



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO POR PARTE DEL
PROFESORADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA SOBRE LAS
MEDIDAS DE ACTUACIÓN ANTE UN ALUMNO CON UNA
CRISIS EPILÉPTICA”**

Andrea Martínez Urquijo

Mayo 2016

Trabajo Fin de Máster



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO POR PARTE DEL
PROFESORADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA SOBRE LAS
MEDIDAS DE ACTUACIÓN ANTE UN ALUMNO CON UNA
CRISIS EPILÉPTICA”**

Autora

Andrea Martínez Urquijo

Cotutora

Isabel Menéndez Miranda

Tutor

Germán Morís de la Tassa

Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a todos los colegios presentes su participación e interés por este estudio, así como su paciencia y entrega a la hora de realizar los cuestionarios.

Además, hacer una mención especial a Germán Morís de la Tassa, tutor del proyecto, por su dedicación y confianza en mí.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	1
1.1 Epidemiología de la epilepsia	1
1.2 Epidemiología de la epilepsia en la población pediátrica	3
1.3 Importancia de la epilepsia en los colegios	6
1.4 Justificación	7
2. HIPÓTESIS	8
3. OBJETIVOS	9
3.1 Objetivo principal	9
3.2 Objetivo secundario	9
4. METODOLOGÍA	10
4.1 Tipo de estudio	10
4.2 Población a estudio	10
4.3 Diseño del estudio	11
4.4 Instrumento de medida y variables a estudio	12
4.5 Análisis de los datos	16
4.6 Limitaciones y sesgos	16
5. RESULTADOS	17
6. DISCUSIÓN	32
7. CONCLUSIONES	35
8. BIBLIOGRAFÍA	36
9. ANEXOS	39

1. INTRODUCCIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La epilepsia es una enfermedad que ha sido descrita hace mucho tiempo, concretamente fue en el año 400 a.C. cuando Hipócrates la catalogó como una patología propia del cerebro. Es por ello, que es una de las primeras enfermedades neurológicas que fueron definidas a lo largo de la historia ⁽¹⁾.

La palabra epilepsia proviene del griego y se sabe que tiene como significado “ataque” ⁽¹⁾.

La epilepsia se puede definir como “una alteración del cerebro caracterizada por la predisposición mantenida a generar crisis epilépticas y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta alteración, requiriéndose al menos la existencia de dos o más crisis epilépticas para cumplir los criterios de epilepsia” ^(1,2,3,4,5). Asimismo, se entiende por crisis epiléptica la presencia de “descargas paroxísticas, hipersincrónicas, excesivas e incontroladas de un número elevado de neuronas” ^(1,5,6), que conlleva “la aparición transitoria de síntomas y/o signos debidos esa actividad anormal que se ocasiona en el cerebro” ⁽²⁾.

Por lo tanto, la epilepsia no se puede analizar como una sola enfermedad, sino que constituye un grupo de dolencias muy heterogéneas del sistema nervioso central que conllevan un tratamiento y pronóstico variable ^(3,4,7).

1.1 Epidemiología de la epilepsia

Actualmente en España, la epilepsia es una de las enfermedades neurológicas crónicas más frecuentes y por lo tanto muy prevalente ^(1,4,8,9). Tanto es así, que es una de las enfermedades que más frecuentemente se ve en las consultas del Servicio de Neurología ^(2,3). Además, las crisis epilépticas suponen el 1% de las consultas de urgencias ^(3,9).

Hoy en día, 50 millones de personas en el mundo son epilépticos y de ellos, más del 80% viven en países desarrollados ^(10,11). Concretamente en nuestro país hay alrededor de 360.000 y 400.000 personas que sufren esta patología ^(1,8,12), mientras que a nivel europeo, la padecen entre 6 y 15 millones de personas a lo largo de su vida ⁽⁸⁾.

Presenta una prevalencia de aproximadamente 8 casos por 1.000 habitantes ^(1,5) y una incidencia de 30-60 nuevos casos al año por cada 100.000 ^(1,4). Este dato supone entre 12.400 y 22.000 casos nuevos al año en España.

Sin embargo, esta cifra aún es superior en los niños (3,7/1.000 habitantes), adolescentes y ancianos (134/100.000 habitantes) ⁽⁴⁾.

Se calcula que alrededor del 5-10% de la población podría sufrir una crisis epiléptica y hasta un 20% tendrían crisis recurrentes a lo largo de su vida ⁽¹⁾.

La epilepsia afecta de manera más frecuente al sexo masculino. La bibliografía dice que este hecho se podría deber a que los hombres presentan en general más factores de riesgo que las mujeres ^(1,4).

Esta enfermedad tiene una gran repercusión sobre la calidad de vida de los pacientes que se ve deteriorada porque en muchas ocasiones son incapaces de realizar algunas actividades de la vida diaria. Además, el padecimiento de esta dolencia conlleva un aumento de la morbimortalidad ^(1,3,8). Numerosos estudios muestran que la epilepsia es una de las enfermedades neurológicas con más ingresos hospitalarios ⁽¹⁾. Con respecto a la mortalidad, un enfermo con epilepsia tiene el doble de riesgo de fallecer que alguien que no es epiléptico ⁽¹⁾.

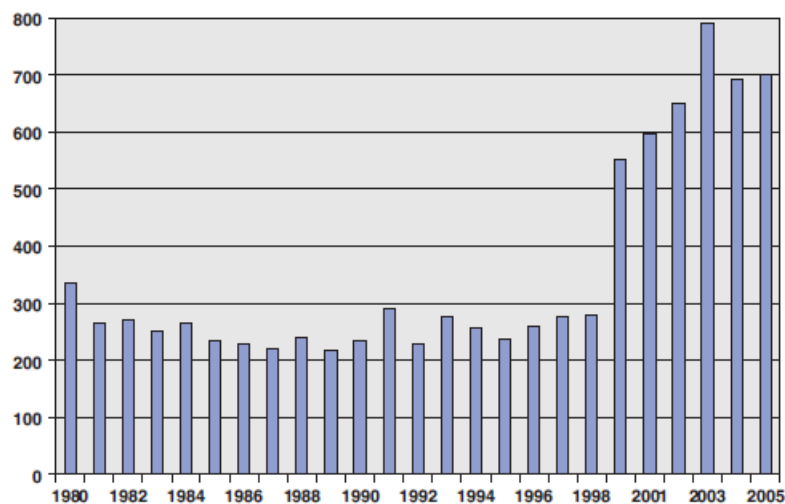


Figura 1. Evolución del número de muertes anuales por epilepsia desde el año 1980 hasta el 2007 (falta el año 1999 y 2000 de los cuales no hay datos) ⁽¹⁾.

1.2 Epidemiología de la epilepsia en la población pediátrica

La epilepsia se presenta como una de las enfermedades neurológicas más frecuentes en la infancia, al igual que como hemos visto anteriormente ocurría también con la población adulta ^(4,13,14,15,16,17,18).

El 25% de las personas que padecen actualmente epilepsia, son niños y alrededor de la mitad de la población epiléptica se diagnosticó también durante la infancia ⁽⁴⁾.

Al año se diagnostican 3,5 millones de casos de epilepsia. De ellos, el 40% son menores de quince años y el 80% son niños que se encuentran en países desarrollados. En la actualidad, aproximadamente 10,5 millones de niños en el mundo padecen epilepsia ⁽¹⁹⁾.

La epilepsia infantil presenta una prevalencia de 3,4-11,3 casos por 1000 y una incidencia anual de 41-100 casos por 100.000 ^(13,14).

Grupos de edad	Población de riesgo*	Casos nuevos	Incidencia anual	IC 95%
1-12 meses	23.084	22	95,3	82,8-107,8
1- < 6 años	103.800	66	63,6	61,4-65,8
6- < 10 años	77.472	54	69,7	61,1-78,3
10- < 15 años	100.588	49	48,7	45,4-52,0
1 mes < 15 años				
Varones	157.008	105	66,8	55,6-78,0
Mujeres	147.936	86	58,1	42,8-73,4
Total	304.944	191	62,6	62,3-62,9

Tabla 1. Tasas de incidencia anual de epilepsia por grupos de edad ^(1,13).

Además, uno de los aspectos más relevantes en el caso de los síndromes epilépticos es la edad, ya que son lo que se denomina edad-dependientes. Normalmente que las crisis se produzcan de forma precoz determinan un peor pronóstico de éstas ^(7,15,9).

Habitualmente, cuando las epilepsias se producen en el primer año de vida suelen tener mala evolución en cuanto a refractariedad y alteraciones en el desarrollo neuronal se refiere, sin embargo esto no siempre sucede así, ya que también se dan casos de crisis epilépticas en lactantes que tienen un mejor pronóstico ^(15,20).

Con respecto al tipo de crisis epiléptica, se pueden clasificar atendiendo a diferentes aspectos. De esta manera, podemos definir ⁽⁶⁾:

- Según haya factor desencadenante:
 - *Crisis epilépticas provocadas:* “crisis que ocurren en relación temporal íntima con un trastorno sistémico agudo, metabólico o tóxico, o con una afección aguda del sistema nervioso central (traumatismo craneoencefálico, accidente cerebrovascular agudo o infecciones del sistema nervioso central). Incluye las convulsiones febriles”.
 - *Crisis epilépticas no provocadas:* “crisis sin un factor precipitante próximo conocido del tipo de los citados previamente”.

- Según la causa subyacente:
 - *Crisis epilépticas idiopáticas:* “Crisis epilépticas no provocadas con características clínicas y electroencefalográficas que hacen suponer un origen genético”.
 - *Crisis epilépticas criptogénicas:* “Crisis epilépticas no provocadas en pacientes sin ningún factor identificable que aumente el riesgo de padecerlas. Incluye los pacientes que no pueden clasificarse en los grupos de crisis epilépticas sintomáticas remotas, o idiopáticas”.
 - *Crisis epilépticas sintomáticas o secundarias:* ocurren en un paciente con antecedentes de trastornos que aumentan sustancialmente el riesgo de crisis epiléptica: traumatismo craneoencefálico significativo, accidente cerebrovascular agudo, infección aguda del sistema nervioso central, tumores del sistema nervioso central, déficit neurológicos presumiblemente presentes al nacimiento o enfermedades progresivas del sistema nervioso central”.

	Idiopáticas N (%)	Sintomáticas N (%)	Criptogénicas N (%)	Total N (%)
Sexo				
Masculino	37 (47,4)	30 (58,8)	38 (61,3)	105 (55,0)
Femenino	41 (52,6)	21 (41,2)	24 (38,7)	86 (45,0)
Edad (años)*				
Lactantes	3 (3,8)	16 (31,4)	3 (4,8)	22 (11,5)
Preescolares	20 (25,6)	17 (33,3)	29 (46,8)	66 (34,5)
Escolares	31 (39,7)	8 (15,7)	15 (24,2)	54 (28,3)
Adolescentes	24 (30,8)	10 (19,6)	15 (24,2)	49 (25,7)
Crisis febriles*				
Personales	11 (14,1)	1 (2,0)	7 (11,3)	19 (9,9)
Padres y/o hermanos	2 (2,6)	0	2 (3,2)	3 (1,6)
Tíos y/o abuelos	2 (2,6)	1 (2,0)	1 (1,6)	4 (2,1)
Epilepsia familiar*				
Padres y/o hermanos	6 (7,7)	3 (5,9)	6 (9,7)	15 (7,8)
Tíos y/o abuelos	14 (17,9)	4 (7,8)	13 (21,0)	31 (16,2)

Tabla 2. Datos epidemiológicos según grupos etiológicos ⁽¹³⁾.

De esta manera, las crisis epilépticas pueden manifestarse de muchas maneras diferentes. Puede ocurrir que aparezcan de la manera más típica como son las sacudidas de todo el cuerpo con importantes convulsiones o también mediante pérdidas de atención o ausencias, desviaciones de la cabeza y ojos e incluso caídas de manera repentina ⁽⁹⁾.

En definitiva, tratar a niños que padecen epilepsia conlleva una dificultad añadida, ya que a parte del desafío diagnóstico y terapéutico que supone, hay que tener en cuenta el reconocimiento de las posibles comorbilidades asociadas, que como sabemos influyen en gran medida en el transcurso de la enfermedad y en el día a día de nuestros pacientes ⁽⁴⁾.

Además, en la mayoría de los casos, las crisis en la edad pediátrica no ceden espontáneamente sino que es necesaria la administración de medicación para revertirlas ⁽¹²⁾.

1.3 Importancia de la epilepsia en los colegios

Como se ha comentado anteriormente, la mayoría de los síndromes epilépticos suceden durante las etapas de la niñez y adolescencia. Por lo tanto, este hecho coincide con la escolaridad primaria y secundaria de los niños, por lo que se considera de gran relevancia que los profesores sean conscientes de esta entidad ⁽⁹⁾.

En los colegios al igual que en el resto de lugares que los niños frecuentan habitualmente, pueden producirse en cualquier momento hechos que amenacen su vida, aunque en las escuelas con mayor motivo ya que es donde pasan muchas de sus horas diarias. Por lo tanto, que sus profesores tengan un conocimiento acerca de las medidas de seguridad a tomar ante una crisis epiléptica es de suma importancia porque son los que en primer lugar se enfrentan a estas situaciones de riesgo vital ^(9,16,17,18,21,22,23).

Sin embargo, diversos estudios nos revelan que en la mayoría de los casos los profesores carecen de los conocimientos suficientes como para hacer frente a estas circunstancias. En general, los profesores en su vida laboral, no reciben ningún tipo de entrenamiento ni formación acerca de problemas de salud importantes que padecen los niños y que con ese tipo de ayudas podría mejorar su situación ^(9,16,17,18,20,22).

Asimismo no solo la carencia en la información que poseen los profesores proviene de las instituciones sino también de los propios padres que en algunas ocasiones no informan como se debería sobre las patologías de sus hijos y por lo tanto de la medicación que se debería utilizar en caso de urgencia ⁽¹⁷⁾.

En un estudio realizado en Etiopía, aproximadamente el 42% de los profesores tienen en sus clases alumnos con epilepsia ⁽⁹⁾. A diferencia de esto, en España, no hay muchos estudios sobre este tema ni sobre cómo se resuelven las crisis epilépticas en los colegios, y se estima que la situación cambia en función de los recursos y el personal presente en cada centro ⁽¹²⁾.

1.4 Justificación

En nuestra opinión, este tema tiene especial interés por varios aspectos fundamentales.

La etapa escolar, es un escalón importante en la vida de las personas. En los colegios, los niños pasan un mínimo nueve años de su vida si únicamente nos referimos a la Educación Infantil y Primaria. Es una fase muy bonita donde los profesores de una manera u otra participan en la educación de sus alumnos mediante la enseñanza de nuevos conocimientos, valores, creencias y habilidades sociales entre otros muchos aspectos. En definitiva, en las escuelas los niños crecen como personas⁽⁹⁾.

De esta manera, y en todos los aspectos de la vida no solo durante esta etapa, cuántos más conocimientos se tengan mejor va a ser para nosotros mismos y para los demás. Por eso, que los profesores puedan ampliar sus conocimientos sobre la epilepsia y sobre cómo actuar ante una crisis epiléptica va a ser fundamental para su satisfacción y crecimiento personal y también por supuesto para la seguridad de sus alumnos⁽⁹⁾.

Finalmente, la legislación vigente sobre educación nos dice que los niños poseen el derecho a la salud en el ámbito escolar⁽¹²⁾. Esto conlleva que tener conocimientos sobre salud en la escuela adquiere mayor interés.

Por lo tanto nos parece de suma importancia indagar en cuáles son los puntos clave sobre los que debemos hacer hincapié para poder manejar patologías como esta de forma más segura. Asimismo conocer cuáles son las carencias a nivel de conocimientos que tienen los profesores, también es fundamental para poder facilitar a colectivos como este la información que necesitan.

2. HIPÓTESIS

Como hipótesis nula se plantea que los profesores de Educación Primaria tienen los conocimientos necesarios sobre las medidas de actuación ante un alumno con una crisis epiléptica.

Mientras que, como hipótesis alternativa se estima que los profesores de Educación Primaria no tienen los conocimientos necesarios sobre las medidas de actuación ante un alumno con una crisis epiléptica.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO PRINCIPAL

- Analizar el conocimiento y preparación que tienen los profesores de Educación Primaria sobre las medidas de actuación ante un alumno que presente una crisis epiléptica.

3.2 OBJETIVO SECUNDARIO

- Determinar si el conocimiento que tienen los profesores de Educación Primaria sobre las medidas de actuación ante un alumno con una crisis epiléptica varía en función de diferentes variables.
- Conocer la actitud del profesorado ante un alumno que presente una crisis epiléptica.
- Describir si existe un trato diferente en el ámbito escolar si un alumno es epiléptico.

4. **METODOLOGÍA**

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo transversal entre noviembre de 2016 y mayo de 2017 en alguno de los colegios de Gijón en los que se imparte Educación Primaria.

Tras realizar una amplia revisión bibliográfica del tema y comprobar aspectos como la ética, factibilidad, beneficio e importancia del estudio, se solicitaron los permisos pertinentes al Comité Ético Regional de Investigación (Anexo I). Además, se comunicó también el interés por realizar esta investigación a la Conserjería de Educación del Principado de Asturias. En este caso, tal y como nos comunicaron, no era necesario solicitar ningún permiso.

4.2 POBLACIÓN A ESTUDIO

La población diana está constituida por todos los profesores de Educación Primaria. Sin embargo, se seleccionó como población accesible a todos aquellos profesores de Educación Primaria de los colegios de Gijón. Para establecer la población elegible, se utilizaron como criterios de inclusión:

- Todos los colegios de Gijón en los que se imparte Educación Primaria.
- Todos los profesores de Educación Primaria.
- Profesores de Educación Secundaria que impartan clase a alumnos de Educación Primaria.
- Haber firmado el consentimiento informado por los profesores y la autorización por parte del director/a del centro.

Los criterios de exclusión han sido:

- Aquellos colegios que se encuentren fuera de Gijón.
- Profesores que impartan clase en Educación Infantil y Secundaria exclusivamente.
- No aceptar la participación en el estudio por parte del centro.
- No aceptar la participación en el estudio por parte del profesorado.

Finalmente, se constituyó una muestra con los 200 profesores de Educación Primaria de 13 colegios diferentes de Gijón que con las características mencionadas anteriormente dieron su consentimiento para participar en el estudio.

4.3 DISEÑO DEL ESTUDIO

Una vez establecida la población a estudio, se consiguieron los correos electrónicos de 36 colegios en los que se imparte Educación Primaria de Gijón. Para conseguir ese dato, se llamó a la conserjería de cada uno de ellos para de esta manera intentar no errar y mandar el correo electrónico a un email equivocado.

Para establecer cuáles eran los colegios en los que se imparte Educación Primaria en Gijón, se hizo una búsqueda en la página web de “Educastur” y se anotaron todos los que aparecían, un total de 46 colegios.

Posteriormente, se envió el mismo email a los 36 centros de los que se consiguió el correo electrónico. En él, se informaba de lo que consistía el estudio y se preguntaba si querían participar en él. Para ello se incorporó en el correo un breve resumen del tema a tratar y una autorización que debían firmar los directores o jefes de estudios en el caso en el que quisieran formar parte de la investigación (Anexo II).

Por otro lado, en el correo electrónico se les presentaba dos opciones: acudir un día en el que tuvieran reunión los profesores para entregarles los cuestionarios y así que pudieran realizarlo todos a la vez y recogerlos ese mismo día, o bien, entregar una carpeta con toda la documentación necesaria en portería y que fueran los directores o jefes de estudios los que repartieran los cuestionarios a los profesores. De esta manera, se recogería la carpeta en otro momento cuando ya estuviera todo preparado.

En este segundo caso, se les dejaba una hoja con las instrucciones necesarias para intentar que lo cumplimentaran todo correctamente (Anexo III).

Algunos colegios contestaron directamente a ese primer correo electrónico, mientras que a otros fue necesario enviar otro email recordatorio para recibir una respuesta. Sin embargo, aun así, en algunos casos no se obtuvo ninguna contestación.

Una vez seleccionados los 200 profesores que iban a participar en el estudio, se les explicó detalladamente en qué consistía el estudio para que de esta manera pudieran firmar un consentimiento informado (Anexo IV) quedando solucionadas de antemano todas las posibles dudas que se les generaran.

Posteriormente, una vez firmado el consentimiento informado se les proporcionó un cuestionario de dos hojas a cada uno de ellos. En la primera parte constan los datos generales del participante y en la segunda hoja aparecen las preguntas propias de la epilepsia. Por supuesto, en aquellos colegios a los que se acudió personalmente, se les explicó la importancia que tenía que cada uno de ellos contestara a sus propias preguntas de la manera que ellos creyeran más acertada.

4.4 INSTRUMENTO DE MEDIDA Y VARIABLES A ESTUDIO

Para llevar a cabo la recogida de datos, se utilizó como instrumento de medida un cuestionario ya utilizado en otros estudios similares ^(16,17) (Anexo IV). Con respecto al cuestionario, se ha modificado y añadido alguna pregunta más para intentar que se asemejara en mayor medida al objetivo de este estudio, ya que sobre todo lo que se pretende es analizar los conocimientos que tienen los profesores ante una situación de crisis epiléptica en un alumno.

Para ello el cuestionario se divide en dos secciones:

- En la primera se recogen los datos generales de cada participante en el estudio.
- En la segunda parte, se recogen los datos relativos a los conocimientos sobre medidas de seguridad ante una crisis epiléptica. El cuestionario presenta cuatro preguntas clave para detectarlo. Al final del cuestionario también aparecen algunas preguntas destinadas a saber si desearían tener más conocimientos sobre el tema y cómo les gustaría que se les ofreciera dicha información.

Las variables referentes a la información general del participante han sido:

- Características del centro: Variable cualitativa, politómica, independiente. Se les pidió que seleccionaran el tipo de centro en el que trabajan. Se midió mediante una escala nominal: Público, Privado, Concertado.

- Antigüedad en el centro: Variable cuantitativa, discreta, independiente. La variable se operacionalizó en años enteros trabajados, de tal manera que aquellos que llevaban algunos meses trabajando en el colegio se les consideró como un año y los profesores que referían llevar trabajando año y medio se les anotó dos años . Medida mediante una escala de razón.
- Años de experiencia profesional: Variable cuantitativa, discreta, independiente. Se refiere a años de experiencia profesional en general, no solo en dicho colegio. La variable se operacionalizó de la misma manera que la variable anterior. Medida mediante una escala de razón.
- Nº de alumnos a su cargo: Variable cuantitativa, discreta, independiente. Se les pidió que detallaran el número de alumnos a los que dan clase, no solo a los que tutorizan. Fue medida mediante una escala de razón.
- Sexo: Variable cualitativa, dicotómica, independiente. Sexo fenotípico medida mediante una escala nominal: Hombre, Mujer.
- Edad: Variable cuantitativa, continua, independiente que estimamos en años enteros cumplidos. Medida mediante una escala de razón.
- Familiar epiléptico: Variable cualitativa, dicotómica, independiente. Hace referencia a saber si tienen o han tenido un familiar con epilepsia. Se midió mediante una escala nominal: Si, No.
- Alumno epiléptico: Variable cualitativa, politómica, independiente. Se les pidió que señalaran si tienen o han tenido algún alumno con epilepsia. Medida mediante una escala nominal: Si, No, No lo sé.
- Haber presenciado una crisis epiléptica: Variable cualitativa, dicotómica, independiente. Fue medida mediante una escala nominal: Si, No.

Por otro lado, las variables referentes a la segunda parte del cuestionario son:

- Síntomas de una crisis epiléptica: Variable cualitativa, politómica, independiente. Esta variable hace referencia a los posibles síntomas que pueden darse en una crisis epiléptica. Medida mediante una escala nominal. Esta variable se caracteriza por ser de respuesta múltiple, es decir, se presentaron cinco posibles respuestas y debían señalar cuál o cuáles creían que eran las correctas.

A continuación se detallan las opciones: Inicio de convulsiones en uno de los miembros, pérdida de conciencia con convulsiones, breves periodos de inatención sin aparición de otros síntomas, inicio de convulsiones de todo el cuerpo y pérdida de conciencia sin convulsiones.

- Muerte por una crisis epiléptica: Variable cualitativa, dicotómica, independiente. Mediante esta cuestión se les preguntaba si podría fallecer un niño como consecuencia de una crisis epiléptica. Medida mediante una escala nominal: Si, No.
- Conocimientos: Variable cualitativa, dicotómica, independiente. Hace referencia a los si creen que tienen conocimientos suficientes acerca de las precauciones a seguir en una crisis epiléptica. Medida mediante una escala nominal: Si, No.
- Preparación: Variable cualitativa, politómica, independiente. Se les pidió que señalaran como de preparados se sentían para abordar una crisis epiléptica. Fue medida mediante una escala nominal: Muy bien, Bien, Mal, Muy mal.
- Medidas de seguridad: Variable cualitativa, politómica, independiente. Mediante esta variable se quiere preguntar por las medidas de seguridad que tomaría ante una crisis epiléptica. Medida mediante una escala nominal. Esta variable al igual que ocurría anteriormente también es de respuesta múltiple. Las posibles opciones son: Sujetar al niño en todo momento y aflojarle la ropa, separar los objetos que hay alrededor para evitar golpes, administrar medicación de rescate si la tuviera e ir a pedir ayuda aunque deje al niño solo.
- Crisis epiléptica: Variable cualitativa, politómica, independiente. Se pide que señalen cuál es la opción correcta. Medida mediante una escala nominal: Introducir un objeto duro en la boca del niño para evitar que se muerda, introducir la mano en la boca del niño para sujetarle la lengua, no introducir nada en la boca del niño, sujetarle la cabeza firmemente.
- Sospecha: Variable cualitativa, politómica, independiente. Indicar que haría ante la sospecha de sufrir una crisis epiléptica. Medida mediante una escala nominal. Variable de respuesta múltiple con estas posibles opciones: Sujetar al niño, quitarle las gafas si las tuviera, tumbar al niño en el suelo y procurar un entorno seguro y por último, esperar por si acaso no ocurre nada.

- Medicación de rescate: Variable cualitativa, politómica, independiente. Debían responder si administrarían o no medicación de rescate en alguna circunstancia. Medida a través de una escala nominal: Si, bajo cualquier circunstancia; Si, bajo unas condiciones previas; No.
- Miedo a repercusiones: Variable cualitativa, dicotómica, independiente. Hace referencia a los si tienen miedo a las posibles repercusiones legales en caso de cometer algún error. Medida mediante una escala nominal: Si, No.
- Excursión: Variable cualitativa, dicotómica, independiente. Se debía responder a si llevarían a un alumno epiléptico de excursión. Medida mediante una escala nominal: Si, No.
- Discriminación: Variable cualitativa, dicotómica, independiente. Hace referencia a si creen que estos alumnos son discriminados. Medida mediante una escala nominal: Si, No.
- Más información: Variable cualitativa, dicotómica, independiente. A través de esta variable se quería saber si desearían obtener más información del tema. Medida mediante una escala nominal: Si, No.
- Hojas informativas: Variable cualitativa, dicotómica, independiente. Medida a través de una escala nominal: Si, No.
- Cursos: Variable cualitativa, dicotómica, independiente. Medida a través de una escala nominal: Si, No.
- Otros métodos: Variable cualitativa, dicotómica, independiente. Medida a través de una escala nominal: Si, No.
- Padres: Variable cualitativa, dicotómica, independiente. Medida a través de una escala nominal: Si, No.
- Psicólogos: Variable cualitativa, dicotómica, independiente. Medida a través de una escala nominal: Si, No.
- Escuela: Variable cualitativa, dicotómica, independiente. Medida a través de una escala nominal: Si, No.
- Autoridades o legislación: Variable cualitativa, dicotómica, independiente. Medida a través de una escala nominal: Si, No.

4.5 ANÁLISIS DE LOS DATOS

El manejo de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 21.

Para analizar variables cuantitativas se utilizaron medias y desviaciones estándar, mientras que para las variables cualitativas, se emplearon porcentajes. Asimismo, para realizar comparaciones entre variables cuantitativas se establecieron correlaciones de Pearson. Sin embargo, para comparar variables cualitativas, se utilizó Chi-cuadrado. El nivel de significación estadística quedó definida en el 95% para todas las pruebas realizadas ($p < 0.05$).

4.6 LIMITACIONES Y SEGOS

- Posible sesgo de complacencia, el cual se intenta reducir al explicar a cada uno de ellos la confidencialidad de los datos.
- Una de las limitaciones encontradas ha sido que en los colegios en los que se deja la documentación para que la reparta el director o jefe de estudios, no se puede controlar al 100% que el proceso se realice correctamente aunque se ha querido solucionar dejándoles por escrito las instrucciones a seguir.
- Otra de las limitaciones podría ser que los participantes contesten de igual manera que otro compañero al no saber o dudar la respuesta. Al estar cerca unos de otros para resolver el cuestionario no se descarta que esto pueda ocurrir. Sin embargo, al comienzo se les explica la importancia de que cada uno de ellos conteste a sus preguntas sin comentarlas con el resto para intentar reducir esta limitación.
- Se utilizó un cuestionario no validado, sin embargo, ha sido usado en dos estudios similares anteriormente.
- La pregunta 4 del cuestionario, hace referencia al número de alumnos a los que dan clase, no solo a los que tutorizan. Sin embargo por las grandes diferencias que encontramos en algunos casos con respecto al número que señalan, podemos imaginar que la formulación de la pregunta no está del todo clara. Este sesgo se ha intentado resolver mediante las instrucciones que han sido entregadas anteriormente.

5. RESULTADOS

Como se ha dicho anteriormente, para la formación de la muestra se acudió a 13 colegios diferentes de Gijón. De ellos, 5 eran públicos, 7 concertados y 1 de carácter privado. En este caso, tal y como se observa en la Tabla 3, más de la mitad del profesorado pertenece a un centro concertado y tan solo el 9% a uno privado.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Público	73	36,5
Privado	18	9,0
Concertado	109	54,5
Total	200	100,0

La muestra está formada por un total de 200 profesores de Educación Primaria, de los cuales como se puede ver a través de la Tabla 4, 144 son mujeres (72%) y 55 son hombres (27,5%).

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Hombre	55	27,5
Mujer	144	72,0
No contestada	1	0,5
Total	200	100,0

Por otro lado, se resumen en la Tabla 5 algunos aspectos generales de la muestra. Con respecto a la experiencia profesional, es importante resaltar que llegan incluso a los 42 años trabajados, mientras que haciendo referencia al número de alumnos que pueden tener a su cargo, alcanzan los 500.

Tabla 5. Aspectos generales				
	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>
Edad (años)	199	23	64	44,07
Experiencia profesional (años)	200	1	42	18,35
Tiempo trabajado en el centro (años)	199	1	35	9,79
Nº de alumnos que tiene a su cargo	193	2	500	57,58

N= número total de respuestas a cada pregunta sobre el total de la muestra.

Las Tablas 6 y 7, muestran si el profesorado tiene o ha tenido familiares o alumnos con epilepsia. El 10% de los profesores refieren tener o haber tenido algún familiar epiléptico. Por otro lado, el 27,5% tiene o tuvo en algún momento de su vida profesional un alumno con epilepsia. Cabe destacar además que el 10% de los profesionales no saben si sus alumnos padecen esta enfermedad.

Tabla 6. Familiar epiléptico		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	20	10,0
No	180	90,0
Total	200	100,0

Tabla 7. Alumno epiléptico		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	55	27,5
No	124	62,0
No lo sé	21	10,5
Total	200	100,0

Sin embargo, la Tabla 8 refleja que el 68% de la muestra no ha presenciado nunca una crisis epiléptica.

Tabla 8. Haber presenciado una crisis epiléptica		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	64	32,0
No	136	68,0
Total	200	100,0

La pregunta 10 del cuestionario, hace referencia a los síntomas que puede tener una crisis epiléptica. La Tabla 9 refleja cuántos profesores han respondido correctamente a la pregunta y por lo tanto, han señalado como correctas todas las respuestas. En este caso, tan solo un 5,5% de la muestra marcaron todas las posibles opciones.

Tabla 9. Reconocimiento de los posibles síntomas de una crisis epiléptica		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Marcaron todas las respuestas	11	5,5
Marcaron 4 respuestas	18	9,0
Marcaron 3 respuestas	59	29,5
Marcaron 2 respuestas	80	40,0
Marcaron 1 respuestas	31	15,5
No contestada	1	0,5
Total	200	100,0

Como dato anecdótico, es curioso que con respecto a esta pregunta, el 80% de la muestra señala entre sus posibles opciones la que dice: “Pérdida de conciencia con convulsiones (sacudidas)”. Casi el total de la muestra coincide en que éste es uno de los síntomas que puede darse en una crisis epiléptica.

Por otro lado, mediante la siguiente tabla se observa que un 15% de los profesores piensan que una persona no puede fallecer como consecuencia de una crisis epiléptica.

Tabla 10. Posibilidad de morir tras una crisis epiléptica		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	155	77,5
No	30	15,0
No contestada	15	7,5
Total	200	100,0

Mediante los siguientes Gráficos (1 y 2) se quiere reflejar cuál es la autoevaluación que hacen los profesores de su conocimiento acerca de las precauciones que deben tomar ante una crisis epiléptica y cómo se sienten de preparados para actuar en esa situación. Tal y como se representa en las figuras, 182 profesores (90%) admiten no tener los conocimientos suficientes y 143 (70%) se sienten mal preparados para actuar ante una crisis epiléptica.

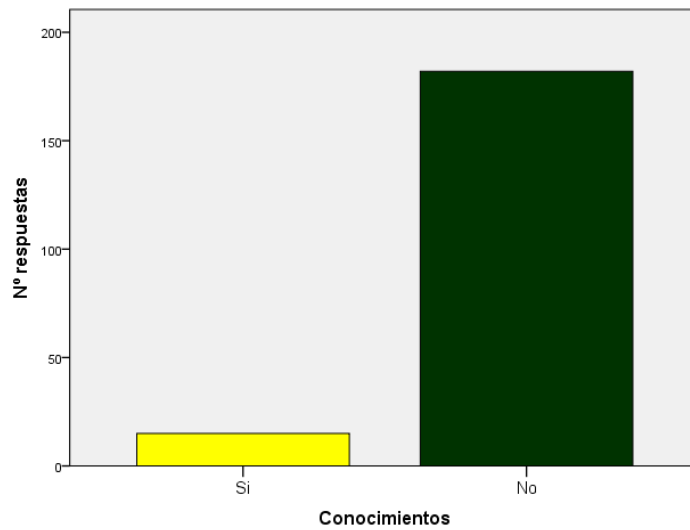


Gráfico 1. Conocimientos ante una crisis epiléptica

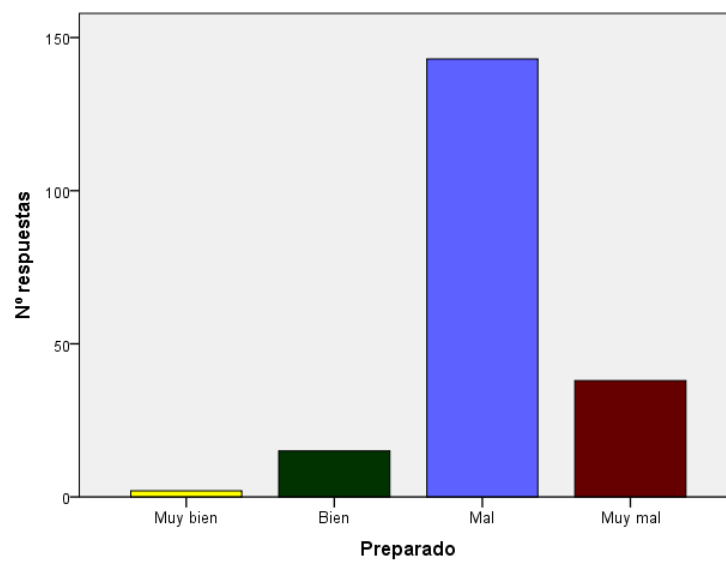


Gráfico 2. Preparación ante una crisis epiléptica.

La pregunta 14 del cuestionario, hace referencia a las medidas de seguridad que se deben tomar ante una crisis epiléptica. La Tabla 11 representa la cantidad de profesores que contestaron de forma correcta a la pregunta y por lo tanto seleccionaron como respuestas correctas “separar los objetos que hay alrededor para evitar golpes” y “administrar medicación de rescate si la tuviera”. Asimismo, solo el 30% del profesorado marcó ambas respuestas como verdaderas.

Tabla 11. Reconocimiento de las medidas de seguridad a seguir en una crisis epiléptica		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Marcaron ambas respuestas correctas	62	31,0
Marcaron una respuesta correcta	127	63,5
No marcaron ninguna	11	5,5
Total	200	100,0

Con respecto a esta cuestión, el 90% de los profesores identificaron como correcta la opción “separar los objetos que hay alrededor para evitar golpes”. Sin embargo, la mayoría la combinaron de forma errónea con “sujetar al niño en todo momento y aflojarle la ropa”.

Para acabar con las preguntas de respuesta múltiple, se incluye la pregunta 16 que hace referencia a lo que se debería hacer ante la sospecha de que un alumno vaya a sufrir una crisis epiléptica.

De la misma manera que anteriormente, la Tabla 12 muestra cuántos profesores respondieron correctamente a la pregunta contestando “quitarle las gafas si las tuviera” y “tumbar al niño en el suelo y procurar un entorno seguro”. En esta ocasión, menos de la mitad de la muestra marcaron estas dos opciones.

Tabla 12. Medidas de actuación ante la sospecha de que un alumno sufra una crisis epiléptica		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Marcaron ambas respuestas correctas	89	44,5
Marcaron una respuesta correcta	108	54,0
No marcaron ninguna	2	1,0
No contestada	1	0,5
Total	200	100,0

Con respecto a la administración de medicación en una situación de urgencia como es una crisis epiléptica, la Tabla 13 muestra como solo el 5% del profesorado administraría medicación de rescate bajo cualquier circunstancia. Asimismo, el 84% de la muestra refiere tener miedo a las posibles repercusiones legales en el caso de cometer algún error en la administración de medicación (Tabla 14).

Tabla 13. Posibilidad de administrar medicación de rescate		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si, bajo cualquier circunstancia	10	5,0
Si pero con condiciones	126	63,0
No	59	29,5
No contestada	5	2,5
Total	200	100,0

Tabla 14. Miedo a las repercusiones legales en caso de error		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	168	84,0
No	25	12,5
No contestada	7	3,5
Total	200	100,0

Por otro lado, pese a los resultados que se mostraban en los Gráficos 1 y 2 acerca de los conocimientos y la preparación que tiene el profesorado en caso de que un alumno sufra una crisis epiléptica, el 90% de los profesores llevaría a sus alumnos de excursión (Tabla 15).

Tabla 15. Posibilidad de llevar a niños con epilepsia de excursión		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	181	90,5
No	12	6,0
No contestada	7	3,5
Total	200	100,0

Con respecto a si los profesores creen que los niños que sufren epilepsia son discriminados por otros compañeros (Gráfico 3), solamente 11 (5,5% de la muestra) piensan que si sufren discriminación.

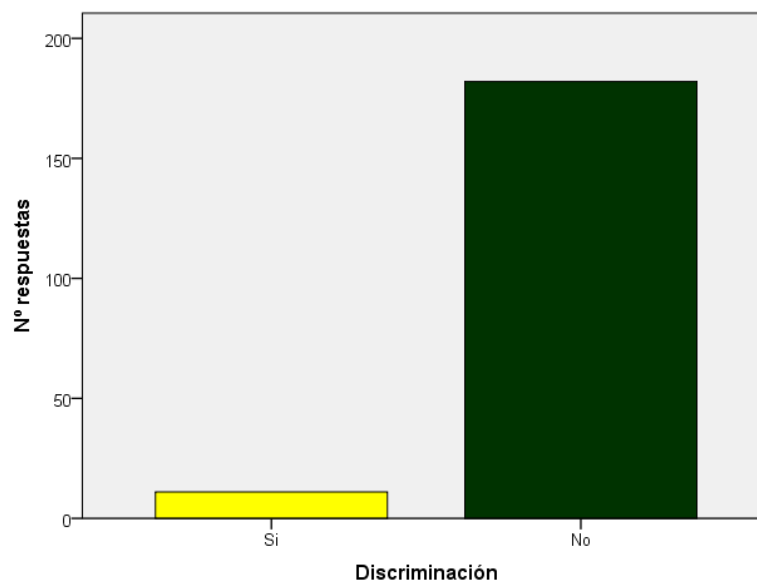


Gráfico 3. Creencias del profesorado de si actualmente los niños con epilepsia sufren discriminación.

Finalmente, la Tabla 16 muestra como casi la totalidad de la muestra desearía obtener más información sobre la epilepsia. Tan solo el 1,5% del profesorado refleja no querer ampliar sus conocimientos.

Tabla 16. Deseo de recibir más información		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si quieren información	196	98,0
No quieren información	3	1,5
No contestada	1	0,5
Total	200	100,0

Además, se les preguntó si querían que la información fuera recibida a través de hojas informativas, cursos u otros métodos. Los resultados se pueden analizar mediante los siguientes gráficos (Gráfico 4, 5 y 6).

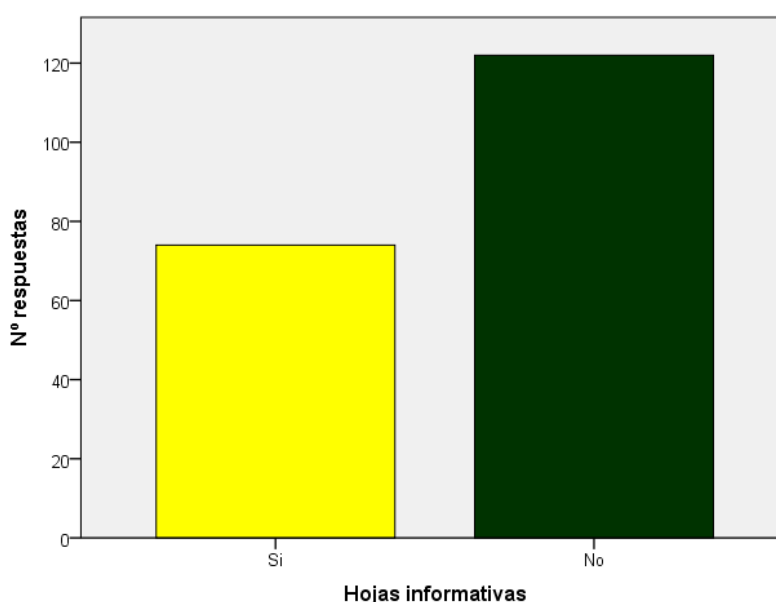


Gráfico 4. Información a través de hojas informativas.

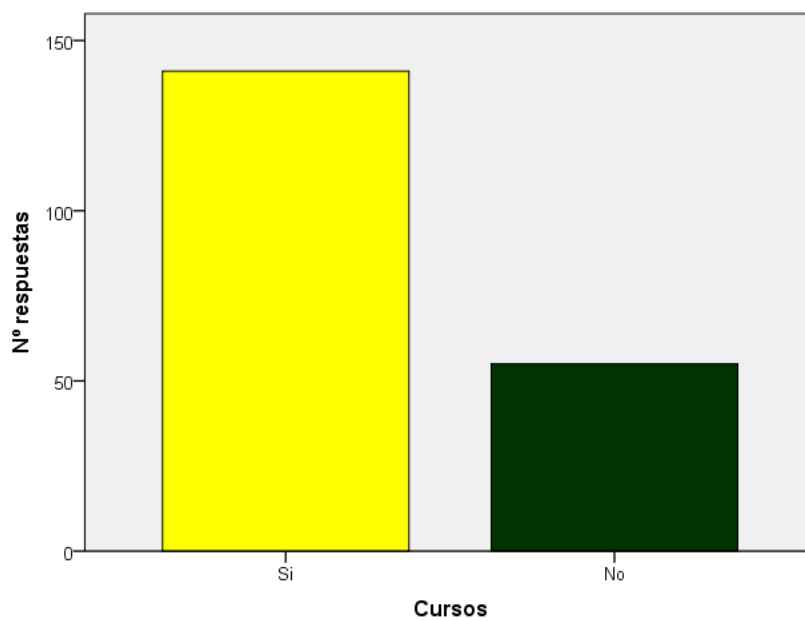


Gráfico 5. Información a través de cursos.

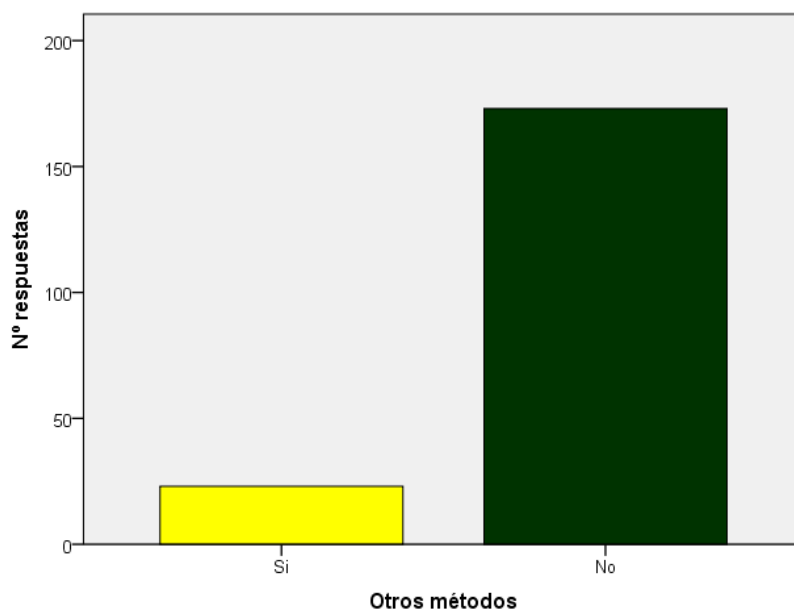


Gráfico 6. Información a través de otros métodos.

De esta manera, 74 profesores señalaron que querían obtener más información a través de hojas informativas y 23 personas a través de otros métodos, pero sin embargo la mayoría (70%) desearían que la información se les ofreciera a través de cursos.

Por otra parte, se realizó un análisis estadístico para comparar algunas variables cualitativas de interés mediante Chi-cuadrado sin que se obtuvieran diferencias significativas ($p < 0.05$).

En primer lugar, se quiso saber si el tipo de centro influye en la percepción que tienen los profesores sobre su propio conocimiento sobre la epilepsia y también sobre si desearían obtener más información o no sobre esta enfermedad. A través del Gráfico 7, se observa que independientemente del tipo de centro en el que se encuentren, la mayoría piensa no tener suficientes conocimientos sobre las precauciones a tomar ante una crisis epiléptica y además desean por tanto obtener más información al respecto. Tan solo 3 profesores que se encuentran en un centro concertado no querrían ampliar sus conocimientos. Aunque los resultados no son significativamente estadísticos, son los centros concertados donde los datos son mayores.

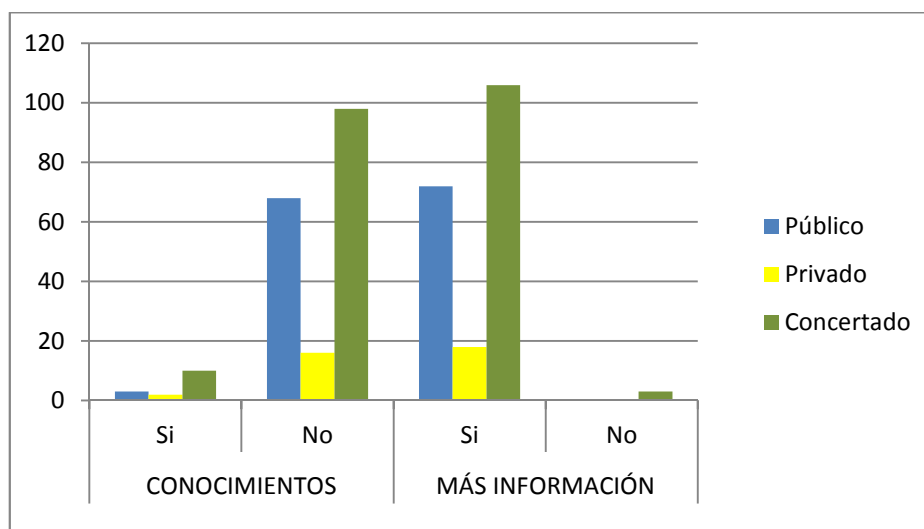


Gráfico 7. Autopercepción de conocimientos y deseo de obtener más información en función del tipo de centro. La respuesta "Si" hace referencia a que si quieren obtener más conocimientos e información respectivamente y la respuesta "no" hace referencia a lo contrario.

En segundo lugar, se consideró importante establecer la misma relación que anteriormente pero esta vez en función del sexo. De igual manera, el Gráfico 8 muestra como una amplia mayoría de los profesores piensan no tener los conocimientos suficientes como para actuar ante una crisis epiléptica y tanto es así que les gustaría obtener más información al respecto. Aunque los resultados continúan sin tener significación estadística, las mujeres son las que resaltan sobre los hombres.

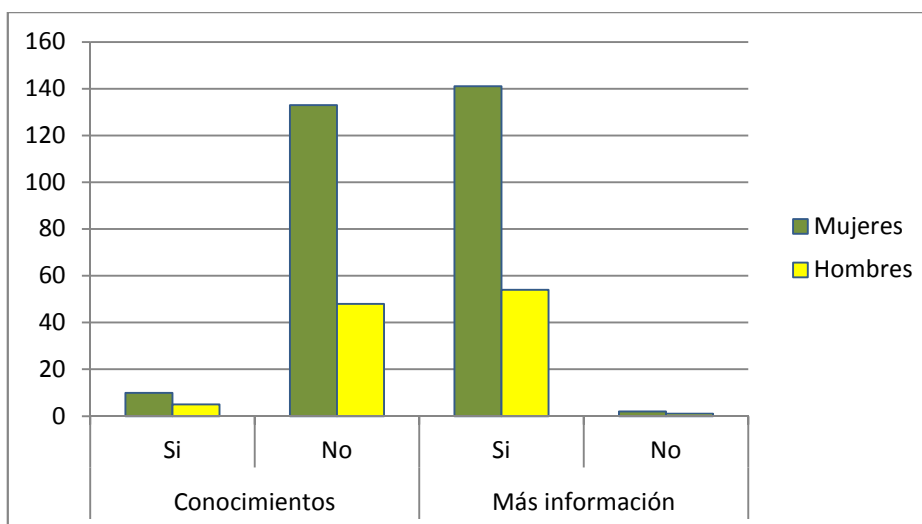


Gráfico 8. Autopercepción de conocimientos y deseo de obtener más información en función del sexo. La respuesta “Si” hace referencia a que si quieren obtener más conocimientos e información respectivamente y la respuesta “no” hace referencia a lo contrario.

Por otro lado, se quería saber si tener o haber tenido algún familiar o alumno epiléptico podría influir en la percepción que tienen sobre sus conocimientos acerca de esta enfermedad. En el Gráfico 9, si se observa por un lado el apartado “sí tienen familiar epiléptico”, solamente 3 profesores dijeron que si creían tener conocimientos suficientes para actuar ante una crisis epiléptica. Sin embargo, en el apartado “sí tienen alumnos con epilepsia”, de 54 personas solo 8 creen tener suficientes conocimientos sobre el tema. Además de 197 profesores que contestaron a esta cuestión, 20 no saben si tienen o han tenido alumnos epilépticos, pero incluso 19 de ellos contestaron que no tenían suficientes conocimientos para actuar si alguno de ellos sufre una crisis epiléptica.

Los resultados, aun acercándose al nivel de significación estadística establecido siguen sin ser menores de 0.05.

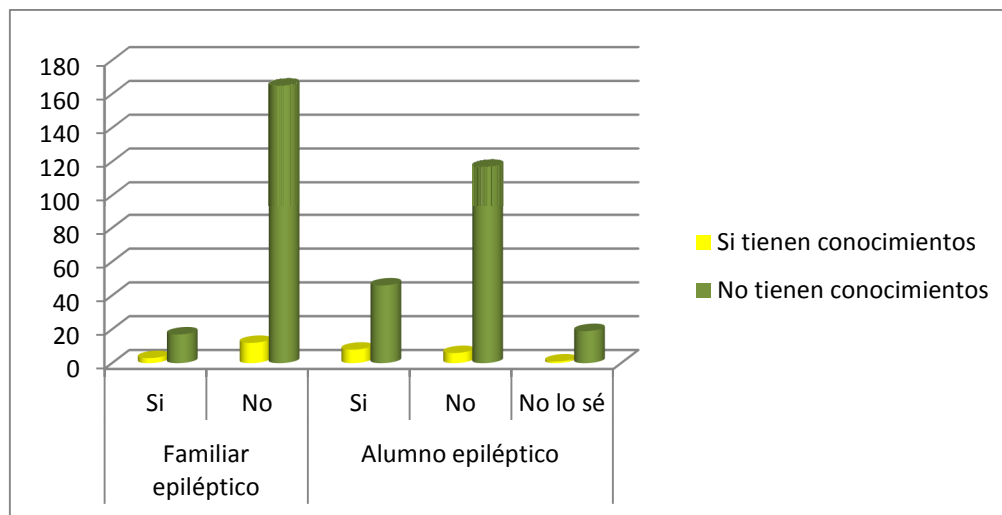


Gráfico 9. Autopercepción de conocimientos en función de tener familiares o alumnos con epilepsia. La respuesta "Si" hace referencia a si tiene o ha tenido un familiar o alumno con epilepsia respectivamente y la respuesta "no" hace referencia a lo contrario.

Por último dentro de esta cuestión, se comparó si haber presenciado en algún momento una crisis epiléptica podría influir en los conocimientos que tienen sobre la actuación en una crisis epiléptica. Mediante el Gráfico 10, se ve como de 62 profesores que afirmaron haber presenciado una crisis epiléptica en algún momento de su vida, solo 7 creen tener los conocimientos suficientes como para actuar correctamente en una.

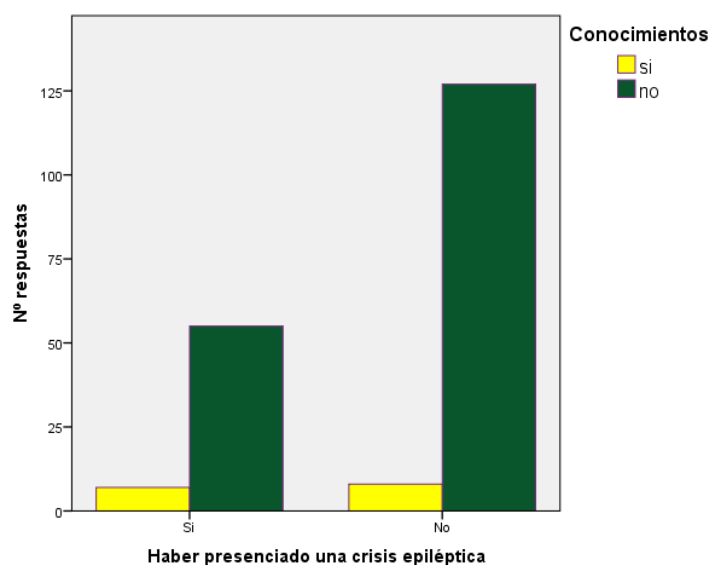


Gráfico 10. Autopercepción de conocimientos en función de haber presenciado o no una crisis epiléptica.

Finalmente, se realizó un análisis estadístico del nivel de conocimientos que tenían los profesores de acuerdo a cada variable por separado utilizando la pregunta 15 como ejemplo, sin que se obtuvieran diferencias significativas.

Para este análisis se han utilizado las mismas variables que anteriormente como después veremos. En primer lugar, la Tabla 17 representa el número de profesores que han marcado cada respuesta de la pregunta 15 en función del tipo de centro al que pertenecen. Como se puede observar, en términos generales, tan solo 41 profesores responden de forma correcta “no introducir nada en la boca del niño durante una crisis epiléptica”, es decir, una cuarta parte de la muestra. Sin embargo, durante una crisis epiléptica, la mayoría introducirían un objeto duro en la boca del niño.

Por otro lado, si se valoran los resultados en función del tipo de centro, dentro del colegio de carácter privado, tan solo 6 profesores contestan bien a esta pregunta que por otro lado, son casi la mitad del total. Sin embargo, con respecto a los colegios públicos y privados, una amplia mayoría piensan que sería mejor introducir “algo” en la boca del niño.

	Características del centro			Total
	Público	Privado	Concertado	
Crisis	Introducir un objeto duro	24(44,44%)	3(20%)	36(40,91%)
	Introducir la mano	11(20,37%)	4(26,67%)	15(17,05%)
	No introducir nada	11(20,37%)	6(40%)	24(27,27%)
	Sujetar la cabeza	8(14,81%)	2(13,33%)	13(14,77%)
Total	54(100%)	15(100%)	88(100%)	157

Tabla 17. Conocimientos en función del tipo de centro.

La variable “sexo” fue la segunda variable analizada, de tal manera que 114 mujeres y 42 hombres contestaron a esta pregunta. La mayoría de las mujeres y de los hombres contestaron “introducir un objeto duro en la boca del niño”.

Más de la mitad de las mujeres piensan que deberían introducir “algo” en la boca de la víctima y tan solo aproximadamente una cuarta parte de las mujeres y de los hombres contestaron de forma acertada.

		Sexo	
		Hombre	Mujer
Crisis	Introducir un objeto duro	15(35,71%)	47(41,23%)
	Introducir la mano	7(16,67%)	23(20,18%)
	No introducir nada	13(30,95%)	28(24,56%)
	Sujetar la cabeza	7(16,67%)	16(14,04%)
Total		42(100%)	114(100%)

Tabla 18. Conocimientos en función del sexo.

Con respecto a tener o haber tenido algún familiar o alumno con epilepsia, 17 personas contestaron afirmativamente a tener un familiar epiléptico y solo 2 (11,76%) respondieron a la pregunta de forma correcta. De otra manera, casi una tercera parte de la muestra tienen o han tenido un alumno con epilepsia y 17 personas no lo saben, por lo que podrían serlo o no. Como ocurría con la variable anterior, más de la mitad de los profesores que tienen alumnos con epilepsia piensan que introducir “algo” en la boca del niño sería lo correcto y una tercera parte saben que “no introducir nada” es la forma correcta de actuar.

Por último, tanto si tienen o no familiares o alumnos con epilepsia o incluso si no lo saben, la mayoría piensa que en el caso de que uno de sus alumnos sufra una crisis epiléptica, deben “introducir un objeto duro en la boca del niño”.

		Familiar epiléptico		Alumno epiléptico		
		si	no	si	no	no lo sé
Crisis	Introducir un objeto duro	9(52,94%)	54(38,57%)	18(37,50%)	36(39,13%)	9(52,94%)
	Introducir la mano	3(17,65%)	27(19,29%)	10(20,83%)	19(20,65%)	1(5,88%)
	No introducir nada	2(11,76%)	39(27,86%)	13(27,08%)	24(26,09%)	4(23,53%)
	Sujetar la cabeza	3(17,65%)	20(14,29%)	7(14,58%)	13(14,13%)	3(17,65%)
Total		17(100%)	140(100%)	48(100%)	92(100%)	17(100%)

Tabla 19. Conocimientos en función de tener o haber tenido un familiar o alumno con epilepsia.

Finalmente, 49 profesores presenciaron alguna vez en su vida una crisis epiléptica. De ellos, como ocurría anteriormente con las demás variables, la mayoría introducirían un objeto duro en la boca del niño. Sin embargo, casi de igual manera contestaron “no introducir nada”. Por otro lado, ocurre lo mismo en el caso de no haber presenciado nunca una crisis epiléptica aunque las diferencias son mucho mayores.

	Haber presenciado una crisis epiléptica		
	si	no	
Crisis	Introducir un objeto duro	17(34,69%)	46(42,59%)
	Introducir la mano	6(12,24%)	24(22,22%)
	No introducir nada	15(30,61%)	26(24,07%)
	Sujetar la cabeza	11(22,45%)	12(11,11%)
Total	49(100%)	108(100%)	

Tabla 20. Conocimientos en función de haber presenciado una crisis epiléptica.

6. DISCUSIÓN

Los estudios de investigación realizados hasta el momento para saber el conocimiento, información y actitudes que tienen los profesores de Educación Primaria sobre la epilepsia y el manejo de sus alumnos en el caso en el que sufran una crisis epiléptica son muy escasos ^(9,20). Por lo tanto, aún hoy en día se tiene poca evidencia científica con la que hacer una comparación.

Por este motivo, se han buscado artículos similares referentes a los conocimientos que tienen los profesores sobre primeros auxilios o técnicas de reanimación cardiopulmonar en los colegios ^(24,25).

Las características generales de la muestra obtenidas en este estudio son similares a las de otras publicaciones.

En primer lugar, en esta investigación han participado colegios públicos, privados y concertados, de tal manera que participaron casi del mismo modo los centros públicos y concertados y en menor medida los privados ⁽¹⁸⁾. Bien es cierto que en Gijón el número de colegios de carácter privado es muy inferior al resto. Sin embargo, si se junta en un mismo grupo los colegios privados y concertados, el porcentaje de participación de estos sería mayor que el de los públicos ⁽²¹⁾.

Continuando con variables epidemiológicas, del total de la muestra, más de la mitad son mujeres ^(17,18,25). Con respecto a su edad, el intervalo va casi desde el comienzo de la vida laboral hasta la jubilación ^(17,18, 21), con una media de edad similar a la de otras publicaciones ^(17,24). Es por este motivo por lo que la experiencia laboral tiene el rango tan amplio ⁽¹⁸⁾.

Mediante los datos ofrecidos en el número de alumnos que tienen a su cargo, queda claro que los profesores acarrean con mucha responsabilidad durante el tiempo en el que los niños van al colegio. Bien es cierto que saber todos los datos de la vida de todos los alumnos es complicado pero sí que deberían estar al tanto de los posibles problemas de salud que puedan tener. Sin embargo, como hemos visto aún hay un porcentaje de profesores que no saben si sus alumnos son epilépticos ⁽¹⁷⁾.

No todos los profesores refieren haber tenido algún alumno con epilepsia en sus clases pero casi un tercio de la muestra sí impartió clases a niños epilépticos.

Este dato es mayor que en otro estudio similar ⁽²¹⁾ y menor que en otros ^(10,17). Sin embargo, si a éste se junta el porcentaje de profesores que no saben si alguna vez han tenido algún alumno con epilepsia, nos acercamos mucho más a los valores que aparecen en otros artículos.

Por otra parte, introduciéndonos más en el punto clave del estudio, nuestros resultados avalan que los profesores casi en su totalidad no creen que tengan los conocimientos suficientes como para actuar en una situación de urgencia como es una crisis epiléptica y además un alto porcentaje refieren no estar preparados, ya que carecen de la información necesaria para hacerlo ^(9,16,18,20,21,26).

Excluyendo tres personas, todos querrían recibir más información sobre la epilepsia y sobre cómo deben actuar si uno de sus alumnos sufre una crisis epiléptica ⁽¹⁶⁾. Sobre todo a través de cursos que consideran que afianzarían mejor estos conocimientos aunque de cualquier forma es buena siempre y cuando se consiga el objetivo deseado.

Dentro del cuestionario que se ha utilizado, había cuatro preguntas que hacían más hincapié en saber si el profesorado tenía buenos conocimientos o no sobre las medidas de actuación básica a tomar en una crisis epiléptica. Se ha analizado cada una de ellas por separado y finalmente se ha tomado como ejemplo una de ellas. Saber si debemos o no introducir algo en la boca del niño para evitar “que se trague la lengua” como comúnmente se dice, es uno de los aspectos clave cuando alguien piensa en una crisis epiléptica, por eso se decidió usar la pregunta como ejemplo.

Independientemente de las variables que se relacionaran con dicha pregunta, la mayoría optarían por introducir algo, ya sea un objeto duro o la mano antes que no introducir nada, lo cual no es la manera correcta de actuar ⁽¹⁷⁾. Esto es debido a concepciones pasadas que decían que había que introducir un pañuelo o un objeto duro en la boca del niño para evitar que se mordiera y “tragara la lengua” y de esta manera falleciera ahogado. Parece que estos pensamientos han quedado interiorizados en las mentes de las personas y por ello responden de tal manera.

Sin embargo, aunque ocurre lo mismo en el caso de haber presenciado una crisis epiléptica anteriormente, las diferencias son mucho menores.

Este hecho lleva a pensar que un mínimo de formación que reciban, podría mejorar mucho los conocimientos de este colectivo y de esta manera puedan actuar correctamente ante una crisis epiléptica ⁽⁹⁾.

Por último, poseer medicación de rescate es de vital importancia en el caso de que un niño esté sufriendo una crisis epiléptica ya que como hemos reseñado anteriormente, muchas crisis no ceden por sí solas sino que es necesaria la administración de medicación ⁽¹²⁾. No obstante, casi la mayoría de los profesores no la utilizarían por miedo a las posibles repercusiones legales que tengan posteriormente.

Tal y como reflejaron muchos de ellos en el cuestionario, estos creen que no es su labor y que no deberían de hacerlo bajo ningún concepto, sin embargo, otros piensan que si tuvieran la formación necesaria y los permisos oportunos cambiaría la situación y quizá si se atreverían a administrar la medicación tal y como algunos ya hacen ante situaciones como las hipoglucemias.

Finalmente, queremos destacar el papel de la enfermería en este estudio. Dados los resultados obtenidos, podría ser muy importante para contribuir en la mejora del conocimiento acerca del manejo de las crisis epilépticas en los colegios. Esto podría realizarse mediante infinidad de maneras como podrían ser cursos o charlas que ayuden a ampliar la información y resolver las posibles dudas que pueda traer este tema tan amplio como es la epilepsia. Además, vemos como por desgracia parece que está a la orden del día el tema del bullying y la discriminación en los colegios. Éste es otro aspecto importante que queríamos resaltar porque como consecuencia de la ignorancia y estigmatización que ha arrastrado esta patología a lo largo de los años, los niños que padecen epilepsia han sido discriminados durante mucho tiempo simplemente por sufrir esta enfermedad ⁽⁹⁾. De esta manera es relevante contribuir a que este hecho cese, y que mejor manera que ampliando la información desde lo que parece el punto de partida, los colegios.

7. CONCLUSIONES

- Los profesores carecen de los conocimientos necesarios para actuar de manera segura en caso de que uno de sus alumnos presente una crisis epiléptica.
- Los profesores se sienten mal preparados para actuar ante una crisis epiléptica.
- Los conocimientos que tiene el profesorado son similares independientemente de las variables con las que se relacione, aunque haber presenciado una crisis epiléptica anteriormente mejora este conocimiento.
- El diagnóstico de epilepsia no implicaría una discriminación de la atención por parte del profesorado.
- Sólo un pequeño porcentaje del profesorado accedería a dispensar una medicación en caso de presenciar una crisis epiléptica en el colegio.
- A una amplia mayoría de los profesores les gustaría obtener más información sobre cómo actuar ante una crisis epiléptica.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. García R, García A, Masjuan J, Sánchez C, Gil A. FEEN: Informe sociosanitario FEEN sobre la epilepsia en España. *Neurología*. 2011; 26(9): 548-55.
2. Aguilar MJ, Álvarez J, Bargalló N, Becerra JL, Blanco T, Campos DM, et al. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2012. Guía oficial de práctica clínica en epilepsia. Madrid. Ediciones SEN. 2012. <http://www.epilepsiasen.net/wp-content/uploads/GUIA%20OFICIAL%20SEN%20EPILEPSIA.pdf> (último acceso Abril 2017).
3. Mercadé JM, Toledo M, Mauri JA, López FJ, Salas C, Sancho J. Guía oficial de la Sociedad Española de Neurología de práctica clínica en epilepsia. *Neurología*. 2016; 31(2): 121-9.
4. García A, Blanco R, Ballesteros L, Herreros J, de la Morena A. Influencia de la comorbilidad médica y neuropsiquiátrica en la evolución de la epilepsia infantil. *An Pediatr (Barc)*. 2015; 82(1): 52-5.
5. Fernández E, Villa R, García A, Fidalgo A, Zanabili AA, Salas J. Prevalencia, tipo de epilepsia y uso de fármacos antiepilépticos en atención primaria. *Rev Neurol*. 2015; 60(12): 535-42.
6. Ramos J, Carrasco LI, Vázquez M, Calvo MD, Cassinello E. Epidemiología de la epilepsia en la edad pediátrica: Tipos de crisis epilépticas y síndromes epilépticos. *An Esp Pediatr*. 1996; 45(3): 256-60.
7. Ochoa L, López J, Fuertes C, Fernando R, Samper P, Monge L, et al. Estudio descriptivo de las epilepsias sintomáticas según edad de inicio controladas durante 3 años en una Unidad de Neuropediatría de referencia regional. *Neurología*. 2016.
8. Villanueva V, Girón JM, Martín J, Hernández LJ, Lahuerta J, Doz M. Impacto económico y en calidad de vida de la epilepsia resistente en España: estudio ESPERA. *Neurología*. 2013; 28(4): 195-204.

9. Caraballo R, Roncon MC, Pérez R, Monti A, Schonfeld J. Rol de los docentes en el manejo de los alumnos con epilepsia en el nivel primario y secundario. *Revista Chilena de Epilepsia*. 2015; 3: 10-22.
10. Gebrewold MA, Enquselassie F, Teklehaimanot R, Gugssa SA. Ethiopian teachers: their knowledge, attitude and practice towards epilepsy. *BMC Neurol*. 2016; 16(1): 167.
11. Organización Mundial de la Salud. Epilepsia. WHO. 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/> (último acceso Abril 2017).
12. Raspall M, Martínez A, Pantoja J, Paredes F, Sánchez R, Wait S. Manejo de la crisis convulsiva prolongada en la comunidad: resultados del estudio PERFECT en España. *An Pediatr (Barc)*. 2014; 81(2): 99-106.
13. Durá T, Yoldi ME, Gallinas F. Incidencia de la epilepsia infantil. *An Pediatr (Barc)*. 2007; 67(1): 37-43.
14. Durá T, Yoldi ME, Gallinas F. Estudio descriptivo de la epilepsia infantil. *Rev Neurol*. 2007; 44(12): 720-4.
15. Ochoa L, López J, Lapresta C, Fuertes C, Fernando R, Samper P, et al. Estudio de las epilepsias según la edad de inicio, controladas durante 3 años en una Unidad de Neuropediatría de referencia regional. *An Pediatr (Barc)*. 2016; 86(1): 11-9.
16. Al Hashemi E, Ashkanani A, Al Qattan H, Mahmoud A, Al Kabbani M, Al Juhaidli A, et al. Knowledge about Epilepsy and Attitudes toward Students with Epilepsy among Middle and High School Teachers in Kuwait. *Int J Pediatr*. 2016; (2016): 1-15.
17. Mecarelli O, Capovilla G, Romeo A, Rubboli G, Tinuper P, Beghi E. Knowledge and attitudes toward epilepsy among primary and secondary schoolteachers in Italy. *Epilepsy Behav*. 2011; 22(2): 285-92.
18. Abulhamail AS, Al Sulami FE, Alnouri MA, Mahrous NM, Joharji DG, Albogami MM, et al. Primary school teacher's knowledge and attitudes toward children with epilepsy. *Seizure*. 2014; 23(4): 280-3.

19. Pérez JC, Bulacio JC, Espinosa E (eds). Epilepsia en niños. Clínica, diagnóstico y tratamiento. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2014. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=qG5tBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR21&dq=epilepsia+en+ni%C3%B1os&ots=VRTKITTfM3&sig=aUOJL4NnRLVs8XqyvY9uTQwv2fM#v=onepage&q=epilepsia%20en%20ni%C3%B1os&f=false> (último acceso Abril 2017).
20. García, JJ. Fracaso escolar y epilepsia infantil. Rev Neurol. 2015; 60(1): 63-8.
21. Alonso N, Campo M. Necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria. Nuber Cientif. 2014; 2(13): 25-31.
22. Femi L, Mujammad N, Desola S. Epilepsy and Education in developing countries: a survey of school teachers' knowledge about epilepsy and their attitude towards students with epilepsy in Northwestern Nigeria. Pan Afr Med J. 2014; 18(255).
23. Dumeier HK, Neining MP, Bernhard MK, Syrbe S, Merckenschlager A, Zabel J, et al. Knowledge and attitudes of school teachers, preschool teachers and students in teacher training about epilepsy and emergency management of seizures. Arch Dis Child. 2015; 100(9): 851-5.
24. Abrales JA, Rodríguez N (eds). Estudios en torno a una necesidad: salvamento y socorrismo acuático. A Coruña: Federación de Salvamento e Socorrismo de Galicia (FESSGA); 2008. (ultimo acceso Abril 2017).
25. Navarro R, Penelas G, Basanta S. ¿Tienen las futuras maestras y maestros de educación primaria la formación necesaria para iniciar las maniobras de reanimación cardiopulmonar en caso de emergencia escolar? Un estudio descriptivo. Educar. 2016; 52(1): 149-68.
26. González, S. Educación y epilepsia. Psiquiatría.com. 2003; 7(3):1-6.

9. ANEXOS

9.1 Anexo I: Resolución por parte del Comité Ético de Investigación



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS IV

Comité de Ética de la Investigación del
Principado de Asturias
C/ Celestino Villamil s/n
33006 -Oviedo
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28
e-mail: ceicr_asturias@hca.es

Área Sanitaria

Oviedo, 16 de Noviembre de 2016

El Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias ha evaluado el Estudio nº 199/16, titulado: "CONOCIMIENTO POR PARTE DE LOS PROFESORES DE EDUCACIÓN PRIMARIA ACERCA DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD BÁSICA A TOMAR EN UN NIÑO CON UNA CRISIS EPILEPTICA". Investigadora Principal Dña. Andrea Martínez Urquijo. Trabajo Fin de Máster.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado estudio reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y, en consecuencia, emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardar la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este estudio.

Le saluda atentamente.

Fdo: Eduardo Arnáez Moral
Secretario del Comité de Ética de la Investigación
del Principado de Asturias



9.2 Anexo II: Consentimiento presentado a los directores de los colegios



FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

“ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO POR PARTE DEL PROFESORADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA SOBRE LAS MEDIDAS DE ACTUACIÓN ANTE UN ALUMNO CON UNA CRISIS EPILÉPTICA”.

Yo, _____ como Director/a del Centro, manifiesto que conozco y comprendo satisfactoriamente la naturaleza y el propósito de este estudio y de los procedimientos que de él se derivan.

Además, se me ha asegurado el carácter anónimo y la confidencialidad en el manejo de la información dada. Es por ello que a través de este documento, doy mi consentimiento para que el centro forme parte del estudio.

Firma del participante

Fecha

9.3 Anexo III: Instrucciones presentadas

INSTRUCCIONES

1. En primer lugar, se debe firmar el consentimiento informado por cada participante (profesor de educación primaria). En la primera cara del folio, se debe rellenar el nombre del participante y en la cara de atrás se debe rellenar nuevamente el nombre completo y firmar con la fecha.
2. Posteriormente, cumplimentar las dos hojas grapadas del cuestionario por cada participante (profesor de educación primaria).
Por favor, es importante que se respondan todas las preguntas y no dejar ninguna en blanco aunque se dude o no se sepa a ciencia cierta la respuesta.
3. Responder cada uno a su propio cuestionario como crea oportuno. No está permitido buscar información al respecto ni copiar las respuestas de otro participante.

Como dice el consentimiento informado, se garantiza la CONFIDENCIALIDAD de los datos ya que aunque se tenga que firmar con nombre y apellidos, este documento no se junta en ningún momento con el cuestionario el cual no se identifica.

- En el caso del director/a o jefe de estudios del colegio debe firmar el documento preparado.
- La pregunta número 4 del cuestionario hace referencia al número de alumnos a los que se da clase, no solo a los que tutorizan.

Muchas gracias por su colaboración

9.4 Anexo IV: Consentimiento presentado a los profesores



**FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título del estudio

“ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO POR PARTE DEL PROFESORADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA SOBRE LAS MEDIDAS DE ACTUACIÓN ANTE UN ALUMNO CON UNA CRISIS EPILÉPTICA”.

Investigadores principales: Andrea Martínez Urquijo (Enfermera en Hospital Cruz Roja, Gijón) y Germán Morís de la Tassa (Servicio de Neurología, HUCA)

Nombre de la persona: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Por favor, pregúntenos sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas sobre el mismo.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento.

1. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Analizar el conocimiento que tienen los profesores de Educación Primaria sobre las medidas de actuación ante un alumno con una crisis epiléptica.

2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Con este estudio se pretende ampliar el conocimiento sobre la epilepsia y los conocimientos que tienen los profesores sobre las medidas de actuación en caso de una crisis epiléptica para poder mejorar el mecanismo de actuación en el caso de que hiciera falta.

3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio, se le pedirá responder a ciertas preguntas incluidas en unos cuestionarios. Esto le llevará unos minutos, aunque las preguntas serán sencillas.

4. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- La información obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines exclusivamente científicos.



5. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Convengo en participar en este estudio de investigación.

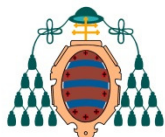
Firma del participante

Fecha

Firma del investigador

Fecha

9.5 Anexo V: Cuestionario utilizado



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

INSTRUCCIONES: Por favor lea detenidamente cada una de las preguntas, escriba los datos que se encuentran con espacio y coloque una "X" dentro de la casilla que refleje su respuesta en los que son de selección múltiple de la manera más acertada.

DATOS GENERALES

1. Características del centro: Público Privado Concertado
2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este centro?: _____
3. Años de experiencia profesional como profesor (en general): _____
4. Actualmente, ¿Cuántos alumnos tiene a su cargo?: _____
5. Sexo: Hombre Mujer
6. Edad: _____ años.
7. ¿Tiene algún familiar con epilepsia?: Si No
8. ¿Tiene o ha tenido algún alumno con epilepsia?: Si No No lo sé
9. ¿Ha presenciado alguna vez una crisis epiléptica?: Si No

10. ¿Cuáles de las siguientes descripciones representa posiblemente síntomas de una crisis epiléptica?: (puede haber múltiples respuestas)

- Inicio de convulsiones (sacudidas) en uno de los miembros.
- Pérdida de conciencia con convulsiones (sacudidas).
- Breves periodos de inatención sin aparición de otros síntomas.
- Inicio de convulsiones (sacudidas) de todo el cuerpo.
- Pérdida de conciencia sin convulsiones (sacudidas).

11. ¿Puede morir un niño a consecuencia de una crisis epiléptica?: Si No

12. ¿Tiene conocimientos suficientes acerca de las precauciones a tomar durante una crisis epiléptica?: Si No

13. ¿Cómo se siente de preparado para actuar en una crisis epiléptica?:

Muy bien Bien Mal Muy mal

14. Durante la crisis epiléptica, ¿qué medidas de seguridad tomaría?: (puede haber más de una opción válida).

- Sujetar al niño en todo momento y aflojarle la ropa.
- Separar los objetos que hay alrededor para evitar golpes.
- Administrar medicación de rescate si la tuviera.
- Ir a pedir ayuda aunque deje al niño solo.

15. ¿Cuál de las siguientes opciones es la correcta durante una crisis epiléptica?:

- Introducir un objeto duro en la boca del niño para evitar que se muerda.
- Introducir la mano en la boca del niño para sujetarle la lengua.
- No introducir nada en la boca del niño.
- Sujectarle la cabeza firmemente.

16. ¿Qué haría ante la sospecha de que uno de sus alumnos vaya a sufrir una crisis epiléptica?: (puede haber más de una opción válida).

- Sujetar al niño.
- Quitarle las gafas si las tuviera.
- Tumbiar al niño en el suelo y procurar un entorno seguro.
- Esperar por si acaso no ocurre nada.

17. ¿Administraría si pudiera medicación de rescate?:

- Si, bajo cualquier circunstancia.
- Si, bajo unas condiciones previas: _____.
- No, porque _____.

18. ¿Tiene miedo de las posibles repercusiones legales en el caso de que cometiera algún error al administrar la medicación?: Si No

19. ¿Llevaría de excursión a un niño que sufre epilepsia?: Si No

20. ¿Cree que los niños con epilepsia son discriminados por otros niños?: Si No

21. ¿Desearía obtener más conocimientos acerca de la epilepsia infantil?: Si No

En el caso de que haya contestado que Si:

- A través de hojas informativas.
- A través de cursos.
- A través de otros métodos (diga cuál): _____.

22. ¿Cree que debería recibir más información sobre la epilepsia...?:

A través de los padres: Si No

A través de los psicólogos del centro: Si No

A través de la propia escuela: Si No

A través de las autoridades o legislación: Si No