



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO CLÍNICO INTEGRAL DE LA COSTA  
HOSPITAL "DR. ADOLFO PRINCE LARA"  
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA



**NOEMA DE UNA MADRE ANTE UNA CRISIS CONVULSIVA FEBRIL DE  
HIJOS LACTANTES Y PRESCOLARES QUE ACUDEN AL HOSPITAL  
"DR. ADOLFO PRINCE LARA" DE PUERTO CABELLO  
ESTADO CARABOBO - AÑO 2020**

**Autor:** Dr. Héctor López.

Ci: V- 18.758.268.

Puerto Cabello, 2020.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO CLÍNICO INTEGRAL DE LA COSTA  
HOSPITAL “DR. ADOLFO PRINCE LARA”  
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA



**NOEMA DE UNA MADRE ANTE UNA CRISIS CONVULSIVA FEBRIL DE  
HIJOS LACTANTES Y PRESCOLARES QUE ACUDEN AL HOSPITAL  
“DR ADOLFO PRINCE LARA” DE PUERTO CABELLO ESTADO  
CARABOBO - AÑO 2020**

Trabajo Especial de Grado para optar al  
Título de Especialista en Pediatría y  
Puericultura. Sede Hospital Dr. Adolfo  
Prince Lara.

**Autor:** Dr. Héctor López. C.I.:18.758.268

**Tutor Clínico:** Dra. Floritza Riera. C.I.:8.608.530

**Tutor Metodológico:** Lcdo. Irvin Malave.

Puerto Cabello, 2020.



### ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

### NOEMA DE UNA MADRE ANTE UNA CRISIS CONVULSIVA FEBRIL DE HIJOS LACTANTES Y PRESCOLARES QUE ACUDEN AL HOSPITAL "DR. ADOLFO PRINCE LARA" DE PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO - AÑO 2020.

Presentado para optar al grado de **Especialista en Pediatría y Puericultura** por el (la) aspirante:

**LOPEZ L., HECTOR M.**  
C.I. V – 18758268

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Floritza Riera C.I. 8608530, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha 20/05/2022

*Floritza Riera*  
**Floritza Riera de Figueras**  
PEDIATRA PUERICULTOR  
M.S.A.S 48.016 - C.M. 5.229  
**Prof. Floritza Riera (Pdte)**  
C.I.  
Fecha

*Nahim Pérez*  
**Dr. Nahim Pérez Ort**  
MEDICO PEDIATRA  
C.I. 3603090 M.S.A.S. 19337  
INSC No. 1859

*Amarilis Zordova*  
**Prof. Amarilis Zordova**  
C.I. 7.171574  
Fecha

*Nahim Pérez*  
**Prof. Nahim Pérez**  
C.I. 3603090  
Fecha 20-5-22



TG-CS: 33-22

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

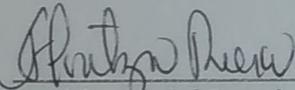
Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

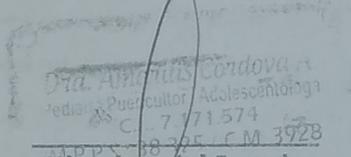
"NOEMA DE UNA MADRE ANTE UNA CRISIS CONVULSIVA FEBRIL DE HIJOS LACTANTES Y PRESCOLARES QUE ACUDEN AL HOSPITAL "DR. ADOLFO PRINCE LARA" DE PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO - AÑO 2020." Presentado por el (la) ciudadano (a); LOPEZ L., HECTOR M. titular de la cédula de identidad N° V-18758268, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 08-05-2022 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 20-05-2022.

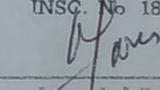
RESOLUCIÓN

Aprobado:  Fecha: 20/5/22. \*Reprobado:  Fecha: \_\_\_\_\_.

Observación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

  
**Presidente del Jurado**  
Nombre: \_\_\_\_\_  
C.I. 8608530

  
**Miembro del Jurado**  
Nombre: Aménitis Cordova  
C.I. 4.171574

Dr. Nahin Perez U.  
**MEDICO PEDIATRA**  
C.I. 3603090 M.S.A.S. 1963  
INSC. N° 1852  
  
**Miembro del Jurado**  
Nombre: Nahin Perez  
C.I. 3603090



**Nota:**

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. \*En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO CLÍNICO INTEGRAL DE LA COSTA  
HOSPITAL “DR. ADOLFO PRINCE LARA”  
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA



## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Puerto Cabello, 2020

### Miembros Comisión Coordinadora

Presente.-

Yo; Floritza Riera, Hago constar por medio de la presente en mi carácter de Tutora del Proyecto de Trabajo de Investigación Especial de Grado, titulado: **“NOEMA DE UNA MADRE ANTE UNA CRISIS CONVULSIVA FEBRIL DE HIJOS LACTANTES Y PRESCOLARES QUE ACUDEN AL HOSPITAL “DR ADOLFO PRINCE LARA” DE PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO - AÑO 2020.”**, presentado por el ciudadano: HÉCTOR MANUEL LOPEZ LÓPEZ, Titular de la Cedula de Identidad Nro. 18.758.268, para desarrollar y optar al título de ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA, considero que dicho proyecto reúne los requisitos y merito suficiente para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En Puerto Cabello, a los días 13 del mes de Febrero del año 2021.

Atentamente.-

---

Dra. Floritza Riera.  
C.I. V-8.608.530

## ÍNDICE DE MATRICES

	<b>pp</b>
Matriz 1. Descripción de Costos.....	19
Matriz 2. Informantes Clave.....	28
Matriz 3. Categorización y Codificación.....	41
Matriz 4. Constitución de los Significados.....	44
Cronograma de actividades.....	63

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia por el amor, dedicación y, la formación que me han brindado en el transcurrir de la vida, gracias por ser mis pilares fundamentales en todo momento.

A mi esposa, por ser incondicional sin límites, y ser ese aliento cuando las ganas de luchar se perdían a ti mil gracias.

A mis hijos que siempre fueron mi motor de lucha día a día para llegar a lograr el sueño profesional.

A mi hermana, madre y demás familiares, que siempre confiaron siempre en mí en poder superarme como profesional y para hoy llegar a donde estoy.

A los especialistas del servicio de Pediatría y Puericultura del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, por sus enseñanzas y aprendizajes; (Dra. Ordaz, Dra. Casusso, Dra. Delgado, Dra. Riera, Dra. Parra, Dra. Morales, Dr. Pacheco).

A mis compañeras y colegas, por de una manera siempre poder contar con su apoyo en altas y bajas, quienes hoy compartimos el honor de ser PEDIATRAS del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”.

... A todos mil gracias.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO CLÍNICO INTEGRAL DE LA COSTA  
HOSPITAL “DR. ADOLFO PRINCE LARA”  
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA



**NOEMA DE UNA MADRE ANTE UNA CRISIS CONVULSIVA FEBRIL DE  
HIJOS LACTANTES Y PRESCOLARES QUE ACUDEN AL HOSPITAL  
“DR ADOLFO PRINCE LARA” DE PUERTO CABELLO ESTADO  
CARABOBO - AÑO 2020**

**Autor: Hector López**  
**Tutor Clínico: Dra. Floritza Riera**  
**Tutor Metodológico: Licdo. Irvin Malave**  
**Año 2020**

**RESUMEN**

Las crisis convulsivas febriles (CCF) representan un alto índice dentro de las patologías que se presentan en las salas de emergencia pediátrica de los centros hospitalarios en el mundo. Pero, más allá de los aspectos fisiopatológicos de las CCF, esta investigación pretendió abordarlas desde su ámbito socio afectivo, el noema de las madres ante la CCF de sus hijos. Para ello, me adscribí al paradigma interpretativo de Heidegger y al método fenomenológico de Spielgerberg en sus cinco fases, para develar la realidad desde el sentir y pensar de las propias madres, mediante la interpretación de su discurso vivencial. La técnica de recolección de la información fue la entrevista. El instrumento, una guía de preguntas no estructuradas, aplicadas a tres (3) madres de niños ingresados en el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, con diagnóstico de CCF y a una (01) informante externa. Del análisis del discurso de las entrevistadas, emergieron ocho categorías, a saber: Temor a la Muerte, Preocupación por las Secuelas, Necesidad de Información, Comunicación Efectiva, Tratamiento y Cuidados de la Madre, Es Necesaria la Empatía, Existencia de Prejuicios y Valores. Estas interpretaciones categoriales derivaron en la generación de un nuevo conocimiento, una redimensión de la visión de esta patología, que apunta hacia los elementos afectivos, sociales, culturales y emocionales que afectan a las madres de estos niños durante una CCF, lo cual redundará en cambios de pensamiento y conductas del personal de salud, especialmente del equipo médico.

**Descriptores: Crisis Convulsivas Febriles, Madres los Niños, Noema.**



UNIVERSITY OF CARABOBO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
INTEGRAL CLINICAL DEPARTMENT OF LA COSTA  
“HOSPITAL DR. ADOLFO PRINCE LARA”  
SPECIALIZATION IN PEDIATRY AND PUERICULTURE



**NOEMA OF A MOTHER BEFORE A FEBRILE CONVULSIVE CRISIS OF  
NURSING AND PRESCHOOL CHILDREN WHO COME TO THE  
HOSPITAL "DR ADOLFO PRINCE LARA" OF PUERTO CABELLO,  
CARABOBO STATE -YEAR 2020**

**Author: Hector López**

**Clinical Tutor: Dra. Floritza Riera**

**Methodological Tutor: Licdo. Irvin Malave**

**Year 2020.**

**ABSTRACT**

Febrile seizures (FCC) represent a high index within the pathologies that occur in pediatric emergency rooms of hospital centers in the world. But, beyond the pathophysiological aspects of FCC, this research aimed to address them from their socio-affective sphere, the noema of mothers before their children's FCC. To do this, I subscribed to Heidegger's interpretive paradigm and Spielgerberg's phenomenological method in its five phases, to reveal reality, from the feelings and thoughts of the mothers themselves, through the interpretation of their experiential discourse. The data collection technique was the interview. The instrument, a guide of structured questions applied to three (3) mothers of children admitted to the “Dr. Adolf Prince Lara” with a diagnosis of CCF and one (01) external informant. From the analysis of the discourse of the interviewees, eight categories emerged, namely: Fear of Death, Concern about the Aftermath, Need for Information, Effective Communication, Treatment and Care of the Mother, Empathy is Necessary, Existence of Prejudices and Values. These categorial interpretations derived in the generation of a new knowledge, a re-dimension of the vision of this pathology, which points to the affective, social, cultural and emotional elements that affect the mothers of these children during a CCF, which results in changes of thought and behavior of health personnel, especially the medical team.

**Descriptors: Febrile Seizures, Mothers of Children, Noema.**

## INDICE GENERAL

	pp.
LISTA DE MATRICES.....	IV
AGRADECIMIENTOS.....	V
RESUMEN.....	VI-VII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO	
I. APROXIMACIÓN A LA REALIDAD EN ESTUDIO.....	5
Descripción del Fenómeno de Estudio.....	
Propósitos de la Investigación.....	9
Propósito General.....	9
Propósitos Específicos.....	9
Justificación de la Investigación.....	9
II. ENTRAMADO TEORICO EPISTÉMICO.....	11
Encuentro con el Estado del Arte.....	11
Antecedentes Investigativos.....	11
Abordaje Teórico.....	14
Crisis Convulsiva Febril.....	14
Razonamiento Diagnóstico de un niño con Crisis Convulsiva Febril.....	16
Síndrome de Dravet.....	17
Epilepsia Generalizada con Crisis Febriles Plus.....	17
FIRES.....	18
Factores de Riesgo Predisponentes para presentar una Crisis Convulsiva Febril.....	18
Aspectos Administrativos.....	18
Recursos Institucionales.....	18
Recursos Humanos.....	18
Recursos Materiales.....	19
III. ENTRAMADOMETODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
El Camino a Seguir.....	

Dimensión Ontológica.....	20
Dimensión Epistemológica.....	20
Dimensión Metodológica.....	22
Dimensión Procedimental .....	25
Fases del Método Fenomenológico Hermenéutico.....	26
Escenario de la Investigación e Informantes.....	27
Técnicas e Instrumentos de recolección de información.....	28
Validez y fiabilidad de la investigación.....	30
Presentación e interpretación de la información.....	32
IV.RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	34
Búsqueda de las Múltiples Perspectivas.....	34
Perspectiva de las Informantes Clave .....	34
Perspectiva de la Informante Externa.....	35
Transcripción Protocolar.....	35
V. PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	40
La Realidad Percibida.....	40
Emergencia de Códigos.....	40
Categorización.....	40
Constitución de la Significación.....	43
Interpretación del Fenómeno.....	46
Categoría 1: Temor a la Muerte... ..	48
Categoría 2: Temor por las Secuelas.....	48
Categoría 3: Necesidad de Información.....	49
Categoría 4: Comunicación Efectiva.....	50
Categoría 5: Tratamiento y Cuidados de la Madre.....	50
VI. REFLEXIONES FINALES DEL INVESTIGADOR	54
La Realidad Construida.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	59

## INTRODUCCIÓN

La crisis febril se define como un evento convulsivo que ocurre principalmente en la lactancia o niñez temprana, en edades comprendidas entre los 6 meses y 5 años, asociada a fiebre sin evidencia de infección intracraneana, excluyéndose los niños con antecedentes de haber presentado crisis afebriles. Se ubica de acuerdo a la propuesta de Clasificación Internacional de las Epilepsias y Síndromes Epilépticos, en síndromes específicos, como crisis que no necesariamente implican el diagnóstico de epilepsia.

Según Rojas (2011) la fisiopatología de las crisis febriles no se conoce con exactitud, pero parece depender de uno o más cambios estructurales y bioquímicos en el tejido cerebral de los pacientes de esta edad. Se han encontrado algunas diferencias estructurales entre el cerebro del niño y el adulto, las que han sido señaladas como factores que influyen en la relación edad – dependencia de las convulsiones febriles, que son:

1. Pobre mielinización de la sustancia blanca cerebral.
2. La migración neuronal no se ha completado.
3. Menor número de conexiones dendríticas.
4. Un consumo mayor de oxígeno.

Según este autor, las crisis febriles (CF) son una forma de crisis sintomáticas agudas. Ocurren en el 2% al 5% de los niños y son la forma más frecuente de crisis de la infancia, predominante en menores de 4 años de edad (85%) y mayor incidencia entre los 17 y 23 meses; más evidente en el sexo masculino con respecto al femenino, en una relación de acuerdo a las características clínicas, se clasifican en crisis febriles simples y complejas; siendo más frecuentes las simples (85 %) en relación a las complejas (15 %).

El pico de incidencia es entre los 18-24 meses. Son crisis de mecanismo epiléptico acompañadas de fiebre (temperatura  $\geq 38.2^{\circ}\text{C}$  registrada por cualquier método), sin

infección del sistema nervioso central (SNC) ni otra causa de crisis sintomáticas agudas, que ocurre en niños con edades comprendidas entre los 6 y 60 meses, sin antecedentes personales de crisis afebriles previas.

Para González (2015) en general, las convulsiones son de carácter benigno, pero requieren de un adecuado enfoque y orientación a los padres, a través de una completa historia clínica y un buen examen general y neurológico. La fiebre es uno de los principales síntomas por lo cual se acude a la emergencia y se ha aceptado que las convulsiones febriles sin patrón sintomático de una infección subyacente, no deberían llamarse convulsión febril.

Aunque un ataque epiléptico que ocurre en la infancia después de la edad un mes, asociado a una enfermedad febril que no es causada por una infección del SNC, sin convulsiones neonatales anteriores o una convulsión no provocada anteriormente, y que no se cumplan los criterios para otra sintomatología aguda de convulsiones, la Sociedad Venezolana de Pediatría y Puericultura (2006); lo define en pacientes mayores de 6 meses, que presenten fiebre sin antecedentes de patologías a nivel del sistema nervioso central, en vista de que en los primeros 6 meses de vida, puede haber otros factores determinantes de convulsiones, de origen metabólico o genético, que debe ser ampliamente estudiado.

La frecuencia de presentación de las CCF es variable según la población estudiada, oscilando entre el 2- 10%. Se describe una incidencia de 2 a 5% en Europa y Norteamérica, y 9-10% en Japón. Sin embargo, en Venezuela se desconocen datos sobre la prevalencia real de dicha patología; del 2 a 4% de todos los niños experimentan una o más convulsiones febriles antes de los 5 años de edad, se presentan usualmente entre los 3 meses y 5 años; pico de frecuencia 18 a 24 meses. Un 75% ocurre en menores de 3 años. No existe un límite superior de edad específico. Si bien suelen ser trastornos benignos, continúan provocando temor y ansiedad en los padres

y/o cuidadores; por lo cual, deberían estar capacitados para reconocer dichas crisis, establecer su manejo inicial, para luego consultar al médico, quien evaluará la necesidad de realizar estudios complementarios y asesorará a los padres con la información adecuada.

Dado este marco teórico referencial, debo mencionar que en mi práctica médica diaria, percibo un creciente aumento del número de niños (a) con crisis febriles que ingresan al Hospital Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello. Ante esta problemática de salud, es mucho lo que se ha estudiado en torno al orden fisiopatológico de la misma; sin embargo, muy poco hemos abordado en cuanto a los aspectos socio afectivos del grupo familiar, en especial de las madres de estos niños, como las personas sobre las cuales recae la responsabilidad natural del cuidado de sus hijos.

Esto me llevo a preguntarme ¿que sienten y que piensan estas madres sobre las crisis convulsivas febriles?, ¿Cómo reacomodan o reorganizan su estado psicoafectivo, una vez que viven una crisis febril? Todas estas interrogantes me motivaron a realizar un estudio con abordaje fenomenológico, hasta ahora escasamente explorado en nuestro quehacer académico, en cuanto al tema de las Crisis Convulsivas Febriles (CCF) y sus secuelas emocionales en las madres y el niño que lo han vivido, con ello ofrecer un nuevo aporte científico como lo es el conocimiento, en torno al noema de las madres ante una crisis convulsiva febril de sus hijo y contribuir con la generación de una nueva visión del personal de salud, ante este grupo de usuarias y en general, en nuestra práctica profesional.

Para ello, seleccioné la investigación cualitativa, la cual, desde el paradigma interpretativo, me permite conocer las realidades y comprender los fenómenos, a partir de su interpretación. Además de ello, escogí el método fenomenológico propuesto por Spielgerberg, ya que éste permite interpretar el fenómeno desde el punto de vista de quien lo contempla, a partir de las entrevistas a profundidad de las madres que lo viven

a los fines de conocer sus vivencias, sentimientos y pensamientos y a partir de éstos que la esencia de estudio deje de ser el puro objeto para centrarse en el sujeto y todo lo que guarda relación con las experiencias vividas por las personas, para interpretarlas y de esta manera, comprender mejor el fenómeno.

En relación con la estructura, este trabajo está organizado por Capítulos, de la siguiente manera:

Capítulo I: Aproximación a la Realidad en Estudio. Pertenece a la Fase I del método seleccionado, es decir, a la descripción del fenómeno, los Propósitos de la Investigación, así como la Justificación de la misma.

Capítulo II: Contiene el Entramado Epistemológico de la Investigación. Los Antecedentes y el Marco Teórico de la misma.

Capítulo III: Presenta el Entramado Metodológico en el cual planteo los aspectos metódicos, la ontología o naturaleza de la investigación desde el paradigma asumido, el método, los informantes clave, las técnicas de recolección y procesamiento de la información, así como los criterios de credibilidad de la investigación. También expongo en este segmento, los aspectos administrativos, en los cuales se reflejan las erogaciones derivadas de la presente investigación.

Capítulo IV: La Realidad Percibida, contiene la Fase 2 del método en búsqueda de nuevas perspectivas, representada por la aplicación de la entrevista y el despliegue subjetivo de las informantes clave.

Capítulo V: Corresponde al desarrollo de las Fases 3, 4 y 5 del Método de Spielgerberg.

Capítulo VI: Contiene la teorización a modo de Reflexiones Finales del Investigador, a través de la realidad construida.

Finalmente, presento las Referencias Bibliográficas que sirvieron de fuente informativa, en esta investigación.

**CAPÍTULO I**  
**APROXIMACIÓN A LA REALIDAD EN ESTUDIO**  
**Descripción del Fenómeno en Estudio**

Las crisis convulsivas febriles, constituyen una entidad nosocomial que con relativa frecuencia, se presenta en las salas de emergencia pediátricas del mundo. Estadísticamente hablando, según la oficina central de estadísticas de morbilidad infantil de la OPS (2015), al menos un 12 % de la población infantil, entre 03 meses y 07 años de edad, ha sufrido al menos una vez, una convulsión febril. Esta información nos da una idea de la alta incidencia de esta patología en la población infantil.

En Venezuela, según el Centro Estadístico de Morbilidad Infantil del Ministerio del Poder Popular para la Salud, esta cifra ronda entre el 8 y el 9 % entre los años 2018 y 2019. En el caso específico del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello, estado Carabobo, según el Departamento de Archivos Clínicos, alrededor de un 8% de los niños que ingresaron en el año 2019, tuvieron crisis convulsivas febriles, debutantes o a repetición.

Ahora bien, si nos enfocamos en los aspectos fisiopatológicos de la enfermedad, encontramos, por ejemplo, que desde hace muchos años, se plantea la posibilidad de que las citoquinas contribuyen a la generación de las crisis convulsivas febriles (CCF). También, se propone la hipótesis que los procesos inflamatorios ayudan en la epileptogénesis de las CCF. A juicio de Ruiz (2015) los llamados mediadores inflamatorios están intrínsecamente involucrados en la generación de fiebre. La infección produce pirógenos y libera IL-12.

Sin embargo, los estudios de citoquinas en líquido cefalorraquídeo (LCR) y suero son contradictorios, unos son positivos y otros no, en LCR, suero, en ambos, o en ninguno. Por razones éticas, en humanos no podemos inducir crisis febriles ni controlar o aun reconocer algunos de estos factores. Sin embargo, los estudios han demostrado que las

convulsiones febriles simples pueden ser heredadas de forma autosómica dominante, rasgo con alta penetrancia.

Se han realizado múltiples estudios, a nivel internacional demostrando que existen diferentes factores de riesgo para que los niños menores de 5 años de edad presenten convulsiones febriles recurrentes, teniendo como factores de mayor riesgo: antecedentes familiares de primer grado, una estancia en sala de neonatología mayor de 28 días, la asistencia a guarderías. De acuerdo a estos estudios, se plantea que existe una posibilidad de 28 % de que recurran dichas crisis en aquellos niños con dos o más de estos factores. Un segundo estudio de casos y controles, examinaron que los niños con una enfermedad febril eran más propensos a experimentar un nuevo episodio de convulsión febril, mediante controles febriles correspondientes a la edad, lugar de atención pediátrica de rutina, y la fecha de visita, analizando cual era la elevación de la temperatura y antecedentes de convulsiones febriles.

Para Rojas (2011), Las crisis convulsivas febriles pueden ser típicas y atípicas. Las primeras son las más frecuentes (80% de los casos), y se caracterizan por aparecer aisladamente (una única crisis), ser generalizadas y simétricas (tónicas, clónicas, tónico-clónicas o atónicas) y con una duración inferior a 15 minutos, junto con una pos-crisis (postictal) breve. La semiología clínica es muy variable, pero la morfología más frecuente de las crisis son en forma de crisis tónico-clónicas generalizadas (80%), seguidas de crisis tónicas (13%), crisis atónicas (3%), y crisis focales o unilaterales(4%) que, en ocasiones, acaban generalizándose en una crisis tónico-clónica generalizada. Ocasionalmente se traducen en una fijación de mirada con posterior rigidez generalizada y más raramente focal.

El 92% de las crisis convulsiva febriles son breves (3 a 15 minutos), y sólo el 8% de las crisis febriles superan los 15 minutos. Dos tercios de las crisis febriles prolongadas progresan hasta llegar a un estado de mal Convulsivo Febril (status epilépticos), y hay

que tener en cuenta, que las crisis febriles prolongadas pueden constituir el estado inicial de un Síndrome de Hemiplejía (0,06%).

La vacuna anti tosferinosa (0,6-8%) y la vacuna anti-sarampionosa (0,5-1%), son inductoras de crisis febriles. Las infecciones que con más frecuencia producen la fiebre en las convulsiones febriles, lógicamente, serán aquellas que son más frecuentes a estas edades: virosis de vías respiratorias altas, otitis, rubeola, infecciones urinarias, neumonía y con menos frecuencia las infecciones bacterianas.

Para el mismo autor, la existencia de una anomalía previa del desarrollo, o anomalías neurológicas, condicionan el pronóstico a largo plazo. Una convulsión febril simple suele asociarse a una temperatura central que aumenta con rapidez hasta, o por encima de los 39°C. La crisis suele ser generalizada, es tónico-clónica. Puede durar unos segundos a 10 minutos y le sigue un breve periodo postictal de somnolencia. La crisis febril se describe como atípica o compleja, cuando la duración es superior a 15 minutos, cuando aparecen convulsiones repetidas en un mismo día o cuando el paciente presenta una actividad convulsiva focal o hallazgos neurológicos focales, durante el período post crítico.

Alrededor del 30-50% de los niños tiene alguna crisis recurrente con episodios febriles posteriores y una minoría sufren crisis recurrentes. Los niños con crisis febriles simples, no tienen un mayor riesgo de padecer epilepsia posterior, respecto a la población general, existen algunos factores asociados con un aumento del riesgo. Entre ellos, se incluyen la presencia de características atípicas de las crisis o del período post crítico, antecedentes familiares positivos de epilepsia, una primera crisis febril antes de los 9 meses de edad, retraso en el desarrollo psicomotor o un trastorno neurológico preexistente.

Desde estos referenciales teóricos, es inmensamente profusa la cantidad de información que podría desplegarse en torno a los aspectos fisiopatológicos de una crisis convulsiva febril; de hecho, existen numerosos artículos, obras y estudios en torno a este grave problema de salud de nuestros infantes. No obstante, me interesó, para el desarrollo de esta investigación, indagar en otros aspectos poco estudiados y sin embargo, relevantes en torno a esta problemática de salud.

Como es sabido por todos, es la madre, por lo general, la persona encargada de manera total o parcial del cuidado de sus hijos, es quien lleva la batuta en cuanto a la adopción de una cultura familiar y a los estilos de atención y cuidados que reciben los niños en los grupos familiares. De allí, que conocer su pensamiento en la idea de su noema en torno a la crisis convulsiva de su hijo, me pareció sumamente interesante.

Desde este marco de referencias, con esta investigación pretendo darle sentido a lo expuesto anteriormente y el significado dado por los participantes, desde las vivencias en mi tiempo y pasantías como residente de pediatría, además, de cada guardia donde acuden madres, familiares con pacientes pediátricos posterior a presentar una crisis febril, muchas veces, sin una orientación clínica, menos una respuesta de lo sucedido, es decir una explicación.

En conversaciones informales con estas madres, se evidencia la sensación aterradora de la posibilidad de una inminente muerte de su hijo que ellas han experimentado, secundario a lo sucedido, aunado a esto, el tiempo que transcurre hasta llegar a la atención sanitaria en que les suele parecer eterna dicha espera, ese instinto de protección de padre, nos obliga a sentir dicha ansiedad y adentrarnos de alguna manera a su vivencialidad.

Es así como, partiendo de lo antes expuesto, procedo a configurar las interrogantes que me ayudan a encaminar la investigación, por lo que entre ellas están: ¿Qué significados

le otorga una Madre a una Crisis Convulsiva Febril en su hijo hospitalizado en el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”? ¿Qué elementos están presentes en el pensamiento de una madre ante la crisis febril de su hijo? ¿Cuáles son las emocionalidades generadas por el pensamiento o noema de las madres, durante y después de una crisis convulsiva de sus hijos? Es por eso que buscando una visión clara desde la realidad vivida en las madres que acuden a la emergencia pediátrica, me planteo los siguientes propósitos:

### **Propósitos de la Investigación**

#### **General:**

Comprender el noema de una madre ante una crisis convulsiva febril de sus hijos, lactantes y escolares ingresados en el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, año 2022.

#### **Específicos:**

- Conocer las vivencias de una madre ante una crisis convulsiva febril de su hijo.
- Develar las categorías emergentes del discurso intersubjetivo de las madres en torno a su pensamiento ante una crisis convulsiva febril en sus hijos.
- Interpretar el pensamiento, significado y significantes de las madres en torno a las emocionalidades que emergen ante la crisis convulsiva febril.

### **Justificación de la Investigación**

Una Crisis Convulsiva Febril en la edad pediátrica es un evento traumático que incide profundamente en la dinámica del sistema familiar del niño afectado. La observación en el día a día del abordaje de estos pacientes, me ha permitido detallar los conflictos familiares que se desencadenan en torno a ellos mismos y al paciente. Muchos de estos conflictos parecen haberse originado antes de que el niño o niña enfermase. Por esa

razón, se hace imperativo en el abordaje de estos niños, tratar de comprender cómo las distintas crisis familiares afectan, en primer lugar, la historia de vida de los mismos y, por el otro, si de ello se desprende algún elemento que perturbe la evolución de la enfermedad.

No obstante, la revisión de la literatura al respecto es francamente escasa. Encontrando que el problema se aborda tomando en cuenta las diferentes situaciones que se plantean en el núcleo familiar, después que se diagnostica la enfermedad. Es realmente desolador no encontrar revisiones que tomen en cuenta la situación familiar del niño con CCF, antes de aparecer la enfermedad. El entender el fenómeno desde esta perspectiva, nos aporta una visión distinta sobre cómo afrontar el fenómeno de estudio en función de brindar una atención integral y elevar la calidad del servicio prestado en nuestro centro hospitalario.

Por otra parte, muchas veces, como médicos clínicos enfocados en la atención del paciente, se nos escapa tomar en cuenta de una forma más activa la participación del núcleo familiar en las distintas etapas del tratamiento de estos niños. Para ello, es imprescindible entender la funcionalidad del entorno familiar y cómo el niño se ve afectado por la misma. Para lograr tal propósito, debemos tratar de entender la información que puedan aportar las historias de vida y las estructuras del sistema familiar del paciente.

Por último y no por ello, menos importante, cualquier elemento que aporte al equipo de salud, herramientas e información para mejorar la atención de nuestros pacientes pediátricos, nos hace más efectivos, eficaces y eficientes en la labor a la que hemos dedicado nuestras vidas.

**CAPÍTULO II**  
**ENTRAMADO TEÓRICO EPISTÉMICO**  
**Encuentro con el Estado del Arte**

En este momento expongo algunos aspectos sustentadores de la presente investigación, iniciando con los precedentes investigativos; luego la fundamentación teórica y epistemológica de los aspectos teóricos en torno a las crisis convulsivas febriles. En este sentido, el desarrollo de un proceso investigativo requiere apropiarse de una posición teórica, que pueda soportar los diferentes argumentos en los cuales se apoyen los razonamientos, los cuales que posibiliten conocer y contrastar los hallazgos; ello con la finalidad de poder obtener una mejor comprensión del conocimiento acerca del fenómeno estudiado para luego, generar la construcción y reflexión teórica acerca del mismo.

**Antecedentes Investigativos**

En la búsqueda de información hacia la construcción de un nuevo conocimiento sobre el noema de una madre, ante la crisis convulsiva febril de su hijo, realicé una pesquisa de estudios realizados por otros investigadores, con el fin de documentar y fundamentar el tema en estudio, considerando los aportes epistemológicos y metodológicos de dichos estudios, los cuales detallo a continuación:

A nivel internacional en primer lugar cito a Mora (2016) quien realizó un trabajo de investigación para optar al título de Especialista en Pediatría, en el Programa de Vinculación de la Universidad Distrital de Bogotá titulada “Incidencia y Prevalencia de Crisis Convulsiva Febril en Niños entre 01 y 07 Años que Acuden al “Centro Médico Comunitario Dr. Emilio Plazas” en el Período enero diciembre del 2017. Esta investigación de tipo cuantitativa y bajo el paradigma positivista, tuvo una población de 102 infantes que ingresaron o consultaron en este centro de salud. El investigador

aplicó la encuesta como técnica de recolección de la información y como instrumento un cuestionario estandarizado. La principal fuente de información la constituyeron las historias clínicas de los infantes.

Las conclusiones arrojaron resultados cuantitativos que fueron presentados en cuadros y gráficos, revelando una incidencia de 6,2 % de crisis convulsivas en niños con edades comprendidas entre 01 y 07 años de edad, diagnosticadas con y sin estudios concluyentes. Igualmente una Prevalencia del 4,8% con predominio en infantes en edad preescolar, entre 03 y 06 años. Las recomendaciones apuntaron a la aplicación de estrategias de orientación y sensibilización del grupo familiar, para el cumplimiento del tratamiento de mantenimiento.

Seguidamente, en la Universidad Católica de Ecuador, Amengual (2016); realizó un trabajo de grado para optar al título de Médico Cirujano, el cual tituló: Factores Asociados a la Prevalencia de Crisis Convulsivas en Niños Entre 02 y 09 Años de Edad, usuarios de la Consulta Externa del Hospital La Aurora de Quito, en los períodos marzo - junio 2015. Constituyendo un trabajo de tipo cuantitativo, positivista, usó la entrevista como técnica de recolección de información y como instrumento una encuesta con 20 ítems para respuestas policotómicas, según la escala de Lickert: Siempre, Casi Siempre, Rara vez, Algunas Veces y Nunca. La población objeto de estudio estuvo constituida por 33 niños que ingresaron con crisis convulsiva a repetición en más de un episodio.

El análisis descriptivo mediante la estadística inferencial, permitió presentar los resultados en cuadros de frecuencia y porcentaje y gráfico tipo barra, en los cuales se pudo concluir con que los principales factores que influyen en la prevalencia de las crisis convulsiva en la población en estudio, son en primer lugar los factores de índole económico con un 65 %, seguido de los factores culturales/cognoscitivos, con un 32 %, de esta manera se generaron las recomendaciones atinentes a propiciar gestiones ante

los organismos del estado para el desarrollo de planes de dotación y donaciones de fármacos, así como la creación de planes de orientación y sensibilización a las madres sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento anticonvulsivante en sus hijos.

Finalmente en el ámbito nacional, López (2016) realizó una investigación por la Universidad Central de Venezuela, en el Hospital Victorino Santaella de Los Teques, titulada: Distribución Etaria de la Incidencia de Crisis Convulsiva Febril en la Población Infantil con Edades Comprendidas entre 05 Meses y 08 años de Edad, en el Período mayo - agosto del Año 2016. Siendo una investigación positivista, se planteó determinar y clasificar la incidencia de los casos registrados en el período del primer semestre del año 2016 de acuerdo a sus grupos etarios.

Para lograr este objetivo y recolectar la información necesaria, el investigador aplicó la técnica de la entrevista y usó como instrumento, un cuestionario estructurado. La población estuvo conformada por 18 niños a los que se les diagnosticó Crisis Convulsiva Febril; Los resultados fueron presentados en cuadros y gráficos circulares en los que se reflejó una distribución etaria representada de la siguiente manera: entre <1 mes y 02 años: 15,3%; entre 03 y 04 años: 44,5%; entre 05 y 06 años: 20,2% y entre 07 y 08 años 20%.

Es importante mencionar que aunque las investigaciones reseñadas no están directamente relacionadas con el fenómeno en estudio de esta investigación, ya que ha sido muy poco estudiado, si brindaron aportes significativos desde el punto de vista teórico en lo referente a algunos aspectos demográficos y sociales que fortalecen la creencia del investigador, sobre la necesidad de realizar el abordaje de la problemática de salud, esta vez desde otras perspectivas.

## **Abordaje Teórico**

La consideración de los referentes teóricos, entendidos como fuentes de información académicamente reconocidas, seleccionadas debido a los temas vinculados con el fenómeno de estudio, obedece al propósito de sustentar la interpretación y teorización que se generó posteriormente, luego de la interpretación del discurso de las madres, como principal fuente de información en esta investigación.

Los señalados aspectos teóricos correspondientes al presente estudio, contribuirán al logro de los propósitos de conocer los aspectos teóricos biológicos y fisiopatológicos de las Crisis Convulsivas Febriles en infantes y que sirven de base para la generación de nuevos conocimientos, esta vez desde una visión de los aspectos socio afectivos protagonizados por las madres de los mismos.

### **Crisis Convulsiva Febril**

Las Crisis convulsivas Febriles (CCF) se clasifican en simples y complejas. Una CF simple es una crisis generalizada, breve (< 15 minutos) y que no se reitera en las 24 horas siguientes. Una CCF se define como compleja cuando es focal y/o prolongada (> 15 minutos o fue yugulada con medicación antes de los 15 minutos) y/o reiterada en 24 horas. Se define estatus febril cuando una crisis febril dura más de 30 minutos o cuando una serie de crisis (sin recuperación de la conciencia en los períodos interictales) dura más de 30 minutos. Representan el 5% de los pacientes con CCF, pero el 25% de todos los casos de niños con estatus epilépticos.(7,8)

Cuadro febril en pacientes menores es el resultado de una respuesta fisiológica del organismo rechazando al agente bacteriano o viral que se encuentra en el sistema; cuando el sistema inmunológico se encuentra debilitado es más propenso que los

menores sean más susceptibles a desarrollar enfermedades que desequilibren a su organismo siendo incapaz de defenderse ante agente virales y bacterianos, muy frecuentes en menores de 5 años, siendo necesario la intervención inmediata por parte del tutor del menor, padres, o cuidador para que no avance a mayores.

La identificación del cuadro persistente de fiebre en los menores de 5 años es identificable por medio de la medición de la temperatura corpórea del menor, identificándose la temperatura superior de los 38.5 grados centígrados, siendo indispensable que el padre o quien este al cuidador del menor realice lo necesario para que la temperatura no llega a máxima de 40 °C lo que ocasiona que el sistema colapse y se genere en el menor convulsiones febriles que podrían repercutir negativamente en el organismo del menor. El nivel de fiebre puede identificarse a través de la presente clasificación para que este, pueda ser atendido inmediatamente sin ninguna dificultad. Pudiéndose a continuación diferenciarse:

- Temperaturas axilares las cuales oscilan los 37,3 °C y 37,6°C conocido como febrícula la misma que se prolonga casi siempre es por un agente infeccioso o nervioso.
  - Temperatura axilar oscilando los 37,7 °C y 41°C conocido como fiebre.
  - Temperatura axilar igual o mayor a los 41 °C conocido como Hiperpirexia.
- Rojas (2011).

Las crisis febriles pueden ser la primera manifestación de una epilepsia. Un 13% de pacientes que desarrollan epilepsia tienen antecedente de convulsiones febriles y 30% de estos pacientes se presentan con convulsiones recurrentes. Sus características fenotípicas nos permiten, en su gran mayoría, clasificarlas, tomar una actitud terapéutica y elaborar un pronóstico. Se puede describir un espectro de su gravedad desde las convulsiones febriles simples hasta las más complejas como las convulsiones febriles plus, que comprenden los síndromes de Dravet y FIRES. En los últimos años

se han hecho descubrimientos importantes que definen su carácter genético, entrelazándose cada vez más con diferentes afecciones de tipo epiléptico que nos obliga a un seguimiento neurológico más estrecho de muchos de estos niños con convulsiones febriles.

Como se ha mencionado previamente, los pacientes que presentan convulsiones febriles de tipo complejas presentan la posibilidad de desarrollo de trastornos epilépticos, los cuales de no ser diagnosticados y tratados de forma oportuna, pueden traer como consecuencia deterioro de la calidad de vida tanto del paciente como de su entorno familiar cuando se presentan episodios recurrentes. De tal forma que herramientas diagnósticas como el electroencefalograma son fundamentales para precisar si existe relación entre las crisis febriles complejas con la presencia de anomalías en el trazado del registro de la actividad eléctrica cerebral de los pacientes afectados por este tipo de convulsiones.

En la actualidad existen múltiples estudios que demuestran que las crisis febriles se desarrollan en un 46% en menores de 5 años los mismos que pueden ocasionar problemas de morbilidad infantil, considerando que la crisis febril causa daños tanto orgánicos como neuropsicológicos severo resultando en los pacientes infantiles una crisis compleja dejando en algunos casos secuelas futuras en los niños, muchos padres desconocen que los súbitos cambios de temperatura a temperaturas altas desencadenan en crisis febriles ocurriendo estas en un lapso de 24 horas, jugando un factor determinante en las crisis convulsivas febriles el factor de antecedentes hereditarios en primer grado consanguíneo siendo estos posibles sujetos a crisis febriles, así como también los episodios convulsivos. Rojas (2011)

## **Razonamiento Diagnóstico Frente A Un Niño Con Una Crisis Convulsiva Con Fiebre**

Frente a todo niño que presenta una crisis con fiebre (diferenciándola de los trastornos paroxísticos febriles no epilépticos como, por ejemplo, temblor febril y síncope febril), lo más importante que hay que definir es si presenta una infección del SNC (meningoencefalitis, encefalitis, absceso cerebral). Una vez descartada esa posibilidad (ver el apartado sobre estudios complementarios), y considerando que cumpla con los criterios de la definición, puede postularse el diagnóstico de CF. Según González y otros (2015) Existen algunas entidades mucho menos frecuentes que también pueden presentar crisis epilépticas asociadas a fiebre y que, en el contexto clínico apropiado, deben considerarse:

### **Síndrome de Dravet**

Es una encefalopatía epiléptica y del desarrollo grave, que se inicia en un lactante con un desarrollo normal con crisis febriles prolongadas y crisis afebriles, crisis generalizadas tónico-clónicas y hemiclónicas, que evoluciona a una epilepsia fármaco resistente y que entre el 1er y los 4 años agrega otros tipos de crisis (mioclónicas, focales, ausencias atípicas) y a partir del segundo año de vida, se vuelven evidentes los trastornos motores, cognitivos y de comportamiento. El electroencefalograma (EEG) interictal inicial es normal con descargas ictales de espiga-onda generalizadas y/o focales. Posteriormente, el EEG interictal incluye descargas generalizadas, focales y multifocales, con foto sensibilidad marcada en hasta el 40% de los casos. La mayoría de los casos son debidos a variantes patogénicas en el gen del canal de sodio *SCN1A*.

### **Epilepsia Generalizada Con Crisis Febriles Plus**

Se trata de pacientes con crisis febriles que se agrupan familiarmente, también relacionado con el gen *SCN1A* pero genéticamente heterogéneos, que presentan

diferentes fenotipos: a) crisis febriles plus (CF+), en los cuales las crisis con fiebre se extienden más allá de los 6 años, b) CF asociadas a crisis tónico clónica afebriles, c) otros fenotipos menos frecuentes con CF/CF+ con crisis de ausencias, mioclónicas, atónicas o focales.

### **FIRES (Febrile Infection Related Epilepsy Syndrome)**

Es una encefalopatía epiléptica catastrófica, que generalmente se da en niños en edad escolar (aunque puede presentarse en otras edades), sin antecedentes neurológicos, con una infección febril conocida precediendo (entre 2 semanas y 24 horas antes) el inicio de las crisis, que comienzan siendo breves y relativamente infrecuentes, evolucionando gradualmente a un estatus epiléptico refractario. La fiebre puede o no estar presente al inicio del estatus epiléptico y los pacientes no presentan evidencia de una causa estructural, tóxica o metabólica aguda ni de una encefalitis infecciosa identificada. El pronóstico clínico de FIRES es devastador, generalmente con una alta mortalidad, regresión del funcionamiento cognitivo o secuelas neurológicas graves.

### **Factores de riesgo o predisponentes para presentar una crisis febril**

(a) Sexo masculino, (b) edad entre 6-24 meses, (c) predisposición genética (antecedente de familiar de primer o segundo grado con CF), (d) infecciones específicas. (Respiratorias, urinarias, herpes virus humano tipo B) y asistencia a centros de cuidado diurnos, (e) nivel de fiebre alcanzado, (f) antecedentes perinatales, (g) ferropenia o anemia ferropénica.

### **Aspectos administrativos**

En este segmento se presentan los aspectos financieros, técnicos, organizacionales y académicos e institucionales de esta investigación.

**Recursos Institucionales:**

Departamento de Pediatría del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara. Puerto Cabello. Edo. Carabobo.

**Recursos Humanos:**

- Personal directivo y docente de la institución donde se realizara la investigación.
- El Investigador.
- La Tutora.
- Madres y Niños (as) hospitalizados por Crisis Febril.
- Transcriptor.
- Otras.

**Recursos Materiales:**

Para el desarrollo de la investigación, se estima una inversión de aproximadamente Bs.f.: 299.500,00 representados por los costos de Matricula Académica, Personal para Trascrición, Grabadora, Libros y Revistas del Área temática, Material de Oficina, Cartuchos de Tinta, Fotocopias, Computadora, Impresora, Transporte, Teléfono, Internet, entre otros.

### Matriz 1. Descripción de Costos

PRESUPUESTO DE GASTOS	
CONCEPTO	MONTO
Matricula Académica	18.000.000,00
Material de Oficina	300.000,00
Fotocopias	7.500.000,00
Computadoras	300.000,00
Cartuchos de Tinta	700.000,00
Transcriptor	1100.000,00
Libros y Revistas	3.500.000,00
Grabador	9.000,00.
Transporte	1800.000,00
Teléfono	800.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>17,809,000,00</b>

Consideraciones Éticas.

## **CAPÍTULO III**

### **ENTRAMADO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN El Camino a Seguir**

#### **Dimensión Ontológica**

La intencionalidad ontológica en esta investigación, se desarrolla, básicamente, en un contexto de interacción personal, en el cual, existe una interrelación de roles desempeñados por el investigador y los elementos de la unidad social, fenómeno de estudio, informantes; desde cuyos significados y significantes, producto de una definición interacción progresiva, se obtuvo la información y el material protocolar desde la cual emergió la esencialidad fenoménica. De esta forma, como investigador voy asumiendo diferentes roles (investigador, participante) según el grado de participación asumido.

De allí, que ontológicamente, según su naturaleza, el fenómeno de estudio en esta investigación, se asume dinámico, puesto que se presenta derivado de las emociones, las cuales son cambiantes; complejo, debido a que se presenta interconectado con múltiples aspectos y a otras realidades; subjetivo, ya que es asumido por cada individuo de manera particular, según su propia cosmología; diverso, porque presenta variaciones según la mirada de los que le contemplan.

#### **Dimensión Epistemológica**

De acuerdo a su configuración, la presente investigación suscrita en el enfoque cualitativo, se adscribe al paradigma interpretativo, llamado también enfoque interpretativo, enfoque cualitativo, fenomenológico, naturalista, humanista; en sí, engloba un conjunto de corrientes humanístico- interpretativas cuyo interés se centra, en palabras de Erikson (1986) "...en el estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social" (p. 159).

Considerando esta declaración, se indagaron las concepciones que le atribuyen las informantes a la crisis convulsiva febril de sus hijos, pues los sentidos y significados creados por las madres, emergen de las elaboraciones sociales que desarrollan desde la sinergia de la interacción con otros actores y con el medio ambiente. Es así que comprender sus diálogos y acciones sobre las situaciones que describen y las acciones que realizan en relación con el fenómeno, pasa por interpretar los simbolismos que comparten acerca de ello.

Desde esta perspectiva, la realidad se comprende multirreferencial; en palabras de Ardoino (2010), sistémica, no determinada, sino construida; una construcción social de sujetos en interacción dialógica y desde allí, con base en una hermeneusis comprensiva de diálogo con las informantes, en la cotidianidad del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, pude develar, desde su cosmovisión, las concepciones y noema sobre la realidad en estudio.

Los encuentros con las informantes sintetizaron el conocimiento en ámbitos propios de la epistemología en el acto de conocer la realidad fenoménica; allí, como investigador tuve en cuenta los distintos espacios referenciales: sanitarios, culturales, ambientales y las situaciones éticas en el discurso de los actores sociales.

En atención con esta consideración, los propósitos de esta investigación no se orientan a controlar, ni predecir, ni cuantificar realidades; lo cual es propio del paradigma positivista; contrariamente, se trata de describir y comprender el fenómeno desde múltiples perspectivas, que devienen de la interpretación de la narrativa de los actores sociales, tal como la expresan, descifran y vivencian, desde cuyas concepciones individuales, aprendí hasta donde fue posible, la esencialidad fenoménica. Al respecto, Scheler (citado por Martínez 2009), influenciado por Husserl, afirmó: “el objetivo básico de la fenomenología es el estudio de las esencias de las cosas y de las emociones del hombre” (p.92).

## **Dimensión Metodológica**

La dimensión metodológica del conocimiento, sostienen Piñero y Riviera (ob. cit.) está referida a cómo puede ser conocida la realidad social; es decir ¿Cómo el investigador descubre lo cognoscible? ¿De qué manera obtiene el conocimiento?, ¿Cómo llega a conocer el objeto de estudio? Para responder a estas interrogantes, tengo presente que el paradigma interpretativo y el enfoque cualitativo que asumí en esta investigación social en el área de la salud, está fundamentado en la naturaleza humana del fenómeno investigado; ello me insta a utilizar un conjunto de ideas, creencias y estructuras conceptuales que me permitan interpretar la realidad; desde las concepciones, otorgadas por las informantes, al fenómeno.

Esta interacción, en palabras de Taylor y Bogdan (2000), “produce datos descriptivos de las propias palabras de las personas, habladas o escritas, entre ellas, las conductas observables” (p. 20). Es decir, el foco de intención está centrado en la descripción detallada de eventos, situaciones de las crisis convulsivas febriles de los hijos de las informantes, las cuales fueron cognoscibles mediante el encuentro dialógico con ellas, como actores sociales.

Como investigador cualitativo, para descubrir lo cognoscible, utilicé el método fenomenológico hermenéutico; entendiéndose el método como la cuestión del cómo puede ser conocida la realidad social, o sea, la instrumentación técnica de la estructuración cognoscitiva; así en esta aproximación teórica consideré, esencialmente, al giro hermenéutico de la fenomenología de Husserl (1998), ciencia postulada por su discípulo Heidegger (2003) quien concibe el método fenomenológico hermenéutico basado en la comprensión, como modo fundamental de conocimiento para cualquier situación humana que implique subjetividad y afectividad.

Bajo esta concepción metódica, no pretendí abordar las realidades humanas o sociales desde cero, pues como toda interpretación humana, está influido por instrumentos interpretativos, locales, constructos teóricos iniciales o marcos conceptuales, sentimientos, intenciones y percepciones, las cuales le asignan significado a los asuntos en consideración.

En concordancia con lo expuesto, para Martínez (2004), la fenomenología “es el estudio de los fenómenos tal como son experimentados, vividos y percibidos por el hombre” (p.137), este enfoque me permitió conocer parte de la vida de las personas en estudio, así como su mundo, experiencias, significados, emociones y situaciones en relación con el noema de las madres en torno a la crisis convulsiva febril de sus hijos; entendiéndose, además, al mundo como algo no acabado, en construcción, en tanto los sujetos que lo viven son capaces de modificarlo y darle significado; es por ello que la realidad en la cual se aplica este enfoque es complejo, puesto que los eventos tienen múltiples direcciones y están siempre en continua transformación.

En el mismo orden de ideas, Heidegger (ob. cit) define la fenomenología como lo que se muestra, es sacar a la luz, hacer algo visible en sí mismo, “poner a la luz, lo que se puede mostrar, en sí mismo, por sí mismo, de diferentes maneras, según cuál sea el modo de acceso a ello”. (p.109). La fenomenología hermenéutica de Heidegger intenta descubrir en un fenómeno, su esencia válida y universal.

Importa recalcar que la fenomenología interpretativa o hermenéutica, fue propuesta por Heidegger como una filosofía para revelar el significado del ser o la existencia de los seres humanos de una manera diferente a la tradición positivista. El principal objetivo del autor, fue entender lo que significaba ser una persona y como el mundo es inteligible para los seres humanos. Según el filósofo: “La fenomenología mira las cosas por sí misma, los fenómenos se muestran por sí mismo, se hace manifiesto y visible por sí mismo” (p.178).

En efecto, el énfasis se encuentra en la interpretación de los significados del mundo, en las acciones e interacciones de los sujetos sociales, madres de niños hospitalizados en el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, con diagnóstico de crisis convulsiva febril. Así, del mundo conocido y de las experiencias intersubjetivas compartidas por ellas y por el investigador, se obtuvieron las señales, la información, para interpretar la diversidad de símbolos del otro, lo cual me permitió interpretar dicha fenomenología.

En lo concerniente al método fenomenológico hermenéutico, Heidegger (ob.cit) refiere que el ser humano es un ser interpretativo; para el filósofo la verdadera naturaleza de la realidad humana es interpretativa, en consecuencia: la interpretación es el modo natural de los seres humanos, no un instrumento para adquirir conocimientos. En este orden de ideas, Martínez (ob.cit), afirma que el método hermenéutico, “es pertinente cuando se pretende descubrir el significado conjunto de toda la expresión de la vida humana (actos, gestos, habla, comportamiento, omisiones), cuando son muy complejos y se presentan diferentes interpretaciones (p.68)”. Es decir, la hermenéutica ya no solo busca interpretar textos escritos, sino toda la expresión humana; también implica su comprensión.

Cabe destacar que comprender no es ni intuir, ni congeniar, ni aplicar un conjunto de reglas; es iniciar un proceso dialógico, mediante el cual, con la ayuda de los signos lingüísticos y gestuales, comprendí las concepciones de las madres en relación con la realidad en estudio; en otras palabras, estuve interesado en entender los fenómenos en sus propios términos; para lograrlo, traté de descubrir y entender las concepciones, los significados, hábitos y las prácticas, de estas madres, y sobre todo, cuál es su pensar en torno a la crisis convulsiva por causa febril en sus hijos.

Con la utilización de este método descifré la realidad vivida por las madres de niños que convulsionaron por fiebre ingresados en el referido centro asistencial; en este sentido, se podría decir que el énfasis estuvo en la interpretación de los significados del

mundo y las acciones de los sujetos objeto de estudio. El significado desarrollado a través del diálogo y las interacciones, me permitió una interpretación en términos sanitarios pero también, sociales y humanos, tal como era mi intención.

En suma, la fenomenología hermenéutica, como ciencia descriptiva y comprensiva de los fenómenos puros, me permite a través de la investigación un mayor acercamiento con las informantes en el estudio, así como, indagar el fenómeno, buscando en las propias palabras de los actores sociales, lo que realmente sienten, tomado en consideración la manera particular de vivenciar el fenómeno por cada uno de ellos.

De acuerdo a esta interpretación, emergieron concepciones sobre las crisis convulsivas febriles, pero esta vez, visionadas desde el pensamiento de las madres de estos infantes, la cual, se da a conocer en su plenitud de significados, connotaciones y sentidos. Aquí, creo importante destacar que la conciencia no es, para la fenomenología, algo cerrado en sí mismo; sino que está definida por la intencionalidad, es decir, por la particularidad de estar siempre abierta y referida a algo como su correlato objetivo. El análisis fenomenológico muestra, además, que los objetos no se dan a la conciencia aisladamente, sino insertos en un contexto mayor, en el cual se destacan como tal como son y desde la cual interpreté el fenómeno.

### **Dimensión Procedimental**

Esta dimensión está referida a las operaciones correspondientes con la postura paradigmática del investigador. En este sentido, considerando los aportes de Piñera y Rivera (2013), comprende las fases del método fenomenológico hermenéutico, escenario de la Investigación, informantes, técnicas e Instrumentos de recolección de información, criterios de la rigurosidad científica de la investigación: validez y fiabilidad; finalmente, presentación e interpretación de la información.

## **Fases del Método Fenomenológico Hermenéutico**

Por lo que respecta a la exigencia del rigor científico, se debe destacar la rigurosidad en la sistematicidad de la indagación; en efecto, el ordenamiento de la investigación puede llevar los resultados de la interpretación del fenómeno, a ser objeto de diálogos entre la comunidad científica; con esta intención, consideré las fases del método fenomenológico hermenéutico de Spiegelberg, (citado en Leal, 2012), siguiendo el desarrollo de cinco (05) fases:

Fase 1: Descripción del fenómeno; en la cual describo el fenómeno con toda su riqueza sin omitir detalles, consiste en describirla de la manera más libre y rica posible, sin entrar en clasificaciones o categorizaciones, pero trascendiendo lo meramente superficial.

Fase 2: Búsqueda de múltiples perspectivas; consiste en tomar en cuenta las opiniones de los sujetos de estudio, además de la visión del fenómeno por parte de otras personas involucradas, lo cual se facilita, dada mi condición de médico del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, en virtud a ello, pertenezco al contexto de estudio.

Fase 3: Búsqueda de la esencia y la estructura; como investigador, traté de captar las estructuras del fenómeno y las relaciones del mismo. Resurgen aquí los registros hechos en las matrices categoriales para la obtención de información de carácter compresivo, ello me condujo a interpretar las categorías emergentes acerca del Noema de las madres ante una crisis convulsiva febril en sus hijos

Fase 4: Constitución de la significación. Consiste en profundizar en la estructura del fenómeno traducido en el lenguaje, concepciones de las madres entrevistadas e interpretados por mi persona como investigador.

Fase 5: Interpretación del fenómeno; después de haber seguido este procedimiento, obtuve todos los elementos para comprender e interpretar la realidad en estudio y en consecuencia, teorizar sobre el mismo.

### **Escenario de la Investigación e Informantes Clave**

Los informantes tienen como función ayudar al indagador a tener una idea clara del tema en estudio. Según Piñero y Rivera (ob.cit.), “está representado por los miembros que destacan en conocimiento y profundidad del contexto en estudio” (p.34). En los estudios cualitativos, para las autoras prenombradas “la selección de los informantes clave constituyen una técnica que el investigador debe afirmar, para asegurarse de la obtención pertinente de la información que necesita” (p.33).

En atención a este argumento, en esta investigación, la selección fue intencional, con base en los propósitos de la investigación, disposición y competencia personal como actor social que protagoniza, vivencia e interpreta la manifestación del fenómeno en estudio. En relación con este tipo de informante, Rodríguez (2012) sostiene: “cuando se elige de una población o grupo que posee las particularidades o características de la cantidad de personas claves, grupo, contexto o problema específico a considerar como parte del estudio que se desprende del tema generador”. (p.119).

A los efectos del presente proyecto, se tomó en cuenta como informantes clave, tres (3) madres de niños ingresados en el Hospital Prince Lara de Puerto Cabello, con diversidad de situaciones, en cuanto a número de hijos y estadios de la enfermedad, lo cual me permitió recabar información relevante, pertinente y muy rica para alcanzar el propósito de la investigación. Éste fue alcanzado por mí como investigador, profundizando en las expectativas, conocimiento, opiniones e ideologías, expresadas por las madres informantes, directamente involucrados en la realidad investigada.

## Matriz 2. Informantes Clave

Informante Clave	Profesión u oficio , N° Hijos, condición
I	Docente, 01 hijo, primera convulsión.
II	Secretaria Comercial, 02 hijos, segunda convulsión.
III	Ama de casa, 04 hijos, segunda crisis convulsiva.
IE	Docente. Familiar de Informante 1

### Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información

La obtención de información en el enfoque cualitativo, está fundamentada en las percepciones, creencias, prejuicios, actitudes, opiniones, significados y conductas de las personas con quienes se interactúa para obtener la información necesaria. Es decir, develar desde las cosmovisiones de los informantes, las concepciones de las madres, su pensamiento o noema en torno a las crisis convulsivas febriles de sus hijos. Para alcanzar este fin como investigador, hice una inmersión profunda dentro del contexto de estudio, facilitado por mi condición como médico en el centro hospitalario; por tanto, formo parte de ese contexto. Desde allí, describí los acontecimientos, las interacciones entre las personas y con la situación objeto de estudio.

Para recabar la información utilicé las técnica observación y de la entrevista en profundidad, aplicada a los informantes clave o actores sociales del escenario hospitalario. Como instrumentos de investigación elaboré una guía de observación, una

guía focalizada de entrevista; asimismo, elaboré los registros descriptivos; como recursos utilicé el cuaderno anecdótico, fotografías, grabaciones, entre otros.

En el mismo orden de ideas, con respecto a la observación Leal (ob.cit), la describe como “una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis” (p. 138). Por consiguiente, la acción de observar fue una acción fundamental en el desarrollo de la investigación en la cual me apoyé para recolectar la información.

En esta búsqueda de información, utilicé la entrevista en profundidad; esta técnica me permitió obtener información (significados) generados a través de los diálogos entre el entrevistado, informante clave y mi persona. La entrevista, señala Martínez (ob.cit.), constituye una técnica ideal para obtener información lingüística, lo cual fue esencial en esta indagación.

Sobre la entrevista, Hurtado y Toro (1998) la definen como “la técnica apropiada para la investigación cualitativa, pues favorece grandemente a la obtención de información profunda y amplia, además de que permite obtener determinada información acerca de actividades, opiniones, expectativas entre, de los entrevistados” (p. 141). En relación con la entrevista en profundidad, técnica que utilicé en el estudio, es considerada por Taylor y Bodgan, (ob.cit) como encuentros reiterados del investigador con los informantes clave.

Es importante señalar, que las entrevistas permitieron un acercamiento directo con los informantes, pudiendo lograr que la persona entrevistada hablase libremente y presentara, sin limitaciones, su relato de las vivencias en cuanto al fenómeno en estudio. De este modo, se obtuvo de sus propias palabras la información de sus concepciones, sentidos y significados de lo que representa para ellas, las experiencias durante y después de una crisis convulsiva febril de sus hijos, así como las

interacciones sociales que llevan a cabo con los diferentes miembros del equipo de salud.

### **Validez y Fiabilidad de la Investigación**

La validez representa la fuerza mayor de las investigaciones cualitativas. La forma de recoger las informaciones, de captar cada hecho desde sus diversos puntos de vistas, de vivir la realidad estudiada y de analizarla e interpretarla, superando la subjetividad le confiere rigor a la investigación. De acuerdo a Martínez (ob.cit)

Una investigación tiene un alto nivel de validez si al observar, medir o apreciar una realidad se observa, mide o aprecia esa realidad y no otra; es decir que la validez puede ser definida por el grado o nivel en que los resultados de la investigación reflejen una imagen clara y representativa de la realidad (p s/n).

Por otra parte, la fiabilidad de acuerdo con Taylor y Bogdan (2000), en la investigación cualitativa, está referida al grado de acercamiento existente entre la investigación y la realidad, así como la pertinencia de las técnicas empleadas. Para los autores, en la recolección de información es importante el tiempo y la calidad de la duración del investigador en el campo.

Al respecto, Denziny y Lyncoln (2012), afirman que la calidad científica de este tipo de investigación, se evalúa a partir de los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad. Al respecto, la credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los informantes del estudio, recolecta la información que produce hallazgos y, luego, éstos son reconocidos por aquellos, como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Es decir, los hallazgos de la investigación, reflejan una imagen clara y representativa de la realidad o situación dada por los informantes clave.

En esta investigación utilicé como criterio para la credibilidad lo propuesto por Denzin y Lyncoln (ob.cit.) en relación con el reconocimiento de los hallazgos por las madres entrevistadas; también conocido como devolución sistemática, según Taylor y Bogdan (ob.cit); de acuerdo con ello, en mi condición como investigador, regresé a las madres que emitieron la información para referirle sus aportes e interpretaciones, ellas reconocieron lo fidedigno de ella. En consecuencia, puedo afirmar que la interpretación realizada, responde a lo que la informante quiso expresar; esta confirmación da cuenta de la veracidad y legitimidad de sus voces; por otro lado, la devolución dio la oportunidad de nutrir sus opiniones, aportar otros elementos que enriquecieron la información sobre la realidad en estudio.

Por su parte, la auditabilidad se refiere a la forma en la cual un investigador puede seguir la pista o ruta de lo que hizo otro. Para esto, fue necesario un registro y documentación completa de las ideas investigativas de otros investigadores en relación con el estudio. Esta estrategia de examen de los precedentes, permitió examinar la información y sustentar consideraciones similares; asimismo, revisar otras perspectivas sobre el fenómeno de las crisis convulsivas febriles, aunque desde un enfoque muy poco abordado, la perspectiva materna y sobre manera, los aspectos emocionales y socio afectivos que la envuelven.

Por último, la transferibilidad, da cuenta de la posibilidad de ampliar los hallazgos del estudio a otros contextos sociales. Implica, según Guba y Lincoln (1995) descubrir qué tanto se ajustan los hallazgos a otros escenarios. Para ello, se necesita hacer una descripción precisa del lugar donde el fenómeno fue estudiado y de las características de las personas involucradas. Así, el grado de transferibilidad emergerá de la similitud de los contextos sociales. Con esta intención, estudié el fenómeno a profundidad, de modo que sus hallazgos puedan ser útiles en otros centros hospitalarios.

En suma, comprobé la validez y fiabilidad de la presente investigación; en otras palabras, la rigurosidad investigativa de este trabajo de investigación quedó demostrada, gracias a la gran riqueza de la información y de los hallazgos, los cuales llegaron, incluso, más allá del evento puntual, encontrando información anclada en los referentes culturales, psicológicos, sociales, emocionales y de comportamiento de las informantes, actores sociales hospitalarios, en relación con el noema de las madres ante una crisis convulsiva febril de un hijo.

### **Presentación e Interpretación de la Información**

Las técnicas de análisis de información incluyen las herramientas utilizadas, luego de la aplicación de los instrumentos a los informantes clave de la investigación. Una vez recopilada la información, efectué los procedimientos de codificación y categorización, con el fin de reducirla e imprimirle significado, tal como lo señala Martínez (ob.cit) “el proceso de análisis e interpretación de resultados, implica el establecimiento de categorías, la ordenación y manipulación de los datos para resumirlos y poder sacar algunos resultados en función de las interrogantes de la investigación” (p.149).

Ello me permitió organizar la información, facilitar su interpretación y establecer relaciones categoriales, así como las similitudes y diferencias entre las mismas. Esto propició la representación de una visión intersubjetiva, relacional e integral sobre el noema en torno a la crisis febril de un niño, tal como es percibida por su madre.

Seguidamente, para presentar los resultados, procesé la información con el fin de obtener las semejanzas y diferencias entre las informaciones proporcionadas por las unidades de análisis, haciendo una síntesis de las informaciones y el registro de ellas en matrices convenientes, dando paso a la teorización, este es un proceso en el cual, utilicé todos los medios disponibles para lograr la síntesis final de una investigación.

Para Martínez (ob.cit), este paso consiste “en integrar los resultados de la investigación, mejorándolo con los aportes de los autores reseñados en el marco teórico referencial, después del trabajo de contrastación” (p.126).

**CAPÍTULO IV**  
**RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN**  
**Búsqueda de las Múltiples perspectivas**

**Fase 2**

Este segmento corresponde a la aplicación de la entrevista correspondiente a la indagación, a la exploración en procura de la mayor cantidad y calidad de la información posible, mediante el encuentro y la interacción con las tres madres de niños hospitalizados en el referido centro de salud, así como la informante externa, una visitante, familiar para la búsqueda de múltiples perspectivas, a saber, cada uno de los cuatro entrevistados. Es de mencionar que según Martínez (2009) la entrevista debe realizarse en un ambiente de armonía y rapport, en el que el investigador, debe propiciar una comunicación abierta, libre de tensiones y perturbaciones, sin presionar ni dirigir las respuestas de los entrevistados.

Así pues, una vez aplicadas las entrevistas en profundidad, las cuales sirvieron de insumo para generar la interpretación, logré mediante la comparación y contraste con las respuestas emitidas por las informantes; los resultados presentados conforman el análisis cualitativo en el cual se relacionaron las teorías implicadas en la comprensión de la fenomenología y la realidad presentada por las madres.

**Perspectiva de las participantes**

A través de estas premisas, presento la visión percibida por los sujetos de esta investigación, sobre el fenómeno estudiado: noema en la Madre de un niño en una Crisis Febril, lo que me permitió establecer relaciones entre significados, experiencias y vivencias de las madres, con las de la informante externa y en las reflexiones finales, también expondré la mía como, investigador. Realicé también algunas preguntas abiertas y posteriormente, fui guiando la entrevista con preguntas secundarias que

surgieron ante las respuestas, con la finalidad de no desviar la temática de estudio y obtener ideas o conceptos de cada una de ellas, que nutran la investigación.

### **Perspectiva de los agentes externos**

El agente o Informante Externo a tomar en cuenta dentro de la investigación fue una dama, familiar acompañante de una Madre de un niño hospitalizado, con diagnóstico médico de crisis convulsiva febril (la Informante 1), se exploraron sus opiniones acerca de las experiencias de vida en la institución hospitalaria.

Para desarrollar este proceso que culminó con la interpretación de las categorías o categorización, consideré el procedimiento práctico planteado por Spiegelberg, citado en Leal (ob.cit.), referido en las fases del método fenomenológico, apoyado por los planteamientos procedimentales de Martínez (ob. cit), en conjunto, asumí el siguiente recorrido.

### **Transcripción Protocolar**

1.- **Transcripción de la información protocolar correspondiente:** en mi caso las entrevistas con las cuales abordé el fenómeno, al respecto Martínez (ob. cit.) recomienda que esta información debe revisarse minuciosamente para luego organizarla de manera personalizada.

A continuación presento la transcripción de una de las entrevistas realizadas, para reflejar la tónica dialógica empleada y los tópicos que se abordaron.

Informante Clave 1. Apamate

**Investigador:** Buenos días Sra. Roxana, le agradezco profundamente su disposición para conversar conmigo y responder las interrogantes que le haré, lo cual me aportará información muy valiosa para mi trabajo de grado. Le ruego que no se limite de

expresar sus ideas y pensamientos, tiene total libertad para hacerlo pues le garantizo que nadie conocerá su identidad en esta investigación.

**Informante Clave 1:** Encantada de poder ayudarlo Dr. Espero que sirva de ayuda lo que yo pueda responderle (Risa tímida)

**Investigador:** Señora Roxana, entiendo que su hijo de 7 meses de vida, tuvo una convulsión por fiebre, ¿Qué piensa usted de esa convulsión? hábleme, por favor sobre lo primero que pensó, cuando vio a su bebé con una crisis convulsiva?

**Informante Clave 1:** Ay doctor, no sé si pueda explicarle lo que yo pensé, porque es muy difícil pensar en un momento así, lo único que puedo decirle es que yo creí que me moría con mi hijo, porque creía que él se estaba muriendo, cuando lo ví así, tan raro, volteando los ojitos para arriba y se quedó como tieso, yo creí que había muerto. La verdad es que yo no sé mucho de niños, casi nunca he cuidado a ningún niño, ni sobrinos; y a pesar de que he tratado de leer libros y en internet, nunca antes había visto a alguien convulsionar. Para mí, una convulsión es como si una persona o un bebé se mueren por un rato, es algo horrible que no deseo volver a vivir. Es una experiencia horrible que nos llena de miedo, miedo por la vida de mi hijo y miedo por las consecuencias que se generen, pues yo pienso que esas convulsiones le pueden causar mucho daño en su cerebro y después tener problemas en su desarrollo y su aprendizaje.

**Investigador:** Y ¿Qué piensa de su actitud, de su conducta, ante la crisis convulsiva de su hijo?

**Informante Clave 1:** Yo cuando vi que tenía 39 de temperatura, le di paracetamol que le indicó el pediatra y lo estaba desvistiendo para bañarlo pero ahí fue que convulsionó y lo que hice fue llamar a mi hermano que estaba en la casa y me trajo al hospital lo más rápido que pudo. Pero yo estaba desesperada, porque después de quedarse como tieso, comenzó a temblar muy feo. Yo lo abrazaba para tratar de detener el temblor y llegamos al hospital.

**Investigador:** ¿Qué piensa de la atención que recibió en el hospital cuando llegó con el bebé?

**Informante Clave 1:** Al principio no veía a nadie, estaban en el estar de enfermería y cuando llegué desesperada llorando, se vinieron a atenderme dos enfermeras, descubrieron al bebé y dijeron que era una convulsión, y llamaron al doctor que estaba cerca y él vino también y comenzaron a revisar al niño. Todos me preguntaban muchas cosas, la edad del niño, el peso, qué medicamento le di, cuanto le di, todos me bombardeaban de preguntas, les dije al llegar que tenía fiebre de 39 grados antes de ponerse así, pero sinceramente no sabía qué responder, estaba muy asustada, no podía pensar con claridad y me confundía diciendo los meses y días que tenía de edad, no podía pensar con claridad, me dio terror porque pensé por un momento si le daría de más y por eso se puso así, pero luego me tranquilicé porque yo le di exactamente la dosis que indicó el pediatra.

**Investigador:** ¿Qué piensa de la actuación del médico, cómo describiría la actitud de los médicos en general, una vez que pasó la crisis convulsiva de su hijo?

**Informante Clave 1.** Bueno Dr. La verdad que no me quejo de que atendieran mal a mi hijo, en cuanto llegué con el niño, las enfermeras le pusieron oxígeno y otra comenzó a buscarle una vena para inyectarlo si era necesario. El médico cuando llegó se puso a examinarlo. Y a dar órdenes de medicamentos a las enfermeras. De eso no tengo nada que decir. Lo que sí, veo un poco o muy mal, es que comiencen a regañar a uno o a preguntar de manera fea las cosas y hacer que uno se sienta como culpable de lo que está pasando al bebé. Como madre, no quiero ni voy a hacer nada para perjudicar a mi hijo, al menos no con intención.

Pero me abrumaban a preguntas y no me dejaban ni pensar en las respuestas, eso aturde más a uno que ya viene desesperado. Yo entiendo que necesitan la información sobre el niño pero atosigando a uno, no van a lograr que uno tenga coherencia en lo que va a responder. Y después de eso, cada vez que hablan conmigo, me preguntan si le di agua de plantas medicinales o si lo auto mediqué, y les respondo que no, y sin embargo, por

la actitud parece que no me creen y los oigo comentar entre ellos. Si ése fuera el caso, yo lo digo, no voy a ocultar información valiosa para mi hijo. Yo sé que tal vez actúan así porque hay madres que lo hacen y luego lo niegan, pero no deben generalizar.

**Investigador:** ¿Cómo considera usted que debería ser la conducta del médico?

**Informante Clave 1:** Considero que deben preguntar pero sin atropellar y dando tiempo de que uno responda, sabemos que es importante saber la situación, los hechos para poder actuar, pero yo me refiero a la censura y hasta al regaño, a que eviten hacer juicios y conjeturas sin saber, solo porque es lo común, porque eso molesta y predispone también a la otra persona. Yo creo que como médicos y personal de salud, luego de analizar todo, van a poder saber si uno está mintiendo pero hay que tener cuidado, ser prudentes para que no cometan errores de juicio y juzguen a alguien equivocadamente, solo por dejarse llevar por las apariencias o lo que es común. Molesta un poco que hagan sentir a uno como culpable, que uno fue descuidado, yo en cuanto vi que tenía fiebre, me moví a darle tratamiento, no es justo que me digan que si le di agua de montes es mi culpa, cuando no lo hice.

También considero que es importante que se pongan en el lugar del otro, eso es empatía, que piensen cómo puede una madre sentirse en un momento como ése en que teme por la vida de su hijo, que entiendan que uno llora es porque está desesperado, que uno pregunta es para tratar de comprender lo que le está pasando al niño. Que no se deben molestar porque les pregunto qué va a pasar, o cuando lo verá el especialista de neurología pediátrica, ya que pasan los días y no viene a verlo, son cosas que para uno son importantes porque uno quiere que el niño se recupere pronto y se cure y si me dicen que debe verlo ese médico, entonces yo voy a estar pendiente de eso, es mi hijo y me duele.

Además, usted sabe que si uno no está pendiente, las cosas a veces no se dan, ustedes como médicos y las enfermeras tienen mucho trabajo y pueden olvidarse de muchas cosas, por eso uno debe recordárselos de vez en cuando para asegurarse de que no han olvidado, pero se molestan. Y fíjese que yo soy muy respetuosa, jamás me dirijo de

mala manera a ningún miembro del personal médico, enfermeras ni a nadie, en realidad. Por eso creo que es importante la manera cómo le hablan a la gente, la comunicación clara, respetuosa y el buen trato. Que miren a uno cuando le hace una pregunta, a veces ni levantan la cara de la historia donde están escribiendo y apenas contestan que uno no oye la respuesta y si vuelvo a preguntar, se molestan y contestan de mala manera o no responden.

Eso es con muchos de los médicos y algunas enfermeras. No se ponen a pensar lo que uno vive cuando tiene que estar acá con un hijo, preocupada por el bebé y por muchas cosas más. Dirán que no es asunto suyo pero no es fácil, piden exámenes y estudios y uno no tiene los medios para hacerlo de un día para otro, todo está muy caro. Tienen que tratar de comprender un poco a uno también. Además, yo de verdad veo que a algunos médicos y enfermeras les falta un poco de valores humanos, como la puntualidad, en el tratamiento y en todo, la ética y sobre todo el humanismo se ha perdido mucho.

Además, si a una le informaran bien las cosas, si se tomaran el tiempito para explicarle a uno lo que tiene, cuál es la causa o si no se sabe, al menos qué se puede hacer para que puedan saberlo, qué tiene uno que hacer y todo lo que uno necesita saber como madres que somos, uno no los andaría importunando con preguntas. Pasan revista a veces y solo preguntan si el niño tuvo fiebre o cualquier cosa, pero no le informan a uno nada más.

**Investigador:** Bueno, hasta acá la entrevista, muchas gracias por su tiempo y disposición para responder. De verdad que estoy sumamente agradecido con usted. Si es necesario, espero poder contar con su colaboración más adelante. Hasta luego.

**CAPÍTULO V**  
**PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN**  
**La Realidad Percibida**

**Fases 3, 4 y 5**

En este escenario de la realidad, se presenta el develamiento desde la cosmovisión de las informantes, es decir, las concepciones en torno al noema de las madres ante una crisis convulsiva febril en el Hospital Prince Lara de Puerto Cabello, estado Carabobo, logrando desde el contexto real, dialógico y observacional, interpretar el significado asignado a la misma. Bajo esta perspectiva, mis ideas no fueron en sí, un reflejo de la realidad, sino como afirma Morín (2003), traducciones de lo real, interpretaciones de las concepciones ofrecidas por las tres (03) madres entrevistados acerca del fenómeno abordado.

Estas realidades compartidas investigador - entrevistada, tienen su centro en la vivencia. Por esta razón, la interpretación se convierte en un ir y venir a los textos de las entrevistas, con el fin de captar la complicada red dinámica de sucesos constituyentes de nuestra vida real en el hospital Prince Lara, en como el espacio vivencial donde se desarrolla la investigación.

**2. Emergencia de códigos.** Es la emergencia de contenidos o unidades temáticas. Apoyándome en Martínez (ob. cit.) estas unidades temáticas la representaron “palabras, frases o párrafos (códigos abiertos) que expresan una idea o concepto central”. (p 268).

**3.-Categorización:** En palabras de Martínez (ob. cit.) es un proceso consistente en “...clasificar o conceptualizar mediante un término o expresión breve que sean claros (categoría descriptiva), el contenido o idea central de cada unidad temática. (p 266).

En este recorrido fenomenológico, utilicé un código de identificación para registrar al informante clave, con códigos numéricos y literales, además les asigné el nombre de un

árbol. (1, Apamate; 2, Araguaney; 3 Cedro; 4, Samán IE), para una comprensión de fácil acceso, consideré el uso de códigos cromáticos por lo amigable de la metodología, como recomienda Martínez (ob. cit.): “En la práctica, en cada revisión del material disponible es útil...poner símbolos pictográficos, nemónicos o numéricos elaborando esquemas de interpretación posible, diseñando y rediseñando los conceptos de manera constante” (p. 268)

Complementando esto, cito lo expresado por Piñero y Rivera (ob.cit.) cuando afirman que “los conceptos codificados se relacionan, se clasifican o agrupan coherentemente para construir las categorías” (p. 43), llamando a este proceso análisis conceptual, la palabra análisis en correspondencia con la multireferencialidad, tiene el significado de miradas diversas para acercarme a esa totalidad de la comprensión fenoménica.

### **Matriz 3. Categorización y Codificación**

<b>Código</b>	<b>Categoría</b>
Miedo. Desesperación Desconocimiento Experiencia	<b>Temor a la muerte</b>
Consecuencias Desconocimiento. Atención sanitaria	<b>Preocupación por las secuelas</b>
Desconocimiento. Educación en salud Angustia Impaciencia	<b>Necesidad de Información</b>
Respetuosa Claridad Contextualizada Tono Adecuado. Vocabulario acorde	<b>Comunicación efectiva</b>
Cumplimiento del Tratamiento De mantenimiento. Tratamiento antipirético.	<b>Tratamiento y cuidados de la</b>

Medidas antitérmicas Conocimiento.	<b>madre</b>
No juzgar Comprender Buscar soluciones Orientación	<b>Es necesaria la Empatía</b>
Prejuicios Injusticia Rechazo Ambiente no terapéutico	<b>Existencia de Prejuicios</b>
Puntualidad Ética. Solidaridad Humanismo Comprensión	<b>Valores</b>

### **Constitución de la Significación**

#### **Fase 4**

En esta fase, procedí al encuentro de las categorías con los textos de las entrevistas, es llamado por Spiegelberg (ob. Cit) como constitución de los significados aportados por los sujetos de estudio respecto al fenómeno, es un modo de validar el texto con las categorías. Desde el punto de vista de la fenomenología del mencionado autor, la madre del niño y el mismo niño son víctimas de la enfermedad a manera de fenómeno de estudio que se puede apreciar desde el punto de vista de las madres como sujetos de estudio, de familiares, como agentes externos y el del investigador. Cada uno de estos actores tendrá una posición acorde a sus vivencias, experiencia de vida y perspectiva particular. Esto aportó una riqueza de conocimientos y vivencias a mi interpretación del fenómeno de estudio.

A partir de este momento, el despliegue de las categorías, nexos y relaciones reveladas, las reflejé en el texto donde se visualizan simultáneamente, las conexiones, desde lo

cual, descubrí sus estructuras, también me hizo posible comparar y contraponer las categorías, así como desplegar la información básica de las informantes.

Este proceso de significación, me permitió precisar lo más valioso de los contenidos protocolares e ir de las partes en relación con el todo y mejorar la descripción de las categorías, a medida que fui revisando el material, identifiqué los significados emergentes de cada dato, lo cual, me permitió identificar estructuras y determinar su función, ello me encaminó hacia el hallazgo de interpretaciones sólidas y bien fundamentadas en la información protocolar.

#### **Matriz 4. Constitución de los Significados.**

CATEGORÍA	INFORMANTE CLAVE
<p><b>1.-Temor a la muerte</b></p>	<p><b>Informante 1:</b> "...Sentí terror porque creí que mi hijo se estaba muriendo".</p> <p><b>Informante 2:</b> Lo primero que pensé es que se iba a morir.</p> <p><b>Informante 3:</b> Es horrible ver que tu hijo queda como muerto y tú no hayas qué hacer.</p> <p><b>Informante Externo:</b> Yo los acompañé y de verdad que veníamos muy asustados porque creímos que se moría.</p>
<p><b>2.-Preocupación por las secuelas.</b></p>	<p><b>Informante 1:</b> Ahora lo que más me preocupa es que esto no le deje secuelas, o que luego le dificulta el aprendizaje.</p> <p><b>Informante 2:</b> Ya esta es la segunda vez, imagínese si eso afectó el cerebro de la niña, eso me pone mal.</p> <p><b>Informante 3:</b> Lo que también angustia a uno es pensar en que las convulsiones les dañan su cabecita y luego pueden tener otras consecuencias.</p> <p><b>Informante Externo:</b> Esas convulsiones a la larga, deben afectar, eso también es preocupante.</p>

<p><b>3.-Necesidad de Información</b></p>	<p><b>Informante 1:</b> Yo pregunto porque necesito saber qué es lo que pasa con mi hijo, qué vamos a hacer; si me informaran todo, yo no les tendría que andar preguntando qué salió en los estudios que le hicieron y el pronóstico.</p> <p><b>Informante 2:</b> Uno como madre se preocupa y quiere saber, que le digan las cosas, pero a veces apenas hablan con uno.</p> <p><b>Informante 3:</b> Lo peor es no saber nada, uno llega con el niño y le dicen fue una crisis por fiebre, y ya con eso creen que es suficiente para que uno se quede tranquilo.</p> <p><b>Informante Externo:</b> Es necesario que a la mamá y a la familia le den toda la información del caso, al menos de vez en cuando le informen cómo ven el caso. A veces parece que son muy parcos.</p>
<p><b>4.- Se necesita una Comunicación Efectiva</b></p>	<p><b>Informante 1:</b> es importante la manera cómo le hablan a la gente, la comunicación clara, respetuosa y el buen trato. Que miren a uno cuando le hace una pregunta.</p> <p><b>Informante 2:</b> Que le hablen claro a uno, a veces hablan y no se les escucha o no se les entiende, tienen que hablar claro.</p> <p><b>Informante 3:</b> Algunos le hablan a uno como si uno fuera médico, con palabras extrañas. Deben tratar de explicar bien para que uno entienda. Es bueno que fueran más receptivos, uno a veces no se atreve ni a preguntar nada porque andan con mala cara y ya con eso no provoca comentarles o preguntar nada”</p> <p><b>Informante Externo:</b> Lo que veo es que uno se acerca a pedir una información y si responden, es mirando las historias y uno se queda a veces igualito, sin saber.</p>

<p><b>5.- Cumplimiento del Tratamiento Y cuidados</b></p>	<p><b>Informante 1:</b> Yo cuando ví que tenía 39 de temperatura, le di paracetamol que le indicó el pediatra y lo estaba desvestiendo para bañarlo pero ahí fue que convulsionó</p> <p><b>Informante 2:</b> Yo la sentí caliente, tenía 38.4 de temperatura y como no tenía como calentar agua, le dí el acetaminofén y le puse un pañito con agua fría en la cabecita, pero igual convulsionó. Es la segunda vez. La primera tenía 4 meses, y como ya tiene dos años no le di más el tratamiento.</p> <p><b>Informante 3:</b> La verdad es que no sé cuánto tenía de fiebre porque no tengo termómetro, se me partió, pero como la sentí caliente, le di paracetamol, y convulsionó. Le habían mandado un tratamiento pero como no lo conseguía y mi esposo no estaba trabajando, no se lo pude seguir dando.</p> <p><b>Informante Externo:</b> No interrogado</p>
<p><b>6.- Es necesaria la Empatía</b></p>	<p><b>Informante 1:</b> ...considero que es importante que se pongan en el lugar del otro, que piensen cómo puede una madre sentirse en un momento como ése, en que teme por la vida de su hijo, que entiendan que uno llora es porque está desesperado.</p> <p><b>Informante 2:</b> A veces los médicos y las enfermeras tienen que pensar también en uno como madre, en que uno está acá pero tiene mil cosas en la cabeza.</p> <p><b>Informante 3:</b> Tienen que tratar de comprender a uno también, a veces lo que se consigue es para apenas comer, que se pongan en el lugar de uno también..</p> <p><b>Informante Externo:</b> Es bueno que los médicos y el personal del hospital traten de ver lo que siente una madre desesperada. No regañarla porque llora o no sabe qué hacer por la angustia.</p>

## **Interpretación del Fenómeno**

### **Fase 5**

Para describir la realidad del noema de una madre ante la crisis convulsiva febril de su hijo, en el contexto sanitario del Hospital Prince Lara, se requiere una perspectiva sistémica, amplia, holista y humanista, que no nos pueden ofrecer las concepciones reduccionistas del mundo ni las diferentes disciplinas, aisladamente. Precisamos una nueva visión de la realidad, es decir, una transformación fundamental de nuestro modo de pensar, de nuestro modo de percibir y de nuestro modo de valorar; por ello, se vuelve indispensable la adopción de un paradigma sistémico, ya que vivimos en un mundo de sistemas, tanto en el ámbito del átomo físico, como de la molécula química, de la célula biológica, del individuo, de las estructuras psicológicas y sociales, como lo es el referido centro de salud.

Estas estructuras complejas de nuestras realidades, tal como sucede con el fenómeno de interés, están compuestas por un número muy elevado de elementos que interactúan con influencias y dependencias de muy variada naturaleza y se prestan a diferentes interpretaciones o tipos de hermenéutica. Por esta razón, la búsqueda de la esencia, de la verdad, implica un grandioso esfuerzo humano en pos del saber; es tan grande que Aristóteles lo asume como un elemento natural, y nada menos que como característica propia; así, es como expresa que “Todo hombre por naturaleza, apetece saber” (p.1).

De allí, que la epistemología con base en los criterios de la científicidad actualizada, según el mencionado autor, nos exige, por tanto, que ese proceso de búsqueda de la esencia de la estructura debe ser: a) riguroso, con la debida atención a los detalles, b) sistémico, con la ponderación adecuada a cada una de sus características y c) autocrítico, en virtud a que requiere una hermenéusis muy fina.

En el caso específico de esta investigación, me fue vital el desarrollo de mi agudeza interpretativa, dado que los sujetos informantes no pertenecen al área de la salud y sus

vivencias apuntan a lo cotidiano social, en el que la emocionalidad, las realidades económicas, culturales y familiares se ponen de manifiesto en su máxima expresión. De igual manera, siguiendo la recomendación que hiciera Husserl, debo hacer el *epoché*, que me permita como investigador, desprenderme de mis prejuicios e ideas preconcebidas, a fines de desarrollar el diálogo con mayor amplitud y libertad.

A continuación, presento de manera resumida, mi hermeneusis categorial desde la visión y discurso de las madres de niños ingresados en el Hospital Prince Lara, con un diagnóstico médico de crisis convulsiva febril, con el propósito de develar su noema o pensamiento en torno a este fenómeno de estudio.

### **Categoría 1.- Temor a la muerte**

Para las entrevistadas, el temor y hasta el “terror” por la vida de sus hijos, se constituyó como una de las emociones más intensas que sintieron, ante el pensamiento de que su hijo había muerto o estaba muriendo durante el episodio de la crisis convulsiva febril. Este miedo pudo, en algunos casos, verse exacerbado por el agravante sentimiento de culpa que pueden llegar a sentir en algún momento, tal como lo expresó la informante 1, cuando manifestó “...no podía pensar con claridad, me dio terror porque pensé por un momento si le daría tratamiento de más y por eso se puso así...”

De igual manera expresaron que el hecho de ser la primera vez que vivían la experiencia, agudiza aún más el miedo, ya que desconocían cómo era una crisis convulsiva, es así que la Informante 2 expresó: “ésta es la segunda vez que mi hija convulsiona, y al menos ya sabía qué le estaba pasando, pero la primera vez, yo no sabía y creí que estaba muerta, porque se me quedó como tiesa en los brazos...”

Ante este nudo categorial, para las entrevistadas la experiencia vivida con anterioridad o haberlo vivido con alguien cercano, es significativo para conocer el fenómeno de la

crisis convulsiva, la Informante 1 refiere al respecto: “es mi primer hijo, yo no he cuidado nunca niños ni había visto nunca a nadie convulsionar”.

### **Categoría 2.- Temor por las secuelas**

Otro de los sentimientos que declararon las entrevistadas, es el temor a las consecuencias derivadas de las crisis convulsiva, el pensar que pudieran resultar con daños producto de las mismas, les genera miedo y preocupación. Coinciden en el pensamiento de que las convulsiones dañan el cerebro y que luego sus capacidades cerebrales y su desarrollo, pueden verse afectado por ello. Un ejemplo de esto, lo encontramos en las palabras de la informante 1: “Ahora lo que más me preocupa es que esto no le deje secuelas, o que luego le dificulte el aprendizaje...” así como la Informante 3: “Lo que también angustia a uno, es pensar en que las convulsiones les dañan su cabecita y luego pueden tener otras consecuencias”.

De esta manera, se puede evidenciar desde sus palabras, que una vez pasada la crisis y ha cedido el miedo por temor a la muerte, a las madres les abrumba la preocupación por las consecuencias de los episodios en los que pueda verse alterada la salud y el desarrollo futuro de los infantes.

### **Categoría 3.- Necesidad de Información**

Para las informantes entrevistadas, es muy importante recibir información, de parte del personal médico y de enfermería, sobre las actuaciones y pronóstico de sus hijos. Es vital para ellas, ser informadas, de manera oportuna, clara y precisa sobre todos los aspectos que tienen que ver con su atención, su evolución, pruebas, resultados, entre otros aspectos.

Esta necesidad de información, se ve reflejada en las palabras de la informante 1: cuando expresa: “Yo pregunto porque necesito saber qué es lo que pasa con mi hijo, qué vamos a hacer; si me informaran todo, yo no les tendría que andar preguntando qué salió en los estudios que le hicieron y el pronóstico”. Coincidiendo con el pensamiento

del Informante Externo quien manifiesta: “Es necesario que a la mamá y a la familia le den toda la información del caso, que al menos de vez en cuando, le informen cómo ven el caso”.

De esta manera, para las madres entrevistadas, reviste vital importancia el conocer todos los detalles sobre la situación de salud de sus hijos. Consideran, así mismo, que reciben poca información de parte del personal de salud. Este aspecto, se ve reflejado en el pensamiento expresado por la Informante 2 “Lo peor es no saber nada, uno llega con el niño y le dicen que fue una crisis por fiebre, y ya con eso creen que es suficiente para que uno se quede tranquilo” y por el Informante Externo “a veces parece que son muy parcós con la información”.

#### **Categoría 4.- Comunicación Efectiva**

Desde el pensamiento de las madres entrevistadas, es necesario que el personal médico y de enfermería, hagan uso de una forma de comunicación que les permita recibir la información de su parte, de manera clara y precisa. A su juicio, algunos miembros de este equipo de salud, no usan un vocabulario adecuado a su nivel de entendimiento y por tanto, no llegan a captar los mensajes o la información que le ofrecen. En las palabras de la Informante 1, podemos ver reflejada, parte de esta realidad “es importante la manera cómo le hablan a la gente, la comunicación clara, respetuosa y el buen trato. Que miren a uno cuando se le hace una pregunta” y en las de la Informante 3 “Algunos le hablan a uno como si uno fuera médico, con palabras extrañas. Deben tratar de explicar bien, para que uno entienda”.

De esta manera, el lenguaje empleado, el tono de voz y la expresión corporal son algunos de los elementos que a juicio de las entrevistadas influyen en la manera como se comunican con el personal médico y de enfermería. Además de ello, opinan que una actitud abierta en el personal, facilita los procesos de comunicación entre éstos y los usuarios, así lo manifestó, por ejemplo la Informante 2 “Que fueran más receptivos, uno a veces no se atreve ni a preguntar nada porque andan con mala cara y ya con eso no provoca comentarles o preguntar nada”.

### **Categoría 5.- Tratamiento y Cuidados de la Madre.**

La actuación y conducta de las madres entrevistadas con sus hijos, antes y durante la crisis convulsiva febril, a su modo de ver, se basó principalmente en la administración del antipirético, una vez que se percataron del alza térmica de sus hijos, aseveraron que de manera rápida, procedieron a darles el medicamento que en los tres casos fue acetaminofén, a la dosis indicada por el médico. Además de ello, tuvieron la intención de aplicarles medidas antitérmicas como el baño con agua templada o la colocación de compresas frías en la cabeza, aunque en ninguno de los casos llegaron a hacerlo, puesto que se presentó el episodio convulsivo antes que logaran aplicarlas.

Al respecto, refiere la informante 1. “Yo cuando vi que tenía 39 de temperatura, le di paracetamol que le indicó el pediatra y lo estaba desvistiendo para bañarlo pero ahí fue que convulsionó”. Por su parte la Informante 2 manifiesta: Yo la sentí caliente, tenía 38.4 de temperatura y como no tenía como calentar agua, le di el acetaminofén y le puse un pañito con agua fría en la cabecita, pero igual convulsionó.

La conducta referida por las entrevistadas, una vez que se presentó la crisis convulsiva fue acudir con prontitud al centro médico, en este caso el Hospital Prince Lara. Así lo expresó la Informante 2 “En cuanto vi que estaba convulsionando, la agarré y me vine corriendo al hospital”, así como la Informante 1: “...lo estaba desvistiendo para bañarlo pero ahí fue que convulsionó y lo que hice fue llamar a mi hermano que estaba en la casa y me trajo al hospital lo más rápido que pudo”.

Además de eso, se aprecia en el pensamiento de las madres, que existe desconocimiento o concienciación de las mismas, en cuanto al tratamiento de mantenimiento anticonvulsivante que deben seguir los niños que han convulsionado, como es el caso de la Informante 2, al expresar: “Es la segunda vez. La primera tenía 4 meses, y como ya tiene dos años, no le di más el tratamiento”.

Por otra parte, es de hacer notar que, según lo interpretado por mi persona como investigador, existen razones de índole económica que pueden ser detonantes en el

cumplimiento del tratamiento y que no obedecen exactamente a falta de conocimientos o descuido, sino a la imposibilidad del grupo familiar para cumplir el tratamiento por largos períodos de tiempo. La percepción planteada, se ve reflejada en las palabras de la Informante 3 “La verdad es que no sé cuánto tenía de fiebre porque no tengo termómetro, se me partió, pero como la sentí caliente, le di paracetamol, y convulsionó. Le habían mandado un tratamiento pero como no lo conseguía y mi esposo no estaba trabajando, no se lo pude seguir dando”. De igual manera, la Informante 1, refirió. “piden exámenes y estudios y uno no tiene los medios para hacerlo de un día para otro, todo está muy caro”.

#### **Categoría 6.- Es Necesaria la Empatía.**

Las madres entrevistadas reconocieron el valor de la empatía como un elemento significativo que influye en la manera cómo trata el personal a los usuarios en este caso, a ellas como madres de niños con crisis convulsiva febril. De esta manera, la informante 1, por ejemplo, expuso: “...considero que es importante que se pongan en el lugar del otro, que piensen cómo puede una madre sentirse en un momento como ése, en que teme por la vida de su hijo, que entiendan que uno llora es porque está desesperado”. O el caso de la Informante 3 “Tienen que tratar de comprender a uno también, a veces lo que se consigue es para apenas comer, que se pongan en el lugar de uno también, uno no le cumple el tratamiento a veces no es porque no quiere, es que no puede, y eso duele, como madre me siento mal porque estoy consciente de que lo necesita”. En consecuencia, para las madres entrevistadas, es necesario que el personal de salud haga un esfuerzo por empatizar y trate de comprender sus razones y sus sentires en todo el proceso de enfermedad de sus hijos.

#### **Categoría 7.- Existencia de prejuicios en el personal de salud**

Desde el pensamiento de las entrevistadas, a algunos miembros del equipo de salud, en este caso, médico o de enfermería, los acompaña la idea de que cuando un niño llega presentando una crisis convulsiva febril, es a consecuencia del descuido de la madre,

bien sea por dejar que la temperatura se eleve hasta niveles muy altos, o por el no cumplimiento del tratamiento, en el caso de los medicados.

Otro elemento que a su juicio evidencia la presencia de prejuicios, es la suposición inmediata del personal a que la madre ha actuado de manera negligente, administrándole a su hijo, cocimiento de plantas o cualquier otro medicamento no indicado, es decir, dar por hecho que han auto medicado al niño. Estas apreciaciones quedan evidenciadas, por ejemplo, en las palabras extraídas del discurso de la Informante 1: “Molesta un poco que hagan sentir a uno como culpable, que uno fue descuidado, yo en cuanto vi que tenía fiebre, me moví a darle tratamiento, no es justo que me digan que si le dí agua de montes es mi culpa, cuando no lo hice”. O de la Informante 2 “me regañaron porque supuestamente dejé que la temperatura llegara a 39 grados, como hace uno si la niña estaba tranquila jugando en una reunión y de repente la toco y la siento caliente, no es descuido, yo inmediatamente le di su medicamento.

### **Categoría 8.- Valores**

Para las madres entrevistadas, existen algunos valores que son necesarios en el personal de salud, pues a su juicio parece que existe debilidad en algunos aspectos relacionados con la puntualidad por ejemplo, en el cumplimiento de los diferentes tratamientos, pero también en los aspectos éticos, en la falta de solidaridad y humanismo que perciben en algunos miembros del equipo de salud. Para algunas, falta vocación y sentido del servicio que debería estar presente en el personal que le brinda su atención en salud.

Así lo manifestó la Informante 1 “Yo de verdad que veo que algunos médicos y enfermeras les falta un poco de valores humanos, como la puntualidad, en el tratamiento y en todo, la ética y sobre todo el humanismo se ha perdido mucho”. Así como la Informante 2: “Valores, nos falta mucha compasión y solidaridad. Respeto y vocación, uno no tiene la culpa de que tengan mucho trabajo o les paguen poco. Igual tienen que tener ética y hacer todo bien”.

**CAPÍTULO VI**  
**REFLEXIONES FINALES DEL INVESTIGADOR**  
**La Realidad Construida**

Una vez realizada la interpretación de la realidad de las madres de niños hospitalizados en el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” a partir de su discurso, en el que pude develar su Noema ante la crisis convulsiva febril de sus hijos, presento las reflexiones finales producto de las categorías interpretadas, las cuales representan fielmente, el pensamiento o noema de las entrevistadas y de mis reflexiones como investigador, dando lugar con esto, a la generación de un nuevo aporte a las ciencias médicas, desde la investigación social y el paradigma interpretativo, el cual nos brinda la oportunidad de abordar los aspectos socioemocionales de las realidades humanas, ejercicio tan necesario en estos tiempos mecanicistas y tecnologizados.

**Noema de las Madres de Niños Ingresados en el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, ante la Crisis Convulsiva Febril de sus Hijos**

La madre por ser de manera natural, ese ser al que va el hombre íntimamente unido, desde su concepción hasta la muerte, es afectada de manera directa por cualquier situación que impacte, de manera negativa a sus hijos. Tal es el caso de una crisis convulsiva en la que, quedó de manifiesto en el relato de las vivencias de sus madres, la manera tan significativa en que éstas son afectadas por la crisis convulsiva y las diferentes emociones que le acompañan en cada uno de los momentos, desde que se produce el episodio, su llegada al centro de salud y su posterior estadía hospitalaria.

Así mismo, es importante señalar que de la conducta de las madres en general, depende el cuidado y la protección de sus hijos contra todo riesgo y daño de manera consciente; de esta premisa se desprende la importancia que tienen estos grupos sociales para el desarrollo de la atención en salud de nuestros infantes en el centro de salud mencionado. Por otra parte, es importante tener presente, que aun cuando en algunas oportunidades conocemos situaciones de descuido y hasta de maltrato infantil, por

parte de madres, la realidad es que en líneas generales, las madres quieren el bien para sus hijos; por lo tanto generalizar en este tema, puede resultar contraproducente. En el peor de los casos, aunque existan suficientes razones para presumir una conducta inapropiada por parte de la madre o el ocultamiento de información valiosa para el caso, el ataque no constituye la mejor opción, pues la reacción de la misma, será la defensiva, tenga o no la “culpa” de aquello que suponemos. Esta situación a mi juicio, solo creará hermetismo y cierre de los puentes de comunicación tan necesarios en esos críticos momentos para el niño.

A propósito de la comunicación, para Rivero (2008) es la base de las relaciones humanas y en el área de la salud una comunicación efectiva se torna vital, toda vez que nos permite como médicos, obtener toda la información para la elaboración de un diagnóstico y, a su vez, suministrarle a la madre y familia, información, orientación, indicaciones y todo lo que puede y debe ser comunicado, de una manera clara y directa. Por otra parte, como médicos debemos saber elegir el vocabulario y los términos que permitan la comprensión del mensaje que se desea transmitir; para ello, un breve sondeo o interacción dialógica o conversacional con la interlocutora, nos puede dar una idea de su nivel de comprensión, la expresión facial o corporal de la misma, puede ser el indicador que nos muestre si ella está entendiendo lo que queremos expresarle.

Es importante entonces, aunque parece difícil, dado el volumen de trabajo diario, tomarse unos minutos para conversar frecuentemente con las madres, aplicando la escucha activa que no es otra cosa que estar verdaderamente atento a lo que nos dice o pregunta y generarle una respuesta lo más clara y completa posible, haciendo uso del tacto y de las normas básicas del buen oyente y buen hablante; recordando además, que informar al paciente o familiar sobre su estado de salud, no es un favor que hacemos, sino el cumplimiento de un deber establecido en los derechos humanos y del enfermo.

Por otra parte, las interacciones dialógicas con las madres y familiares de estos niños, puede aportarnos información valiosa para el manejo y la atención de salud; además, impedirá que hagamos uso de los nocivos prejuicios o errores de juicio y sobre todo, permitirá el uso de la empatía como un valor fundamental que nos permite ponernos en el lugar del otro, favoreciendo nuestra comprensión y solidaridad.

Otro de los aspectos a considerar en el abordaje de este fenómeno de estudio es el de los valores. En palabras de Pérez Esclarín (2000) los valores son la brújula que guía nuestra conducta como humanos sensibles, en cualquier lugar en que nos desenvolvemos. De allí, que sea preciso retomar los valores que algunas veces, parecen haberse dormido entre el cansancio y el estrés diario, así como remover la vocación que nos movió un día a estudiar medicina y, desde la ética, recordar que los usuarios no tienen la culpa de los problemas e inconformidades que nos aquejan como gremio o como personas, sino que nuestro espíritu de servicio es el que debe prevalecer, a costa de nosotros mismos.

De igual manera, el respeto y el amor por nuestro trabajo y por nuestros niños, deben brillar en nuestra conducta diaria; cuidando siempre la imagen que como personas y profesionales vamos dejando, tanto de nosotros en lo individual, en lo colectivo, así como del centro asistencial en el que nos desempeñamos.

Desde el humanismo como valor, podemos poner al hombre en el centro de nuestros cuidados y al preocuparnos por una madre y las cosas que le afectan, estamos de manera indirecta, atendiendo también a nuestros infantes, pues debemos recordar que las realidades no se presentan ni se deben visionar aisladas, sino de manera compleja, es decir unidas a otras realidades.

En otro orden, la biodiversidad y la complejidad de los seres humanos nos hace únicos, por lo que si cada ser humano es diferente a otro, diferente también será su respuesta ante las diversas situaciones a las que se enfrente. En otras palabras, cada persona reacciona a las situaciones o estímulos de manera particular, pues según Rogers (2015) su conducta y personalidad obedecen a factores de índole cultural, cognoscitiva, religiosa, social, entre otras.

Recordar estas premisas, nos ayudará a entender que mientras algunas madres que acuden a las salas de emergencia de nuestro hospital, actúan con ecuanimidad, aportan de manera precisa y clara la información que le solicitamos sobre sus hijos sobre su estado actual o pasado; otras, por el contrario, tal vez sean incapaces de responder con la misma coherencia y rapidez; otras, presas del miedo y la preocupación, tal vez reaccionen con el llanto, o cualquier otra manifestación de su emocionalidad. La idea es entender la diversidad de reacciones y lejos de molestarlas y reprenderlas, es nuestro deber ayudarlas o permitirles que recuperen el control de sus emociones y puedan así, aportar la información que como médico necesitamos.

Así mismo, las vivencias y realidades reflejadas por las entrevistadas a través de su discurso, me permitieron entender que muchas veces, los problemas de salud pueden verse exacerbados problemas de otra naturaleza, como el caso de las condiciones económicas en muchos grupos familiares, así como culturales, religiosas, en otras.

En este caso, como médicos no podemos hacer nada para resolver las problemáticas de orden económico de los grupos familiares, pero si podemos aplicar la solidaridad activa, suministrándole información sobre organismos del Estado y no gubernamentales que se dedican a brindar apoyo a las personas de bajos recursos, para la realización de estudios, exámenes de laboratorio y dotación de medicamentos o, en su defecto, guardar información que llegue a nosotros sobre centros de diagnóstico,

laboratorios y farmacias, que ofrezcan mejores precios, a fin de suministrárselas a las madres que lo requieran. De esta manera, podemos contribuir desde nuestras posibilidades, a la resolución de parte de los problemas que obstaculizan el diagnóstico y la recuperación de la salud de nuestros niños.

Del ejercicio hermenéutico en torno al discurso de las madres de niños con diagnóstico médico de Crisis Convulsiva Febril, pude extraer elementos significativos que redimensionaron mi manera de ver el fenómeno de estudio. Es así como surge una nueva cosmovisión que espero sea compartida con los demás miembros del equipo médico y de salud en general, a fines de que ésta se transfigure en cambios de actitud, como consecuencia progresiva de los necesarios cambios de pensamiento en el personal, en torno a nuestra praxis cotidiana.

Finalmente, recalco que la elaboración de esta investigación, me permitió expandir mi mirada hacia territorios, hasta ahora poco estudiados y muchas veces desdeñados por nosotros como médicos, pues nos apasionamos en la mayor parte de los casos, por los resultados que nos presentan las ciencias duras o experimentales; tal vez, sea ésa la razón por la que hemos ido perdiendo lugar en la escala de aceptación y en el prestigio que como gremio humanista, siempre hemos ocupado. Por esta razón señalo, que si se genera la reflexión sobre este aspecto, no solo en los que se refiere a estas madres, sino a todo lo que tiene que ver con el Ser del médico en general, por lo menos en otro colega, tal como se generó en mi persona, entonces consideraré que esta investigación ha logrado sus propósitos extra académicos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Amengual, C. (2016) **Factores Asociados a la Prevalencia de Crisis Convulsivas en Niños Entre 02 y 09 Años de Edad, usuarios de la Consulta Externa del Hospital La Aurora de Quito, en los períodos marzo-junio 2015.** Universidad Católica de Ecuador.
- Ardoino J. (2010) **Lo multirreferencial en torno a los problemas de investigación.** Disponible: <https://es.scribd.com/document/116344591/Lo-multirreferencial-en-torno-a-los-porblemas-de-investigacion-Ardoino>. [Consulta: 2017 Marzo, 2]
- Arteaga, C (2015)**Caracterización clínico-epidemiológica de las agudizaciones asmáticas en niños de 5 a 10 años atendidos en el hospital María Auxiliadora enero 2015-diciembre 2015.** Disponible: URL [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/485/1/Arteaga\\_c.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/485/1/Arteaga_c.pdf)
- Capovilla G y otros (2013)**Recommendations for the management of “febrile seizures”:** Ad Hoc Task Force of LICE Guidelines Commission. *Epilepsia*2009; 50(Suppl 1): 2-6.
- Comision on Epidemiology and Prognosis, International League Against Epilepsy. Guidelines For Epidemiologic Studies on Epilepsy (1993) 34:22-6
- Denzin, N y Lyncoln, Y. (2012) **Manual de investigación cualitativa. Paradigmas y perspectiva en disputa.** Madrid. Gedisa.
- Fuentes, M. (2015)**Correlación Clínica y Electroencefalografica de Convulsiones Febriles Complejas en el Hospital Pediátrico “Doctor Jorge Iizárraga”, Valencia, Estado Carabobo, Durante el Periodo Junio – Diciembre 2015.**”Universidad de Carabobo Facultad de Ciencias de la Salud Dirección de Estudios de Postgrado Hospital de Niños “Dr. Jorge Lizárraga”. Programa de Especialización en Pediatría y Puericultura.
- Guba, E. y Lincoln, Y. (2003)**Criterios de credibilidad en la investigación**

- naturalística en la enseñanza.** Madrid: Akal
- Heidegger, M(2006) **La Fenomenología del Espíritu.** Alianza Editorial
- Heidegger, M. (2003)**Ser y Tiempo.** Santiago de Chile: Universitaria.
- Hurtado, I. y Toro. J. (1998) **Paradigmas y método de investigación en tiempos de cambios.** Valencia, Venezuela: Episteme
- Husserl, E. (1998)**Ideas Relativas a una Fenomenología Pura y una Filosofía Fenomenológica.** México. UNAM. Instituto de Investigaciones Filosóficas.
- Leal, J (2005)**La autonomía del sujeto investigador y la Metodología de Investigación.** 2da edición.
- Leal, J. (2012)**La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de Investigación.** Disponible:  
[https://La\\_Autonomia\\_del\\_Sujeto\\_Investigador\\_y\\_l.pdf](https://La_Autonomia_del_Sujeto_Investigador_y_l.pdf) Valencia. Signos.  
 [Consulta: 2019, agosto 12]
- López (20016) **Distribución Etaria de la Incidencia de Crisis Convulsiva Febril en la Población Infantil con Edades Comprendidas Entre 05 Meses y 08 Años de Edad que ingresan con Crisis Convulsivas al Hospital Victorino Santaella en el período mayo/agosto 20016.** Universidad Central de Venezuela.
- Martínez, M. (2004). **Nuevos paradigmas de la Investigación.** México: Trillas
- Martínez, M. (2006). **El comportamiento humano.** México: Trillas.
- Mora, M (2016) **Incidencia y Prevalencia de Crisis Convulsiva Febril en niños entre 01 y 07 años que acuden al “Centro Médico Comunitario Dr. Emilio Plazas” en el período enero diciembre del 2017.** Universidad Distrital de Bogotá.
- Moreno, N. (2013)**Crisis febriles simples y complejas, epilepsia generalizada con crisis febriles plus, FIRES y nuevos síndromes.** Medicina (Buenos Aires).

2013; LXXIII

Organización Mundial de la Salud. (2019). **Epilepsia: Una Problemática de Salud Pública.**

Pérez, E (2000) **Enseñar en Valores.** Colombia. Bogotá Editores.

Piñero, M. y Rivera, M. (2013), **Investigación cualitativa. Orientaciones Procedimentales.** Barquisimeto: Universidad Experimental Libertador. Instituto Pedagógico de Barquisimeto “Luis Beltrán Prieto Figueroa, Barquisimeto.

Rivero, L (2004) **La Comunicación Efectiva.** Editorial Trillas. México

Rodríguez, R. (2012). **Teoría básica de muestreo.** Buenos Aires: Planeta

Rojas, L y Montiel, E. (2011) **Convulsión Febril. Asunción de Pediatría.** 2011 Abril; XXXVIII

Rosas, C. (2016)**Infecciones respiratorias agudas en niños hasta los 5 años de edad. Hospital universitario Dr. Ángel Larralde. Enero-junio 2016.** Universidad de Carabobo Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina. Programa de Especialización en Pediatría y Puericultura.

Ruiz Garcia M. **Convulsiones febriles. Acta Pediatrica de México.** 2015 Septiembre; XXXVI.

Seinfeld S yShinnar S (2017)**Febrile seizures in Swaiman KF, Ashwal S, Ferriero DM, Schor NF, Finkel RS, Gropman AL, Pearl PL, Shevell MI (eds) in Swaiman’s Pediatric Neurology-Principles and Practice, 6th ed, Edinburgh: Elsevier Inc, p 1250-6.**

Taylor, S. y Bogdan, R. (2005). **Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. La búsqueda de significados.** Buenos Aires Argentina: Paidós

Torres, M. (2013) **Caracterización de convulsiones febriles en niños atendidos, Instituto Hondureño de Seguridad Social, periodo Julio 2012 a Octubre 2013.**

Universidad Nacional Autónoma de Honduras En el Valle de Sula.

Werner, C (2007). **Un Contexto** · contexto@unal.edu.com .Bogotá, Número 13,  
2007.

NOEMA DE UNA MADRE ANTE UNA CRISIS CONVULSIVA FEBRIL DE HIJOS LACTANTES Y PRESCOLARES QUE ACUDEN AL HOSPITAL “DR ADOLFO PRINCE LARA” DE PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO. AÑO 2020.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

Actividades	Año 2020											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Solicitud de permiso a la institución	■											
Selección de las Informantes	■	■										
Recolección de información		■	■	■								
Procesamiento de la Información				■	■	■	■					
Analisis e interpretación de la Información					■	■	■	■				
Teorización y Reflexiones Finales									■	■		
Presentación trabajo de investigación											■	■

**Descripción de Costos.**

PRESUPUESTO DE GASTOS	
CONCEPTO	MONTO
Matricula Académica	18.000.000,00
Material de Oficina	300.000,00
Fotocopias	7.500.000,00
Computadoras	300.000,00
Cartuchos de Tinta	700.000,00
Transcriptor	1100.000,00
Libros y Revistas	3.500.000,00
Grabador	9.000,00.
Transporte	1800.000,00
Teléfono	800.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>17,809,000,00</b>

**Autor: Héctor López.**  
**CI: 18.758.268**

**Tutora: Dra. Floritza Riera.**  
**8.608.530**