

Artículo Original

# La enfermería en el proceso de duelo por la pérdida de un ser querido en los campos de refugiados

Alba Arcas Lerma <sup>1</sup>, Susana Nunez-Nagy <sup>2,\*</sup>

<sup>1</sup> Estudiante del Master Universitario en Acción Humanitaria Sanitaria, UAH; Enfermera en el Hospital Clínico San Carlos, Madrid

<sup>2</sup> Profesora Contratada Doctora, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Unidad de Fisioterapia. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá; ORCID id: <https://orcid.org/0000-0001-9206-6725>

\* Autor correspondencia: [susana.nunez@uah.es](mailto:susana.nunez@uah.es)

DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2021.6.1.254>

Recibido: 07/05/2021; Aceptado: 20/05/2021; Publicado: 31/05/2021

**Resumen:** Introducción: la muerte de un ser querido representa un cambio vital que para muchas personas es difícil de afrontar. Para la población refugiada constituye un añadido al que hacer frente. El duelo suele ser un proceso doloroso en respuesta a dicha muerte. El sufrimiento que genera esta pérdida puede verse incrementado cuando dicho proceso se complica y se prolonga en el tiempo dando lugar al denominado duelo patológico. Objetivo: conocer, en base a la experiencia de profesionales expertos en el proceso de duelo y en trabajo en campos de refugiados, el papel que puede desempeñar la enfermería en el afrontamiento del duelo ante la pérdida de un ser querido. Material y método: se utilizó un análisis cualitativo con diseño narrativo. Participaron dos expertas en la materia a las que se les realizó una entrevista individual en profundidad. Resultados: ambas participantes pusieron de manifiesto la importancia de la figura enfermera para los cuidados de la población refugiada, así como la necesidad de capacitar a dichos profesionales en salud mental y apoyo psicosocial. Discusión: es recomendable diseñar un plan de actuación y trabajo de la enfermera para apoyar, dentro de un equipo multidisciplinar, el proceso de duelo en personas refugiadas. Conclusiones: el personal de enfermería no solo detecta mayor cantidad de problemas psicosociales durante su evaluación, sino que también observa las relaciones familiares y facilita un primer acompañamiento.

**Palabras Clave:** Muerte, Refugiado, Duelo, Campos de refugiados, Enfermería.

**Abstract:** Introduction: a loved one's death represents a significant change, which is quite tricky for many people to be faced. For the refugee population, it constitutes an addition to cope with. Grief is often a painful process in response to such death. The suffering generated by this loss can be increased when this process gets complicated and prolonged over time, giving rise to the so-called pathological grief. Objective: get to know, based on the experience of experts in the grieving process and working in refugee camps, the role that nursing can play in coping with grief in the face of losing a loved one in these camps. Material and method: a qualitative analysis with the narrative design was used. Two experts in the field participated, whereby individual in-depth interviews were conducted. Results: Both participants highlighted the importance of the nurse figure to take care of the refugee population and train said professionals in mental health and psychosocial support. Discussion: it is advisable to design an action/work plan for the nurse to support, within a multidisciplinary team, the grieving process in refugees. Conclusions: nursing personnel not only detect a more significant number of psychosocial problems during their evaluation, but also observe family relationships and facilitate the first follow-up.

**Key words:** Death, Refugee, Grief, Refugee Camps, Nursing.

## 1. Introducción

A lo largo de nuestra vida, sufrimos un continuo proceso de pérdidas, ya sean, materiales y/o personales, grandes y/o pequeñas. Este es el caso de la población refugiada, que no solo tiene que hacer frente a la pérdida de un ser querido, sino a la pérdida añadida de su hogar, de su puesto de trabajo, de sus enseres personales y de su proyecto de vida, teniendo que afrontar un futuro incierto y desconocido.

La Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 fue creada tras la Segunda Guerra Mundial para dar respuesta a las consecuencias generadas por esta. Entró en vigor en 1954 [1-3] y fue considerada el cimiento legal de ayuda a los refugiados [4].

Ya en dicha Convención se propuso que la palabra refugiado se aplicara a toda persona que, como resultado de sucesos que han tenido lugar antes del 1 de enero de 1951 y “debido a fundados temores de ser perseguido por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país; o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él” [2,3].

Era la primera vez que se daba una definición general y se hablaba del término de refugiado independientemente del lugar de origen [5].

La citada Convención fue ratificada por 145 Estados partes y definió el término de refugiado no solo estableciendo los derechos humanos fundamentales (posibilidad de trabajar, de libertad de religión y de movimiento, de derecho a la educación), sino también las obligaciones de los Estados para su protección [1,3].

### 1.1. Diferencias entre refugiado, migrante, desplazado interno, apátrida y solicitante de asilo

Es importante distinguir entre refugiado y migrante, ya que confundirlos conlleva a problemas para ambos. Los *refugiados* son aquellas personas que se ven obligadas a huir de su país para buscar seguridad y protección al tener miedos fundados (violencia, persecución, conflictos armados, desastres naturales). Es decir, se ven forzadas u obligadas a reubicarse, y pueden demostrarlo. No pueden volver a su lugar de origen. En cambio, los *migrantes*, son aquellos que han salido de su país libremente, por ejemplo, en busca de oportunidades laborales o para mejorar su calidad de vida (motivación económica). Pueden regresar en cualquier momento, de forma segura, a su país y siguen recibiendo el amparo de su gobierno. Por tanto, no pueden considerarse refugiados [6,7].

Por otro lado, es importante distinguir entre refugiado y *desplazado interno*, siendo este último aquel que permanece dentro de su propio país sin cruzar fronteras pero que también escapa a menudo de hambrunas, violación de los derechos humanos, conflictos armados, desastres naturales o violencia [7].

Aquellas personas a las que se les niega una nacionalidad, se les conoce con el nombre de *apátridas*. Privar a alguien de dicha nacionalidad hace que no puedan ejercer sus derechos humanitarios fundamentales como el acceso a una educación, a asistencia médica, a un trabajo o la libertad de movimiento o de circulación. Desde el Derecho Internacional, se define al apátrida como “una persona que no es considerada como nacional suyo por ningún Estado conforme a su legislación” [3,8].

Por último, se entiende por *solicitantes de asilo* a aquellas personas que están pendientes del reconocimiento de la situación de refugiado [9].

Según el anuario estadístico de la Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR), a finales de 2019 había un total de 79.5 millones de personas desplazadas bajo presión, en todo el mundo [10,11]. Estas cifras suponen el número más alto jamás registrado por ACNUR. De las cuales [10]:

- 45.7 millones: desplazados internos.
- 26 millones: refugiados (más de la mitad eran menores de 18 años).
- 4.2 millones: solicitantes de asilo.
- 3.6 millones: venezolanos desplazados en el extranjero.

En la actualidad nos encontramos ante “un mundo donde casi cada dos segundos una persona se ve obligada a desplazarse como resultado de los conflictos y la persecución” [4].

### 1.2. Campos o campamentos de refugiados

Todas aquellas personas que han tenido que huir de sus lugares de origen necesitan un sitio seguro y en condiciones dignas donde poder cobijarse y vivir hasta que se resuelva su situación (pudiendo regresar nuevamente a su país u obteniendo permiso para asentarse en uno diferente) [12,13].

Estos lugares se conocen con el nombre de *campos o campamentos de refugiados* y son creados para alojar a estas personas de manera temporal, aunque muchos de ellos pasan largos períodos de tiempo (con un promedio de 17 años), como pasa con los refugiados saharauis [12,13], en los que generaciones de la misma familia nacen y crecen allí [14].

Considerados como “pequeñas ciudades”, estos asentamientos siguen unas reglas básicas para satisfacer las necesidades de los refugiados como, por ejemplo, estar situados en zonas seguras con ligera inclinación para facilitar un drenaje natural, tener una disposición sencilla, organizarse en distritos y estos a su vez en barrios, y tener viviendas con un espacio mínimo de 3.5 metros/persona, entre otras [15].

Además, deben disponer de varios servicios de atención a la población como, por ejemplo, recepción de nuevos refugiados con áreas administrativas y sanitarias para su identificación y registro, tiendas de suministro de alimentos, servicios de educación y equipamiento sanitario, así como cementerio, mercado, recursos de justicia e infraestructuras como saneamiento y residuos, y agua y energía entre otras [15-17].

Para que un campo de refugiados sea considerado como tal, es necesario el reconocimiento de este por parte del país de acogida, de las autoridades y de los organismos de atención, reconociéndose así su labor [17,18].

#### 1.2.1. Profesionales que trabajan en los campos de refugiados

Dependiendo de la actividad que se lleve a cabo y de lo que haga cada organización se necesitan unos profesionales u otros. No hay un estándar establecido, pero sí es importante contar no solo con personal externo sino con personal local.

Como se ha comentado anteriormente, en los campos de refugiados tienen que garantizarse una serie de servicios mínimos. Esto hace que sea necesario que presten asistencia diversos profesionales [19]:

- No sanitarios: ingenieros, arquitectos, traductores, profesores, administradores, contadores, pintores, entre otros.
- Sanitarios (también conocidos como trabajadores de la salud): médicos, enfermeros, parteras conocidas con el nombre de Asistente Tradicional de Parto, farmacéuticos, trabajadores comunitarios de salud, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales y fisioterapeutas entre otros.

#### 1.2.2. Enfermería en los campos de refugiados

Debido a las necesidades sanitarias de la población refugiada cabe destacar, entre otras, la figura de la enfermera y la labor que esta desempeña.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la *enfermería* como aquella profesión que “abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal” [20].

Al igual que otras profesiones ha ido evolucionando y desarrollando el ejercicio de su labor, pero manteniendo su esencia: los cuidados [21].

Dentro de los profesionales sanitarios las enfermeras componen el mayor colectivo del mundo y proporcionan, en primera línea, la continuidad de los cuidados de salud [22].

En 2015, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ante la situación que se estaba viviendo en el continente europeo como resultado de la llegada de refugiados sirios y población africana declaró que dicho grupo sanitario era “clave para prestar cuidados rentables durante la crisis de los refugiados en Europa”; siendo esenciales “para los cuidados de salud destinados a los refugiados y a los migrantes” [22].

Como conclusión, se quiere reseñar que no sólo la enfermería es responsable de asegurar una atención sanitaria completa que impida el incremento de las enfermedades crónicas en la población refugiada, a través de una alimentación equilibrada, una higiene adecuada que evite la aparición de brotes epidémicos y apoyo emocional, sino que, afortunadamente, estas son tareas de todos los profesionales.

### 1.3. Duelo

Es importante tener en cuenta que la población refugiada no solo sufre daños sociales y/o físicos sino también emocionales que aumentan su sufrimiento, vulnerabilidad e indefensión y que precisan de nuestra orientación y asistencia. En este epígrafe se hace una breve presentación de los significados y repercusiones de los duelos que se pueden dar en los campos de refugiados.

#### 1.3.1. Definición de duelo

Al revisar la literatura que existe en torno a este tema, se descubre que no existe una única definición de duelo, sino muchas. No existe una única manera de explicarlo ni una única manera de vivirlo [23].

La palabra duelo tiene sus raíces en los términos del latín *dolus* que significa dolor, y *duellum* que significa guerra, combate [24].

#### 1.3.2. Duelo ante la muerte

Perder a un ser querido es sin duda uno de los acontecimientos más dolorosos y estresantes por los que pasa un individuo a lo largo de su vida [25]. Representa un cambio vital que para muchas personas es difícil de afrontar [26,27].

En la sociedad occidental actual, se piensa y se habla poco sobre la muerte, considerándose, en muchas ocasiones, un tema tabú ya que resulta difícil aceptarla como una etapa más de la vida. Sin embargo, hablar de la muerte, es hablar de la etapa final de la vida [26,28].

La muerte se vive de manera diferente dependiendo de la cultura. Ello es debido a que, al concepto individual de muerte, se une el entorno en que crece y se desarrolla cada individuo. Por eso, mientras hay pueblos que miran el final de sus días con miedo, evitando hablar de los difuntos, otros lo celebran [29,30].

“Duelo” se refiere al proceso necesario de adaptación que permite a la persona que ha perdido a un ser querido, restablecer, de manera gradual, tanto el equilibrio personal como el familiar, que se ha deteriorado a consecuencia de la pérdida; para, de este modo, emprender un nuevo camino con dicha ausencia [27,28,31,32].

Si bien en este trabajo nos centraremos en el duelo ante la muerte, es necesario saber que el duelo no se refiere solo a la pérdida de un ser querido, sino que como decía Harvey y Weber (1998): “las pérdidas, en general, pueden definirse como cualquier daño en los recursos personales, materiales o simbólicos con los que hemos establecido un vínculo emocional” [33].

### 1.3.3. Manejo del duelo por parte de la enfermera

De manera inevitable tanto la muerte como el afrontamiento por la pérdida de un ser querido y su consecuente duelo son acontecimientos habituales que golpean a la población refugiada.

En el proceso de morir están involucrados el paciente, la familia y el equipo sanitario que lo atiende. En dicho proceso se experimentan emociones intensas que generan sentimientos difíciles de contener y que ponen en evidencia la fragilidad y la limitación humana [34], produciendo un impacto negativo sobre la salud mental de dichas personas [35].

No todas las muertes se contemplan de igual modo, depende de la edad del paciente, de la enfermedad y de la relación con la familia. Tanto las experiencias previas personales como las profesionales, sociales, culturales y religiosas influyen en el modo de actuar del personal sanitario [36].

En todos los entornos humanitarios se hace necesario y prioritario proporcionar instrumentos de apoyo psicosocial y de salud mental apropiados, en función de las condiciones locales, que fomenten la autoayuda y la resiliencia entre los refugiados afectados [37].

Como decía Donna Diers (1938-2013), considerada una de las voces vivientes de dicha profesión: “la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona” [38].

Por tanto, el objeto principal del trabajo fue conocer, de parte de profesionales expertos que han trabajado o trabajan en campos de refugiados, cómo la enfermería podría desarrollar su trabajo en el acompañamiento y el abordaje del duelo en dichos campos.

Por otro lado, los objetivos específicos fueron:

1. Explorar cómo se aborda el duelo ante la pérdida de un ser querido en un campo de refugiados por parte de los profesionales y de los refugiados.
2. Identificar qué variables son predictoras de duelo patológico en dicha población.
3. Indagar sobre el procedimiento con el que se podría asegurar la atención para el afrontamiento del duelo de dichas personas.

## 2. Material y Métodos

Por la naturaleza de la investigación se utilizó un análisis cualitativo con diseño narrativo a través de la realización de dos entrevistas en profundidad; una a cada una de las dos participantes que pudieron colaborar en este trabajo.

En función de sus perfiles profesionales, ambas **participantes** fueron consideradas fuente de referencia de información relevante para los objetivos anteriormente mencionados.

La participante 1: tiene nacionalidad española. Es psicóloga y actual asesora de salud mental y apoyo psicosocial en Programas de Acción Humanitaria para Médicos del Mundo (MdM). Cuenta con una amplia experiencia asistencial, más de 25 años, acompañando a personas en situaciones de cambio (como por ejemplo los duelos), entre las que se encuentran las personas refugiadas.

La participante 2: tiene nacionalidad griega. Es psicóloga con Máster en Psicología Educativa. Desde 2016 lleva trabajando con refugiados. Empezó en Idomeni y Atenas con *Save the Children* y posteriormente en la isla de Quíos con MdM Grecia. En la actualidad, desde hace dos años y medio, desarrolla su labor profesional en Angola con MdM, como coordinadora de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS).

Las entrevistas en profundidad se diseñaron en torno a **tres bloques de preguntas**.

El primer bloque de preguntas se encaminó a recabar información sobre sus propias experiencias y valoraciones, a lo largo de su carrera profesional, en los campos de refugiados con respecto a la pérdida de un ser querido.

El segundo bloque de preguntas se desarrolló pulsando sus opiniones para ver si la figura de la enfermera sería importante en el abordaje del proceso de duelo y las cualidades que debería reunir, o en caso de que ya existiese esta figura, se trataría de conocer sus puntos de vista.

Dada sus experiencias en los campos de refugiados, el tercer bloque de preguntas consistió en conocer sus percepciones sobre la frecuencia de duelos patológicos y de los factores de riesgo que pudiesen incrementarlos. También se quería conocer sus puntos de vista para asegurar una continuidad en el proceso de ayuda por parte de la enfermera y del equipo de profesionales para evitar y/o reducir la incidencia de dicho proceso patológico.

**Consideraciones éticas y legales:** Previo a las entrevistas, se facilitó información verbal y escrita mediante correo electrónico información sobre el estudio. Se obtuvo el consentimiento informado tanto de manera verbal como escrita de ambas participantes.

Dichas entrevistas, dada las preferencias y disponibilidad de las participantes, se realizaron mediante videoconferencia.

La **recogida de datos** se realizó por medio de grabaciones de vídeo y audio durante las entrevistas y un cuaderno de campo donde se anotó la información más relevante para orientar las entrevistas, así como diversas observaciones que daban pie a profundizar sobre varios aspectos relevantes de cualquiera de los tres bloques.

De aquellas partes en las que se necesitaba alguna aclaración, esta se solicitó a través del chat de la plataforma de videoconferencia o por correo electrónico. De esta manera se verificó la información recolectada.

Las comunicaciones previas, las entrevistas y las comunicaciones posteriores se realizaron en los meses de noviembre y diciembre. La duración aproximada de las entrevistas fue de 30 a 40 minutos.

### 3. Resultados

De dichas entrevistas en profundidad, los resultados presentados con respecto a los objetivos planteados fueron los siguientes:

#### 3.1. Objetivo principal

Participante 1 (P.1): *“Considero que las figuras sanitarias en trabajar todo lo psicosocial y el duelo en particular es clave. Yo creo que las figuras de salud, en este caso la figura enfermera, es el primer contacto con el paciente. Normalmente en nuestros contextos la gente no va al psicólogo, sino que la gente va al centro de salud porque se ha hecho una herida, porque le duele la tripa, porque se queja de síntomas psicosomáticos que muchas veces están relacionados con el duelo o con experiencias traumáticas entonces la figura de enfermería que sepa hacer una buena detección, un buen screening, un buen triaje, un buen despistaje (se dice en castellano). “Que tenga las habilidades para detectar si hay un duelo normal o si hay síntomas, incluso que pueda hacer esa primera parte de psicoeducación y luego pueda derivar a un servicio más especializado, me parece clave porque es la puerta de entrada de las personas”.*

Participante 2 (P.2): *“En muchos campos de refugiados en todo el mundo no hay profesionales de salud mental ¿no?, entonces... creo que P.1 también te comentó que la tendencia en la Organización Mundial de la Salud es seguramente trabajar con enfermeras. Con enfermeras en el caso siendo también mujeres, yo creo que es un gran valor adicional para ofrecer apoyo psicosocial de primera línea, y luego si hasta cuando llegamos a un duelo complicado y otros síntomas psicopatológicos moderados a graves, creo que con una formación adicional. Yo sé que los enfermeros normalmente reciben, tienen una trayectoria psicosocial, ¿no?”. “Pero más todavía, formación adicional de cómo tratar casos de salud mental que puedan surgir en un campo de refugiados. “La intervención que hace es bastante en primera línea y bueno básica digamos ¿no? Pero me parece... sí, fundamental”. “Para mí es grande valor adicional teniendo enfermeros cuando no hay profesionales de salud mental, porque estáis en primera línea”. “Tener un enfermero que tenga más conocimientos en salud mental, pues es... gran valor adicional”.*

P.1: *“Está bien que el personal de enfermería haga la primera detección y haga el primer acompañamiento y luego derive porque si no los servicios se saturan. Y sí que es verdad que en un primer momento te atiende alguien y te ayuda ahí también estás como previniendo y también poniendo una barrera. Tú ten en cuenta que lo importante es dedicar recursos a trabajar salud mental. Te vas a encontrar que en campos de personas en espacios de conflicto de refugio y de personas desplazadas internas a lo mejor quien está haciendo la consulta psicosocial es una enfermera porque no hay psicólogo. Por eso es importante capacitar al personal de salud que tengas para hacer intervenciones psicosociales. A lo mejor, en la consulta psicosocial tienes o una enfermera o*

*un médico o una trabajadora social, una profesora, un profesor, a veces un psicólogo; lo importante es formarla y capacitarla, pero el enlace entre salud y salud mental y la enfermera para que pueda detectar y hacer un primer acompañamiento y luego derivar, me parece importantísimo”.*

P.2: *“Si surge un caso, si surge de repente, una pérdida muy de repente y no está ahí un educador psicosocial o un psicólogo pues tenemos enfermeros o enfermeras que se han formado para tratar casos de ansiedad, de duelo, de depresión...”.*

P.1: *“Una detección, un acompañamiento y una posible prevención de un duelo complicado, claro”.*

P.2: *“Nos va a aportar seguramente una visión súper técnica de medicina, ¿no? Una visión más comunitaria, una visión más aproximación al paciente”. “Con un buen triaje la enfermera puede detectar muchos más problemas durante el triaje y observar así las interacciones familiares. También a través de un outreach (nota de la estudiante tras la aclaración solicitada a la P.2: se trata de cualquier actividad que sucede fuera de las instalaciones, como por ejemplo espacios de las organizaciones, con el fin de identificar las necesidades de la población, la sensibilización sobre temáticas importantes y promoción de las actividades comunitarias) en el campo de refugiados pues pueda conversar con las familias, hacer el primer intento, la entrevista familiar ¿sí? Recoger todo el diagnóstico, la evaluación psicosocial lo puede hacer perfectamente. Dependiendo también del tiempo ¿no? Me parece como que una enfermera, a nivel comunitario, no es una enfermera que estará dentro haciendo curativos, sería una enfermera que tenga que esté dedicada a nivel comunitario”. “El enfermero también puede hacer gestión de casos, no solo de salud, pero casos de protección también, puede trabajar con víctimas de violencia de género, de menores no acompañados. Si”.*

P.1: *“Facilitar el primer acompañamiento”.*

P.2: *“El duelo también depende mucho de los primeros cuidados que vas a dar. Va a depender mucho cómo será el duelo. Entonces, si... una presencia de una enfermera o de un psicólogo, o de una persona formada en intervención psicosociales hace mucha diferencia. Con que el duelo no sea muy complicado, que el duelo no..., no se lleve hasta depresión y nada más. Entonces no es solo durante el proceso de duelo, pero también el momento dónde salga la pérdida. Si no hay alguien que pueda ayudar en ese momento es fundamental, es muy crítico”.*

### 3.2. Objetivos específicos

#### 3.2.1. Objetivo específico 1

P.1: *“Depende de cada circunstancia. Cuando las personas siguen en una situación de vulnerabilidad como puede ser un campo de personas desplazadas, a lo mejor no es el momento para trabajar el duelo ¿no?, a lo mejor es el momento para ayudarles a reconstruir su vida, a sobrevivir, a trabajar los momentos presentes ¿no?, porque la gente va como añadiendo duelos. Otras veces sí que puede ser, acompañar a la gente a hacer una ceremonia religiosa, acompañarlos en el duelo si han perdido por la guerra, depende de las necesidades de cada población y de lo que te digan. Normalmente suele ser en paralelo con las necesidades que tienen en el momento ¿no?, porque la gente en campos de personas refugiadas es gente que sigue en una situación adversa”.*

P.2: *“Si, como en los demás problemas de salud mental”.*

P.1: *“Hay una hoja de evaluación, hojas estandarizadas de evaluación donde le preguntamos a la gente por sus hechos vitales ¿no?, y si han sufrido alguna pérdida y cómo ha afectado eso a su vida. Entonces, tenemos una hoja de evaluación que preguntamos sobre las pérdidas y sobre las consecuencias a nivel físico, emocional de pensamientos de funcionamiento diario sobre estas pérdidas y en función a esa evaluación pues ponemos una respuesta en marcha”.*

P.2: *“Usábamos el material más exhaustivo que he usado para hacer toda la evaluación psicológica, se llama así, evaluación psicológica, que además fue desarrollada por MdM en España durante su trayectoria en Grecia y luego yo la traduje también en portugués aquí, y claro cuando tomas el histórico psicosocial pues hay, hay una parte que pregunta claro al paciente, qué pérdidas ha tenido, si ha tenido si ha perdido un ser querido en los últimos 6 meses”.*

P.1: *“Es una hoja (nota de la estudiante: refiriéndose a las hojas estandarizadas de evaluación antedichas) que te orienta en cómo hacer una entrevista terapéutica y cómo orientarla. De todas maneras, la gente normalmente te lo cuenta. La gente acude allí y te cuenta que está mal porque han fallecido sus familiares, o sea la gente cuando está en un espacio terapéutico, en un espacio de confidencialidad, normalmente te cuenta las cosas que le preocupan. Entonces tú las recoges y en ese momento usas las habilidades terapéuticas de escucha*

activa y de empatía y de hacerle saber a la persona que le estás acompañando y que le entiendes y puede haber una primera respuesta de empatía y de acompañamiento que luego en base a eso se establece un plan de trabajo con la persona”.

P.2: “Creo que depende también de los síntomas”. “O sea, desde cuándo. ¿Cuándo perdió el ser querido? En este momento qué síntomas tiene, preguntar sobre todo sobre el sueño, ¿no?, cómo está el sueño...”. “Si ve la persona durante... de una forma repetitiva, ¿no?, y... eso en función también de cuánto tiempo pasó, porque eso también es normal que los primeros meses, pues vas a ver tu ser querido muy frecuentemente. En Grecia, trabajando con población árabe sobre todo no tuve problemas de preguntar sobre estas cosas, aquí en Angola es un poco más complicado. Pues seguramente porque el duelo aquí dura muy muy poco, dura como una semana y, porque también el tema de los trastornos del sueño puede llevar a otras historias de más, magia...”. “Y sobre todo porque la cultura africana pues como te dije, la vida es tan corta y el duelo pues dura muy poco tiempo, entonces hay mucha interiorización, no es tan fácil hacer ese tipo de preguntas si no ves que hay señales de duelo complicado, si la persona pues no te lo menciona de primeras”.

P.1: “Tenemos un plan de trabajo en el que tú haces, siempre está basado en las preocupaciones de la persona. Si la persona te dice que ha perdido a su padre pero que él lo que quiere ahora es trabajar y que le ayudes a la búsqueda activa de empleo, nosotros hacemos lo que la persona nos dice. Si la persona tiene síntomas de tristeza, que la muerte le está impidiendo llevar una vida lo más normalizada, buscamos un plan de trabajo, de trabajar las emociones que le están molestando, los pensamientos asociados, los hábitos saludables pues puede ir acompañado de falta de sueño, de falta de ganas de hacer cosas, entonces hacemos un plan de trabajo con la persona”.

P.2: “No, como una depresión”. “Estas trabajando el síntoma de la depresión, ¡uhmm! Ahora si bien llegamos al nivel de que la funcionalidad está muy disminuida, porque ahora estamos implementando no sé si conoces mhGAP (mental health GAP) es un programa de la Organización Mundial de Salud, donde formamos líneas generales para tratar caso de psicopatología complicados a través primero de intervenciones psicosociales luego si hace falta en segundo lugar también con medicación, entonces sería una colaboración con el equipo de salud mental, o lo manda a un médico o enfermero quien ha recibido esa formación y que pueda o dar toda intervención psicológica psicosocial junto con medicación si vemos que la funcionalidad también es tener riesgo la vida”.

P.1: “La persona ya está en consulta con lo cual ya está pidiendo ayuda”. “Por eso es importante todo el trabajo de sensibilización que hablábamos antes y trabajar con los agentes comunitarios y formarles para explicarles que hay un montón de gente que está teniendo sintomatología de duelo que no es consciente que se piensa que eso es algo súper extraordinario y que se están volviendo locos. Por eso toda esa parte de sensibilización y psicoeducación, a través de agentes comunitarios, para decir: ¿te está pasando esto?, ¿estás teniendo pensamientos recurrentes?, ¿te cuesta dormir?, ¿te sientes triste? Pues acude a la consulta, o también fuentes explicativas, después de una pérdida es normal que duermas mal, es normal tener pena, entonces también puedes dar una serie de consejos más prácticos a través de folletos o a través de sesiones grupales, que estas no están focalizadas, entonces en sesión juntas a la gente pues hoy vamos a hablar del duelo: reacciones normales, que puedes hacer (hablar con tu familia, hablar con alguien querido y estrategias para vivir mejor el duelo). Se puede hacer a nivel grupal o si hay gente que está sufriendo de una manera más especial, acude a consulta. Podemos hacerlo como charlas informativas o como consultas”. “Te vas a encontrar rara vez, en un campo de personas refugiadas trabajando solo duelo complicado porque a la vez tienes que estar trabajando como acompañar a tu familia, como buscarte la vida, o sea que la gente en situaciones de refugio y desplazamiento están en una situación continua adversa. Entonces en una situación continua adversa a veces no es el espacio más adecuado para ponerte a trabajar duelo complicado a no ser que sea una situación muy incapacitante que entonces si lo tienes que hacer”.

### 3.2.2. Objetivo específico 2

P.1: “La población refugiada tiene muchos duelos añadidos. La pérdida de estatus, la pérdida de tu tierra, la pérdida de tu trabajo, la pérdida de familia”.

P.2: “Bueno estando en un campo de refugiados ya... cómo decir, ¡ehm! La gente ya ha salido de las dificultades, ¿no? Están en un momento de restaurar la vida. ¡Eh! Tienes no un problema, tienes muchos problemas, con los que intentas sobrepasar. Entonces... bueno ¡eh! Si. El duelo en un campo de refugiados va a



tener mucha más resiliencia de lo que vas a ver en la población en general. O sea, todo, todo va mucho más rápido, como una forma de intentar sobrevivir". "Si la población general, todo el proceso es mucho más lento que en un campo de refugiados. Bueno... eso así un poco generalizado. No te puedo decir que no hay casos...". "Para los que un duelo pues puede a una persona... llevarle mucho tiempo todo el proceso y llegar a ser un duelo complicado. Pero especialmente la primera fase de refugiados, cuando tienes duelo, tienes... quiero llegar hasta un cierto sitio y quiero tener asilo, pues... eso ya te dinamiza para seguir adelante mucho más... que cuando estás con duelo. Pues sí, pasó y... tenemos el tiempo de analizarlo y... sentirlo y... (risa nerviosa) ponernos triste y... todo. Tener un proceso de duelo como un proceso más lento y más enfocado".

P.1: "La falta de apoyo social, la imposibilidad de llevar a cabo los rituales normales funerarios o los rituales de duelo, el no poder hacer un duelo porque tienes que sobrevivir y buscarte la vida en el momento, por lo que todo eso se queda ahí y en el futuro desencadena en duelos patológicos, claro".

P.2: "No sé exactamente cuando esos síntomas surgen. Porque puede que surja años después, ¿no?". "Más dificultades que la persona tenga, más factores de riesgo, más duelo, pues... es también el resultado. Será más probable de llegar a un duelo complicado que un duelo bien procesado". "Cuando hablamos de varias pérdidas durante un año, por ejemplo, seguramente sí. Si varias pérdidas, ahora no digo solo de seres queridos, también de casa... grandes decepciones, sí. De... separaciones".

### 3.2.3. Objetivo específico 3

P.1: "Fomentando las redes sociales y fomentando los grupos de apoyo mutuo, fomentando redes que sean autónomas y que no dependan de las ONGs ni de los profesionales, sino buscando alternativas en las que la comunidad participe, desde hacer grupos de autoapoyo, a hacer rituales funerarios, hasta hacer tareas, crear grupos de actividades, grupos lúdicos, preguntando a la gente que le hace sentirse mejor e intentando acompañar a esas personas a poner en marcha esas estrategias".

P.2: "Sí. ¡Eh! Como te comenté, es difícil con la terapia. Es imposible. Lo que se hace es un apoyo psicosocial básico. ¡Eh! Puedes hacer hasta terapia cognitivo-conductual en alguna parte, porque también estamos hablando así de terapias más breves y podemos usar más estrategias. Ahora la idea también para los pacientes que sufren de problemas emocionales incluso duelo, no es pues, para nada crear una dependencia a esos servicios, la idea es enseñar algunas estrategias de cognitivo-conductual, que la persona lleve con ella y pues pueda seguir practicando, ¿no?, de alguna forma. Entonces, sí, sería primero enseñar estrategias como que la persona pueda, cuando no se siente bien, pues... a través de cognitivo-conductual, ¿qué hago para relajarme?, para... sacar el estrés y luego a través de varias otras actividades de día a día, de cómo podemos fomentar el apoyo social, de cómo podemos involucrar las personas a hacer que las personas se involucren con actividades que antes eran... ¡eh!... satisfactorias para ellos y que debida al proceso se han dejado un poco. Y... bueno, hacer con que siguen con esas actividades". "Eso, o sea, detectar primero cuales son los síntomas de duelo, que la persona ha dejado de hacer por causa de duelo. Encontrar nuevas actividades, enseñar estrategias de manejo de estrés y fomentar con que las personas sigan... sigan con esas partes. Solas, o sea está bien que un profesional, un enfermero, un profesional de salud mental este allí, pero sino también intentamos con que ellos estén lo máximo capacitados posibles".

## 4. Discusión

### 4.1. Objetivo principal

Como se ha mencionado en el apartado 1.2.2. de la introducción, la figura enfermera se considera un pilar esencial para los cuidados de la población refugiada. Esto parece evidente para la P.1: "Las figuras de salud, en este caso la figura enfermera es el primer contacto con el paciente". "Una detección, un acompañamiento y una posible prevención de un duelo complicado", y para la P.2: "Porque estáis en primera línea". De hecho, el Consejo Internacional de Enfermeras define la enfermería como aquella que "como parte integral del sistema de atención de salud, abarca la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados que se prestan a quienes padecen enfermedades físicas, enfermedades mentales, y las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los entornos de atención de salud y en otros entornos de la comunidad" [39].

Conforme a dicho Consejo, “las funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación” [39].

Además, Pierre Théraulaz (director ejecutivo interino del CIE entre el año 2015-2016) dijo que las enfermeras “están en el corazón de la comunidad y tienen una oportunidad única de colocar a las personas en el centro de los cuidados, haciendo que los servicios sean más eficaces, eficientes y equitativos” [22].

De igual modo, atendiendo al Modelo de Independencia de Virginia Henderson (1897-1996), la función específica de la enfermería consiste en “ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible” [40].

Hay otras expresiones de la P.1 que ponen en valor la figura de la enfermera y su formación específica: “El personal de enfermería haga la primera detección y haga el primer acompañamiento y luego derive porque si no los servicios se saturan”. “A lo mejor quien está haciendo la consulta psicosocial es una enfermera porque no hay psicólogo. Por eso es importante capacitar al personal de salud que tengas para hacer intervenciones psicosociales”. La P.2 recalca la importancia de la formación adecuada que facilite el acompañamiento en estos procesos: “Formación adicional de cómo tratar casos de salud mental que puedan surgir en un campo de refugiados”. “Una presencia de una enfermera o de un psicólogo, o de una persona formada en intervención psicosociales hace mucha diferencia”.

Así pues, se escucha la necesidad de capacitar al personal de enfermería en aspectos de salud mental y apoyo psicosocial para poder apoyar a la población afectada por la pérdida de un ser querido a través de una primera intervención y su posterior derivación. También que, en caso de no disponer de personal de salud mental, la enfermera podría realizar diversas labores en dicha intervención psicosocial. El objetivo sería disminuir los posibles factores de riesgo presentes en dicha población que puedan desencadenar un duelo patológico y que puedan afectar a su morbilidad.

## 4.2. Objetivos específicos

### 4.2.1. Objetivo específico 1

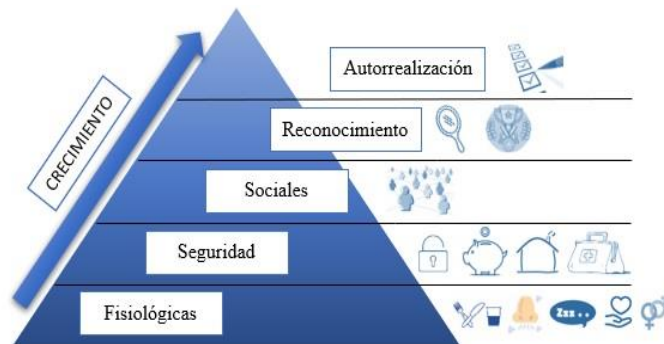
Como puede verse en el último Informe de Tendencias Globales de ACNUR, durante la última década, al menos 100 millones de personas se han visto obligadas a huir de sus hogares [41]. Hay bibliografía que indica que no todos los duelos necesitan ser tratados y no todas las personas solicitan ayuda para ello [42]. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos, en su guía para familiares en duelo, lo define como el “proceso de adaptación que permite restablecer el equilibrio personal y familiar roto con la muerte del ser querido, caracterizado por la aparición de pensamientos, emociones y comportamientos causados por dicha pérdida” [31].

Según la enfermera gestora en el proceso final de vida del Hospital de Sant Pau de Barcelona, Carmen Beltrán, “el acompañamiento enfermero a las familias cuando va a fallecer un ser querido, y a las familias de las personas que mueren de forma inesperada, es imprescindible para la elaboración del duelo” [43].

Con todo, el duelo por la pérdida de un ser querido es un hecho importante en la vida de una persona y una necesidad básica de estas, pero cuando hablamos de población refugiada no se considera el más importante debido a la existencia de otras necesidades que han de ser cubiertas de manera prioritaria. Esto parece evidente para la P.1: “Depende de cada circunstancia. Cuando las personas siguen en una situación de vulnerabilidad como puede ser un campo de personas desplazadas, a lo mejor no es el momento para trabajar el duelo ¿no?, a lo mejor es el momento para ayudarles a reconstruir su vida, a sobrevivir, a trabajar los momentos presentes ¿no? porque la gente va como añadiendo duelos”.

La población refugiada no solo tiene que hacer frente a la situación de vulnerabilidad impuesta, sino que tiene que iniciar un nuevo camino para satisfacer las necesidades que anteriormente tenía cubiertas. Dichas necesidades, según Maslow, son jerarquizadas en forma de pirámide (Figura 1), donde se puede observar cómo las necesidades más básicas (fisiológicas y de seguridad) se anteponen

a la satisfacción de las necesidades relativas a las raíces personales. Al lograr satisfacer las necesidades inferiores, la motivación se dirigirá a la necesidad del nivel superior [44].



**Figura 1** Pirámide de las necesidades humanas de Maslow. Elaboración propia.

#### 4.2.2. Objetivo específico 2

Diversos autores hablan sobre las distintas variables que influyen en el desarrollo del proceso del duelo: sexo, creencia religiosa, tipo de vínculo afectivo o motivo de fallecimiento entre otras. Tanto la pérdida de un hijo como la pérdida del cónyuge constituyen las experiencias más dolorosas y amenazantes para el equilibrio emocional de las personas [45].

Según Enrique Echeburúa, catedrático de Psicología Clínica en la Universidad del País Vasco, y Paz de Corral, profesora de Psicología Clínica en dicha universidad, “hay una diferencia notable entre el duelo y la aflicción por la muerte de un joven y el dolor experimentado por el fallecimiento de una persona anciana que ha visto completada su vida”. Tanto la pérdida de un hijo, al tratarse de un hecho antinatural, como el tipo de muerte (trágica, inesperada, prematura) y los factores psicosociales (nivel socioeconómico bajo, sexo femenino, escaso apoyo social), incrementan la incidencia de duelo patológico [32]. También las muertes súbitas, en especial el suicidio, son situaciones de riesgo de duelo patológico [46]. Jorge Luis Tizón, psiquiatra en atención primaria y psicoanalista, además de neurólogo y psicólogo, “la muerte por accidente, brusca, inesperada, inopinada, en términos generales es más difícil de elaborar para los deudos, para familiares y allegados, que la muerte por una enfermedad que da cierto tiempo para preparar dicha pérdida” [47].

Así mismo, Saúl David Flórez, psiquiatra de la Universidad de Antioquía (Medellín), comenta que “la duración e intensidad del duelo, sobre todo en sus fases más agudas, depende de si la muerte se ha producido de manera más o menos inesperada. Si la muerte se produce sin aviso, el “shock” y la incredulidad pueden durar mucho tiempo. Cuando la muerte se espera desde hace mucho tiempo (duelo anticipatorio), gran parte del proceso de duelo ya se ha realizado cuando se produce la muerte” [48].

Además de las creencias sobre la vida y la muerte, las creencias religiosas ayudan a superar las pérdidas de seres queridos a través de rituales, meditación, fe y oración. “Ser y sentirse parte de una comunidad religiosa, puede ayudar a aquellos en duelo a disminuir sus sentimientos de soledad, como también a aumentar una mayor conexión con la vida, con sus sentimientos positivos y con la posibilidad de hacer proyectos nuevos” [49].

El tiempo medio de duración del proceso de duelo suele ser, aproximadamente, de 6 a 12 meses, aunque en el 10% de los casos persiste más allá de 18 meses haciendo que dicho proceso se cronifique. Aproximadamente, el 20% de los padres que experimentan la pérdida de un hijo, no llegan a superarlo nunca [32].

Del mismo modo, la imposibilidad de la repatriación del cadáver a su lugar de origen unido a la frustración y culpabilidad por no cumplir con sus costumbres y la posible interiorización de sentimientos ligada a la cultura que rodea al doliente, como señala la P.2, podría precipitar el desarrollo de duelos prolongados o no resueltos en la población refugiada al no poder abordar dicho proceso.

### 4.2.3. Objetivo específico 3

Dentro de las funciones del personal sanitario que trabaja en los campos de refugiados está la de capacitar y empoderar a los ciudadanos en aspectos relacionados no solo con su salud física sino también con su salud mental y psicosocial para mejorar así su calidad de vida y reducir el posible desarrollo de un duelo complicado, sin olvidar el contexto sociocultural en el que se encuentra. Algo que ponen de manifiesto la P.1: *“Fomentando redes que sean autónomas y que no dependan de las ONGs ni de los profesionales, sino buscando alternativas en las que la comunidad participe”*, y la P.2: *“La idea también para los pacientes que sufren de problemas emocionales incluso duelo, no es pues, para nada crear una dependencia a esos servicios, la idea es enseñar algunas estrategias de cognitivo-conductual, que la persona lleve con ella y pues pueda seguir practicando”*. *“Está bien que un profesional, un enfermero, un profesional de salud mental este allí, pero sino también intentamos con que ellos estén lo máximo capacitados posibles”*.

La *Inter-Agency Network for Education in Emergencies*, conocida en español como la Red Interinstitucional para la Educación en Situaciones de Emergencia, describe apoyo psicosocial como *“los procesos y acciones que promueven el bienestar holístico de las personas en su mundo social. Incluye el apoyo que proporciona la familia y amigos”* y que tiene como objetivo *“ayudar a las personas a recuperarse después de haber vivido una crisis que haya alterado sus vidas, y a mejorar su capacidad para volver a la normalidad después de vivir acontecimientos adversos”* [50]. En 2007, el Comité Permanente entre Organismos (IASC, por sus siglas en inglés), establecido por la Asamblea General de las Naciones Unidas, creó el Grupo de Referencia en Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) y elaboró una guía sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia humanitaria y catástrofes. Dicha guía fue elaborada para ofrecer asesoramiento a quienes realizan acciones de ayuda humanitaria protegiendo así la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas que se encuentran en medio de situaciones de emergencia, desde un punto de vista integral [51,52]. Según dicho Comité, SMAPS constituye *“una expresión compuesta que se utiliza para describir cualquier tipo de acción local o externa cuyo propósito sea proteger y promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o brindar tratamiento a trastornos psicológicos”*, siendo necesaria la participación comunitaria, en la medida de lo posible [52].

Partiendo de la importancia del aprovechamiento de las capacidades y recursos existentes en la población afectada, donde se desarrolla labor de enfermería, la Guía del IASC propone una pirámide con distintos niveles de intervención (Figura 2) donde las *“tareas fundamentales son detectar, movilizar y fortalecer las aptitudes y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad locales”* [52].



**Figura 2** Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.  
Elaboración propia.

La respuesta al duelo se lleva a cabo en el segundo nivel de intervención donde aquellas personas que reciban ayuda de su familia y de su comunidad podrán conservar de manera más fácil su salud mental y bienestar psicosocial [52]. De hecho, las psicólogas de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado señalan que *“la recuperación emocional va íntimamente ligada a la inclusión social, laboral, familiar y de participación ciudadana”* [53].

Si bien no es una necesidad imperiosa en la vida de las personas en campos de refugiados, parece que, dado el número de personas que pueden sufrir la pérdida de un ser querido en tales lugares, la

figura enfermera podría ser clave para la detección, acompañamiento, derivación e incluso atención directa en estos procesos naturales e inevitables.

## 5. Conclusiones

### 5.1. *Objetivo principal*

- Las figuras sanitarias son clave para hacer frente a los procesos psicosociales de manera general y al duelo de manera particular.
- El primer contacto con el paciente se realiza a través de la enfermera a quien puede considerarse puerta de entrada al encontrarse en primera línea.
- Es importante que la figura enfermera sepa: realizar un buen cribado para diferenciar entre duelo normal y otras psicopatologías; que tenga las habilidades necesarias para hacer la primera detección, el primer acompañamiento y prevención de duelo complicado; y derivar a un servicio más especializado en caso necesario.
- La formación en salud mental y apoyo psicosocial por parte del personal sanitario es primordial debido a la falta de personal de salud mental en muchos campos de refugiados.
- El personal de enfermería no solo detecta mayor cantidad de problemas psicosociales durante su evaluación, sino que también observa las relaciones familiares y facilita un primer acompañamiento evitando la saturación de los servicios de salud mental.
- La figura enfermera puede además realizar gestión de casos no solo relacionados con el ámbito de la salud sino también con el de protección.
- La primera asistencia realizada por parte del equipo que ofrece apoyo psicosocial puede considerarse un factor protector que reduzca el desarrollo de un duelo complicado.

### 5.2. *Objetivos específicos*

#### 5.2.1. *Objetivo específico 1*

- Sin dejar de lado la importancia que tiene la pérdida de un ser querido, las circunstancias que rodean a la población refugiada pueden hacer que el proceso de duelo pase a un segundo plano. Esto puede ser debido a la necesidad surgida para hacer frente a otras circunstancias como la pérdida de trabajo, de casa, de enseres personales, entre otras.
- Debido a la situación de vulnerabilidad a la que tienen que hacer frente, la población refugiada va añadiendo distintos tipos de duelos.
- En la mayoría de las ocasiones, la persona refugiada en duelo acude por voluntad propia a la consulta de salud mental o a la consulta de salud de atención primaria.
- La valoración del bienestar físico y mental de la población refugiada se realiza a través de una hoja de evaluación estandarizada, la cual valdrá para poner en marcha una respuesta psicosocial básica en caso necesario ya que guía sobre cómo realizar una entrevista terapéutica y sobre cómo orientarla.
- Se debe utilizar la empatía y la escucha activa como parte de las habilidades terapéuticas del personal sanitario, así como hacerle ver al paciente que se le entiende y acompaña estableciendo así las bases para un futuro plan terapéutico basado en sus preocupaciones.
- Dependiendo de la cultura la muerte se vive de manera diferente.
- La participación comunitaria es fundamental para promover la sensibilización y la psicoeducación de la población refugiada.

- Rara vez se encuentran campos de refugiados que aborden de forma exclusiva los procesos de duelo complicado. Esto se debe a las necesidades adversas añadidas que rodean al doliente que necesitan ser atendidas de manera preferente. Solo se atienden salvo en aquellas situaciones que le incapaciten para seguir con el transcurso de su vida. Por tanto, el duelo podría llegar a ser una necesidad no cubierta.

#### 5.2.2. Objetivo específico 2

- Por lo general el duelo en un campo de refugiados se desarrolla más rápido y la población suele tener mayor resiliencia que el resto debido a que no solo tienen que hacer frente a la pérdida de su ser querido sino también a duelos añadidos como la pérdida de su hogar o de su nivel social entre otras.
- Debido a las circunstancias que rodean al doliente en el momento de la pérdida, a su situación de refugiado, y a la falta de recursos y de apoyo social añadido, puede desencadenar la aparición de un duelo complicado.

#### 5.2.3. Objetivo específico 3

- Cada persona experimenta el duelo de una forma diferente.
- Se debe capacitar a cada refugiado a afrontar por sí mismo los problemas emocionales que vaya desarrollando a través del aprendizaje de diversas estrategias que hagan que no dependa del personal que le ha brindado apoyo psicosocial en un primer momento.
- Es importante hacer que la persona en duelo se adapte poco a poco a la situación acontecida y que realice actividades que le ayuden a continuar con su vida y sus actividades previas dejando a un lado los pensamientos negativos que generan la pérdida de su ser querido.

**Agradecimientos:** A ambas participantes, por la dedicación y apoyo que han brindado a este trabajo desde el primer momento en que se lo expusimos y por haber hecho posible la recogida de datos necesaria para su realización.

**Contribución de los autores:** Ambos autores contribuyeron a la preparación del manuscrito.

**Conflictos de Intereses:** Los autores no declaran conflicto de intereses.

#### **Abreviaturas**

Las siguientes abreviaturas son usadas en este manuscrito:

ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

MdM: Médicos del Mundo

SMAPS: Salud Mental y Apoyo Psicosocial

## Referencias Bibliográficas

1. ACNUR. Convención de Ginebra de 1951. El Estatuto de los Refugiados. Disponible en: <https://eacnur.org/es/convencion-de-ginebra-de-1951-el-estatuto-de-los-refugiados>. Consultado el: 3 de febrero, 2020.
2. ACNUR. La Convención de 1951. Disponible en: <https://www.acnur.org/la-convencion-de-1951>. Consultado el: 29 de enero, 2020.
3. Naciones Unidas. Convención sobre el estatuto de los refugiados. Ginebra; 1951.
4. Naciones Unidas. Refugiados. 2019. Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/refugees/index.html>. Consultado el: 24 de febrero, 2020.
5. Gil Bazo MT. Refugiado: definición y protección. Disponible en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/183>. Consultado el: 29 de enero, 2020.
6. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Unión Interparlamentaria. Guía práctica para parlamentarios. Protección de los refugiados. Guía sobre el derecho internacional de los refugiados. 2001. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2012/8951.pdf>. Consultado el: 1 de febrero, 2020.
7. Ayuda en Acción. ¿En qué consiste ser un refugiado? 2019. Disponible en: <https://ayudaenaccion.org/ong/blog/ayuda-humanitaria/en-que-consiste-ser-un-refugiado/>. Consultado el: 20 de febrero, 2020.
8. UNHCR. ¿Qué es la apatridia? 2020. Disponible en: <https://www.unhcr.org/ibelong/es/que-es-la-apatridia/>. Consultado el: 20 de febrero, 2020.
9. ACNUR. Solicitantes de asilo. Disponible en: <https://www.acnur.org/solicitantes-de-asilo>. Consultado el: 25 de abril, 2020.
10. ACNUR. Datos estadísticos. 2020. Disponible en: <https://www.acnur.org/es-es/datos-basicos>. Consultado el: 10 de enero, 2021.
11. Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR). Informe 2020: Las personas refugiadas en España y Europa. Madrid; 2020.
12. ACNUR Comité Español. ¿Cómo es el día a día en un campo de refugiados? 2018. Disponible en: <https://eacnur.org/blog/dia-a-dia-campamento-refugiados>. Consultado el: 24 de febrero, 2020.
13. Rodríguez S. ¿Qué son los campos de refugiados? 2019. Disponible en: <https://eacnur.org/blog/que-son-los-campos-de-refugiados>. Consultado el: 24 de febrero, 2020.
14. ACNUR. Refugiados saharauis: 40 años en los campos. 201. Disponible en: <https://eacnur.org/blog/refugiados-saharauis-40-anos-de-vida-en-los-campos>. Consultado el: 4 de febrero, 2020.
15. ACNUR Comité Español. La anatomía de un campo de refugiados. 2016. Disponible en: <https://eacnur.org/blog/la-anatomia-de-un-campo-de-refugiados>. Consultado el: 2 de marzo, 2020.
16. Mendia I. Campo de refugiados. Disponible en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/184>. Consultado el: 2 de marzo, 2020.
17. Vallet C. La vida en un campo de refugiados. La Vanguardia 2019.
18. ACNUR Comité Español. ¿Cuáles son las características de los campos de refugiados? 2016. Disponible en: <https://eacnur.org/blog/cuales-son-las-caracteristicas-de-un-campo-de-refugiados>. Consultado el: 2 de marzo, 2020.
19. Norwegian Refugee Council (NRC), The Camp Management Project (CMP). Camp Management Toolkit. Oslo, Norway: Norwegian Refugee Council; 2008.
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermería. Disponible en: <https://www.who.int/topics/nursing/es>. Consultado en: 3 de marzo, 2020.
21. Agustín C, Román L. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev Cubana Enfermer 2006; 22 (4).
22. Diario Enfermero. La enfermería europea, un pilar esencial para la atención a refugiados y migrantes. 2015. Disponible en: <https://diarioenfermero.es/la-enfermeria-europea-un-pilar-esencial-para-la-atencion-refugiados-y-migrantes>. Consultado el: 26 de marzo, 2020.
23. Díaz P, Losantos S, Pastor P. Guía de duelo. Para profesionales sociosanitarios. 1ª ed. Alcobendas (Madrid): Fundación Mario Losantos del Campo (FMLC); 2014.
24. Real Academia de la Lengua Española. Duelo. 2001. Disponible en: <https://www.rae.es/drae2001/duelo>. Consultado el: 1 de abril, 2020.
25. Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle R. Bereavement: a special issue in oncology. 2ª ed. New York: Oxford University Press; 1990.
26. Pascual ÁM, Santamaría JL. Proceso de duelo en familiares y cuidadores. Rev Esp Geriatr Gerontol 2009; 44 (2): 48-54.

27. Limonero García JT, Lacasta Reverte M, García García JA, Maté Méndez J, Prigerson HG. Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Med Pal* 2009; 16 (5): 291-297.
28. Asociación Española Contra el Cáncer. Como hacer frente a la pérdida de un ser querido. Madrid: AECC; 2008.
29. Caycedo Bustos ML. La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. *Rev Colomb Psiquiatr* 2007; 36 (2): 332-339.
30. Servicio Andaluz de Salud. Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo. Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2011.
31. Bleda Pérez M, Cuairán Roca X, García García J, Gómez Sancho M, Lacasta Reverte MA, Aguirre de Cárcer A, et al. Guía para familiares en duelo. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL); 2008.
32. Astudillo W, Pérez M, Ispizua A, Orbegozo A. Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa. 1ª ed. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2007.
33. Bellver A, Gil-Juliá B, Ballester R. Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología* 2008; 5 (1): 103-116.
34. Colell Brunet R. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2005.
35. Rapaport J. Estrés postraumático. Disponible en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/91>. Consultado el: 22 de abril, 2020.
36. Bonilla Merizalde J. El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito: Universidad Libre Internacional de las Américas; 2011.
37. Asociación Esfera. El Proyecto Esfera: Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria. 2011; Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2011/8206.pdf>. Consultado el: 22 de abril, 2020.
38. Diers D. To Profess-To Be a Professional. *J Nurs Adm* 1986; 16 (3): 25-30.
39. International Council of Nurses (ICN). Definición de enfermería. 2002. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>. Consultado el: 26 de marzo, 2020.
40. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed.: Elsevier; 2008.
41. ACNUR. Tendencias globales. Desplazamiento forzado en 2019. Copenhague; 2020.
42. Rubio Espíndola J. Duelo normal y patológico. Universidad de Concepción; 2009.
43. Diario Enfermero. Cómo deben afrontar los profesionales sanitarios el final de sus pacientes. 2017. Disponible en: <https://diarioenfermero.es/deben-afrontar-los-profesionales-sanitarios-final-pacientes>. Consultado el: 26 de abril, 2020.
44. Sergueyevna Golovina N, Mosher Valle EL. Teorías motivacionales desde la perspectiva de comportamiento del consumidor. *Negotium* 2013; 9 (26): 5-18.
45. Yoffe L. Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. *Av psicol* 2013; 21 (2).
46. Fuertes MC, Maya MU. Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. *An Sist Sanit Navar* 2001; 24 (2).
47. Tizón JL. Pérdida, pena, duelo. 1ª ed. Barcelona: Paidós; 2004.
48. Flórez SD. Duelo. *An Sist Sanit Navar* 2002; 25 (3): 77-85.
49. Yoffe L. Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicodebate* 2007; 7: 193-206.
50. Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE). Nota de orientación de la INEE sobre Apoyo Psicosocial: facilitando el bienestar psicosocial y la psicoeducación. Nueva York: INEE; 2018.
51. Silvela Coloma L. La salud mental en acción humanitaria. *RIECS* 2020; 5 (S1).
52. Inter-Agency Standing Committee. Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. Ginebra; 2007.
53. Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR). La salud mental de los refugiados: cómo superar el duelo migratorio. 2018. Disponible en: <https://www.cear.es/la-salud-mental-de-los-refugiados-como-superar-el-duelo-migratorio>. Consultado el: 8 de mayo, 2020.

