

## Rutinas de cuidado de la salud de familias después de un desastre natural<sup>1</sup>

Gisele Cristina Manfrini Fernandes<sup>2</sup>

Astrid Eggert Boehs<sup>3</sup>

Objetivo: presentar las rutinas de cuidado de la salud de familias en situación de transición después de un desastre natural, con base en el marco teórico de las Rutinas y Rituales Familiares. Método: estudio cualitativo de casos múltiples realizado con seis familias rurales del sur de Brasil, pasado un periodo de dos años después de un desastre natural. Los datos fueron recolectados mediante observación participante, entrevistas narrativas, construcción de genograma, ecomapa y calendario de rutinas, y posterior análisis de los relatos. Resultado: los factores que afectan la rutina de cuidado de la salud de las familias incluyen episodios de enfermedad, necesidad de atención profesional post-desastre, cuidado durante la rutina diaria y rutinas aunadas a los servicios de salud. Conclusión: los resultados de este trabajo representan una contribución que ayudara a los enfermeros prestar atención a las experiencias de familias en una situación de transición posterior a un desastre natural, a fin de prepararse para los eventuales cambios en sus necesidades de cuidado y promoción de la salud.

Descriptor: Enfermería; Salud de la Familia; Promoción de la Salud; Desastres Naturales.

<sup>1</sup> Artículo parte de la tesis de doctorado "Rotinas e rituais de cuidado de famílias rurais em transição inesperada do pós-desastre" presentada en el Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

<sup>2</sup> PhD, Profesor, Fundação Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, SC, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asociado, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

---

Correspondencia:

Astrid Eggert Boehs  
Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Enfermagem  
Campus Universitário  
Bairro: Trindade  
CEP: 88040-900, Florianópolis, SC, Brasil  
E-mail: astridboehs@hotmail.com

## Introducción

En 2008, el Valle de Itajaí, en Santa Catarina, Brasil, sufrió uno de los desastres naturales más impactantes de la región. Las pérdidas económicas y sociales indujeron cambios sustanciales en la vida de muchas familias urbanas y rurales en la mayoría de los municipios. No obstante, en una determinada localidad rural, la ocurrencia de desplazamientos de tierra conjuntamente con la inundación resultó en la pérdida de viviendas y muertes tanto de adultos como niños, provocando transiciones inesperadas en el ciclo de vida familiar. La región en cuestión fue declarada inhabitable por un largo tiempo, de modo que las familias tuvieron que instalarse con familiares, amigos o en albergues públicos. El desastre también afectó a las unidades de salud, con la consiguiente interferencia en su oferta de cuidados. De ese modo, junto con los cambios en el contexto de la vida familiar en el período posterior al desastre, se planteó la problemática referente a las rutinas familiares ante un desastre, incluyendo las correspondientes al cuidado y promoción de la salud.

Aunque cada desastre natural es indudablemente único en función del área afectada, los varios niveles de vulnerabilidad y las diversas condiciones sociales, económicas y de salud, comparten algunos elementos en común, que deben ser llevados en cuenta por los diversos países en la planificación y asistencia de los principales problemas<sup>(1)</sup>. En Brasil, el tipo más frecuente de desastre natural son las inundaciones, con más incidencia en las regiones sur, sudeste y nordeste de Brasil y con resultados muy similares respecto a su impacto en vida de las familias: estadía de varios meses en albergues públicos y demoras en la reconstrucción de las áreas afectadas. La fase de reconstrucción del ciclo de los desastres incluye la toma de un grande número de decisiones y realización de numerosas acciones a fin de normalizar el contexto/ambiente tanto cuanto fuere posible. En ese sentido, el tiempo necesario para alcanzar esa condición es el factor primordial<sup>(1)</sup>.

Al mismo tiempo, la fase de reconstrucción representa una oportunidad para elaborar programas de mitigación en el sector salud e, igualmente, para reforzar la preparación ante desastres. Sin embargo, la fase de preparación ante fenómenos naturales es virtualmente invisible en Brasil, con muy poco alcance a nivel de la población, profesionales de salud, estados o municipios. Por eso, es necesario pensar y discutir los efectos sobre la salud y cuidado de familias en el período posterior al desastre.

Las experiencias traumáticas ocasionadas por un desastre pueden causar problemas de salud a corto y

largo plazo, exacerbando particularmente los efectos psicosociales y psicológicos en niños, adolescentes, mujeres y ancianos<sup>(2-8)</sup>. No obstante, son muy pocos los trabajos enfocados a estudiar las experiencias de las familias afectadas por desastres, y es igualmente muy poco lo que se sabe acerca de las repercusiones de la transición post-desastre en la salud y cuidado cotidianos de las familias a largo plazo. Algunos trabajos<sup>(9-11)</sup> presentados en la 20ª Conferencia Mundial de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (IUHPE – UIPES), realizada en julio de 2010 en Suiza y dedicada al tema Salud, equidad y desarrollo sostenible, reportaron experiencias relacionadas a desastres y promoción de la salud. En este contexto se destaca un trabajo presentado por enfermeras chinas, describiendo un programa comprehensivo para la promoción de la salud familiar durante la fase de reconstrucción posterior a un desastre natural ocurrido Taiwán, donde la capacitación y el entrenamiento fueron aplicados como métodos para desarrollar las competencias tanto de padres e hijos respecto al cuidado de su salud y reconstrucción su entorno<sup>(9)</sup>. Según observan las autoras, en situaciones de desastre, el cuidado y promoción de la salud están interrelacionados con los recursos sociales y ambientales, así, cuando la salud de las familias y las capacidades de los padres para dar cuidado sus hijos son afectadas, estas necesitan ser fortalecidas.

Las transiciones familiares inesperadas tienen el potencial de producir estrés en los individuos. En ciertas circunstancias, las enfermeras pueden representar los únicos miembros del equipo de salud en condiciones de establecer una relación de auxilio caracterizada por un suministro adecuado de información, apoyo y movilización de recursos, en situaciones de estrés que afectan el estado de salud durante el periodo de transición. Una de las características singulares de la enfermería comunitaria<sup>(12)</sup> es su capacidad de realizar acciones de promoción de la salud tomando en cuenta las complejidades inherentes a las transiciones de vida experimentadas por las familias.

Desde la perspectiva de un modelo teórico de enfermería, la producción de salud a nivel comunitario es un proceso que se construye socialmente<sup>(13)</sup>, en el cual las rutinas y rituales familiares representan importantes recursos utilizados por las enfermeras en la discusión de prácticas saludables, conductas y conocimientos, así como en la identificación de metas familiares, elaboración de planes de bienestar o promover acciones que fomenten un estilo de vida saludable. Estas rutinas también representan una fuente de estrategias de cuidado necesarias para atender enfermedades agudas y crónicas, a fin de proteger

y promover la salud, especialmente en los niños<sup>(14)</sup>. El objetivo de este artículo consiste en la presentación de las rutinas de cuidado de la salud de familias durante su periodo de transición posterior a un desastre natural, las cuales son basadas en el marco teórico de las Rutinas y Rituales Familiares.

## Método

Estudio cualitativo de casos múltiples realizado con seis familias de una región rural en el sur de Brasil, las cuales se vieron afectadas por un desastre natural en

2008. Los criterios de selección de las familias fueron los siguientes: residentes en la localidad afectada por el desastre natural y presencia de por lo menos un/a niño/a entre cero y 12 años de edad.

La recolección de datos fue realizada entre enero y septiembre de 2010, un año y un mes después de ocurrido el desastre natural. Las familias fueron localizadas en sus domicilios con ayuda del equipo de salud familiar local. La Figura 1, abajo, presenta una breve descripción de las características de cada núcleo familiar incluido en este trabajo.

Composición familiar	Escolaridad	Ocupación	Ingresos	Daños
F1: Pareja y dos hijas en edad escolar	Escuela primaria incompleta Alumnas de 1º y 5º grado	Auxiliar de servicios generales y agricultor Costurera	2 salarios mínimos	Destrucción total de la vivienda y desempleo
F2: Pareja, un hijo de edad preescolar, una hija adoptada de edad escolar, una hija adolescente y una hija adolescente casada	Escuela primaria incompleta Escuela secundaria incompleta (adolescente)	Albañil y ama de casa Costureras (adolescente)	Aproximadamente 3 salarios mínimos	Destrucción de la vivienda y propiedad rural, desempleo
F3: Pareja, un hijo de edad preescolar, un hijo de edad escolar, una hija adolescente (concubina)	Escuela primaria incompleta Escuela primaria completa (adolescente)	Autónomos (producción casera de empanadas y sándwiches) Costurera (adolescente)	Aproximadamente 2 salarios mínimos (R\$ 415,00)	Pérdidas materiales en la vivienda
F4: Pareja y una hija adoptada de edad escolar	Escuela primaria completa Escuela secundaria completa	Agricultores	5 salarios mínimos	Muertes en la familia, pérdidas en la producción agrícola
F5: Pareja, dos hijos de edad escolar, un hijo adolescente	Escuela primaria incompleta. Alumnos de 1º y 5º grado Escuela primaria completa (adolescente)	Empaquetadores en una fábrica local, incluyendo el adolescente	De 5 a 6 salarios mínimos	Destrucción de la vivienda y desempleo
F6: Madre y un hijo lactante	Escuela secundaria completa	Operadora de maquinaria industrial	Aproximadamente 3 salarios mínimos	Pérdidas materiales, desempleo

Figura 1 - Características generales de las familias participantes en el estudio

Las narrativas fueron producidas dentro del contexto de vida específico de cada familia, dado que éstas se hallaban en diferentes fases de evolución<sup>(15)</sup> (pareja con hijos, adolescente y fase emocional madura; en esta situación una de las hijas se había casado y salido de la casa de los padres) y también enfrentaban diferentes situaciones de vida después del desastre. Para la recolección de datos fueron utilizadas técnicas de observación participante en los encuentros realizados en las viviendas de los informantes, incluyendo registro en diario de campo, entrevista narrativa improvisada<sup>(16)</sup>, aplicación de instrumentos como genograma, ecomapa y calendario de rutinas construidos por los participantes para registrar su rutina diaria y semanal. Con autorización de los participantes, la información fue grabada y transcrita

por la investigadora. Genograma y ecomapa fueron construidos conjuntamente con los miembros adultos de los núcleos familiares.

Esa construcción conjunta del genograma y ecomapa incluyó la participación de los cónyuges de cada núcleo familiar, cuyos datos permitieron dimensionar el impacto del desastre sobre el resto de la familia. Dado que estos familiares residían próximos unos de otros en el área rural en cuestión, más de un núcleo familiar fue afectado por el desastre natural. El ecomapa produjo información acerca de los principales recursos sociales asequibles para las familias, tanto formales (organizaciones no gubernamentales – ONGs –, gobierno, bomberos, etc.) como informales (vecinos o familia extensa, por ejemplo). A medida que las narrativas sobre las relaciones familiares

iban siendo construidas gracias a la aplicación de los instrumentos (genograma y ecomapa) en las entrevistas, los entrevistados fueron recordando y recobrando sus rituales familiares, mismos que fueron analizados en profundidad por la investigadora.

El análisis de las narrativas fue realizado según los pasos descritos por Fritz Schütze, creador de la entrevista narrativa autobiográfica y del análisis de narrativas improvisadas. El primer paso de dicha metodología consiste en un *análisis formal del texto*, cuando se seleccionan todos los fragmentos narrativos utilizando los indicadores formales de inicio y fin de segmento como referencia. El segundo paso consiste en una *descripción estructural del contenido* de cada narrativa previamente seleccionada con el objetivo de identificar elementos de interpretación de las historias narradas, denominados estructuras procesuales biográficas. La realización del tercer paso, conocido como *abstracción analítica*, exige distanciarse de los detalles del contenido de cada segmento narrativo y enfocarse en la historia como un todo, ordenando los segmentos narrativos según la secuencia de las etapas biográficas o del suceso narrado, interpretando las expresiones abstractas de cada etapa en su relación mutua, utilizando el marco teórico y objetivo del estudio como base. El cuarto paso, denominado *análisis del conocimiento*, explora los componentes no indexados de las historias, que corresponden a narrativas argumentativas, explicaciones teóricas que los informantes formulan acerca de sus biografías (experiencia del desastre) o su identidad personal (teorías del yo), evaluaciones comparativas y construcciones de trasfondo. En esta etapa el investigador debe prestar mayor atención a las interpretaciones formuladas por los propios sujetos. El quinto paso consiste en una *comparación contrastada* entre las categorías analíticas constatadas en el análisis de los textos correspondientes a las entrevistas de cada familia buscando semejanzas y contrastes que favorezcan la comparación recíproca de los casos<sup>(16)</sup>.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos, número 490-2009. Fue respetado el anonimato de los informantes, a quienes se solicitó que confirmasen su participación firmando el formulario de consentimiento informado.

## Resultados y Discusión

La categoría de análisis denominada rutinas de cuidado de la salud representa las narrativas de las familias correspondientes a la percepción sobre el estado de salud después del desastre y acciones de promoción

de la salud dentro del seno familiar, tal como el cuidado de los hijos en situaciones de enfermedad.

### Cambios en la rutina de cuidados familiares y episodios de enfermedad después del desastre

Las familias relataron episodios de enfermedades que aquejaron a algunos de sus miembros, tanto en el caso de la familia nuclear como en el de la familia extensa, que representaron sucesos dramáticos, enfatizados en determinados momentos de la trayectoria histórica posterior al desastre. Los padres relacionaron más específicamente las enfermedades infantiles con cambios inesperados dentro de la rutina familiar y que fueron juzgados como situaciones culminantes resultado de la estadía en los albergues públicos. Los siguientes fragmentos textuales ejemplifican este hallazgo:

*Se enfermó mucho de la garganta [...] nos mojamos mucho, él se mojó y se puso muy mal, tuvimos que llevarlo al hospital (-) Pensé que se iba a morir [...] El médico le miró la manita y dijo: ¡Dios me libre! A este chico le falta oxígeno. Y lo pusieron un par de días en oxígeno. Ese día en el hospital me desmoroné. Lo que no lloré durante la tragedia, lloré ese día [...] Ese día fue difícil. El médico fue muy amable y me dijo: Madre, cuídelo, porque su hijo se escapó de ésta (MF2)*

La organización del cuidado de la salud se vio afectada por la interrupción de la rutina diaria, desde la escuela de los niños al trabajo de los padres, los horarios de las comidas y de ir a dormir, por el ambiente demasiado ruidoso y frío que impidieron un descanso adecuado, y por la ociosidad de los adultos. Todo esto se reflejó en episodios de enfermedad con necesidad de intervención profesional, así como en la percepción de las familias acerca del riesgo para su salud. Es bien sabido que los niños tienen dependencia natural de la rutina y la familia, y desde ese punto de vista están más expuestos a los efectos de desastres y sufren más los efectos negativos de estos sobre su salud. Rupturas significativas como las debidas a la pérdida de su casa, su comunidad, interrupción de la escuela, muerte de familiares o amigos, pueden afectar seriamente a los niños, provocándoles problemas con repercusión psicológica. Por eso, es prioritario restablecer la rutina después de un desastre, así como la realización de intervenciones destinadas a producir una apariencia de normalidad y estimular la interacción con la comunidad local (cuando las familias son transferidas a otras localidades) mediante programas o acciones sostenibles<sup>(3)</sup>. Además, algunos estudios han mostrado que la previsibilidad de la rutina referida a las conductas de salud, actividades de vínculo y soporte familiar y el número de actividades en que participa o está presente al menos uno de los padres ejerce influencia

sustancial en el estado general de salud de niños y adolescentes<sup>(17)</sup>.

La secuencia de narrativas de la familia 3 representa un ejemplo de cambios en la rutina de cuidado después de una larga estadía en un albergue público. La alimentación de los niños fue afectada por la falta de rutina y el uso de alimentos poco saludables a lo largo de los varios meses en que la familia permaneció en el albergue colectivo y durante el período inicial del retorno a su domicilio.

*En el albergue el nene tenía dos años [...] estuvo enfermo todos los días, todos los días. Dormíamos en colchones en el piso (-) en un colegio, estaba todo mojado y mi hijo ya tuvo el problema de la neumonía cuando era más chico [...] ¡se agarró alergia a todo ifue horrible! Se quedó todo chupado, piel y huesos [...] mi hijo mayor lloraba todo el tiempo, no quería estudiar más (MF3). Yo lloraba todos los días porque quería volver (Niño, seis años). No querían comer (PF3). Es que todo había cambiado demasiado para él [refiriéndose al hijo de cuatro años] (MF3.1). No había horario para la cena, no había horario para el almuerzo, no había horario para el desayuno (-) nada funcionaba como debía. Si un día se comía a las seis, al día siguiente había que comer a las siete (-) y así los adultos comían, pero los niños no (-). Comían solamente porquerías y montañas de yogurt, jugo reconstituido, chocolate (PF3.1). Sin embargo, eran muy buenos con nosotros en el albergue, porque si aparecía alguna alergia durante la noche, los llamábamos por teléfono y ellos venían a vernos y a traernos remedios (MF3.1).*

*[...] Me parece que para que la familia tenga buena salud es necesario una buena alimentación, higiene, no tener vicios, por ejemplo (PF3). Cosas que uno hace y acaba perjudicando a los hijos, por ejemplo, comprar montañas de bizcochos rellenos, ese tipo de cosas [...] uno tiene que cuidarse para no perjudicar la salud de ellos (MF3).*

La falta de autonomía de los padres, en lo referente a la selección y preparación de la comida ofrecida a los niños en el albergue colectivo, fue una influencia negativa en la rutina de alimentación de niños y adultos después del desastre.

La aparición de síntomas físicos, miedo, depresión e insomnio entre otros problemas, evidenció el estrés experimentado por los miembros de las familias entrevistadas, resultante de las pérdidas sufridas en la tragedia y de la dificultad para recomenzar. De acuerdo con el relato de las familias, las consecuencias del evento traumático afectaron la salud de sus miembros de diferentes modos, en función de diferencias individuales y culturales, en la forma de enfrentar la situación y del cuidado ofrecido por profesionales después del desastre.

*Especialmente al principio, mi marido tuvo problemas con la presión, que llegó a 260/130 mmHg. No tiene diabetes, pero la glucemia le aumentó muchísimo [...] tuvo que ir al hospital y el*

*médico constató estrés. La tragedia sucedió en noviembre y esto ocurrió en febrero. El problema conmigo es que no podía dormir, pasaba la noche en vela [...] se me cayó el pelo, pensé que me iba a quedar pelada. Por eso, también fui al médico, conversamos y él dijo: Eso es emocional, el estrés actual. Volví y me recetó un calmante natural, pero cuando llegué a casa, pensé: No, no, voy a tratar de cuidarme como pueda. No me gustan los remedios, porque tengo miedo de volverme dependiente de ellos, por eso, terminé tirando la receta por ahí, pero, claro, unos días uno se acuerda más y después no puede dormir, principalmente en la época cuando llueve mucho o empieza a llover de noche, porque entonces vuelven todos los recuerdos. Me parece que eso es normal, por causa de lo que nos pasó, no es cierto? Y así, esa parte se alteró, tocó bastante el lado emocional, pero mi marido y yo tratamos de superarlo, sin que sea necesario usar muchos remedios [...] Mi padre toma una montaña de remedios hasta el día de hoy: remedios para dormir, remedios para el estrés, remedios para la presión (-) empezó a hacer un tratamiento para el corazón, pero antes no tenía ese problema. La salud de mi padre se alteró mucho, muchísimo. Mi hermana también empezó a tomar remedios para dormir hace un mes (MF4).*

Los resultados de algunos estudios sugieren que los desastres naturales pueden producir efectos prolongados en la salud física y mental<sup>(18)</sup>, y en el uso de servicios de atención primaria por parte de la población afectada durante el año posterior al desastre<sup>(7)</sup>. Igualmente, el aniversario del acontecimiento puede ser particularmente traumático en las víctimas que sufrieron pérdidas. El proceso de duelo ocasionado por pérdidas inesperadas debidas a un desastre puede ser un proceso complejo, que puede incluir la movilización de mecanismos para enfrentar y manejar el estrés, lo que eventualmente se puede asociar con manifestaciones físicas, psicológicas y emocionales que interfieren en la motivación para realizar diversas actividades de la vida cotidiana<sup>(18)</sup>. Algunos estudios han abordado los efectos de la experiencia del desastre en la salud de personas mayores, quienes presentan mayor vulnerabilidad y propensión a fallecer durante este tipo de acontecimientos. En Nueva Orleans (EEUU), después del huracán Katrina y la posterior inundación, las personas mayores no fueron exclusivamente aquejadas por problemas psicológicos, sino que la mortalidad post-desastre también se debió a problemas crónicos exacerbados durante el proceso de evacuación<sup>(8)</sup>.

Mujeres embarazadas y lactantes se preocupan de manera particular en situaciones de desastre natural, especialmente debido a la interrupción del suministro de agua potable para bebida o higiene corporal, acceso insuficiente a seguridad alimentaria e interrupción del cuidado de la salud en función de las condiciones del



albergue y del cese temporal de los servicios prestados por el sistema público de salud (control prenatal, salud infantil, etc.). El huracán Katrina, por ejemplo, afectó y puso en riesgo la salud de este segmento poblacional, lo que se reflejó en el nacimiento de neonatos con bajo peso, interrupción precoz de la lactancia materna, aumento de la mortalidad infantil, abortos espontáneos y accidentes obstétricos<sup>(5)</sup>. Estos datos sugieren la necesidad de una adecuada preparación de los servicios de salud para enfrentar las consecuencias de los desastres naturales referentes a su impacto en las condiciones de salud.

### Rutinas de cuidado y gestión longitudinal en los servicios de salud

Los seis casos resultaron en narrativas semejantes referidas al mantenimiento y recuperación de rutinas regulares de cuidado correspondientes al periodo anterior al desastre, tales como inmunizaciones, consultas médicas y análisis clínicos periódicos, básicamente destinadas al control de la salud infantil. Sin embargo, como consecuencia del desastre, las Unidades Básicas de Salud (UBS) locales fueron clausuradas durante un largo tiempo y esta dificultad de acceso interfirió en la rutina de cuidado en el período posterior al desastre. Las familias mencionaron también otros factores relacionados con la situación rural que perjudicaban el acceso a los servicios, como la distancia de las viviendas, falta de transporte o malas condiciones de las rutas durante periodos de lluvia; se mencionaron también factores relacionados con el funcionamiento de las UBS locales, como la poca información del equipo de salud acerca de la atención prestada; y factores macro, como la deficiente capacidad resolutiva de los demás niveles asistenciales de la red pública de salud, llevando a los individuos a buscar atención privada.

Una de las características identificadas y referidas en los relatos destaca el papel de las mujeres en la organización de la rutina de cuidado en caso de enfermedad. La situación de dependencia de las mujeres que no saben conducir automóviles obstaculiza el acceso a consultas en los centros de salud, así como la ejecución de otras actividades relacionadas con la promoción de la salud y acceso a servicios. Por otro lado, como las mujeres tienden a vincularse más que los hombres con las UBS, son ellas las que solicitan informaciones al equipo de salud o buscan otros servicios dentro de la red cuando es necesario.

Los datos recolectados también muestran que si bien las familias adaptan su rutina de cuidado cuando algún miembro se enferma, en algunos casos esta adaptación es poco flexible debido a la dura rutina de trabajo en el

período posterior al desastre y más especialmente cuando es necesario desplazarse a las UBS, hospitales o servicios de urgencia por causa de la gravedad de la enfermedad o durante el fin de semana. El siguiente texto ejemplifica dicha dinámica:

*Mi niña estuvo enferma esta semana y mi hijo de seis años también. La nena sangraba por la nariz, pensé que podía ser algo grave, pero era sólo un resfrío [...] mi marido se fue del trabajo y llevó al nene al médico, porque no podemos salir los dos, y como yo no sé conducir, él lo llevó bien temprano [...] a las seis tuve que ir a pedir turno, porque no dan turnos por teléfono, eso es un problema para nosotros [...] La cosa salió de su rutina, sino es muy raro que se enfermen. [...] Me parece que tendrían que hacer una excepción con la gente que trabaja, pero no te dan un turno (-) y tenemos que salir del trabajo e ir ahí a las seis para pedir turno, pero en verdad hay que llegar a las cinco y media, sino no se consigue turno [...]. Tenemos que pedir una declaración médica para llevar al trabajo y que no descuenten el día (-) el jefe nos deja compensar las horas para no perder el premio. [...] En el dispensario nos atienden muy bien, al principio incluso nos mandaban al psicólogo y esas cosas, después dejaron de mandarnos (-) desde el año pasado que esto no sucede más (MF5).*

Los relatos de las familias describen situaciones en las que buscaron atención profesional en diversos servicios de salud, como hospitales, servicios de urgencias y consultorios médicos. El itinerario recorrido por las familias en la búsqueda de cuidado, particularmente para enfermedades agudas en los niños, es relativamente constante a pesar de las diferencias de contexto, e independiente de la ocurrencia del desastre, porque está más relacionado con la idea que los padres tienen de la gravedad de la enfermedad y su dificultad para aceptar la intervención de otros profesionales de la UBS (excepto el médico) en la resolución del problema<sup>(19)</sup>. A este respecto, hay que señalar que es frecuente un cierto desajuste entre la rutina de la familia y la del centro de salud, lo que lleva a las familias a buscar atención en servicios de emergencia y hospitales.

Del relato de las madres se percibe que la sensibilidad en la atención prestada, y en algunos casos también su agilidad, denotan buena atención a las familias en una situación dramática, agravada por la reciente experiencia del desastre. El texto transcrito abajo describe la percepción de la falta de preparación de los profesionales para adaptarse a los cambios en las necesidades de cuidado durante el período posterior al desastre:

*Cambió, porque tuvieron que aprender a lidiar con lo emocional de la gente (-). Uno se da bastante cuenta de que cuando el tiempo está nublado o llueve durante más días, hay más gente en el dispensario, van y dicen que les duele acá o allá, pero cuando charlan con la gente se dan cuenta que es todo*

*emocional, es miedo, preocupación. El número de derivaciones a psicólogos aumentó mucho, especialmente en los adultos, y también del uso de medicamentos de venta con receta. En verdad, habría que descubrir cómo trabajar la parte psicológica sin que la persona se dé cuenta que está siendo trabajada, especialmente los más viejos, no es cierto? Porque, por ejemplo, el médico, en vez de decir, "Ud. necesita un psicólogo", tendría que pedirle al enfermero que lo acompañe y lo aconseje, porque si no la gente o no para o no va. Las personas más viejas aun piensan que es cosa de locos, de gente que está mal de la cabeza, ese tipo de cosas, por eso, tiene que ser un trabajo en el que la persona toma parte sin saber, en cierta medida. Tal vez aún falta un poco más de eso (...)* (MF4).

Por ende, se debe proveer cuidado y soporte a individuos, familias y comunidades todo a lo largo del ciclo, empezando en el período anterior al desastre y continuando en las fases aguda, post-aguda y de recuperación. El empoderamiento de la comunidad puede ser una estrategia de preparación ante la ocurrencia de desastres, permitiendo identificar vulnerabilidades y promoviendo la cohesión y apoyo comunitarios<sup>(20-21)</sup>.

Las percepciones sobre el proceso de salud-enfermedad de algunos de los sujetos que se enfermaron en el curso de las trayectorias del desastre expresan algunas interpretaciones referidas a las consecuencias del cambio de vida y su impacto en la rutina familiar. La salud de la unidad familiar es garantizada mediante la promoción de rutinas y rituales que favorecen la convivencia, cohesión, y participación social en la defensa de derechos, de mejorías en la calidad de vida y de la prevención de nuevos desastres. El cuidado cotidiano plantea un desafío para la generación de habilidades inter-personales que pudieran ayudar en la interacción entre padre-hijos, sean estos últimos pequeños o adolescentes, y al mismo tiempo, en una serie de intentos para establecer hábitos de vida más saludables en los miembros de la familia mediante acciones preventivas y educativas.

Los participantes consideraron que el soporte suministrado por el equipo de salud y las estrategias asistenciales utilizadas para auxiliar a las familias a lo largo del proceso de producción doméstica de salud fueron insuficientes o remotas. Lo mismo aplica para la capacidad resolutoria del sistema relativa a la población rural en situaciones de enfermedad que exigen una asistencia de mayor complejidad. Estos datos, no obstante, deben ser investigados más profundamente en trabajos futuros.

## Consideraciones Finales

Los resultados de este trabajo ayudan a que se entienda mejor el hecho de que las rutinas de cuidado de la salud pueden ser significativamente

afectadas por el impacto de desastres naturales; sin embargo, hay un esfuerzo continuo por parte de las familias para proporcionar condiciones adecuadas para el mantenimiento o mejoramiento de la salud, especialmente para los niños, pensando en su desarrollo y su salud futura. Además, los rituales y las rutinas son revisados y reevaluados por las familias, de acuerdo con las nuevas necesidades de atención que surgen durante el periodo posterior al desastre y durante las fases de desarrollo individual y familiar.

En éste sentido, el marco teórico de las Rutinas y Rituales Familiares provee sólidas bases para entender las experiencias de las familias durante su transición posterior al desastre y ayuda a interpretar su necesidad de cuidado mediante un abordaje culturalmente sensible y útil para la promoción de la salud.

Más investigación es necesaria para entender las experiencias y percepciones de los enfermeros y otros profesionales de la salud acerca de la necesidad de brindar sus servicios durante el período posterior al desastre, especialmente cuando la infraestructura de salud a nivel local o municipal se ven afectadas. Más específicamente, debe ser investigado el papel y funciones de los enfermeros en cada una de las fases del desastre (desde la fase anterior al desastre hasta la fase de recuperación).

Es recomendable incluir el tema de los desastres naturales en la pauta de discusión de grupos de investigación, programas de cursos técnicos y universitarios de enfermería y ciclos de educación en salud permanente, donde los profesionales participantes en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) puedan intercambiar experiencias y suplir el déficit de conocimiento técnico-científico necesario para actuar en las comunidades afectadas y elaborar planes municipales de respuesta a los acontecimientos característicos de cada región.

## Referencias

1. Pan American Health Organization. Natural disasters: Protecting the public's health. Washington, DC: PAHO; 2000.
2. Ahern M, Kovats RS, Wilkinson P, Few R, Matthies F. Global Health Impacts of Floods: Epidemiologic Evidence. *Epidemiol Rev.* 2005;27:36-46
3. Belfer ML. Caring for children and adolescents in the aftermath of natural disasters. *Int Rev Psychiatry.* 2006 Dec;18(6):523-8.
4. Tees MT, Harville EW, Xiong X, Buekens P, Pridjian G, Elkind-Hirsch K. Hurricane Katrina-Related Maternal Stress, Maternal Mental Health, and Early Infant Temperament. *Matern Child Health J.* 2010;14(4):511-8.

5. Callaghan WM, Rasmussen AS, Jamieson DJ, Ventura SJ, Farr SL, Sutton PD, et al. Health Concerns of Women and Infants in Times of Natural Disasters: Lessons Learned from Hurricane Katrina. *Matern Child Health J.* 2007 Jul;11(4):307-11
6. Rowe CL, Liddle HA. When the levee breaks: treating adolescents and families in the aftermath of Hurricane Katrina. *J Marital Fam Ther.* 2008 April;34(2):132-48.
7. Polusny MA, Ries BJ, Schultz JR, Calhoun P, Clemensen L, Johnsen IR. PTSD Symptom Clusters Associated With Physical Health and Health Care Utilization in Rural Primary Care Patients Exposed to Natural Disaster. *J Traumatic Stress.* 2008 Feb;21(1):75-82.
8. Cloyd E, Dyer CB. Catastrophic Events and Older Adults. *Crit Care Nurs Clin N Am.* 2010;22(4):501-13.
9. Chang L, Chen HH, Cheng C, Chang S. A comprehensive health promotion program for disaster reconstruction families in Taiwan [abstract]. In: *Anais of 20th IUHPE World Conference on Health Promotion*; 2010 Jul 11-15; Geneva, Switzerland. [acceso 14 jul 2011]; Disponible em: [http://www.iuhpeconference.net/downloads/en/Records/100806\\_Geneva2010\\_abstracts.pdf](http://www.iuhpeconference.net/downloads/en/Records/100806_Geneva2010_abstracts.pdf)
10. Lapitan JM, Ukai T, Steffens C, Armada F. Assessing health facilities' preparedness for disasters in cities: a case study of two hospitals in Kobe, Japan [abstract]. In: *Anais of 20th IUHPE World Conference on Health Promotion*, Geneva, Switzerland. [acceso 25 mar 2013 25]; Disponible em: [http://www.iuhpeconference.net/downloads/en/Records/100806\\_Geneva2010\\_abstracts.pdf](http://www.iuhpeconference.net/downloads/en/Records/100806_Geneva2010_abstracts.pdf)
11. Dash SR, Kanungo I. Challenges for hygiene and health promotion- a study in flood affected areas of Jagatsinghpur district in Orissa, India [abstract]. In: *Anais of 20th IUHPE World Conference on Health Promotion*, Geneva, Switzerland. [acceso 25 mar 2013 25]; Disponible em: [http://www.iuhpeconference.net/downloads/en/Records/100806\\_Geneva2010\\_abstracts.pdf](http://www.iuhpeconference.net/downloads/en/Records/100806_Geneva2010_abstracts.pdf)
12. Roth P, Simanello MA. Family Health promotion during Transitions. In: Bomar PJ. *Promoting Health in Families. Applying Family Research and Theory to Nursing Practice.* 3rd New York: Elsevier; 2004. p. 477-506.
13. Denham S. Relationships between Family Rituals, Family Routines, and Health. *J Fam Nurs.* 2003; 9(3):305-330.
14. Boehs AE, Grisotti M, Aquino MDW. The routine of families with nursing infants. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* set-out 2007;15(5):902-8.
15. Cervený CMO, Berthoud CM. *Família e Ciclo Vital. Nossa realidade em pesquisa.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
16. Schütze F. *Pesquisa biográfica e entrevista narrativa.* In: Weller V, Pfaff N. *Metodologias da Pesquisa Qualitativa em Educação. Teoria e Prática.* Petrópolis: Vozes; 2010. p. 211-22.
17. Fiese BH. *Family Routines and Rituals.* New Haven (EN): Yale University; 2006.
18. Mendez TB. *Disaster Planning for Vulnerable Populations: Mental Health.* *Crit Care Nurs Clin N Am.* 2010;22(4):493-500.
19. Oliveira BRG, Collet N, Mello DF, Lima RAG. The therapeutic journey of families of children with respiratory diseases in the public health service. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* maio-jun 2012;20(3):453-61.
20. Badakhsh R, Harville E, Banerjee B. The Childbearing Experience During a Natural Disaster. *JOGNN.* 2010;39(4):489-97.
21. Deeny P, Vitale CT, Spelman R, Duggan S. Addressing the imbalance: empowering older people in disaster response and preparedness. *Int J Older People Nurs.* 2010;5(1):77-80.

Recibido: 26.1.2013

Aceptado: 8.5.2013

### Como citar este artículo:

Fernandes GCM, Boehs AE. Rutinas de cuidado de la salud de familias después de un desastre natural. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jul.-ago. 2013 [acceso: / / ];21(4):[08 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_

URL

día | mes abreviado con punto | año