos secundarios no deseados de algunos fármacos (Herránz et al, 1987; Moreno y Pita, 1989; Stores, 1978).

En nuestra muestra, estos efectos son visibles en los alumnos con politerapia, encontrándose también en los tratados con el grupo del fenobarbital.

En éstos se aprecian dificultades en los aspectos de atención, inquietud psicomotriz y relativa falta de concentración

en la tarea, lo que vendría a coincidir con los estudios señalados y otros específicos en referencia a los efectos secundarios de la medicación (Coullaut 1985, 1991). No se observan, sin embargo, cuadros de irritabilidad ni de agresividad.

Volvemos de nuevo a señalar el grupo con asociación de fármacos, como el que mayor problemática de aprendizaje representa, lo que se relaciona, como ya se ha señalado, con síndromes de mayor complejidad. Se comprueba que predominan los fármacos:

- Carbamacepina (CBZ), siendo su nombre comercial más conocido de Tegretol.

- Valproato sódico, siendo más conocido por el nombre de Depakine.

Para ambos medicamentos, y siguiendo a Coullaut, no existen evidencias de neurotoxicidad crónica hasta la actualidad (Coullaut, o. c.). Para nuestra área de Psicología Educativa, puede afirmarse, la no existencia (en cronicidad) de factores negativos en el desarrollo cognitivo ni en una esfera psicopatológica de la personalidad.

En resumen de este apartado, podemos concluir, en línea con los autores citados, que la acción farmacológica, ineludible en la terapéutica médica del trastorno, puede producir efectos negativos en el rendimiento cognitivo y escolar. Son menores cuanto mayores son los alumnos y alumnas, en situación de monoterapia y ésta con carbamacepina y valproato.

Padres y profesores pueden preocuparse, creyendo que la medicación antiepiléptica deteriorará el rendimiento escolar del niño o niña. Aunque esta inquietud es, en su mayor parte, injustificada, indudablemente es cierto que el uso indiscriminado de fármacos podría contribuir seriamente a los problemas de aprendizaje y conducta (Stores, 1989).

Lo que sí se observa en todos nuestros alumnos y alumnas es un elevado grado de protección familiar, girando las relaciones del grupo familiar en torno al trastorno.

En el aula se aprecia una continuidad de las conductas mantenidas en casa, tales como llamadas de atención o lentitud en la realización de actividades. A veces negatividad, que obliga al docente a establecer relaciones acordes con un rendimiento más apropiado a las capacidades que supone en el alumno/a que a sus disposiciones.

En tal sentido puede señalarse que la superprotección es frecuente, así como restricciones, por lo demás innecesarias, de la actividad de los niños y niñas afectos de epilepsia. Ello es coincidente con los estudios sobre personas con un trastorno crónico: asmáticos (Gila de Teruel y Martín, 1991), esclerosis múltiple (Martín Herrero, 1992) y diabéticos (Polaino-Lorente y Gil-Roales, 1990).

Los efectos de esta actitud son negativos para la conducta del niño, que fácilmente traslada los patrones de con-

ducta a la escuela. El niño o la niña adopta comportamientos de pasividad o docilidad, que para nada benefician una actuación escolar adecuada.

Se ha observado que el profesor o profesora, está totalmente informado del padecimiento del trastorno de su alumno o alumna en concreto, lo cual le ha sido notificado por su familia respectiva, poniendo de manifiesto una buena disposición y relación entre ésta y el centro. Sin embargo, también se transmiten determinadas actitudes, no precisamente coherentes con una intervención educativa óptima.

En efecto, podemos enfrentarnos con actitudes inapropiadas o poco eficaces por parte de profesores y alumnos. Siguiendo a Stores (1989), *“Los Maestros pueden albergar todo tipo de conceptos erróneos, por falta de información, en sus cursos de aprendizaje e imponer nueva - mente restricciones innecesarias en las actividades recreativas u otras actividades escolares, creyendo que un esfuerzo físico o mental puede ser contraproducente. El niño puede convertirse en un inútil social y debe hacer frente al ridículo o a la hostilidad por parte de los otros niños”*. (Stores, o.c. pg. 129).

Señalar, por último a este apartado, lo que en anterior capítulo se mencionaba, con respecto a lo denominado como “profecía autocumplida”. Según ésta, tanto maestros como padres, no creen que un niño o niña epiléptico/a pueda tener un rendimiento escolar tan bueno como un niño sin ese trastorno.

De esta forma se limita, a priori, la capacidad intelectual y de trabajo de los niños y niñas. Subestimando esa capacidad de los niños/as con epilepsia, se hacen estimaciones por debajo de los niveles medios, con los que, sin embargo, sí se les compara para hacer más visibles las diferencias y no las semejanzas y aspectos positivos.

Con esta actitud, se reducen igualmente, no sólo las expectativas, sino también la estimulación y el acercamiento de enseñanza individualizada que el niño necesita. De ello se obtiene una interacción con los alumnos/as así cuestionados, de menor rendimiento esperado, y por ende unos resultados que ya se esperaban, dado el trastorno que presentan. Se olvida con esta manera de proceder que, lo que desde el comienzo de la intervención educativa ya preveíamos, se convierte en realidad, de ahí el apelativo de profecía autocumplida (puesto de manifiesto por Rosenthal, 1967).

En definitiva, si bien existe un buen grado de colaboración y entendimiento entre padres y profesores en torno al trastorno de los niños y niñas, también se deberá prestar atención a las actitudes y expectativas, tanto de profesores y profesoras como de la familia, en orden a conseguir la interrelación más óptima con el alumno o alumna, lo que a su vez producirá los mejores beneficios en un rendimiento educativo eficaz y positivo.

## 5.- RESUMEN Y CONCLUSIONES.

A partir de los resultados obtenidos y de la consideración de que el número de sujetos estudiados nos obliga a ser cautelosos en las generalizaciones, queremos hacer algunos comentarios:

1. - Se aprecia en nuestro estudio, lo expresado en otros, es decir, la importancia que tiene la integración de los diversos factores que intervienen, tales como: inserción familiar, desajustes personal/social, proteccionismos, medicación y sus variados efectos..... Sin embargo, se focaliza la atención sobre alguno de esos aspectos, en particular sobre el trastorno como ente diagnóstico, el cual se convierte en una reificación, "etiqueta", que adquiere entidad en sí misma suficientemente explicativa de toda la conducta del alumno o alumna.

Lo anterior puede expresarse de manera gráfica, cuando, ante una dificultad manifestada por un alumno, se responde, un tanto de manera justificatoria, "*Es que tiene epilepsia, le dan ataques...*". La epilepsia, de sintomatología o respuesta, pasa a ser invocada como causa de las dificultades de aprendizaje.

2. - Los aspectos cognitivos y de rendimiento escolar se encuentran dentro de valores medios poblacionales, con una ligera tendencia a la baja, debido a la gran dispersión de las puntuaciones. Ello pone de manifiesto la aleatoriedad y heteroge-

neidad de la muestra, representativo a su vez, de este tipo de trastorno, en cuanto a los distintos tipos de epilepsia y sus variaciones personales y sociales.

El rendimiento escolar no se distingue del de otras poblaciones con dificultades de aprendizaje y/o normativas, sin problemas orgánicos. De lo que se infiere que, de haber dificultad escolar, no debe buscarse su etiología en la epilepsia, sino en otros aspectos, de los cuales se han mencionado la inserción familiar, lesión cerebral, retraso mental, farmacología...

Parece observarse, de una manera general, dificultad en las habilidades perceptivo-atencionales. Se han evidenciado por padres y profesores, así como en algunos apartados de las pruebas realizadas, conductas en las que se ve la conveniencia, en su intervención, para una mayor centralización en la tarea y un mayor rendimiento en su ejecución. Sin embargo, siguiendo a Ross (1976), la atención selectiva como requisito imprescindible para el aprendizaje, se desarrolla a un ritmo variable. La inadecuación de ese ritmo a las prescripciones del currículum, como base educativa incorrecta de conocimientos y competencias, puede originar fracasos acumulativos en el rendimiento escolar. Todo ello nos podría llevar a una interpretación de esta dificultad en términos de desfase o de menor destreza que el promedio, cuando se trata de aprovechar los conocimientos generales de base (Hagen, 1977, 1984).

3. - Conductualmente no se desprenden diferencias con respecto al resto

de las poblaciones con las que se le compara. No obstante, sí parece observarse cierto grado de proteccionismo y/u otros tipos de relaciones generadas en la familia, que guardan relación con las manifestadas en otros grupos con trastornos crónicos, tales como asmáticos, diabéticos, esclerosis múltiple,...

4. - De los factores distintivos e incidentes en la muestra y en su población de pertenencia, es sin duda la medicación, uno de los más importantes.

Se ha observado lo adecuado de una estricta observancia y vigilancia de las dosis, control de los efectos secundarios sobre el funcionamiento cognitivo, apreciándose que éste es mejor en situación de monoterapia, con derivados del ácido valproico y de la carbamacepina, lo cual, a su vez, guarda relación con cuadros y/o lesiones mejor controladas y de mejor pronóstico.

5. - Escolarmente, dada la ausencia de datos y normas comparativas, siguiendo a Portellano (1991) y a Stores (1989), nuestros datos se asemejan a lo estimado para los valores nacionales, un 70% de escolaridad ordinaria y un 30% en modalidad combinada.

6. - Dicho lo anterior, en comparación con otras muestras, de ámbito institucional no educativo, se aprecia la diferencia de perspectivas de investigación y de actuaciones en general, para ambos sectores, sanitario y escolar. Así, es evidente que, el primero apunte a lo biológico, terapéutico y asistencial, mientras que

el segundo lo haga en lo educativo, psicológico y específicamente instruccional.

Esta separación que es obvia, es a su vez fuente de dificultades para una comparación e interpretación conjunta (que debiera ser) de datos, lo que sin duda, origina sesgos interpretativos, no conduce a una intervención óptima de la Psicología Educativa y mucho menos a una mejor comprensión del trastorno.

Un trasvase inapropiado de datos de lo sanitario a lo educativo, produce una apreciación errónea de capacidades, por cuanto “pacientes”, generalmente adultos, y cuando se toman niños, son pertenecientes a poblaciones “cautivas”. Esto conduce a una interpretación, no consecuente con la población escolar a la que, supuestamente, pretenden extender conclusiones.

El hecho del sustrato neurológico, tratamiento médico farmacológico y la larga tradición del trastorno, no debieran ser justificantes de un estudio monolítico, sino, por el contrario, servir de reflexión para un abordaje multidisciplinar y obtener así el mejor y más profundo conocimiento del trastorno y contribuir al desarrollo educativo del alumno o alumna con epilepsia.

#### 5.1.- Implicaciones de la Psicología Educativa.

De acuerdo con todo lo dicho anteriormente podemos llegar a las siguientes conclusiones de carácter psico-educativo:

1. - Cognitiva y escolarmente no tenemos por qué remarcar las tintas sobre el alumno o alumna epilépticos/as, en un sentido de menor nivel intelectual o de trabajo. Nuestros valores tienen una relativa semejanza con otros estudios que manifiestan normalidad, vista ésta en un ámbito de intervalo.

Admitamos la gran heterogeneidad de resultados, consecuencia a su vez, de lo variopinto de los trastornos epilépticos y de las circunstancias personales/familiares de los afectados, para no presuponer inferioridad cognitiva-educacional debida, supuestamente, a la epilepsia como causa última y justificatoria de un rendimiento anómalo.

En tal sentido, se hará bien en considerar al niño o niña con crisis epilépticas, como uno/a más de la población escolar en la que se integra. Suele ser más fácil de llevar la cronicidad de su trastorno (bien controlado naturalmente) que todos los estigmas o trabas que se encuentran a lo largo de su desarrollo.

En el caso de presentar dificultades en su aprendizaje, debería considerársele como uno más de los que los presentan, de manera independiente a su organicidad o no. Tan sólo en el caso de que presentasen lesión cerebral o hecho sindrómico subyacentes, de mayor entidad nosológica por tanto, no deberían de clasificarse de alumnos o alumnas con necesidades educativas especiales. Por consiguiente, deberían estar sujetos a un currículum ordinario, o al menos, con el menor grado de significación en las adaptaciones que precisasen.

2. - En referencia a la exploración y, en general, evaluación del niño o niña epiléptico/a, se hace patente la necesidad, por lo demás compartida por cualquier sujeto sometido a exploración psicológica, de realizar los ajustes e integración de todo tipo de observaciones, en orden a conseguir la mejor valoración posible.

Así se considerarán la replicación de pruebas y la valoración de aspectos procesuales (en íntima relación con sus productos), aunque con esto, el psicólogo, el psicopedagogo, se implique más a nivel interpretativo, poniendo a prueba de esta forma su preparación e implicación profesional. De ello se obtendrá una evaluación, igualmente cuantitativa, pero enormemente rica con esas aportaciones, incrementando el conocimiento y haciendo más compleja la evaluación sobre la alumna o alumno con epilepsia. De esto, a su vez, se derivará una mejor intervención y programa educativo.

3. - En íntima relación con el punto anterior, la actitud del profesorado es fundamental ante estas alumnas y alumnos.

De una evaluación de su competencia curricular, de un conocimiento de sus alumnos y alumnas y de una adecuación óptima a estos/as, se seguirá una intervención educativa digna de tal, con un nivel de expectativas positivo y favoreciendo la conducta y rendimiento escolar esperados.

Puesto que las potencialidades de estos alumnos y alumnas nos predisponen

a pensar en un rendimiento, en principio, del normal de la población, en nada debe diferenciarse del resto, salvo en la adecuación del profesor o profesora, a la individualidad del alumnado, lo que, sin lugar a dudas, supone el principio a seguir de normalidad educativa.

En este aspecto es de esperar que la progresión del sistema educativo y en concreto, la aplicación de los proyectos curriculares y su desarrollo, contribuyan a la mejor calidad de enseñanza en general y a la de estos alumnos y alumnas en particular.

Este trabajo habrá tenido sentido, a nivel educacional, si ha contribuido a informar y orientar al profesorado y a todos las personas que intervengan con niños y niñas con epilepsia, aportando elementos de reflexión en su difícil pero magna labor de enseñanza.

Finalmente, podríamos acabar, con el mismo autor con el que empezábamos, sin llegar a los extremos en que, con ardor y con gran emocionalidad Dostoyevski se expresaba.

Aunque él hablase a menudo de su epilepsia, convirtiéndola en virtud, lo cierto es que el autor de los hermanos Karamazov, se sintió afectado por las crisis desde los primeros años de su vida. A pesar de ello, lejos de apocarse (no olvidemos los aspectos contextuales de la época), adoptó una actitud de enfrentamiento y lucha contra la enfermedad, con una aceptación plena y no estoica de la misma. Gracias a esta actitud debemos los

beneficios de su extensa colección literaria, como aportación al patrimonio cultural de la humanidad.

No podemos olvidar a Teresa de Jesús quien, como ha puesto de manifiesto en un interesante y respetuoso estudio García-Albea (1996), padeció un determinado tipo de epilepsia que podría ser la causa desencadenadora de sus éxtasis. Se da una coincidencia entre los dos personajes en cuanto a las explicaciones que ambos dan sobre el inicio y desarrollo de las crisis.

Sirva pues esta actitud como argumento a tener en cuenta en nuestras actuaciones educativas, manteniendo una postura de compromiso interactivo con los alumnos y alumnas, buscando siempre, su mejor conocimiento de ellos mismos y de nosotros con ellos, su mejor aprendizaje y adaptación al currículum y, finalmente, su mejor desarrollo como personas en constante evolución.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJURIAGUERRA, J. (1990). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Ed. Masson.

BELTRÁN, J. (1993). *Procesos, estrategias y técnicas de aprendizaje* Madrid: Síntesis.

BERNARD R. (1973). *Les manifestations épileptiques chez l'enfant* En Journées parisiennes de Pédiatries. Paris: Ed. Flammarion.

BERNSTEIN, J. (1988). *El test de Raven*. introducción, notas y apéndice. Manual de uso. Escala general. Buenos Aires: Ed. Paidós.

BESAG, F.M. y ADL. (1993). The Practical Management of Specific Learning Difficulties. *Educational and Child Psychology*. Vol 10 (1) 2327.

CARBONERO, M. (1993). *Dificultades en el aprendizaje. tendencias y orientaciones actuales en la escuela*. Valladolid: ICE, Univ. de Valladolid.

COULLAUT, J. (1985). *Epilepsia y Conducta*. Madrid: Labaz.

COULLAUT, J. (1991). Crisis epilépticas. Clasificación y descripción. En J. A. Portellano (c00rd.) *Las Epilepsias, un estudio multidisciplinar*. Madrid: Ed. CEPE.

FEDIO y MIRSKY (1969). Selective Intellectual Deficits in Children with Temporal Lobe or Centrephalic Epilepsy. *Neuropsychología*.

GILA, A., y MARTÍN-MATEOS, M. A. (1991): *El niño asmático*. Barcelona. Ed. Martínez Roca.

HAGEN, J.; BARCLAY, C. y SCHEWETHELM, B. (1984). El desarrollo cognitivo del niño con problemas de aprendizaje, En W. ELLIS: *Investigación en el retraso mental. Panorama internacional*. 3. San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.

- HERRÁN y COLBRES. (1987). Estudio en el niño de la eficacia y toxicidad de los antiepilépticos en monoterapia. En *II Premio Iberoamericano de Epilepsia*. Madrid. Ed. LabazSanofi.
- HULME, Ch. y MACKENZIE, S. (1994). *Dificultades graves en el aprendizaje. El papel de la memoria de trabajo*. Barcelona: Ariel.
- JAN, J., ZIEGLER R.G. y ERBA G. (1985). *La epilepsia en el niño* Barcelona, Ed. Planeta.
- LIGA BELGE CONTRE L'EPILEPSIE. (1993). *Que faire si on assiste à une crise d'épilepsie* Bruxelles.
- LURIA, A.R. (1969). *El cerebro en acción*. Barcelona: Ed. Fontanella.
- MANGA, D. y RAMOS, F. (1991). *Neuropsicología de la edad escolar*. Madrid: Ed. AprendizajeVisor.
- MARTÍN HERRERO, J.A. (1992). *Como afrontar la Esclerosis Múltiple*. Madrid: Ed. CEPE.
- MATARÓSERRAT, M. y JUNQUÉ-PLAJA, C. (1997). Memoria y epilepsia. *Revista Neuroogía*. 25 (144),1241 1245.
- MAYOR, J; SUENGAS, A. y GONZÁLEZ, J. (1993). *Estrategias meta-cognitivas: aprender a aprender y aprender a pensar*. Madrid: Síntesis.
- MINGOTE, J.C., DENIA, F., DEL SER, T y BERMEJO, F. (1989). Estudio psicopatológico de una serie de epilépticos ambulatorios. En DÍEZ-CUERVO (Coord.): *Epilepsia y Psiquiatría*. Barcelona. Ed. Ciba-Geigy.
- MONEDERO, C. (1989). *Dificultades de aprendizaje escolar. Una perspectiva neuropsicológica*. Madrid, Ed. Pirámide.
- MORENO E. y PITA E. (1987). Valoración de la terapia antiepiléptica seguida por los pacientes sometidos a determinación plasmática, en un servicio de farmacología clínica entre 1.980 y 1.983. En *IIº Premio Iberoamericano de Epilepsia*. Barcelona. LabazSanofi.
- MOYA, G. (1958). Estudio de inteligencia, personalidad y comportamiento en un grupo de 165 soldados. *Revista de Psicología General y Aplicada*.
- MÜNSTERBERG KOPPITZ, E. (1986). *El Test Guestáltico Visomotor para Niños* Buenos Aires: Ed. Guadalupe.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (O.M.S.) (1992). *International Clasification of Diseases. ICD10*. Ginebra.
- PÉREZ ÁLVAREZ, F. y TIMONEDA, C. (1996). Epilepsia y Aprendizaje. *Rev. Neurología*; 24 (131); 825828.
- POLAINO LORENTE, A. y GIL ROALESNIETO (1990). *La Diabetes* Barcelona: Martínez-Roca.
- PORTELLANO. J. A. (1991). Funciones cognitivas en la epilepsia. En *Las epilepsias*. Obra citada.

- RAPIN I. (1987). *Disfunción Cerebral en la Infancia*. Barcelona. Ed. Martínez-Roca. Orig. "Children with Brain Dysfunction (Neurology, Cognition, Language and Behavior). Nueva York: Raven Press Books Ltd.
- ROMERO, J. (1993). *Dificultades en el Aprendizaje. Desarrollo histórico, modelos, teorías y definiciones*. Valencia: Promolibro.
- RUTTER, M. y GRAHAM. P., YULE, W. (1970). A Neuropsychiatric Study in Childhood. *Clinics in Developmental Medicine Nos. 35/36*. Londres. Spastics International Medical Publications and Heinemann.
- SHAW, M. C. y CRUICHSANK, W. M. (1956). The Use of the Bender Gestalt Test with Epileptic Children. *Journal Clin. Psychol.* 12. Pgs. 192-193.
- STORES. G. (1989). Problemas psicológicos de los niños epilépticos. En A. DÍEZ-CUERVO (Coord.): *Las epilepsias*. Madrid: CEPE.
- STORES, G. (1978). Antiepileptics (Anticonvulsants). En J. Werry. *Pediatric Psychopharmacology, the use of Behaviour Modifying Drugs in Children*. Nueva York.
- STORES. G. (1989). Problemas Psicológicos de los Niños Epilépticos. En *Epilepsia y Psiquiatría*. O.C.
- TORO y CERVERA. (1984). *Test de análisis de la lectura y escritura*. Madrid. AprendizajeVisor.
- VÁZQUEZ H. (1972). Convulsiones. En A. BONDUEL (Coord.). *Manual de Medicina Infantil*. Buenos Aires. El Ateneo.
- WARNOCK, M. (1981). *Meeting Special Education Needs*. Londres. Her Majesty's Stationary Office. Government Bookshops.