

Universidad de Huelva

Departamento de Enfermería



Compasión y sufrimiento en la atención a la población vulnerable: estudio cualitativo de la perspectiva de los/las trabajadores/as sociales de servicios sociosanitarios

**Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:**

Rocío Ortiz Amo

Fecha de lectura: 28 de junio de 2021

Bajo la dirección de las doctoras:

Ángela María Ortega Galán

María Dolores Ruiz Fernández

Huelva, 2021





Universidad de Huelva

**Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:**

ROCÍO ORTIZ AMO

**COMPASIÓN Y SUFRIMIENTO EN LA
ATENCIÓN A LA POBLACIÓN
VULNERABLE: ESTUDIO
CUALITATIVO DE LA PERSPECTIVA
DE LOS/AS TRABAJADORES/AS
SOCIALES DE SERVICIOS
SOCIOSANITARIOS**

TESIS DOCTORAL 2021

Universidad de Huelva



**COMPASIÓN Y SUFRIMIENTO EN LA
ATENCIÓN A LA POBLACIÓN
VULNERABLE: ESTUDIO
CUALITATIVO DE LA PERSPECTIVA
DE LOS/AS TRABAJADORES/AS
SOCIALES DE SERVICIOS
SOCIOSANITARIOS**

Rocío Ortiz Amo

**Tesis Doctoral del Programa de Doctorado: Ciencias
de la Salud**

Directores de la tesis:

Dra. Ángela María Ortega Galán

Dra. María Dolores Ruíz Fernández

Huelva, 2021

TESIS DOCTORAL

*“Solo el desarrollo de la compasión y la comprensión por los demás puede brindarnos la
tranquilidad y la felicidad que todos buscamos”*
(Dalai Lama)

A mi familia

Muy especialmente a mi abuela

Agradecimientos

Ya en el momento final, miro atrás y recuerdo con cariño todas aquellas personas que, de una manera u otra, han hecho posible que presente esta tesis doctoral. A las que quisiera expresar mi más sincero agradecimiento.

En primer lugar, quiero dar las gracias a mis directoras de tesis, Ángela Ortega y M.^a Dolores Ruiz, por guiarme, orientarme y supervisar cada uno de mis pasos. Por enseñarme y acompañarme a lo largo de este duro y emocionante proyecto. Gracias, por estar a mi lado persistentemente. Por el vínculo y la unión que hemos creado, por los momentos que hemos compartido y los que vendrán. Sois mi referente.

A Ángela, por su perseverancia, comprensión y apoyo. Por todo el amor que me da continuamente y por todo lo que aprendo de ella, por su sencillez y sabiduría. Por transmitirme ese positivismo tan necesario, por poner alma en lo que hace. Por cuidarme y enseñarme a cuidarme. Por su confianza en mí, que me ha permitido enriquecerme como persona y mejorar día a día.

A Mariló, por ser la primera en creer en mí y animarme a realizar esta tesis doctoral, por compartir todos sus conocimientos e ilusión conmigo, por su generosidad y por su cariño. Por sostenerme en muchas ocasiones. Por sus consejos, aquellos que me infunde cada día, por la continua y valiosa disposición que me brinda para que pueda progresar y avanzar en este complicado e infinito mundo como es el de la investigación.

A Elena Andina, porque desde la distancia, es parte de este proyecto, por ser una fuente inagotable de motivación, energía y generosidad. Por su infinita disponibilidad. Por su confianza en mí. Por ponerle corazón a todo lo que hace, es parte de mi inspiración.

A todos/as los/as profesionales que han participado en esta investigación.

A mis padres, Charo y Antonio, que me educaron haciendo todo lo posible para que yo pudiera ir a la universidad, por dármelo todo en la vida y por respetar mis decisiones.

A mis hermanos, por el lazo tan fuerte que nos une y por su entrega completa. A mis sobrinos, que me llenan el corazón de alegría y amor; a su mamá, mi cuñada, por ser un ejemplo paciente de serenidad, cariño y bondad. Y, al resto de mi gran familia, por apoyarme siempre.

A Domi, por su paciencia ilimitada y su sustento incondicional, por enseñarme a hacer de mis ilusiones un proyecto de vida. Por formar parte de este proceso de consolidación intelectual y crecimiento personal. Por su amor inmenso y su amistad infinita en este camino y en todos.

A Isa, Rosa, Desi, María, Pili y María del Mar. Mis grandes amigas. Por ser mi otra familia, por compartir todo y confiar persistentemente en mí.

A José Miguel, por estar siempre ahí para resolver mis dudas informáticas.

Y, por último, a todas las personas que forman parte de mi vida y me acompañan. Esta tesis tiene un poquito de cada uno/a de ellos/as. Soy muy afortunada.

¡GRACIAS!

Índice general

Resumen	16
Introducción	20
PRIMER BLOQUE: MARCO TEÓRICO.....	22
Capítulo 1: SERVICIOS SOCIALES Y TRABAJO SOCIAL	22
1.1. El Sistema Público de Servicios Sociales	22
1.2. El Sistema Público de Servicios Sociales en Andalucía	22
1.3. El Trabajo Social y los Servicios Sociales.....	24
1.4. Estado actual de los Servicios Sociales	26
Capítulo 2: LA RELACIÓN CON LAS PERSONAS MÁS VULNERABLES.....	28
2.1. La atención e intervención social.....	28
2.2. La relación de ayuda y el contacto con el sufrimiento de las personas más vulnerables	28
Capítulo 3: CONSECUENCIAS PARA EL BIENESTAR DEL/DE LA PROFESIONAL	33
Capítulo 4: COMPASIÓN.....	38
4.1. Origen	39
4.2. Definición	39
4.3. Beneficios de la Compasión.....	42
Capítulo 5: EMPATÍA.....	43
5.1. Origen y evolución de la empatía	43
5.2. Definición	45
5.3. Beneficios de Empatía	46
5.4. Compasión y Empatía como factor protector de la Salud de los/as trabajadores/as sociales.....	48
SEGUNDO BLOQUE: OBJETIVOS Y MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
2.1. Objetivos.....	49
Objetivo general.....	49
Objetivos específicos	50
2.2. Metodología.....	50
Diseño	50
Emplazamiento	51
Participantes.....	51
Recopilación de datos	52

Procedimiento	53
Aspectos éticos.....	54
TERCER BLOQUE: RESULTADOS DEL ESTUDIO	55
3.1. The Sustainability of Public Social Services: A Qualitative Study.....	55
3.2. Emotions, Feelings, and Experiences of Social Workers While Attending to Vulnerable Groups: A Qualitative Approach.....	68
3.3. Compassion and empathy in community social workers: A qualitative study in Spain	82
CUARTO BLOQUE: DISCUSIÓN GENERAL	94
<i>Limitaciones</i>	100
<i>Futuras líneas de investigación</i>	101
QUINTO BLOQUE: CONCLUSIONES	101
REFERENCIAS	103

Resumen

Introducción: El Sistema Público de Servicios Sociales (SPSS) se encuentra superado con demandas de personas vulnerables en situación de pobreza, exclusión y gran sufrimiento. A su vez, la falta de recursos y medios que ofrecer a estas personas es un hecho notable debido a los continuos recortes en políticas sociales. En la práctica diaria de su trabajo, los/as trabajadores/as sociales como profesionales de referencia, sufren las consecuencias del debilitamiento de los Servicios Sociales. Además, afrontan elevadas cargas de trabajo derivadas de la gran cantidad de personas que se encuentran necesitadas y desesperadas, y que acuden a ellos como último recurso. Este contexto estimula en los/as profesionales un malestar emocional, que genera insatisfacción laboral y que disminuye la calidad de vida profesional.

Objetivo: Estudiar la percepción, vivencias, emociones y sentimientos que tienen los/as profesionales del Trabajo Social del Sistema Público de Servicios Sociales en relación al sufrimiento de las personas más vulnerables.

Metodología: Este es un estudio descriptivo de carácter cualitativo con la orientación de fenomenología hermenéutica. Entre enero y junio de 2019, se realizaron nueve entrevistas en profundidad y dos sesiones de grupos focales. Los participantes fueron 23 trabajadores/as sociales de los Servicios Sociales Comunitarios y de los Centros de Salud de la provincia de Almería (España). Para el análisis del discurso se utilizó el software Atlas. Ti 8.0.

Resultados: Como resultado global de las tres publicaciones se halló: En primer lugar, con respecto al Sistema Público de Servicios Sociales, los/as profesionales lo describen en un estado de erosión, conjuntamente destacan que se ha convertido en un mero distribuidor de recursos. En segundo lugar, los/as profesionales expusieron la dificultad de que la extrema vulnerabilidad de ciertos colectivos genera en ellos una serie de sentimientos y emociones, y la necesidad de prestar más atención a esas emociones y sentimientos que se producen del contacto repetido al sufrimiento de las personas más vulnerables. Por último, se detectaron diferentes significados sobre la compasión y cierta consideración negativa de ella. Por otro lado, la empatía se percibe como una habilidad necesaria y que está presente en la relación con las personas a las que se atiende.

Conclusión: Concorre la necesidad de orientar los Servicios Sociales hacia un sistema de protección que acompañe, empodere y de respuesta a las personas más vulnerables.

El SPSS no favorece del todo a estas personas, ni a los/as profesionales que trabajan en él. Como consecuencia de esto, la calidad de vida y el bienestar emocional de estos/as profesionales se está viendo afectado. Así mismo, desconocen que la compasión puede actuar como factores de protección, frente a las consecuencias que les generan un contexto laboral estresante. Por tanto, sería necesario desarrollar programas de intervención con los/as profesionales del Trabajo Social que integren estos elementos.

Palabras claves: sufrimiento, trabajadores sociales, empatía, compasión, sistema público de servicios sociales

Abstract

Introduction: The Public Social Services System (SPSS) is overcome with demands from vulnerable people in situations of poverty, exclusion and great suffering. In turn, the lack of resources and means to offer these people is a notable fact due to the continuous cuts in social policies. In the daily practice of their work, social workers as professionals of reference, suffer the consequences of the weakening of Social Services. In addition, they face heavy workloads stemming from the large number of needy and desperate people who come to them as a last resort. This context stimulates in professionals an emotional discomfort, which generates job dissatisfaction and decreases the quality of professional life.

Objective: Study the perception, experiences, emotions and feelings that Social Work professionals of the Public Social Services System have in relation to the suffering of the most vulnerable people.

Methodology: This is a qualitative descriptive study with the guidance of hermeneutical phenomenology. Between January and June 2019, nine in-depth interviews and two focus group sessions were conducted. The participants were 23 social workers from Community Social Services and Health Centers in the province of Almería (Spain). For the analysis of the discourse, the Atlas.ti 8.0 software was used.

Results: As a global result of the three publications, it was found: First, with regard to the Public Social Services System, professionals describe it in a state of erosion, together they highlight that it has become a mere distributor of resources. Second, the professionals exposed the difficulty that the extreme vulnerability of certain groups generates in them a series of feelings and emotions, and the need to pay more attention to those emotions and feelings that are produced from repeated contact with the suffering of the most vulnerable people. Finally, different meanings about compassion and a certain negative regard for it were detected. On the other hand, empathy is perceived as a necessary skill that is present in the relationship with the people who are served.

Discussion: There is a need to orient Social Services towards a protection system that accompanies, empowers and responds to the most vulnerable people. The SPSS does not entirely favor these people, or the professionals who work in it. As a consequence of this, the quality of life and emotional well-being of these professionals is being affected. Likewise, they are unaware that compassion can act as protective factors, in the face of the

consequences generated by a stressful work context. Therefore, it would be necessary to develop intervention programs with Social Work professionals that integrate these elements.

Keywords: suffering, social workers, empathy, compassion, public social services system

Introducción

La presente investigación estudia a los/as trabajadores/as sociales desde una metodología cualitativa con el fin de conocer como perciben su contexto laboral, y a partir de sus experiencias vividas, identificar que sentimientos y emociones manifiestan a consecuencia de la práctica diaria de su trabajo. Además, indaga en la apreciación de dos conceptos: la empatía y la compasión. El primero muy conocido y valorado entre los/as profesionales sociales y el segundo, un poco más resistido entre los/as profesionales del Trabajo Social.

Los factores relacionados con el contexto laboral y la exposición progresiva al sufrimiento de personas vulnerables a las que se les brinda apoyo y ayuda, pueden afectar al desgaste físico, emocional y mental del/de la profesional. Sin embargo, elementos como la compasión y la empatía usados desde el conocimiento pueden actuar como factores protectores frente a los síntomas relacionados con la insatisfacción laboral o la salud emocional.

Es fundamental conocer la opinión de los expertos del Trabajo Social que coexisten cada día en el Servicio, relacionándose con las personas más vulnerables. Así, se podrá avanzar en el desarrollo de intervenciones dirigidas a ayudar a los/as profesionales, con el objetivo de disminuir los síntomas producidos por un contexto laboral exigente y por el sufrimiento de los/as usuarios/as.

El trabajo parte de una doble motivación. Por un lado, la motivación personal, entusiasta y voluntaria que me acompaña junto con el deseo constante de superación y la necesidad de conocer y comprender más. En segundo lugar, surge un interés profesional, como trabajadora social, en profundizar en el estado de mis colegas de profesión.

El estudio está estructurado en cinco bloques principales:

Primer bloque: Marco Teórico. El cual está compuesto por cinco capítulos donde se recopilan antecedentes, investigaciones previas y consideraciones teóricas en las que se sustenta este proyecto de investigación. El capítulo 1, versa sobre el Sistema Público de Servicios Sociales, los/as trabajadores/as sociales y el estado actual de los Servicios. A continuación, en el capítulo 2, se relata la relación de ayuda que se crea entre el/la trabajador/a social y las personas más vulnerables durante la atención en intervención social, el sufrimiento de estas y las emociones que desarrollan los/as profesionales. El capítulo 3,

atiende a las consecuencias que tiene para el/la profesional el contacto con el sufrimiento de la persona atendida y el estado en el que se encuentran el Sistema Público de Servicios Sociales. Los capítulos 4 y 5, exploran la compasión y empatía, y como estos dos elementos pueden ser factores protectores del profesional.

Segundo bloque: Objetivos. En este apartado, se presenta el objetivo general de la tesis y los objetivos específicos que respaldan el estudio. Además, este segundo bloque incluye el Marco Metodológico de la investigación donde se presenta, el diseño del estudio, la descripción de los participantes, el procedimiento empleado, las técnicas llevadas a cabo y los aspectos éticos.

Tercer bloque: Resultados. En este bloque se muestran los tres artículos publicados que sustenta la investigación.

Cuarto bloque: Discusión. Donde se han relacionado e interpretado los resultados de los tres artículos. Al final de la discusión se presentan las limitaciones del estudio y se proponen unas futuras líneas de investigación.

Quinto bloque: Conclusiones. En esta parte final del trabajo se ha realizado un resumen de los puntos principales abordados en los estudios, destacando los hallazgos más importantes.

Y, por último, se hallan las referencias pertinentes.

PRIMER BLOQUE: MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: SERVICIOS SOCIALES Y TRABAJO SOCIAL

1.1. El Sistema Público de Servicios Sociales

El Sistema Público de Servicios Sociales se configuró entorno a la década de los años ochenta (López-Cabanas, 2018). Es uno de los pilares fundamentales del llamado estado de bienestar bajo el que se sustenta España. El modelo de bienestar social español, se desenvuelve a partir de los sistema de protección social (Valenzuela, 2018). En el diseño y desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales, los/as profesionales del Trabajo Social han tenido un papel notable (Martinez y Pérez, 2018). Su finalidad es promover el bienestar social de los individuos y de la población. Y, sus principales objetivos son: la promoción de la autonomía personal, la atención de las situaciones de desprotección y, en general, la integración social de las personas y grupos (Ayala, 2018; López-Cabanas, 2018). El Sistema Público de Servicios Sociales está compuesto por una serie de prestaciones y servicios de la Administración del Estado, la Administración de las Comunidades Autónomas y las Corporaciones locales, y pretenden cubrir las necesidades sociales de la ciudadanía (Matías *et al.*, 2018).

La Constitución española de 1978 no formula, expresamente, el reconocimiento del Sistema Público de Servicios Sociales pero establece que las competencias en materia de Asistencia Social recaen en las Comunidades Autónomas (Tejada, 2020). Conjuntamente, recoge una serie de principios fundamentales de los que el Sistema Público de Servicios Sociales se hará cargo (Franco, 2019). Dado que las competencias en materia de Servicios Sociales las tienen las Comunidades Autónomas, estas disponen de sus correspondientes leyes en materia de Asistencia Social y Servicios Sociales (Martínez *et al.*, 2017). En Andalucía, la organización del Sistema Público de Servicios Sociales se articula en torno a la *Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía* (Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía).

1.2. El Sistema Público de Servicios Sociales en Andalucía

Según la *Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía*, los Servicios Sociales son todos los servicios y prestaciones, es decir, todos los recursos que

aseguran a las personas el derecho a la protección social. Su finalidad es la prevención y atención de necesidades sociales e individuales de las personas. Estos recursos son un elemento fundamental del llamado estado de bienestar y tienen como objetivo, mejorar el bienestar de las personas y el desarrollo de los derechos de los ciudadanos en la sociedad (Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía).

La estructura del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía, según la ya citada *Ley 9/2016*, se basa en dos niveles de atención coordinados y complementarios entre sí: el nivel primario que son los llamados Servicios Sociales y el segundo nivel que son los denominados Servicios Sociales Especializados (Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía). El nivel primario es donde se encuentran los Servicios Sociales Comunitarios, integrados por un equipo de profesionales destinados a la atención de toda la población y se componen de prestaciones básicas y específicas (Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía). El nivel especializado está destinado a necesidades personales de colectivos específicos de población. En él se ubican los Servicios Sociales Especializados, que integran todos aquellos centros y servicios sociales que sobre la base de criterios de mayor complejidad, requieren una especialización técnica concreta o una disposición de recursos determinada (Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía).

Esta ley, incorporó la potenciación del papel de la persona de referencia en los Servicios Comunitarios. En su artículo 80, la ley refiere que:

1. A cada persona y, en su caso, unidad de convivencia que acceda al Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía se le asignará una persona profesional de referencia, al objeto de garantizar el carácter integral de los itinerarios de atención y su continuidad.

2. Una persona trabajadora social de los Servicios Sociales Comunitarios actuará como profesional de referencia, en el contexto del trabajo interdisciplinario que desarrolla el equipo profesional de Servicios Sociales Comunitario (Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía).

Ya, a nivel estatal, en 2013, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aprobó el Catálogo de referencia de Servicios Sociales, donde recogió que el/la profesional de referencias de los Servicios del Sistema Público de Servicios Sociales será el/la trabajador/a social (Jaraíz y González, 2015).

1.3. El Trabajo Social y los Servicios Sociales

A la vez que los Servicios Sociales se han ido desarrollando, la profesión del Trabajo Social se ha ido fundamentando hasta llegar a alcanzar un reconocimiento internacional (Burgos, 2019). Así, la Federación Internacional del Trabajo Social (FITS) en 2000 adopta la primera definición global de Trabajo Social, la cual posteriormente fue revisada y en 2014, este organismo, definió finalmente el Trabajo Social como: *“la profesión basada en la práctica y disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas”* (FITS, 2014).

La creación de los Servicios Sociales en España como campo de intervención del Trabajo Social, fue una aparición muy esperada por los/as profesionales, con su posterior crecimiento y desarrollo (Ayala, 2018; Forns, 2018). Paralela a la creación de los Servicios Sociales, en donde el Trabajo Social ha sido un referente, se desplegó el Trabajo Social Sanitario en hospitales y centros de atención primaria (Díaz de Mera, 2017). En el entorno hospitalario, cada hospital ha generado su propia oferta, no existe una cartera de servicios concreta, ni legislación o normativa al respecto, a pesar de ser el primer espacio de intervención del/de la profesional del Trabajo Social en Salud. Por su parte, la atención primaria, si dispone de un mayor desarrollo normativo que regula la función del Trabajo Social Sanitario (Abreu y Mahtani, 2018). El Trabajo Social Sanitario se define como la especialidad del Trabajo Social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primaria, la atención sociosanitaria o la atención especializada (Abreu y Mahtani, 2018; Díaz de Mera, 2017; Velázquez, 2012).

No obstante, años después, las investigaciones realizadas y los estudios publicados coinciden en las faltas cometidas en el esperado desarrollo del sector por parte de los/as trabajadores/as sociales (Fantova, 2017; Garrido, 2017; Hernández, 2019). Según Carrasco del Río *et al.* (1990), en el VI Congreso Estatal de Trabajadores Sociales, celebrado en Oviedo en 1988, se habló de que el desarrollo de los Servicios Sociales era tan esperado por que el Trabajo Social había evitado su propia crisis de identidad y justificaban que el problema consistía en la inexistencia de una adecuada Red de Servicios Sociales (Carrasco del Río *et al.*, 1990). Otra preocupación constante que se encuentra en la literatura del Trabajo Social, es que desde el inicio de los Servicios Sociales en nuestro país, estos se han caracterizado por la heterogeneidad en la organización y la desigualdad interterritorial (Forns, 2018; Hendrickson, 2010; Jarafz y González, 2015).

Según un estudio realizado en expertas en Trabajo Social, estas sostienen que en España el Trabajo Social se ha vinculado más al proyecto político de crear un Sistema Público de Servicios Sociales, que a reforzarse como disciplina (Hernández, 2019). No obstante, la contrariedad es que, aunque el Trabajo Social se ha vinculado a la política social, actualmente, no se encuentra en primera línea de diseño de las políticas sociales (Lima, 2012).

Analizando los estudios realizados sobre los Servicios Sociales y el Trabajo Social, algunos autores concurren en que el Sistema de Servicios Sociales se ha convertido en un servicio de procedimientos administrativos y trámite de cometido de problemas, con una orientación de gestión de recursos (García-Domingo, 2018; Hernández, 2019). La atención es más asistencial que preventiva y comunitaria (Fantova, 2017). El Trabajo Social asume la forma de trabajar que imponen los Servicios Sociales, pura técnica, aplicar recursos adecuados a cada situación (Cardona *et al.*, 2017; Fantova, 2017; García-Domingo y Sotomayor-Morales, 2017).

Un riesgo a superar por parte de la profesión, es el hecho de que los/as profesionales perciben la burocratización y lentitud del Sistema que se ha incorporado como tal a su propio trabajo (Fantova, 2015). Este escenario descrito induce a caracterizar el Trabajo Social como el canal entre el usuario y la Administración para el trámite o gestión de prestaciones y ayudas, o información y atención para el acceso a los recursos (Fantova, 2015; Fantova, 2017; García-Domingo y Sotomayor-Morales, 2017; Martínez y Pérez, 2018).

Si bien es cierto que, se necesita el Sistema como tal, con su conceptualización, normativa, burocracia, y dotación presupuestaria, bajo la responsabilidad del Estado y de sus Gobiernos Autonómicos (Ayala, 2018). El Trabajo Social como disciplina dentro de este Sistema, abarca mucho más aspectos que los ligados a ser meros prestadores de un recurso para una necesidad (Burgos, 2019). Porque, aunque el Trabajo Social y los Servicios Sociales, están estrechamente ligados, son dos sistemas de intervención en Acción Social diferenciados (De-Robertis, 2018; Franco, 2019).

Los principios básicos que inspiran a ambos no son iguales (Goldaracena *et al.*, 2017). Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social (De-Robertis, 2018). Y entre las funciones del Trabajo Social según su Código Deontológico se encuentran, la de: información, investigación, prevención, asistencia, atención directa, promoción e inserción social, educativa, mediación, planificación, gerencia y dirección, evaluación, docencia,

supervisión, coordinación, transformadora y rehabilitadora (Cuevas y Araya, 2020; Gómez, 2011).

Por su parte, los principios de los Servicios Sociales conducen a valores sociales que se pretende defender (Martínez *et al.*, 2017). Cada Ley de Servicios Sociales recoge los suyos aunque suelen coincidir: responsabilidad pública, universalidad, solidaridad, prevención, globalidad, integración, participación (Astray *et al.*, 2004). Hay autores que señalan que esto es un avance teórico, pues en la práctica queda como una “declaración de intenciones” (Hernández, 2019; Jaraíz y González, 2015; Jesús *et al.*, 2013).

1.4. Estado actual de los Servicios Sociales

Las investigaciones recientes expresan que los Servicios Sociales se han convertido en un sistema de redistribución de recursos para procurar el bienestar de la población y evitar males mayores (Montagud, 2016; Fantova, 2015; Hernández, 2019). El Trabajo Social hace llegar los recursos a las personas necesitadas, pero no cree en sus intenciones, es decir, sabe que esta no es la única solución (Burgos, 2019; Montagud, 2016). La intervención social debe empezar por desarrollar acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras para hacer efectivas las prestaciones básicas (Martínez y Pérez, 2018). El Trabajo Social como disciplina y profesión dentro de los Servicios Sociales es una inspiración clave para los retos y riesgos del Sistema (Matías *et al.*, 2018).

Volviendo al estudio realizado a expertas del Trabajo Social, estas expresan que entre los riesgos de los Servicios Sociales se encuentra el volver a la beneficencia (Hernández, 2019). El hecho de que el Sistema reduzca los servicios y prestaciones, hace que tomen más protagonismo prácticas precedentes del pasado, como la caridad (Ramírez-Duarte *et al.*, 2019). La responsabilidad es de los poderes públicos, a través de la normativa que crean para garantizar los derechos sociales, deben materializar la realidad para su implementación (Forns, 2018).

La crisis global de 2008, tuvo consecuencias muy negativas para el Sistema Público de Servicios Sociales, el cual sufrió los mayores recortes en las prestaciones y recursos que venía ofreciendo a los ciudadanos (Lombardo y León, 2015; Pastor y Sánchez, 2013). Diversos autores coinciden en el debilitamiento e incluso en la quiebra que se ha producido en los Servicios Sociales, debido a los recortes en las políticas públicas sociales (Alguacil, 2012; Martínez y Pérez, 2018; Forns, 2018).

Actualmente, la crisis sanitaria a causa de la Covid-19, vuelve a poner en riesgo el estado de bienestar español (Ángel *et al.*, 2020). Esta crisis mundial ha provocado que de nuevo, como ya paso anteriormente, muchas personas se encuentren una situación de necesidad, a veces, extrema (Damián, 2015; Fernández-Sánchez *et al.*, 2020).

En momentos de emergencia social, o de crisis, aumentan las desigualdades sociales y disminuye la igualdad de oportunidades sobre todo para familias, colectivos o grupos de personas más vulnerables, como pueden ser: personas mayores, dependientes, personas con necesidades especiales, menores en riesgo de exclusión social, mujeres víctimas de violencia de género... (Patel *et al.*, 2020; Suárez *et al.*, 2021), que acrecientan las demandas en los Servicios Sociales para poder cubrir sus necesidades básicas (García-Domingo y Sotomayor-Morales, 2017).

Es decir, que el Sistema Público de Servicios Sociales se halla azotado por las crisis que a su vez provocan (Cena, 2020; Fernández-García, 2012): el aumento de demandas de personas vulnerables que están sufriendo y que acuden a los Servicios Sociales, como último recurso de protección social (Cena, 2019; Pastor y Sánchez, 2013). Y, los continuos recortes en políticas sociales; esto es, en prestaciones y recursos para atender las demandas de las personas (Cena, 2020). Las consecuencias de los recortes y la falta de medios las sufren los/as usuarios/as, que acuden a los Servicios desesperados en busca de una solución (Cena, 2019; Cena, 2020; Martínez y Pérez, 2015) y estos, se hallan quebrantados (Alguacil, 2012).

En los últimos años, se han realizado investigaciones que revelan que a su vez, los/as profesionales también están sufriendo las consecuencias del debilitamiento constante en el que se encuentran los Servicios Sociales (Caravaca-Sanchez *et al.*, 2019; Sánchez y Tudela, 2017; Soto-Rosales y González-Losada, 2018). El/la profesional de referencia de los Servicios Sociales es el/la trabajador social, por lo que es la primera persona encargada de atender las demandas de los/as usuarios/as cuando llegan al Servicio (Girela Rejón, 2020). Desempeña un papel fundamental en la trayectoria de la atención a las personas que se encuentran en una situación de necesidad y vulnerabilidad social, (Aparicio y Rodríguez, 2020) que están sufriendo o viviendo una experiencia dolorosa y acuden al servicio en busca de una respuesta (García-Domingo, 2018).

Las carencias en los Servicios debido a los recortes, conllevan al colapso en la atención social y la imposibilidad de atender de manera adecuada a la población según sus necesidades, por la falta de recursos humanos y materiales (Cardona *et al.*, 2017; Fantova,

2017; Fernández-García, 2012). Este hecho acaba repercutiendo en la salud del profesional, a nivel físico y mental (Galiana *et al.*, 2017). Para los profesionales existe una escasez de personal y medios, también, falta de coordinación entre los diferentes servicios sociosanitarios. Esto produce un deterioro en la acción profesional (Fuentes, 2020a; Hernández, 2019), impidiendo el completo desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales y del Trabajo Social dentro del Sistema (Girela, 2020; Jaraíz y González, 2015).

Capítulo 2: LA RELACIÓN CON LAS PERSONAS MÁS VULNERABLES

2.1. La atención e intervención social

La atención social se considera el conjunto de cuidados sociales y actividades que proporcionan una atención completa para satisfacer las necesidades de las personas, con algún tipo de problema social (Ramírez-Duarte *et al.*, 2019; Velázquez, 2012). Por su parte, la intervención social es una acción programada y justificada desde un marco legal y teórico que se realiza sobre un colectivo o persona con el fin de mejorar su situación, generando un cambio social o cambiando situaciones que generen desigualdad (Burgos, 2019).

En la atención e intervención social del/de la trabajador/a social con las personas en situación de necesidad entra en juego un aspecto muy importante y es que son personas vulnerables, o con situaciones de extremada complejidad que están sufriendo o viviendo una experiencia dolorosa (Suárez *et al.*, 2021). Los/as profesionales desempeñan un papel fundamental en la trayectoria de la atención y cuidado de estas personas; pues en la práctica diaria de su trabajo la atención e intervención social implica que se despliegue un cierto grado de compromiso, confianza y relación de ayuda con las personas que atienden siendo testigos de sus estados de ánimo (Rodríguez, 2016).

2.2. La relación de ayuda y el contacto con el sufrimiento de las personas más vulnerables

2.2.1. La relación de ayuda

Desde sus inicios, el Trabajo Social le ha dado una gran importancia a la relación que establece el/la trabajador/a social con sus usuarios/as (Werner y Holler, 2020). Esta relación se ha considerado el canal que da sentido al conocimiento y comprensión de las situaciones que

el/la profesional atiende, los diagnósticos que posteriormente establece y las intervenciones que se plantean y acuerdan con la persona (Pérez, 2018). Se ha confirmado que es difícil lograr ayudar a los/as usuarios/as de manera significativa, si no se crea una relación de ayuda de calidad con ellos, basada en el respeto, la comprensión y la calidez del/de la profesional que ayuda a la persona necesitada (González *et al.*, 2016). De hecho Rogers (1984), definió la relación de ayuda como aquella en la que uno de “los participantes intenta hacer surgir en una o en ambas partes una mejor apreciación de sus recursos latentes y el uso funcional de estos” (Rogers, 1958).

Así como explica Salcedo (2011), algunos autores como Plant, Ragg o Wilkes pensaban que entre la persona y el/la trabajador/a social debía crearse una relación igualitaria, donde se pudieran analizar los problemas sociales y se evaluaran los distintos modos en que se puede participar en la sociedad, favoreciendo así que la persona propia decidiera (Salcedo, 2011). Revisando la literatura, otros estudios relatan la relación de ayuda como un tipo de relación en la que se expresa una preocupación real por los otros (Zwirnmann *et al.*, 2019). Una relación basada en el interés y el deseo por comprender y trabajar desde el compromiso; en la aceptación, en la empatía y en la autenticidad. Por la comunicación clara, por propósitos conocidos y aceptados por ambas partes, por la autoridad y por el poder tanto del usuario como del/de la profesional (García y Romero, 2006; Núñez *et al.*, 2008; Pallares y Sara, 2012).

Independientemente de los modelos que rijan la intervención del/de la profesional del Trabajo Social o la combinación de varios de ellos, la relación que se establece entre el/la profesional y las personas requiere una atención especial (De Luca, 2018). Los estudios destacan el papel de la relación de ayuda en el transcurso del proceso de intervención, entre el usuario y el/la trabajador/a social (González *et al.*, 2016; Pérez, 2018; Werner y Holler, 2020). La importancia de la conexión relacional se sustenta sobre la empatía, el respeto, la compasión, la esperanza, la autenticidad y la relación terapéutica (Zwirnmann *et al.*, 2019).

En la relación de ayuda que se crea entre el/la profesional y la persona, conectar con el malestar y sufrimiento de las personas permite al/a la trabajador/a social entender qué está sucediendo y de qué forma lo está sintiendo, y así ayudar a la persona de un modo más preciso y congruente (De la Paz, 2011; González *et al.*, 2016). Por lo tanto, el/la trabajador/a social durante la atención a las personas en situación de necesidad o vulnerabilidad y a lo largo de la intervención social crea una relación que suscita un intercambio simbólico entre

el/la profesional y la persona atendida, entrando en contacto con el sufrimiento de esta (De la Paz, 2011; Guerrero *et al.*, 2017; Montesino y Avendal, 2018).

2.2.2. El sufrimiento

Definición de sufrimiento

Según la RAE, el sufrimiento se define como: 1.m. Padecimiento, dolor, pena. 2.m. Paciencia, conformidad, tolerancia con que se sufre algo (Diccionario de la lengua española). Cassell (1982) describió el sufrimiento como “un estado de grave malestar asociado con eventos que amenazan la integridad de la persona, es una fase de angustia provocada por la amenaza de pérdida de la seguridad o por la desintegración de la persona. También, es una consecuencia a nivel físico y de personalidad (Cassel, 1982).

Para otros autores como Rodgers y Cowles (1997), el sufrimiento “es una experiencia individual, subjetiva y compleja que implica la asignación de un significado profundamente negativo ante un evento o una amenaza percibida” (Rodgers y Cowles, 1997). Asimismo, el sufrimiento tiene los siguientes elementos adicionales: aislamiento, desesperanza, vulnerabilidad y pérdida (Parella *et al.*, 2019). Ya decía Bayes (2009) que, “el sufrimiento es una respuesta negativa inducida por el dolor pero también por el miedo, la ansiedad, el estrés, la pérdida de las personas u objetos queridos y otros estados psicológicos” (Bayes, 2009). Este se produce cuando la persona siente amenazada su integridad psicológica o biológica; es el resultado cambiante y dinámico de la interacción entre la percepción de amenaza y de recursos, modulada por el estado de ánimo. De modo que, cuanto más amenazadora parezca una situación y menos control se aprecie tener, mayor es el sufrimiento. Por tanto, si se quiere aliviar el sufrimiento se debe obtener el control sobre la situación que lo genera (Bayes, 2009).

El sentimiento propiamente dicho, es individual, único e inherente a cada persona; pero a su vez tiene un carácter global e integrador, en él convergen los factores físicos, psicológicos, espirituales y sociales de la persona (Montesino y Avendal, 2018). Concisamente, el sufrimiento es un estado, una fase, una consecuencia, una experiencia, un sentimiento, una respuesta, es individual y único y a la vez global e integrador (Ramos, 2020).

El/la trabajador/a social ante el sufrimiento de las personas en situación de vulnerabilidad

En el ámbito del Trabajo Social, el/la profesional durante la intervención social con el usuario debe realizar acciones organizadas, con el fin de influir en los problemas o necesidades sociales de la persona necesitada, en un momento determinado (Aparicio y Rodríguez, 2020). De manera que, la intervención busca generar un cambio a través de la interacción con el usuario para alcanzar una mejor calidad de vida (Cuevas y Araya, 2020).

Sin embargo, esta práctica de intervención resulta compleja en la realidad social en la que se enmarca la tarea diaria del/de la profesional: una atmósfera neoliberal y de neofilantropía de lo social basada en un modelo de gestión de prestaciones sociales y recursos, que por otra parte escasean (Cardona *et al.*, 2017; Forns, 2018; Girela, 2020).

El compromiso profesional del/de la trabajador/a social se difumina cuando este/a siente la necesidad de abordar la demanda y ejercer sus tareas en un contexto que no se lo permite debido a la situación en la que se encuentran los Servicios Sociales, descrita anteriormente (Caravaca-Sanchez *et al.*, 2019). Y es que, son muchas las contradicciones y tensiones que confrontan los/as profesionales de los Servicios Sociales diariamente, mientras que la demanda de usuarios/as en situación de vulnerabilidad extrema se sigue incrementando (Suárez *et al.*, 2021).

El concepto de vulnerabilidad se aplica a aquellos sectores o grupos de la población que por su condición de edad, sexo, estado civil y origen étnico se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar (Lampis, 2013). En la práctica diaria de su trabajo, el/la trabajador/a social es testigo del sufrimiento y la desesperación de estas personas vulnerables (Smith *et al.*, 2017), y es cierto, y está demostrado que estas personas necesitadas acuden al Servicio desesperadas por la problemática que sustentan, la cual las posiciona en la situación de vulnerabilidad social de la que hablamos (Tung, 2020). Los casos donde la intervención social no se puede realizar correctamente o ni siquiera pueden recibir un recursos a tiempo, les hace aún más frágiles frente al problema, lo que acaba generando más sufrimiento en la persona (Alexander *et al.*, 2018).

La revisión de la literatura hace ver que los Servicios Sociales han caído en el error de buscar exclusivamente los recursos para salir a flote (Aparicio y Rodríguez, 2020; Fantova, 2017); pero está ampliamente demostrado que junto a la gestión de recursos, los Servicios

Sociales son un servicio esencial para evitar el sufrimiento de las personas vulnerables (Smith *et al.*, 2017).

La atención debe ir acompañada de una intervención social complementaria con la relación de apoyo y ayuda que se crea como algo imprescindible para la persona, con el fin de que pueda enfrentar individualmente las dificultades ante las que se encuentra (Kam, 2020). Como se viene diciendo, los/as profesionales están muy próximos/as a las personas a las que atienden. La intervención es el espacio donde el/la profesional conecta con el sufrimiento social (Amadasun, 2020; Brand-Levi *et al.*, 2020). En muchas ocasiones estos/as usuarios/as presentan demandas y necesidades muy complejas y es por ese motivo, por el que se crea una relación simbólica de reciprocidad y donación, que guarda correspondencia con la problemática social, impacto emocional y vulnerabilidad de la persona atendida, donde aparecen hábitos de implicación de un alto nivel psicológico y emocional para el/la trabajador/a social (Brand-Levi *et al.*, 2020; Kam, 2020; Morais y Monteiro, 2017).

2.2.3. Emociones y sentimientos

La situación descrita, desencadena emociones y sentimientos en los/as profesionales, entendiéndose la primera como la respuesta automática e incontrolable a un estímulo y siendo los sentimientos la evaluación consciente de la emoción o experiencia que padece el individuo (Florido, 2016). Según evidencian estudios previos, los/as profesionales que durante su jornada laboral se enfrenta a situaciones de alta exigencia emocional, estrés o un contacto repetido con el sufrimiento de otras personas (Cuartero y Campos-Vidal, 2019; Ebor *et al.*, 2020), comienzan a sentir un estado de estrés, agotamiento, impotencia, nerviosismo e insomnio (Trumello *et al.*, 2020; Wagaman *et al.*, 2015). De igual forma que, sienten miedo, temor o preocupación, desesperanza, ansiedad, enfado o tristeza (Galiana *et al.*, 2017; Kim *et al.*, 2020; Ozamiz-Etxebarria *et al.*, 2020).

Los/as profesionales desarrollan una serie de sentimientos y unas emociones derivadas del contacto repetido con el dolor o el sufrimiento de las personas vulnerables y por el declive del Sistema, que le hace sentirse en una encrucijada entre la necesidad de lo que deben hacer como profesionales y lo que pueden hacer (Berlinger *et al.*, 2020; Idareta *et al.*, 2017). Es fundamental una correcta gestión de las emociones y de los sentimientos de los/as profesionales, para no correr el riesgo de sufrir consecuencias mayores a nivel físico y

psicológico, derivadas de estos primeros síntomas (Clara *et al.*, 2019; Cuartero y Campos-Vidal, 2019).

Capítulo 3: CONSECUENCIAS PARA EL BIENESTAR DEL/DE LA PROFESIONAL

El Trabajo Social se caracteriza por entre otros atributos, “acompañar”, “apoyar”, “reconfortar” y “ayudar” a personas que están atravesando situaciones de sufrimiento (Alexander *et al.*, 2018; Ambrose-Miller y Ashcroft, 2016; Benish *et al.*, 2018; Montesino y Avendal, 2018). Para realizar una correcta intervención social es necesario que el/la profesional muestre una postura cercana, atenta y sincera con la persona que acude al Servicio (Moudatsou *et al.*, 2020; Robinson, 2013).

La práctica diaria del Trabajo Social requiere que los/as profesionales creen un vínculo y un compromiso con los/as usuarios/as (García-Domingo y Sotomayor-Morales, 2017; Morales-Llamas *et al.*, 2020). Esta relación de ayuda que se crea con la persona, conlleva una actitud empática y compasiva por parte del/de la trabajador/a social (Karen *et al.*, 2009; Gilbert, 2014). Es necesario comprender la experiencia traumática o situación de sufrimiento que está atravesando el usuario (Gerdes y Segal, 2011; Gladkova, 2010).

Según Boyle (2011), “ayudar a los demás es un privilegio”. Según, estudios realizados, la satisfacción de ayudar puede suponer un “coste” en el profesional, debido a que continuamente se expone al malestar, el dolor y la angustia que relatan los/as usuarios/as. A este hecho, hay que añadirle que el contexto laboral no acompañe (Aparicio *et al.*, 2013; Bae *et al.*, 2020; Bae *et al.*, 2019; Bluth y Neff, 2018; Caravaca-Sanchez *et al.*, 2019). Cuando el deseo de solventar las demandas es sobre exigido psicológicamente frente al sufrimiento y la expectativa de las personas más vulnerables, la naturaleza específica de las tareas desempeñadas o las características del ambiente de trabajo, se convierte en su conjunto en factores que pueden producir consecuencias sobre el/la profesional (Papazoglou y Chopko, 2017; Solé Blanch y Bossé, 2019).

En los últimos años, se ha creado una tendencia a prestar atención a la salud de los/as profesionales que atienden a ciudadanos vulnerables, personas que están sufriendo o viendo una experiencia traumática (Tung, 2020; Wagaman *et al.*, 2015; Wirth *et al.*, 2019; Yi *et al.*, 2018). Se ha evidenciado que este contexto repetido en el tiempo tiene repercusiones para el/la profesional sobre su bienestar físico, psíquico y social (Tang y Li, 2021); llegando

incluso a no poder desconectarse del trabajo. Produciéndose el desarrollo de un progresivo desgaste y diversas patologías mentales: estrés, ansiedad, fatiga, miedo, agotamiento (Wagaman *et al.*, 2015; Williamson *et al.*, 2020). Los/as trabajadores/as sociales son considerados uno de los grupos profesionales más vulnerables a desarrollar estas sintomatologías (Caringi *et al.*, 2017). Los estudios, en nuestro país, sobre el desarrollo de ciertos síndromes o patologías en los/as profesionales que se encuentran en contacto directo con el sufrimiento de las personas, se han centrado fundamentalmente en el campo de la sanidad (Dijxhoorn *et al.*, 2021; Gómez-Urquiza *et al.*, 2017).

Las investigaciones sobre profesionales de los Servicios Sociales en general y de los/as trabajadores/as sociales en particular, son menos numerosas (Caravaca-Sanchez *et al.*, 2019). No obstante, en base a la evidencia científica internacional y a los datos que revelan los compañeros sanitarios se ha comenzado a prestar más atención, a la evaluación de los costes profesionales de quienes desarrollan actividades en el campo de la intervención social (Cuartero y Campos-Vidal, 2019; Lidia y Cárdenas, 2018; Romero-Martín *et al.*, 2020).

En la literatura científica internacional de Trabajo Social es más común encontrar estudios que hablan del concepto fatiga por compasión o desgaste por empatía, o más actual aún el estrés traumático secundario, síndromes a los que el/la trabajador/a social se encuentra expuesto por las características de su trabajo (Kim *et al.*, 2020; Tang y Li, 2021; Wagaman *et al.*, 2015).

Revisando la literatura nacional, el síndrome más investigado en trabajadores/as sociales es el burnout (Morales-Llamas *et al.*, 2020; Romero-Martín *et al.*, 2020). La fatiga por compasión o la satisfacción por compasión, se encuentran actualmente algo más investigadas en trabajadores/as sociales (Cuartero, 2018). Estos tres elementos se relacionan con la calidad de vida profesional, la cual está escasamente estudiada en trabajo social (Galiana *et al.*, 2017).

Calidad de Vida Profesional

La calidad de vida profesional se especifica como la valoración por parte del/de la profesional de una proporción, entre las demandas de trabajo y los recursos disponibles para afrontarlas (Muñoz-Seco *et al.*, 2006). Las demandas, además de las cargas de trabajo, son el ambiente en que se desarrolla este, y las necesidades de formación, de colaboración en la

toma de decisiones y de seguridad en el puesto que ocupa. Los recursos para afrontarlas pueden ser psicológicos, organizacionales y de relación (Villarín *et al.*, 2015).

Stamm (2005), concibe la calidad de vida profesional como el grado en que los miembros de un grupo son capaces de satisfacer las necesidades personales, a través de sus experiencias, en el contexto organizacional donde se desempeñan, esta calidad influye de forma importante en la satisfacción del trabajo (Stamm, 2005). Vale decir, que la calidad de vida profesional está relacionada con el entorno laboral, con el entorno del/de la usuario/a y con el entorno del/de la profesional. Según Stamm (2005), la calidad de vida profesional está formada por un conjunto de factores negativos y positivos. Dentro de los efectos negativos derivados de la práctica profesional se encuentran la fatiga por compasión o desgaste por empatía y el burnout. El efecto positivo lo denomina satisfacción por compasión. Estos tres elementos componen lo que se designa como calidad de vida profesional para esta autora, que le dio un significado tridimensional a este concepto (Stamm, 2005).

El concepto de “calidad de vida profesional” ha sido registrado en el área de la salud y se considera fundamental prestar atención a la calidad de vida profesional, tanto en aspectos laborales como personales (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012). Los niveles bajos de calidad de vida del profesional no solo tienen consecuencias sobre la salud física y psicológica del mismo profesional, sino que sus efectos pueden reducir el compromiso con sus usuarios/as y modificar su actitud en el trabajo. Contrariamente, niveles más altos de calidad de vida pueden generar el aumento de la implicación laboral, generando beneficios en la atención a los/as usuarios/as (Duarte *et al.*, 2016; Ruiz-Fernández *et al.*, 2020; Villarín *et al.*, 2015).

Burnout

El burnout se considera un síndrome de agotamiento emocional, físico y mental, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse como consecuencia de la exposición continuada a estresores laborales (Gómez-García *et al.*, 2020; Hombrados-Mendieta y Cosano-Rivas, 2013). El concepto fue desarrollado por Maslach que definió sus tres dimensiones características: cansancio emocional, despersonalización, y disminución de la realización personal (Maslach *et al.*, 2001). Este síndrome está relacionado con los factores laborales y es una respuesta al estrés laboral crónico, con connotaciones negativas para el individuo y para la institución en la que este trabaja (Caravaca-Sanchez *et al.*, 2019; Gómez-García *et al.*, 2020; Morales-Llamas *et al.*, 2020). El burnout no solo afecta negativamente a la salud física y psicológica de los/as profesionales, sino que determina en

gran medida la calidad de la atención en los servicios (Gómez-García *et al.*, 2020; Gómez-García *et al.*, 2020; Hombrados-Mendieta y Cosano-Rivas, 2013). El llamado síndrome de "estar quemado" es una revelación del desgaste personal del/de la profesional, a consecuencia de las características del trabajo (Woo, 2013). Se siente una gran insatisfacción con el trabajo realizado, que constituye un agotamiento en todos los niveles del interior del/de la profesional (Ruiz-Fernández *et al.*, 2020). Los signos que la persona presenta son cansancio físico, estado de desánimo y agotamiento emocional (Roney y Aciri, 2018; Hombrados-Mendieta y Cosano-Rivas, 2013).

En su ejercicio profesional el/la trabajador/a social coexiste en un entorno laboral que, en ocasiones favorece la aparición de este síndrome (Soto y González, 2018). Entre los factores que pueden ser un antecedente para que los/as trabajadores/as sociales desencadenen síntomas de padecer burnout se encuentran la gran burocratización del sistema, la forma de gestionar la distribución de recursos, la falta de profesionales, no poder llevar a cabo los valores de la profesión, etc. (Hombrados-Mendieta y Cosano-Rivas, 2013; Romero-Martín *et al.*, 2020).

Fatiga por Compasión, Desgaste por Empatía, Estrés Traumático Secundario

En 1995 Figley definió la fatiga de compasión como “las conductas y reacciones emocionales naturales derivadas de conocer un evento traumático experimentado por otra persona significativa. También, como el estrés resultante de ayudar o querer ayudar a una persona traumatizada o que está sufriendo” (Figley, 2013). Es decir, como “el coste de preocuparse por los otros o por su dolor emocional” (Figley, 2002). La fatiga por compasión provoca un déficit de comunicación por parte del/de la profesional con el/la usuario/a, familiares y resto de compañeros/as (Nolte *et al.*, 2017) y se puede considerar como un mecanismo evitativo, ante el sufrimiento de los/as usuarios/as atendidos (Babineau *et al.*, 2019).

El desgaste por empatía es un concepto en evolución, relacionado con el anterior, y se asocia con el “coste de cuidar” de otros que padecen sufrimiento emocional (Figley, 2013). Figley (2002) identificó dos elementos clave e imprescindible, que deben estar presentes para desencadenar el síndrome de desgaste por empatía: una actitud empática hacia la otra persona y una convicción para exponerse directamente al sufrimiento de los demás (Figley, 2002). Este mismo autor sostiene que la percepción del sufrimiento ajeno crea espontáneamente empatía hacia quien sufre. Este hecho puede ocasionar efectos positivos o negativos sobre

quien interviene repetidamente en las experiencias de sufrimiento de las personas (Figley, 2013).

El/la profesional (como es el caso de los/as trabajadores/as sociales), que durante su trabajo comparte de forma prolongada situaciones cargadas de dolor o que se encuentra en contacto repetido con personas que están sufriendo, se localiza expuesto a una situación de desgaste emocional debido al exceso de carga emocional o sobre saturación de emociones (Anālayo y Dhammadinnā, 2021; Jay *et al.*, 2020). Este puede romper el equilibrio mental y emocional del/de la profesional, dando como resultado el síndrome de desgaste por empatía (Cuartero, 2018; Deering, 1996).

El estrés traumático secundario, se describe como el proceso por el cual "una persona observa el sufrimiento de otra y nota paralelamente, las mismas respuestas emocionales a las emociones reales o esperadas del otro individuo" (Meda *et al.*, 2012). En relación a estos conceptos, otros estudios, hablan del trauma secundario vicario, entendiendo este como, "aquellas emociones y conductas resultantes de la interacción con eventos traumáticos experimentado por otros" (Digital *et al.*, 2013).

Los/as trabajadores/as sociales son profesionales con altas habilidades empáticas y, se encuentran diariamente expuestos en su labor profesional al dolor de sus usuarios/as (Cuartero, 2018). La práctica diaria de su trabajo implica que se despliegue un cierto grado de relación, compromiso y confianza con las personas que atienden siendo testigos de sus estados de ánimo. Por ello, y a pesar de ser profesionales preparados, se encuentran en riesgo de padecer fatiga por compasión, desgaste por empatía o estrés traumático secundario (Wagaman *et al.*, 2015). Por otro lado, también se ha investigado que existe un aspecto positivo del desempeño laboral frente a situaciones de sufrimiento, estrés o elevada exigencia. La literatura lo denomina satisfacción por compasión (Mooney *et al.*, 2017). Esto es, el sentimiento de logro derivado de los esfuerzos realizados para ayudar a otra persona (Pelon, 2017).

Satisfacción por Compasión

La satisfacción por compasión actúa como factor de protección, de manera que los/as profesionales pueden experimentar esta sensación al realizar bien su trabajo, incluyendo además la satisfacción en su relación con los/as compañeros/as de trabajo y la sensación de valor social del trabajo realizado (Sabo, 2011). La satisfacción por compasión fue definida por

Figley (1995), como el sentimiento de logro derivado del esfuerzo por ayudar a otra persona (Figley, 2013). Stamm (2005) la definió como la recompensa positiva, así como los sentimientos satisfactorios por contribuir con la organización, compañeros y la sociedad. Se experimenta felicidad, éxito y satisfacción con el trabajo que se realiza y se quiere seguir realizando (Stamm, 2005).

Actualmente, aunque se ha demostrado que las personas que han escogido profesiones relacionadas con la ayuda, sienten satisfacción al asistir a los demás (Stamm, 2012). Es un hecho probado que, trabajar en contextos estresantes y con personas que están sufriendo, puede tener consecuencias negativas sobre la percepción de la calidad de vida profesional (Soto-Rosales y González-Losada, 2018; Tang y Li, 2021).

Es por tanto que, se puede entender que los síndromes descritos anteriormente son la consecuencia final del proceso progresivo y acumulativo derivado del contacto prolongado, continuado e intenso con personas que están sufriendo, lo que produce en el/la profesional un estado de agotamiento, disfunción biológica, psicológica y relacional, resultado de la exposición inmediata o prolongada al sufrimiento de los demás (Caringi *et al.*, 2017; Cuartero y Campos-Vidal, 2019; Wagaman *et al.*, 2015). Cuando un/a profesional del Trabajo Social experimenta dichos fenómenos, su capacidad para empatizar, conectar y ayudar a sus usuarios/as se ve gravemente disminuida (Cuartero y Campos-Vidal, 2019). Es el “coste de cuidar”, es decir, el precio que los profesionales pagan en el proceso de ayudar a personas en situaciones de un sufrimiento intenso o de trauma (Delgado *et al.*, 2018).

Es por todo esto que, Carmina Puig afirma que, a menudo se exige a los/as profesionales tomar distancia y separar de forma artificial la vida del trabajo, pero este mandato es contraproducente porque niega la realidad y el riesgo. Los/as profesionales, sufren, sienten, tienen esperanzas e ilusiones. Es inevitable la exposición del/de la trabajador/a social al sufrimiento que vive la persona o a la implicación (Puig, 2015; Puig, 2017). Sin embargo, se ha demostrado que existen componentes que pueden ayudar al/a la profesional en el contacto con el sufrimiento de la persona (e incluso es beneficio para la persona atendida) (Bae *et al.*, 2020; Howe, 2017). Actuando como factores protectores frente a las patologías descritas anteriormente. Entre los descritos en la literatura, se subrayan la compasión y la empatía (Bae *et al.*, 2019; Ma y Wang, 2021; Ortega-Galán *et al.*, 2019).

Capítulo 4: COMPASIÓN

4.1. Origen

La palabra compasión deriva del griego *συμπάθεια* (*sympatheia*), cuya etimología indica un sentimiento de simpatía, y del latín *cumpassio*, que enfatiza en la sensación de tristeza (Buxarrais, 2009; Vieyra, 2020). Sobre la forma en la que apareció y ha evolucionado la compasión, existen diferentes líneas de investigación (Gilbert, 2017; Goetz *et al.*, 2010). Están las teorías que poseen más relevancia, las cuales sugieren que la compasión comenzó a desarrollarse en los primeros homínidos, dado que favorecía un mejor cuidado de las crías (Goetz *et al.*, 2010; Strauss *et al.*, 2016). La compasión habría colaborado en un mejor cuidado ante la vulnerabilidad de las crías del género *Homo* que requerían más atenciones de entre los mamíferos, hasta que alcanzaran la madurez suficiente para valerse por sí mismas (Kanov *et al.*, 2004; Oveis *et al.*, 2010).

Otra teoría, recogida por Goetz *et al.* (2010) es la que cree que la compasión habría fomentado parejas monógamas y más estables entre los homínidos, permitiendo un cuidado más efectivo de las crías. Finalmente, los estudios parecen indicar que la compasión hizo progresar a sociedades más cooperativas (Goetz *et al.*, 2010). Los hallazgos de un estudio realizado por Stellar *et al.* (2015) sugieren que la compasión se acopla a una rama del sistema nervioso autónomo, que es viejo en la evolución de los mamíferos, y que participa en el compromiso social y de cuidado (Stellar *et al.*, 2015). Hofmann *et al.* (2011), piensan en este sentido que es muy probable que se trate de un fenómeno humano universal, es decir, susceptible de aparecer en cualquier contexto cultural o histórico.

Se han realizados estudios que muestran que la experiencia de la compasión mejora la percepción de similitud con el otro, en particular con aquellos que son vulnerables y débiles. Una intuición social que está relacionada con la prestación de atención (Finlay-Jones, 2017; Oveis *et al.*, 2010; Quaglia *et al.*, 2020). Todas estas teorías e investigaciones buscan el origen de una emoción o agitación que se encuentra en el epicentro de nuestro desarrollo moral (Goetz *et al.*, 2010; Hofmann *et al.*, 2011) y que, en la evolución de nuestra especie, desempeñó un papel fundamental asegurando así nuestra supervivencia (Goetz *et al.*, 2010; Stellar *et al.*, 2015). La compasión hace volver la mirada al sufrimiento de otro ser igual a nosotros (Feldman y Kuyken, 2011).

4.2. Definición

Desde la etimología, en español, la palabra compasión proviene de la palabra latina *compati* ‘sufrir con’. El diccionario de la Real Academia Española define la compasión, como el «sentimiento de conmiseración y lástima que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias» (Diccionario de la lengua española). Esta definición se encuentra fuertemente arraigada con la tradición judeocristiana, donde el sentimiento de lástima prevalece, lo que provoca una sensación de superioridad hacia quien sufre (Goldfried y Miner, 2002; Schantz, 2007). Esta definición de compasión es totalmente diferente a la de la mayoría de los países anglosajones o a la visión de la compasión que se usa en mindfulness, donde se presupone como un sentimiento entre iguales (Conversano *et al.*, 2020; Gilbert, 2017).

Según la literatura existente, la compasión se ha definido desde diferentes perspectivas (Schantz, 2007).

La compasión ha sido considerado un valor cristiano desde hace décadas (Rokeach, 1969). El significado bíblico de compasión deriva de la traducción de la palabra en hebreo *rajám*, que indica la muestra de misericordia y el albergue de piedad (Blowers, 2010). La compasión cristiana es el ejercicio y el resultado de compadecerse, por las miserias y por aquellos que sufren (Batson *et al.*, 1999). El valor de la compasión conlleva a la amabilidad y asistencia para los más necesitados. Y, al perdón de los que hacen el mal porque también son víctimas de otros y, a la reconciliación de todos, porque todos padecemos de males (Yoffe, 2012).

Desde la perspectiva budista: la compasión surge cuando el amor se reúne con el sufrimiento, siendo el sufrimiento un requisito previo para la compasión, la cual es una cualidad básica de los seres humanos enraizados en el reconocimiento y el deseo de aliviar el sufrimiento, y que da lugar a comportamientos prosociales (Kabat-Zinn, 2003; Keng *et al.*, 2012). La compasión en el budismo es la esencia de la vida espiritual (Kabat-Zinn, 1982). Indica la forma en que se debe mirar y tratar a todos los seres vivos, pues todos somos iguales y toda vida alberga sufrimiento. La compasión budista también significa tener respeto por la dignidad que cada ser vivo merece (Walker y Mann, 2016).

Desde occidente, la psicología entiende la compasión como un constructo psicológico complejo que involucra aspectos cognitivos, afectivos y características de comportamiento (Asensio-Martínez *et al.*, 2017; Gilbert, 2017). Por eso, desde la perspectiva de la psicología una de las definiciones más usada es la de Goetz (2010), quien define la compasión como “el sentimiento que surge al presenciar el sufrimiento de otro y que conlleva un deseo de ayudar”

(Goetz *et al.*, 2010). Paul Gilbert, también utilizó una descripción muy similar sobre qué es la compasión. “La profunda conciencia del sufrimiento de uno mismo y del de otros seres, junto con el deseo de ayudar a evitarlo” (Gilbert, 2014; Gilbert, 2009).

Cronológicamente, la compasión ha sido definida por numerosos autores a lo largo de los años, coincidiendo en algunos aspectos y haciendo que el significado evolucione. De la revisión de la literatura, algunas de las definiciones a destacar son las siguientes (Araya y Moncada, 2016; Asensio-Martínez *et al.*, 2017; García-Díaz, 2020; Gilbert, 2017):

_Para Wispe (1991), “la compasión implica sensibilidad a la experiencia del sufrimiento. Esto significa la apertura de la propia sensibilización al dolor de los demás, sin evitarlo, permitiendo que los sentimientos de amabilidad hacia los demás y un deseo de aminorar su sufrimiento emerja” (Wispé y Wispé, 1991). En su libro «El arte de la Compasión: la práctica de la sabiduría en la vida diaria» Dalai Lama (2000) se refería a la compasión así: “la compasión sirve de bien poco si permanece solo como una idea y no se convierte en una actitud hacia los otros que imprime su huella en todos nuestros pensamientos y acciones” (Lama, 2002).

_Neff (2003), la compasión: “implica ofrecer una comprensión sin juicio a aquellos que fallan, de modo que sus acciones y comportamientos se vean en el contexto de la vulnerabilidad humana compartida, siendo tocado y abierto al propio sufrimiento, sin evadirse o desconectarse de él, generando el deseo de aliviar el sufrimiento y curarse con bondad” (Neff, 2003).

_Grossman y Dam (2011), estos autores afirman que “la compasión puede definirse como un sentimiento de profunda simpatía y tristeza por aquel que es víctima de la desgracia, acompañado de un fuerte deseo de aliviar ese sufrimiento” (Grossman y Van Dam, 2011).

Una revisión sistemática de la literatura sobre la compasión en el cuidado de la salud, se refiere a la compasión como “la sensibilidad que se muestra para comprender el sufrimiento de otra persona, junto con la voluntad de ayudar y promover el bienestar de esa persona, a fin de encontrar una solución a su situación” (Perez-Bret, Altisent, y Rocafort, 2016). Por tanto, se deduce que la compasión la componen dos elementos claves, por un lado, la sensibilidad al sufrimiento de los otros y de uno mismo y, por otro lado, el compromiso de aliviar ese sufrimiento (Gilbert, 2017; Goetz *et al.*, 2010). Para Smith *et al.* (2014), la sensibilidad al sufrimiento está basada en la empatía, en comprender lo que pasa en la mente

del otro y lo más determinante de la compasión es el deseo de aliviar el sufrimiento del otro (Smith *et al.*, 2014).

Es por ello, que como expresa Paul Gilbert, la compasión es una motivación (y no una emoción) que orienta la conducta humana (Gilbert, 2014). Siguiendo con este autor, en un estudio publicado con Sue Procter (2006), indicaron que la compasión consta de una serie de componentes: en primer lugar, la motivación por cuidar del propio bienestar y del de los demás, de manera altruista. En segundo, la sensibilidad y la empatía afectiva hacía el malestar de los demás y el que se genera en uno mismo, y muy importante reconocer que emociones pueden bloquear esto. Otro elemento clave, es la apertura emocional hacia los sentimientos y las necesidades de los demás, y ser conscientes de que la angustia del otro puede afectar emocionalmente. Saber tolerar las emociones, el malestar y la angustia de la otra persona y las propias. Es importante no juzgar, ni acusar, así se permite ahondar en la empatía y profundizar en el conocimiento de la condición humana. La empatía cognitiva es la que entra en juego aquí, las habilidades cognitivas que permiten comprender las razones del sufrimiento del otro y una comprensión de lo que es necesario para aliviar ese sufrimiento (Gilbert y Procter, 2006).

4.3. Beneficios de la Compasión

Se ha demostrado que el sentimiento de la compasión en el ser humano como grupo social es muy beneficioso, a través del fomento de la conducta prosocial (Goetz *et al.*, 2010). A su vez, existen estudios que señalan que la compasión, reporta numerosos beneficios en uno mismo y supone el fomento de una estrategia de afrontamiento de la realidad potencialmente poderosa (Cochrane *et al.*, 2019; Gilbert, 2014; Lilius *et al.*, 2008; Kirby *et al.*, 2017). La compasión es el valor que surge de la comprensión y la empatía frente a aquellas personas que se encuentran en una situación de sufrimiento peor que la propia (Asensio-Martínez *et al.*, 2017; Gilbert, 2017; Goetz *et al.*, 2010; Perez-Bret *et al.*, 2016). Así pues, al comprender el sufrimiento de la otra persona se permite que todos sean tratados con igualdad, además la compasión empuja a ayudar al que sufre (Conversano *et al.*, 2020; Schantz, 2007).

Las investigaciones que se están centrando en demostrar los beneficios de la compasión en la persona muestran que, ante una situación potencialmente angustiada, cuando la persona que la está experimentando responde con compasión se ve fortalecida del efecto positivo que esta tiene (Austin *et al.*, 2021; Immordino-Yang *et al.*, 2009; Klimecki *et al.*,

2014; Oveis *et al.*, 2010). Así pues, la compasión puede ayudar a conseguir una mejor salud mental, especialmente situaciones adversas que nos generan angustia y sufrimiento (Bellosta-Batalla *et al.*, 2019; Leaviss y Uttley, 2015; McClelland y Vogus, 2014; Kirby, 2017; Bluth y Neff, 2018).

Klimecki *et al.* (2014) realizaron un estudio en el que se evaluaba el efecto que el entrenamiento en compasión tenía sobre la plasticidad cerebral. Esta mejoraba la respuesta ante la adversidad ya que, a pesar de acercarse al sufrimiento, se veían potenciados los sentimientos positivos (Klimecki *et al.*, 2014). Según, Oveis *et al.* (2010), las investigaciones de neuroimagen sugieren que la corteza prefrontal ventromedial, una región involucrada en la toma de perspectiva, se activa durante la compasión, sin embargo, esto no ocurre durante otros estados prosociales (Oveis *et al.*, 2010). La compasión se acompaña de activaciones en regiones típicamente asociadas con la recompensa, el amor y la afiliación (Immordino-Yang *et al.*, 2009). Otras investigaciones han constatado cambios en el sistema nervioso autónomo de los sujetos del estudio cuando se les proporcionaban cuidados compasivos, reflejando un cambio hacia una mayor actividad parasimpática y mejoras en el bienestar (Shaltout *et al.*, 2012).

Relacionando los hallazgos de las investigaciones, estos inducen a demostrar que la compasión aporta grandes beneficios al ser humano (Roeser *et al.*, 2018). La compasión incluye una conmoción que tiene aspectos negativos, ya que supone entrar en contacto con el sufrimiento de otra persona y eso hace sufrir (Perez-Bret *et al.*, 2016). El sufrimiento está presente en la sociedad, pero es desagradable y nadie lo quiere cerca. La percepción del sufrimiento es una condición previa para sentir compasión. En este sentido las investigaciones proponen diferentes técnicas para fomentar y trabajar la compasión, de este modo será más beneficiosa que perjudicial (Bedregal *et al.*, 2020; Finlay-Jones *et al.*, 2017; McLean, Steindl, y Bambling, 2018; Pons y Araya-Véliz, 2016).

Capítulo 5: EMPATÍA

5.1. Origen y evolución de la empatía

El término empatía deriva del griego em-patheira, que significa “sentir en” o “sentir dentro” (Hardee, 2003). Múltiples corrientes han venido estudiando la capacidad humana para

empatizar (psicología, medicina, neurología, educación, trabajo social...), lo que ha generado diferentes líneas de investigación (Mattelmäki *et al.*, 2014).

El concepto de la empatía, a lo largo de la historia, se ha estudiado desde dos grandes corrientes: desde una visión cognitiva, al inicio, y desde una visión afectiva con el paso del tiempo (Brems, 1989). Los primeros autores que empezaron a unir ambas visiones, consiguiendo un concepto más completo, lo hicieron a finales del siglo XX (Davis, 1983; Davis *et al.*, 1987; Hoffman y Levine, 1976). Hasta el siglo XX la empatía era un concepto ligado a la filosofía estética, relacionándola con la idea de que una persona pudiera verse profundamente afectada por la disposición anímica de algo (Bermejo *et al.*, 2013). Autores como Tichener, Scheler y Stein, comenzaron a relacionarse la empatía con aspectos más filosóficos y psicológicos (Bermejo, 2012).

Lipps fue el primer pensador que organizó el concepto en el campo de la psicología, concluyendo que los sujetos se proyectaban en las configuraciones percibidas. Este autor señaló que “la empatía se produce por la imitación interna que tiene lugar a través de una proyección de uno mismo en el otro” (Figuroa *et al.*, 2005). Así pues, el concepto de la empatía fue calando en el campo psicológico. En la época de los años sesenta se instaura la dimensión afectiva en la comprensión de la empatía, y los autores comenzaron a aproximarse a una definición de la empatía en el campo de lo emocional (López *et al.*, 2014).

Davis, fue el primer investigador que agrupó las dimensiones cognitiva y afectiva, creando una definición más integradora. Propuso una visión multidimensional de la empatía, que obtuvo una amplia aceptación en el mundo académico (Davis, 1983; Davis *et al.*, 1987). Igartua y Páez (1998) engloban la visión cognitiva y afectiva desde la perspectiva situacional. Los factores situacionales son mediados por las habilidades cognitivas, las cuales permiten discernir cual es la acción más adecuada que debe seguirse frente a la situación concreta con los demás, sin dejar de lado las experiencias vividas y las reflexiones (Figuroa *et al.*, 2005).

A principios de los años noventa se empieza a introducir el estudio de la empatía, desde la perspectiva de la inteligencia emocional. Este concepto tomó fuerza tras la publicación del libro “Inteligencia Emocional” de Daniel Goleman (1996). La crítica más potente que se le hace a este enfoque es que, solo observa la empatía como una habilidad o capacidad cognitiva, dejando de lado los aspectos más emocionales (Fernández-Pinto *et al.*, 2008).

En el siglo XXI, el concepto de la empatía ha seguido suscitando interés en infinidad de campos de estudio como la neurología, la biología y la psicología (Doñate y Ferrete, 2019). Los hallazgos del neurocientífico Rizzolatti y su equipo sobre las neuronas espejo han sido claves, para confirmar la capacidad innata de la empatía (Rizzolatti y Sinigaglia, 2008). La evolución del término empatía ha asumido que se compone de ambos aspectos (cognitivo y emocional). En la actualidad se la describe como una habilidad comunicativa, una capacidad del ciudadano para convivir en sociedad, o un aspecto que forma parte de la inteligencia emocional (Bollmer, 2017; Levett-Jones *et al.*, 2019). Actualmente, las líneas de desarrollo de la empatía se presenta como una habilidad comunicativa que facilita la adaptabilidad y la cohesión en el grupo (Levett-Jones *et al.*, 2019).

5.2. Definición

En la actualidad, se sabe que la empatía es un concepto polisémico, por lo que su complejidad a nivel neuronal, fisiológico y emocional es alto (Gladkova, 2010). Un estudio realizado por Cuff *et al.* (2016) desveló las diferentes definiciones existentes a través de una exhaustiva revisión sistemática. De estas, solamente en inglés encontraron cuarenta y tres definiciones distintas (Cuff *et al.*, 2016). Según afirma la literatura, no existe una definición correcta o concreta sobre la empatía; solamente existen definiciones diferentes (Davis, 2006; Gladkova, 2010).

Partiendo de un enfoque más afectivo encontramos la definición de Eisenberg y Strayer. Estos autores definen la empatía, como una respuesta emocional que brota del estado emocional del otro y que es congruente con ese estado emocional del otro, pudiendo empatizar con una alta gama de sentimientos (Robinson *et al.*, 2007). Mehrabian y Epstein (1972) definen la empatía como la experiencia vicaria del estado emocional de los demás (Mehrabian y Epstein, 1972). Según Davis (1983), la empatía es esa capacidad psicofisiológica que nos permite sentir y percibir el bienestar y el malestar del otro, desde una perspectiva cognitiva y emocional (Davis, 1983).

Una de las definiciones más utilizada es la de entender la empatía como una reacción emocional lícita y congruente con el estado emocional del otro, asemejándose así a lo que los demás sienten o pueden llegar a sentir (Sánchez-Queija *et al.*, 2006). Decety y Jackson (2004) describen la empatía como la experiencia natural y subjetiva entre los sentimientos

expresados por uno mismo y los de los demás, sin perder de vista a quién pertenecen esos sentimientos (Decety y Jackson, 2004).

En el área de las relaciones de ayuda se considera que la empatía “es la capacidad de ser sensible, comprender, darse cuenta de los sentimientos, pensamientos, experiencias y significados de otra persona, sin que estos sentimientos, pensamientos y experiencias hayan sido necesariamente comunicados de manera objetiva y explícita” (Devesa *et al.*, 2015). Para Moya (2014), la empatía contribuye al desarrollo ético y moral y afirma que los humanos son cada vez más empáticos (Bellosta-Batalla *et al.*, 2019).

La gran cantidad de definiciones de empatía conlleva a pensar en ella como una capacidad, una reacción, un proceso, una variable de interacción, un rasgo de la personalidad o una actitud (Castillo-Charfolet y Castillo-Charfolet, 2016). Como afirma Carpena (2016), “*la empatía no es una idea romántica, ni una cualidad de algunos, ni una aportación espiritual de otras culturas, sino una capacidad humana que ha ido cambiando a lo largo de la evolución y que puede seguir haciéndolo*”. La empatía puede ser desarrollada y la educación tiene un papel fundamental en ello, tanto como el marco en el que se desarrolla. El camino empieza por la empatía con uno mismo, continúa con las personas cercanas y, trascendiendo al propio grupo, debe llegar a sentimientos universales con consciencia de formar parte de la humanidad (Carpena, 2016).

5.3. Beneficios de Empatía

La empatía se ha convertido un en termino muy utilizado, de hecho, el uso coloquial de la palabra podría hacer pensar que se trata de un constructo sencillo y de fácil comprensión, sin embargo alberga años de estudios (Castillo y Castillo, 2016; Young *et al.*, 2018). La mayor parte de la población cree conocer su significado y lo utiliza de forma corriente en conversaciones cotidianas, como sinónimo de “*conectar con*”, “*escuchar*” o “*comprender*”, entre otros. La vulgarización del concepto ha provocado que la empatía sea un concepto escurridizo, que incita a la confusión (Carlos *et al.*, 2013; Cuff *et al.*, 2016; Mattelmäki *et al.*, 2014).

En este momento, la empatía se considera una actitud clave en las personas. Se investiga en todos los profesionales, en diferentes colectivos, en menores, adolescentes, en adultos y se han creado diferentes escalas para medirla (Bellosta-Batalla *et al.*, 2019; Blowers, 2010; Riva *et al.*, 2018). Establecer una relación empática con alguien parece algo natural,

cotidiano y simple, pero en realidad se traduce en un complejo circuito cerebral asentado en las neuronas espejo, creado a partir de miles de años de evolución (Davis, 2006). La empatía es el resultado del éxito evolutivo y ha supuesto un punto clave para el desarrollo de los seres vivos (Ma y Wang, 2021), posibilitando a las personas relacionarse en parejas y grupos en el proceso de socialización (López *et al.*, 2014).

En los/as profesionales que se encuentran en relación con otras personas, la empatía se considera un elemento esencial (Weisz y Zaki, 2018). En el campo de lo social, para los/as profesionales la empatía tiene una importancia primordial (Lavee y Strier, 2018). Más concretamente en el área del Trabajo Social, la empatía tiene una importancia fundamental, ya que sobre ella se sostiene el vínculo con el usuario, posibilitando la sensibilización, comprensión y capacidad de darse cuenta de los sentimientos (Gerdes y Segal, 2011), pensamientos, experiencias y significados de otra persona sin que estos sentimientos, pensamientos y experiencias hayan sido necesariamente comunicados de manera objetiva y explícita (Eriksson y Englander, 2017; Karen *et al.*, 2009).

Es considerada una cualidad imprescindible en cualquier relación orientadora y en la relación de ayuda (Greeno *et al.*, 2018). En el ámbito de las profesiones de ayuda (como son los/as trabajadores/as sociales) la empatía supone la capacidad de ser sensible, comprender los sentimientos, experiencias y significados del otro (King, 2011). Se considera por tanto, que ha de ser una cualidad, capacidad, habilidad o destreza que profesionalmente se ha de incluir en la relación con el usuario (Greeno *et al.*, 2018; Holm, 2002).

Hablar de empatía en profesionales del trabajo social, pasa por mencionar a Carl Rogers. Este psicólogo norteamericano, creador del enfoque centrado en la persona, trabajó directamente durante años con trabajadoras sociales del ámbito psiquiátrico. Recibió influencias de ellos/as, sus conocimientos y su práctica profesional y, a su vez, ejerció grandes influencias sobre el trabajo social. Cuando Rogers habla de la empatía, la considera uno de los tres elementos necesarios y suficientes para la relación de ayuda. La define como el acto de *“percibir el mundo interno de significados privados y personales del paciente como si fueran los propios, pero sin nunca perder la cualidad del “como si”, esto es la empatía, que parece esencial para una relación promotora del crecimiento”* (Rogers, 1958).

Los hallazgos han demostrado que la empatía es un elemento importante para lograr una intervención de carácter positivo, tanto para el profesional como para el usuario. Es fundamental para lograr una comunicación adecuada y conseguir resultados efectivos (Greeno

et al., 2018; Weisz y Zaki, 2018). Si los/as profesionales no pueden distinguir dónde empiezan y acaban sus emociones. Si no tienen la capacidad de diferenciar sus emociones de las que les provocan sus usuarios/as, se implicarán emocionalmente, perdiendo la capacidad de ayudar y acompañar en procesos de intervención (Aparicio *et al.*, 2013; Michalopoulos y Aparicio, 2012). Los aspectos cognitivos de la empatía pueden ser estudiados, practicados y entrenados, mediante el uso de técnicas de pensamiento y de acción (Bennett-Levy *et al.*, 2001; Shao *et al.*, 2018).

5.4. Compasión y Empatía como factor protector de la Salud de los/as trabajadores/as sociales

En la práctica diaria de su labor, se considera fundamental una actitud empática y compasiva por parte del/ de la trabajador/a social (Senreich *et al.*, 2020; Walter y Shenaar-Golan, 2018). La empatía permite al/a la profesional relacionarse con las vivencias de la otra persona. Es esencial comprender a la persona que está sufriendo, sin juzgarla o culparla (López *et al.*, 2014). A través de la empatía, el/la trabajador social experimenta una apertura emocional y mental hacia la otra persona, de este modo, comprende mejor que piensa y siente (Hunt *et al.*, 2019). Tan solo debe observar, y con amabilidad y cuidado aproximarse al universo único en el que vive el/la usuario/a (Robinson *et al.*, 2007). Percibiendo la manera diferente de vivir, sentir o interpretar la vida que esa persona tiene, y sus experiencias que son únicas (Levett-Jones *et al.*, 2019).

Para mantener esta actitud de gran apertura, el/la profesional ha de estar presente en sí mismo, pero al mismo tiempo tiene que dejarse guiar por lo que la persona le está mostrando (Eriksson y Englander, 2017). La empatía amplifica la capacidad de ayuda. El/la trabajador/a social de este modo, se preocupa por lo que otra persona está viviendo, a su vez, acompaña a la persona en los peores momentos y de más sufrimiento (Riva *et al.*, 2018). Saber usar la actitud empática protege al/a la profesional del agotamiento emocional (Howe, 2017). Es por ello, que el/la trabajador/a social debe mantenerse en el presente, con una actitud de apertura hacia la vivencia del otro y hacia la propia. Experimentar la serenidad y tranquilidad interna y saber controlar la comunicación verbal y no verbal, de manera humanizada (Cochrane *et al.*, 2019; Davis, 2006; Raab, 2014).

Por su parte, la compasión, se considera clave en la relación con las personas que está sufriendo, la compasión ayuda a crecer y comprender mejor a los demás y a uno mismo

(Immordino-Yang *et al.*, 2009). El término compasión se ha malinterpretado durante mucho tiempo, siendo sustituido o confundido por el de lástima (Goetz *et al.*, 2010). La compasión nace de la empatía, ya que si no conectas a nivel emocional con la otra persona, no podrás sentir compasión (Smith *et al.*, 2014). Sin embargo, la compasión va más allá, nace en el interior de la persona cuando observa el sufrimiento de otra persona y siente la necesidad de aliviar su sufrimiento, de reducir ese profundo malestar y angustia que el otro siente (Gilbert, 2017). La compasión es la máxima expresión donde en este caso el profesional se expone al dolor emocional con tal de ayudar a otra persona y aliviar su carga (Cochrane *et al.*, 2019).

La compasión deja al descubierto la parte más vulnerable y más profundamente humana del/de la profesional, que al ser capaz de sentir el dolor ajeno descubre la fuerza que existe en su interior (Feldman y Kuyken, 2011). En el budismo, la compasión es entendida como el deseo de que el sufrimiento cese (en uno mismo y en los demás). Se considera que para que la compasión sea firme, debe ir ligada a la bondad, el deseo profundo de que el sufrimiento se acabe y todos los seres sean felices (Anālayo y Dhammadinnā, 2021).

Una de las razones más importantes por las que el/la trabajador/a social debe mostrarse compasivo es porque debe saber que sus usuarios/as a pesar de experimentar sufrimiento, también pueden alcanzar la felicidad y la alegría (Geoffrion *et al.*, 2016; Immordino-Yang *et al.*, 2009). Por este motivo se recomiendan practicar para desarrollar la compasión a través de la escucha y la comunicación consciente, y de este modo, desarrollar la comprensión compasiva y la gratitud (McClelland y Vogus, 2014; Ruiz-Fernández *et al.*, 2020).

SEGUNDO BLOQUE: OBJETIVOS Y MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivos

Objetivo general

Estudiar la percepción, vivencias, emociones y sentimientos que tienen los/as profesionales del Trabajo Social sobre el Sistema Público de Servicios Sociales frente al sufrimiento de las personas más vulnerables.

Para alcanzar dicho objetivo general, se han postulado diferentes objetivos específicos que son abordados en los diferentes estudios que integran la sección de resultados de la presente tesis doctoral.

Objetivos específicos

Primer objetivo específico:

En primer lugar, se realizó un estudio cuyo objetivo fue describir las percepciones de los/as trabajadores/as sociales sobre sus experiencias vividas en diferentes áreas del Sistema Público de Servicios Sociales.

Segundo objetivo específico:

Tras conocer como perciben los/as trabajadores/as sociales que se encuentra el Sistema Público de Servicios Sociales donde trabajan diariamente. Se realizó un estudio cuyo objetivo fue identificar las emociones, sentimientos y experiencias que tienen los/as trabajadores/as sociales al atender a personas en situaciones de vulnerabilidad.

Tercer objetivo específico:

El objetivo del último estudio, fue explorar y comprender las experiencias de los/as trabajadores/as sociales en la gestión del sufrimiento y las percepciones sobre la empatía y la compasión en el entorno socio comunitario.

2.2. Metodología

Diseño

Para llevar a cabo los objetivos de cada estudio que componen esta investigación se desarrolló un estudio cualitativo, basado en un enfoque hermenéutico, en cada caso.

Según Van Manen, este enfoque permite el estudio de experiencias no conceptualizadas vividas por las personas, así como el significado de estas experiencias. Asimismo, fue posible realizar un análisis en profundidad de las experiencias laborales diarias de los/as trabajadores/as sociales en los Servicios Sociales Comunitarios y los Servicios de

Salud. Se exploraron e interpretaron sus sentimientos y percepciones sobre el Sistema Público de Servicio Sociales, la atención a personas vulnerables y finalmente se ahondaron en los conceptos empatía y compasión.

Emplazamiento

Los participantes del estudio fueron trabajadores/as sociales de los Servicios Sociales Comunitarios y de Salud del Sistema Público de Salud de Andalucía en la provincia de Almería (España). Los Servicios Sociales Comunitarios en Andalucía se distribuyen de la siguiente manera: en las capitales y ciudades de más de 20.000 habitantes, los municipios llevan a cabo la gestión de estos servicios. En ciudades/pueblos con menos de 20.000 habitantes, la Diputación realiza la gestión. En concreto, en la ciudad de Almería existen 4 centros de Servicios Sociales Comunitarios gestionados por el Ayuntamiento. En cuanto al Servicio Andaluz de Salud, en la ciudad de Almería existen 13 centros de salud (6 de ellos son centros con trabajador/a social a jornada completa).

Participantes

Participaron un total de 23 trabajadores/as sociales. De ellos/as, 11 trabajaban en Centros de Servicios Sociales Comunitarios y 12 trabajaban en el Servicio Andaluz de Salud.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- ocupar un puesto estable como profesional del Trabajo Social en los Servicios Sociales Comunitarios y/o en el Servicio Andaluz de Salud y prestar asistencia regular a las personas que lo necesiten.

Se excluyeron a los siguientes profesionales:

- profesionales con contrato de trabajo temporal o poca experiencia laboral,
- profesionales en puestos directivos,
- profesionales que no tuvieron contacto con personas en situación de vulnerabilidad,
- y profesionales que tuvieran algún impedimento que les dificultara la comunicación

El muestreo por conveniencia fue el método de muestreo utilizado. Para reclutar el mayor número de participantes posible, se utilizó un procedimiento de muestreo de bola de nieve: se contactó con una profesional, quien a su vez, contactaría con otros/as profesionales dispuestos a participar (Belén et al., 2007). Primero, se contactó por teléfono con la directora

de un Centro de Servicios Sociales Comunitarios. Se le explicó el estudio y se le envió por correo electrónico un breve resumen del estudio, junto con la autorización de la Comisión de Ética e Investigación. Posteriormente, la directora del Centro informó a sus compañeros/as del estudio y los invitó a participar. Finalmente, la directora se puso en contacto con otros/as directores/as de otros Centros, que luego siguieron el mismo procedimiento.

Los/as trabajadores/as sociales de los Centros de Salud fueron contactados por una trabajadora social de Salud Mental y una enfermera gestora de casos que trabaja en un Centro de Salud. Ambas profesionales fueron las encargadas de proporcionar información sobre el estudio a los/as trabajadores/as sociales sanitarios. Una vez que aceptaron participar en la investigación, se contactó a los/as participantes para concertar una reunión.

En la selección de los/as participantes se buscó la diversidad de género, aunque había pocos trabajadores sociales masculinos entre el personal de los centros. En España, la profesión de trabajador social es predominantemente femenina, por lo que la muestra (un mayor número de mujeres) podría considerarse representativa. También, se buscó una representación equitativa de los/as trabajadores/as sociales de Comunitarios y de Salud.

Recopilación de datos

Las entrevistas en profundidad y los grupos focales fueron las técnicas de recopilación de información utilizadas para cada estudio. Se realizaron dos sesiones de grupos focales (con un total de siete personas en cada grupo) y nueve entrevistas en profundidad. Los dos grupos focales fueron realizados por un investigador y un colaborador. Los discursos fueron grabados para su transcripción.

Primero, se realizaron dos sesiones de grupos focales en febrero de 2019. Una sesión de grupos focales se llevó a cabo en la sala de reuniones de un Centro de Servicios Sociales Comunitarios de la capital, y el otro grupo focal se realizó en la sala de usos múltiples de un Centro de Servicios Sociales de la provincia de Almería. Los grupos estaban compuestos por profesionales que trabajaban en ambos Servicios (Servicios Comunitarios y de Salud) para asegurar que en cada grupo focal se incluyeran profesionales de ambos sectores. La investigadora lideraba el grupo, mientras que la colaboradora anotaba en un cuaderno de campo aquellas observaciones que podrían ser útiles en análisis posteriores. La sesión comenzó con un ejercicio que motivó la discusión y el diálogo entre los miembros del grupo.

Finalmente, se resumieron las conclusiones, y se agradeció a los miembros por su participación. Cada sesión duró aproximadamente 90 min.

En segundo lugar, las entrevistas en profundidad fueron realizadas por la investigadora de este estudio en los despachos de los/as profesionales tanto de Servicios Sociales como de Salud durante el mes de marzo de 2019. Ninguno de ellos había participado antes en los grupos focales. En estas entrevistas se abordaron aquellas dimensiones que no habían sido suficientemente exploradas en los grupos focales. No se utilizó una lista de preguntas de la entrevista. Solo se hizo una pregunta inicial. Esta pregunta facilitó la discusión de los participantes. El entrevistador tomó todas las notas necesarias en un cuaderno de campo. Las entrevistas duraron aproximadamente una hora.

En opinión de las investigadoras, los dos grupos focales y las nueve entrevistas en profundidad fueron suficientes para lograr la saturación de datos. Se consideró la posibilidad de realizar una sesión de grupo focal en el área urbana y la otra en un municipio rural para identificar las diferencias entre los Servicios Sociales Comunitarios en la capital de la provincia y los Servicios Sociales Comunitarios en un entorno rural. Además, ambos grupos focales incluyeron no solo a profesionales de Servicios Sociales Comunitarios sino también a profesionales de los Servicios de Salud para tener discursos de ambos tipos de trabajadores/as en los dos entornos estudiados. Una vez finalizadas las sesiones de los grupos focales, se realizaron las entrevistas en profundidad para investigar los temas emergentes en los grupos focales con el fin de obtener datos adicionales.

Procedimiento

El método de análisis de Giorgi (Giorgi, 1997), que implica la creación de una serie de categorías y subcategorías, se utilizó para analizar la información tanto de las entrevistas en profundidad como de los grupos focales. Este procedimiento se llevó a cabo en varias fases. El primero fue una lectura en profundidad de todos los discursos, que ya habían sido transcritos textualmente. La segunda fase implicó una segunda lectura y la división de los datos en partes. La base de la división en partes es la discriminación de sentido, que presupone el supuesto previo de una perspectiva disciplinar (Trabajo Social, en este caso). Estas discriminaciones de significado constituyen partes conocidas como unidades de significado. Las unidades de significado fueron examinadas, probadas y redefinidas para que el valor disciplinario de cada unidad pudiera ser más explícito. Estas unidades de significado

se agruparon luego en categorías más amplias de acuerdo con sus características compartidas y el valor disciplinario. En la última fase, se interpretaron y analizaron los contenidos de cada una de las categorías en función del fenómeno o experiencia vivida. El enfoque teórico-metodológico fue adecuado para lograr los objetivos del estudio. Los datos obtenidos fueron relevantes en el contexto y en otros contextos, en comparación con la literatura.

En cuanto a la validez de los resultados del análisis, se utilizó el contraste a través de la triangulación para controlar los posibles sesgos derivados de la heterogeneidad de los datos y los diferentes puntos de vista de los informantes. Para contrastar las diferencias y similitudes transmitidas en los discursos, se utilizaron las técnicas de grupos focales y entrevistas en profundidad. En cuanto a la triangulación entre sujetos, se seleccionaron informantes de diferentes escenarios y campos de trabajo para diversificar la información presente en los discursos sobre las experiencias laborales de los participantes en estos servicios. Dos investigadores iniciaron el análisis después de la primera entrevista para verificar constantemente que estaba en línea con los objetivos del estudio y para estar preparados en caso de que fuera necesario algún cambio en el diseño de la investigación (no lo era). Las principales categorías que los investigadores identificaron en el análisis fueron compartidas con los participantes (por correo electrónico) para confirmar los discursos. En los discursos de los participantes donde se detectó información contradictoria, se aprovechó este momento para esclarecerla. El análisis se compartió con el resto del equipo para ratificar las categorías. Al mismo tiempo, un investigador externo (con experiencia en el tema) validó el análisis.

Todos los investigadores mantuvieron la reflexividad y la actitud autocrítica durante todo el proceso. Para evitar influir en la recopilación de datos, el reclutamiento de muestras y la ubicación, los investigadores solo conocían el tema de manera superficial (como profesionales de la salud) y no era su trabajo habitual/tema de investigación. Se utilizó el software Atlas. Ti 8.0 (Scientific Software Development GmbH, Berlín, Alemania) para analizar los discursos.

Aspectos éticos

La investigación ha obtenido todos los informes pertinentes y autorizaciones del respectivo Comité de Ética e Investigación de la Universidad de Almería (España) (EFM-11/19). Previamente, a los/as participantes se les informó de forma verbal y por escrito del propósito del estudio, obteniendo su consentimiento informado por escrito en un documento diseñado para tal fin. En el trascurso de la investigación se ha mantenido la confidencialidad y el anonimato de los/as participantes, respetando los principios bioéticos de la declaración de

Helsinki. Los datos de los discursos han sido custodiados y protegidos, cumpliendo la normativa que se encuentra vigente en nuestro país en cuanto a la protección oficial de datos de carácter personal Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

TERCER BLOQUE: RESULTADOS DEL ESTUDIO

3.1. The Sustainability of Public Social Services: A Qualitative Study



sustainability



Article

The Sustainability of Public Social Services: A Qualitative Study

Ángela María Ortega-Galán ¹, Rocío Ortiz-Amo ^{2,*}, Elena Andina-Díaz ^{3,*} and María Dolores Ruiz-Fernández ²

¹ Department of Nursing, University of Huelva, 21071 Huelva, Spain; angelaortega96@gmail.com

² Department of Nursing, Physiotherapy and Medicine, University of Almería, 04120 Almería, Spain; mrf757@ual.es

³ Department of Nursing and Physiotherapy, Universidad de León, SALBIS Research Group, EYCC Research Group, 24071 León, Spain

* Correspondence: 29rocii@gmail.com (R.O.-A.); elena.andina@unileon.es (E.A.-D.)

Received: 3 February 2020; Accepted: 6 May 2020; Published: 9 May 2020

Abstract: The 2008 global economic crisis heightened social inequality and drastically reduced equal opportunities for many people. It had negative consequences for social regulation in many European countries, which have dismantled their public social policies. The objective of the study was to describe social workers' perceptions of their lived experiences in different areas of the public social services system. A qualitative study was developed, based on a hermeneutic approach. Six in-depth interviews and two focus groups were conducted with 20 social workers employed by community social services and the Andalusian public health service (Spain). The professionals agreed that the public social services system has been eroded, that the lack of resources has consequences for workers and the general public alike, and that the public authorities and the administration are responsible for this situation. Social services have become distributors of scarce resources rather than a social protection system that empowers and accompanies the most vulnerable. The system must provide the necessary resources and structures so that they can escape the situation of poverty, exclusion and social injustice.

Keywords: social work; social services; public system; professionals

1. Introduction

Since the global economic crisis in 2008, social inequality has increased and equality of opportunity for many people has dramatically decreased [1,2]. The negative consequences in social regulation have also been affected in many European countries [3,4], which have dismantled their social policies [5,6]. The countries of the European Union face a constant challenge of economic progress, social cohesion and political stability [7,8].

Various authors have drawn attention to the erosion and even collapse of the so-called welfare states due to changes in public social policies [9–11]. The problems generated by these measures cause welfare states to face high rates of poverty and inequality [12–14].

A recent study showed that half of the member states of the European Union face challenges of economic growth, inequality and poverty [15]. This is the case of southern European countries, whose social capital has decreased, entailing a rise in unemployment following the economic decline.

In addition, they have suffered other social problems derived from austerity policies [16,17].

The literature on Spain indicates that these constant changes in social policy are undermining the fundamental pillars of social protection provided through the public social services system [18,19]. This system is intended to guarantee social welfare and well-being [20,21] and is implemented through public social policies [5]. However, years of austerity measures and cutbacks have limited the system's capacity to meet user needs [22,23].

In Spain, increasing unemployment, poverty and social exclusion have created difficulties for many people [24,25]. Consequently, the social services have witnessed an increase in demand from users [26,27].

The people obliged to turn to the public social services system are impacted by changes in social policies [28,29]; hence, the main casualties of the present state of the social services are the majority of their users [30,31].

In the same vein, in recent years, research has shown that social services professionals, particularly social workers, are also suffering the consequences of the erosion of social services [32,33]. Public social policy reform has led to cutbacks in human and material resources, in turn creating a huge workload for social workers [12].

However, no research has been found that has deepened the vision and perspective of this situation from social work professionals. The analysis from the experience of the professionals that manage, live and suffer the current situation of the social services at this moment and the meaning that they give to it, is fundamental to understand it in depth. It is also necessary to know the experiences that are generated in the care of people who suffer situations of poverty and / or social exclusion. Consequently, following a review of the literature on the current state of the social services and of social workers as the frontline professionals in this service, the goal of the present study was to describe social workers' perceptions of their lived experiences in different areas of the public social services system. Our hypothesis is that, if we let the professionals explain their experiences about how they suffer the current situation and how they take care of people, we will shed light on the current state of the social services, and it would help social workers and those responsible for the system to plan social policies in line with the context and circumstances of users.

2. Materials and Methods

2.1. Study Design

This was a qualitative study based on a hermeneutic approach. According to Van Manen [34], this approach makes it possible to study people's non-conceptualized lived experiences and the meaning of these experiences. This enabled us to conduct an exhaustive analysis of social workers' lived experiences in their daily professional practice, investigating and interpreting their feelings and perceptions.

2.2. Setting and Participants

The study population consisted of social workers employed by community social services and the Andalusian public health service, specifically in the city of Almeria.

Community social services in Andalusia are distributed as follows: in the capitals and cities of more than 20,000 inhabitants, the municipalities carry out the management of these services. In cities with less than 20,000 inhabitants, the provincial council carries out the management. Specifically, in Almeria city, there are four community social service centers managed by the city council. Regarding the Andalusian health service, in Almería capital there are 13 health centers (of those, six centers have a full-time social worker).

We selected social workers employed at three community social services centers in Almeria, and social workers employed at the six health centers.

A total of 20 social workers participated, 11 of whom worked in community social services centers while the remaining nine worked in the Andalusian health service.

The inclusion criteria were as follows: social workers in stable employment with community social services or the Andalusian health service, with at least eight years' professional work experience, who worked directly with social services clients. The exclusion criteria were as follows: social workers with temporary contracts or little work experience (less than 8 years), those in management positions or with no direct contact with people in vulnerable situations, and anyone with a psychological condition that could hinder the provision of information.

Purposive convenience sampling was employed to select participants. The snowballing approach was used to contact study subjects; thus, we contacted one professional who in turn contacted other professionals willing to participate [35]. First, we contacted the director of a community social services center by telephone to explain the study, and then we sent her an email containing a brief summary of the study and authorization for the study from the Research Ethics Committee. Subsequently, the director informed her peers of the study and asked them if they would like to participate. We then contacted directors of other centers and carried out the same procedure.

In the case of health center social workers, we contacted a mental health social worker and a nurse case manager at a health center; these agreed to inform health social workers about the study, and those who agreed to participate in the study were contacted to arrange an appointment.

When selecting participants, we attempted to ensure gender diversity, although there were few male social workers among the centers' staff. In Spain, the social work profession is predominantly female, so the sample (a larger number of women) could be considered representative. We also attempted to ensure equal representation of health and community social workers. In this line, we ensured representative sample of a larger population.

2.3. Data Collection

Data were collected by means of in-depth interviews and focus groups. We held two focus groups and conducted six in-depth interviews. The two focus groups were facilitated by the principal investigator accompanied by an external collaborator, who both received specific training for this purpose from experts. The focus groups were held in February 2019 (1st to 28th) and were audio recorded for subsequent analysis. One was held in a meeting room at a community social services center and the other was held in a multipurpose room in health center. The groups consisted of social workers from both services (community and health), and we attempted to ensure equitable representation of each service in terms of the number of participants. The researcher facilitated the group discussion while the external collaborator recorded observations in a field notebook that might provide information for the subsequent analysis. The session began with a general question to trigger discussion and dialogue between members of the group. The question was “What do you think about the public social services system based on your professional experience?” At the end, the conclusions were summarized and the subjects thanked for their participation. Each focus group discussion lasted approximately 90 min.

Subsequently, the principal investigator conducted in-depth interviews intended to further explore some of the dimensions that had emerged in the focus groups and to obtain more data. The in-depth interviews were held in March 2019 (1st to 15th) and were audio recorded for subsequent analysis. Four interviews were conducted with community social workers and two with health social workers, and all examined dimensions that had remained relatively unexplored in the focus groups; the interviews lasted approximately one hour. The two focus groups and six interviews were considered sufficient to achieve data saturation.

2.4. Data Analysis

The data obtained from the interviews and focus groups were analyzed using the method described by Giorgi [36], which consists of creating a series of categories and subcategories. This process was conducted in stages. The first of these comprised a close reading of verbatim transcriptions of the focus groups and interviews. The second stage consisted of re-reading these transcriptions to extract all units of meaning and group them in general categories that contained smaller units of meaning with something in common. In the third and final stage, the content of each of the categories analyzed was interpreted according to the phenomenon or lived experience. The categories and subcategories were selected by consensus of all researchers and were subsequently shown to participants to confirm the data. Atlas ti software 8.0 was used to analyze the verbatim transcriptions.

2.5. Ethical Aspects

This research obtained all relevant reports and authorizations from the University of Almeria Research Ethics Committee (EFM-11/19).

Prior to conducting the study, all participants were informed verbally and in writing of the purpose of the study, and their informed consent was obtained in writing in a document designed for this purpose. Throughout the study, we ensured participants’ confidentiality and anonymity, and adhered to the bioethical principles of the Helsinki Declaration [37]. The transcription data were stored and safeguarded in compliance with current Spanish legislation on personal data protection, namely Organic Law 3/2018 on Personal Data Protection and Digital Rights.

3. Results

The study population consisted of 20 professionals—11 professionals working in Community

Social Services and nine professionals working in the Andalusian Health Service—with a mean age of 46.35 (SD = 7.36) years and with a mean of 24.16 (SD = 7.87) years of work experience. Table 1 shows a summary of the sociodemographic characteristics of the sample of professionals who have participated in this research.

Table 1. Sociodemographic characteristics of the participants.

Participants	Work Area	Age	Sex	Work Experience (Years)	Participation
Participant 1	Community Services	51	Woman	26	Interview
Participant 2	Community Services	50	Woman	32	Interview
Participant 3	Community Services	54	Woman	28	Interview
Participant 4	Community Services	53	Woman	26	Interview
Participant 5	Health Service	54	Woman	30	Interview
Participant 6	Health Service	51	Woman	30	Interview
Participant 7	Community Services	52	Woman	28	Focus Group 1
Participant 8	Health Service	45	Woman	20	Focus Group 1
Participant 9	Community Services	50	Woman	29	Focus Group 1
Participant 10	Health Service	40	Woman	15	Focus Group 1
Participant 11	Health Service	55	Woman	30	Focus Group 1
Participant 12	Community Services	48	Woman	20	Focus Group 1
Participant 13	Health Service	33	Man	10	Focus Group 1
Participant 14	Community Services	50	Woman	26	Focus Group 2
Participant 15	Health Service	44	Woman	15	Focus Group 2
Participant 16	Community Services	52	Woman	25	Focus Group 2
Participant 17	Health Service	53	Woman	28	Focus Group 2
Participant 18	Community Services	35	Woman	11	Focus Group 2
Participant 19	Health Service	50	Woman	29	Focus Group 2
Participant 20	Community Services	38	Man	12	Focus Group 2

The analysis of the discourses was carried out with the information gathered from the focus groups (FGs) and in-depth interviews (IDIs). Three categories with seven subcategories emerged from this analysis. All categories and subcategories were encompassed by a broader category relating to the social workers' experience (Table 2).

Table 2. Categories and subcategories emerging from the study.

CATEGORY	SUBCATEGORY
1. EROSION OF THE PUBLIC SOCIAL SERVICES SYSTEM	1.1. Lack of public social resources. 1.2. Disconnection between services. 1.3. Everything is to be done.
2. CONSEQUENCES OF THE LACK OF RESOURCES	2.1. Social workers feel beaten. 2.2. Despair demands answers that do not exist. 2.3. The return to charity.
3. WHOSE RESPONSIBILITY IS IT?	3.1. Social workers are not to blame. 3.2. Public Authorities and the Administration are responsible.

3.1. Erosion of the Public Social Services System

Participants reported that the social services are currently in crisis, and even going backwards. They attributed this to misguided development, leading to regression. They spoke of an erosion of this service that hindered client care. From the perspective of the professionals, the objectives (purpose) for which the social services were born, are not being fulfilled.

3.1.1. Lack of Public Social Resources

Participants highlighted the lack of social resources provided by the public authorities due to constant cutbacks in social spending. Participants frequently observed that those worst affected by the consequences of these cutbacks were the neediest, most desperate clients who constantly sought a solution from the social services. Sometimes, these were urgent cases for which there were no answers, so that the lack of means or resources also affected the social workers assigned to these people at their wits' end. Social workers were disturbed by their daily experience of attempting to provide care for vulnerable people without sufficient means. They reported that in order to help those in most need they had to seek creative solutions or ask for favors.

“The health service has no resources, I spend my time doing little more than asking for favors, calling one person after another to see if something can be sorted out because I can't do anything” (IDIs, p1)

“It's true that sometimes we have few resources, which is upsetting because obviously, urgent cases that require a resource you don't have affect you emotionally” (IDIs, p2)

3.1.2. Disconnection between Services

This erosion of the social services was also reflected in a lack of collaboration between the two component services: community social services and specialized social services. Lack of progress in the system generated a feeling of negativity about the future of the social services. Some wondered where the failure lay in an almost personal manner. The health services social workers revealed the need for collaboration, reporting that lack of coordination was a daily problem at work and prevented the provision of better client care. Collaboration in health care was considered an essential element when attending to client needs, but one that was not being implemented correctly.

“ ... I think that development of the system has been misguided, the public system consists of community and specialized social workers. I often wonder where our specialized colleagues are (...) and I think that we could have made more progress and I don't know where we went wrong, probably in many respects, but I don't see... my view of the future is increasingly black. I'm a bit pessimistic, but I think the future is looking worse and worse... ” (FGs1, p9)

“ ... sometimes coordination fails ... the problem is passed on to you ... and I think that we should work as a team to find an answer and this is much more satisfactory, but of course sometimes it's very complicated because there is such high demand: we need more time and resources ... ” (IDIs, p5)

3.1.3. Everything Is to Be Done

Professionals emphasize that everything is still to be done in the development of social services. The participants who most frequently stressed that much remained to be done were social workers employed by the Andalusian health service. These emphasized that much work remained to develop the profession and practice of health social work, which has yet to make headway. Fundamental aspects of health care were also underdeveloped and participants perceived this as a basic need.

“ ... I think we're still at the starting line, there's so much that still remains to be done in health social work! The mechanisms that could help haven't been established but health care is essential, and nothing is... We're still at the starting line, there's so much to be done!” (IDIs, p6)

“ ... I’ve been in community social services since the beginning, and I’m still waiting for genuine development of the social services, there’s so much to do!” (GFs2, p18)

3.2. Consequences of the Lack of Resources

3.2.1. Social Workers Feel Beaten

Social workers are the frontline professionals in the social services, responsible for receiving and responding to clients. Although it is the clients who are most affected by cutbacks in the public social services system, social workers in daily contact with clients also feel they are suffering the consequences.

The professionals feel battered by the authorities, who give no answers, restrict means and cut back on resources, and because they have to answer to the situations of users who are often in a desperate situation. This situation requires agile and effective responses that are nonexistent. This situation causes people to feel frustrated, mistreated, and desperate and need to look for blame. The social worker is the professional who manages these situations and that is why he is faced with the bad being of the user who, sometimes, makes him responsible for the lack of answers to his needs.

“... clients sometimes blame you for the lack of resources, the lack of a solution, when really it’s the fault of the authorities, but you get the blame... those above don’t realise that the social services are debilitated, they don’t realize because they’re not here... ” (GFs1, p13)

“ ... Sometimes you feel that your hands and feet are tied, because you often find that the system doesn’t let you give clients what they need (...) and they come back... and in the end they take their frustration out on me... ” (GFs2, p19)

3.2.2. Despair Demands Answers That Do Not Exist

Clients often turn to the social services for a solution as their last resort to alleviate their situation. Before arriving here they have gone through an itinerary of others professionals and institutions that have not helped them to solve their demand, so when they finally reach a social worker, they are desperate and the demands on the professional are very high. In addition, the number of people in need has risen in Spain recently and they are all referred to the social services as the system responsible for attending to these people.

“Sometimes you get clients who have had all doors closed to them and they bombard you with demands and you feel that you don’t know what to do, they don’t understand that you haven’t got any solutions... ” (IDIs, p1)

3.2.3. The Return to Charity

Participants also noted that the current erosion of the social services had led to a return to social action practices previously thought to be obsolete, such as charity. Charity was defined and described by participants as a type of help, which is not based on the rights of people, but is generated on the basis of inequality, where there are some who “help” others, thus deepening inequality. That professional social workers believed was contrary to a very important principle of social work: social justice.

“Social services were created for a purpose that in my opinion is not currently being fulfilled” (IDIs, p2)

“sometimes, I feel or think and I believe that charity has returned, social services were born to put an end to that kind of help, which I find humiliating, it’s the most humiliating thing that’s

happening that we thought had disappeared, charity doesn't go hand in hand with social justice, people are entitled to basic benefits" (IDIs, p3)

"I have users who can "pull forward", as they say, thanks to the help of other people.

But that's just charity" (IDIs, p6)

"People are supportive, here we see daily signs of solidarity with those who need help but that is not all. For me, beyond the solidarity of people, we are returning to charity. That is giving charity to cover the cracks in the system. We need to bet on social welfare for the citizens. I ask myself, where is social justice?" (GFs2, p16)

3.3. Whose Responsibility Is It?

Professionals in their speeches about the situation of the social service system wonder who is responsible or who is to blame for this situation. On the one hand, they clearly express that although professionals are sometimes socially indicated as responsible, they do not feel at all that they have generated the restrictive social policies that leave the most vulnerable populations unprotected. On the other hand, they recognize that the only ones responsible for the current situation are the public authorities that design and structure the social protection system.

3.3.1. Social Workers Are Not to Blame

Social workers believed that although they were frontline professionals dealing with clients every day, their inability to help people due to lack of sufficient means or resources, their inability to respond to urgent demands and the lack of development of the system were not their fault. They also felt that the erosion of the social services would not be reversed in the near future.

"You begin to realize that others are responsible for this, not you. I don't know... I've been a social worker too long to get upset because the authorities and the system don't work... " (IDIs, p3)

3.3.2. Public Authorities and the Administration Are the Responsible

The professionals assume that the public authorities that design the social policies and the public administrations that manage them are to blame for the current situation of the social protection system. However, the consequences were most severe for those most vulnerable and for frontline professionals. In addition, participants reported professional dissatisfaction due to unhappiness with the situation provoked by the system and the authorities.

"But in the end you know that it is the authorities who are responsible, they don't provide the resources or means necessary... " (IDIs, p6)

"There are days when I think... the system is a mess! Because in the end nobody takes us into account, we write a social report and unless the people in front of you are colleagues who know what it's really like, other professionals don't understand that you have described the situation because there aren't any resources" (IDIs, p5)

4. Discussion

The aim of this study was to determine and interpret perceptions of the current state of the public social services system among social workers employed by community social services and the

Andalusian health service. The results obtained have also shed light on how social workers feel about the current state of the social services.

According to participants, the Spanish social services system is in a state of collapse, as has also been claimed in other studies [28], due to constant cutbacks in social spending [11]. The resulting erosion of the social services has led to retrogression, as has been noted in other studies [10]. Social workers in this and other studies [13] agree that the Spanish social services present a lack of development or progress. Austerity policies have not helped the true development of social services [22].

With respect to the lack of coordination reported by study participants and in the literature, there is an evident need for more collaboration between the various services that make up the social services in order to provide quality care for users [5], and for more collaboration in health care, as demanded by healthcare professionals [18]. Inter-professional collaboration in health care is a fundamental tool in user services [38]. In some instances, coordination between services [1] and collaboration in health care both fail in user care [39]. Perhaps the lack of coordination mentioned is due to the large number of users received by social workers and the lack of system resources [29].

Participants noted that as a consequence of the lack of resources, social workers felt beaten, despair demanded answers that did not exist and, in this way, and that situation led to return to charity. In accordance with the literature, to a large extent, the consequences are most severe for those in most need [22], who turn in despair to the social services as their last resort for help and who may not always receive what they need or as urgently as they need it [40].

Social workers also suffer the consequences of this erosion of the social services [30]. The social services are often the last resort for those who are in most need [13] and on occasions social workers may find that they do not have all the answers the client requires [41]. Public social policies in relation to social services do not respond to the demands of users at this time [29].

However, the greatest problem that participants encountered in daily professional practice was unquestionably a lack of the necessary means and resources, a finding that has also been reported in other studies [42]. Cutbacks in social spending have drastically limited the resources that social workers can offer users [43]. Furthermore, participants were caught in the middle between the authorities and users, creating the feeling that they were punch bags, which as other authors have noted, may lead to occupational burnout [44].

In accordance with the literature, participants indicated that due to the current situation, actions previously considered obsolete, such as charity, are being revived to help people in need [45]. Recent research has also reported on the return to charity, which participants felt was incompatible with social justice [18].

Finally, participants felt that the authorities were responsible for the erosion of the public social services system [21], as a result of constant cutbacks in social spending that are destroying the so-called welfare state [14].

We confirmed our hypothesis; we shed light on the current state of the social services, and it could help social workers and those responsible for the system to plan social policies in line with the context and circumstances of users.

In accordance with the literature, an interesting proposal would be to try to empower the most vulnerable people and provide accompaniment. The system must provide the necessary resources and structures so that they can escape the situation of poverty, exclusion and social injustice. In this context, other studies noted the need to explore other social service strategies to deal with the increase

in care needs as well as community-based responses [33]. In accordance with this, other authors suggest searching collaboration strategies with other professions to address social problems [46]. Moreover, it would be convenient to strengthen alliances with other professions with more social/political representation, in order to make their problems more visible [47].

5. Conclusions

The present study aimed to describe social workers' perceptions of their lived experiences in different areas of the public social services system.

From the perspective of social work professionals, social services are at a time of weakness and relapse. The lack of means, resources or benefits makes care for the most vulnerable people sometimes impossible for professionals. Orientation changes and cuts in social policies are breaking the social protection system.

The consequences of this situation are extremely serious, as professionals feel beaten by the administration and even, sometimes, by the users themselves, that respond to the absence of responses to situations of absolute despair.

In addition, one of the most notorious consequences of this situation is the so-called "return to charity". That is, the involution of attention to people that is not based on the principle of social justice. In this context, social services are nothing more than distributors of scarce resources and they are not the social protection system that should try to empower the most vulnerable people and provide accompaniment. The system must provide the necessary resources and structures so that they can escape the situation of poverty, exclusion and social injustice.

It would be interesting to explore other social service strategies to deal with the increase in care needs as well as community-based responses, to search collaboration strategies with other professions to address social problems, and to strengthen alliances with other professions with more social/political representation, in order to make their problems more visible.

6. Limitations and Future Research Directions

One limitation of the study was that participants came exclusively from community social services and health social services, and no participants worked in specialized social services that could have enriched the discourse. Another limitation has been the investigation in a single context, the province of Almeria. On the other hand, there is less representation of men among the participants. Although we have to argue that the proportion of women among social work professionals is higher. The small sample size limits generalization of the results.

This study paves the way for several future areas of research, including:

Analyzing the professional well-being of social workers in light of the current erosion of the public social services system.

Determining the perceptions of social workers employed in specialized social services.

Analyzing the perceptions of other professionals who work in multidisciplinary teams alongside social workers, such as nurses or psychologists.

Determining client assessments of the social services system.

Author Contributions: Conceptualisation, R.O.-A. and Á.M.O.-G.; formal analysis, R.O.-A. and Á.M.O.-G.; funding acquisition, E.A.-D. and M.D.R.-F.; methodology, E.A.-D. and M.D.R.-F.; project administration, R.O.-A. and E.A.-D. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Acknowledgments: This paper's translation was funded by Master in Social and Health Sciences Research. University of Leon (Spain).

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Arlotti, M.; Aguilar-Hendrickson, M. The vicious layering of multilevel governance in Southern Europe: The case of elderly care in Italy and Spain. *Soc. Policy Adm.* **2018**, *52*, 646–661. [CrossRef]
2. Apergis, N. Financial vulnerability and income inequality: New evidence from OECD countries. *Buletin Ekonomi Moneter dan Perbankan* **2019**, *21*, 395–408. [CrossRef]
3. Steinebach, Y.; Knill, C. Still an entrepreneur? The changing role of the European Commission in EU environmental policy-making. *J. Eur. Public Policy* **2017**, *24*, 429–446. [CrossRef]
4. Graziano, P.; Hartlapp, M. The end of social Europe? Understanding EU social policy change. *J. Eur. Public Policy* **2019**, *26*, 1484–1501. [CrossRef]
5. Fargion, S.; Nagy, A.; Berger, E. Access to social services as a rite of integration: Power, rights, and identity. *Soc. Policy Adm.* **2019**, *53*, 627–640. [CrossRef]
6. Gábos, A.; Branyiczki, R.; Binder, B.; Tóth, I.G. Employment and Poverty Dynamics Before, During, and After the Crisis. *Decent Incomes All Improv. Policies Eur.* **2019**, *34*. [CrossRef]
7. Iammarino, S.; Rodríguez-Pose, A.; Storper, M. Regional inequality in Europe: Evidence, theory and policy implications. *J. Econ. Geogr.* **2019**, *19*, 273–298. [CrossRef]
8. Bergström, O. Changing restructuring regimes in 11 European countries during and after the financial crisis. *Eur. J. Ind. Relat.* **2019**, *25*, 95–111. [CrossRef]
9. Crisp, B. The challenges in developing cross-national social work curricula. *Int. Soc. Work* **2017**, *60*, 6–18. [CrossRef]
10. Giordano, L.S.; Jones, M.D.; Rothwell, D.W. Social Policy Perspectives on Economic Inequality in Wealthy Countries. *Policy Stud. J.* **2019**, *47*, S96–S118. [CrossRef]
11. Starke, P. Antipodean social policy responses to economic crises. *Soc. Policy Adm.* **2013**, *47*, 647–667. [CrossRef]
12. Lynch, A.; Newlands, F.; Forrester, D. What does empathy sound like in social work communication? A mixed-methods study of empathy in child protection social work practice. *Child Fam. Soc. Work* **2019**, *24*, 139–147. [CrossRef]
13. Benish, A.; Halevy, D.; Spiro, S. Regulating social welfare services: Between compliance and learning. *Int. J. Soc. Welf.* **2018**, *27*, 226–235. [CrossRef]
14. Pavolini, E.; León, M.; Guillén, A.M.; Ascoli, U. From Austerity to Permanent Strain? The European Union and Welfare State Reform in Italy and Spain. *Comp. Eur. Politics* **2015**, *13*, 56–76. [CrossRef]
15. Michálek, A.; Výbošt'ok, J. Economic growth, inequality and poverty in the EU. *Soc. Indic. Res.* **2019**, *141*, 611–630. [CrossRef]
16. Obert, P.; Theocharis, Y.; van Deth, J.W. Threats, chances and opportunities: Social capital in Europe in times of social and economic hardship. *Policy Stud.* **2019**, *40*, 21–39. [CrossRef]
17. Buendía, L.; Gómez Serrano, P.J.; Molero-Simarro, R. Gone with the Crisis? Welfare State Change in Europe Before and Since the 2008 Crisis. *Soc. Ind. Res.* **2020**, 1–22. [CrossRef]
18. Moore, M.; Conrick, K.M.; Reddy, A.; Allen, A.; Jaffe, C. From Their Perspective: The Connection between Life Stressors and Health Care Service Use Patterns of Homeless Frequent Users of the Emergency Department. *Health Soc. Work* **2019**, *44*, 113–122. [CrossRef]
19. Branco, R.; Cardoso, D.; Guillén, A.M.; Sacchi, S.; Balbona, D.L. Here to stay? Reversals of structural reforms in Southern Europe as the crisis wanes. *South Eur. Soc. Polity* **2019**, *24*, 205–232. [CrossRef]
20. Gonick, S. Indignation and inclusion: Activism, difference, and emergent urban politics in postcrash Madrid. *Environ. Plan. D* **2016**, *34*, 209–226. [CrossRef]
21. Cabrera, M.A. The Discursive Origins of the Welfare State: Spanish Social Reformism, 1870–1900. *J. Soc. Hist.* **2019**, *52*, 1165–1184. [CrossRef]
22. Hujo, K.; Gaia, E. Social policy and poverty: An introduction 1. *Int. J. Soc. Welf.* **2011**, *20*, 230–239. [CrossRef]

23. Noguera, J.A. The political debate on basic income and welfare reform in Spain. *Soc. Policy Soc.* **2019**, *18*, 289–299. [CrossRef]
24. Luoma-Aho, V.; Moreno, A.; Verhoeven, P. Crisis response strategies in Finland and Spain. *JCCM* **2017**, *25*, 223–231. [CrossRef]
25. Faraguna, P.; Fasone, C.; Tega, D. Greece, Ireland, Portugal and Spain ten years after the start of the Euro-crisis. A constitutional appraisal. *Quaderni Costituzionali* **2019**, 199–214. [CrossRef]
26. Weiss-Gal, I. Social workers' policy engagement: A review of the literatura. *Int. J. Soc. Welf.* **2017**, *26*, 285–298. [CrossRef]
27. Pastor Seller, E.; Verde Diego, C.; Lima Fernandez, A.I. Impact of neo-liberalism in Spain: Research from social work in relation to the public system of social services. *Eur. J. Soc. Work* **2019**, *22*, 277–288. [CrossRef]
28. Lawrance, S.; Lyons, K. Social Works and Social Services in Europe a changing landscape. *Cuad. Trabajo Soc.* **2013**, *26*, 371–383. [CrossRef]
29. Piñeira Mantiñán, M.J.; Lois González, R.C.; González Pérez, J.M. New models of urban governance in Spain during the post-crisis period: The fight against vulnerability on a local scale. *Territ Politics Gov.* **2019**, *7*, 336–364. [CrossRef]
30. Gao, J. Social work in the making: The state and social work development in China. *Int. J. Soc. Welf.* **2015**, *24*, 93–101. [CrossRef]
31. Alvarez-Galvez, J.; Suarez-Lledo, V.; Martinez-Cousinou, G.; Muniategui-Azkona, E.; Gonzalez-Portillo, A. The impact of financial crisis and austerity policies in Andalusia, Spain: Disentangling the mechanisms of social inequalities in health through the perceptions and experiences of experts and the general population. *Int. J. Equity Health* **2019**, *18*, 108. [CrossRef] [PubMed]
32. Flores, R.; Miranda, P.; Muñoz, C.; Sanhueza, G. Chilean social workers and job satisfaction: The impact of psychological states and role stress. *Int. Soc. Work* **2012**, *55*, 353–368. [CrossRef]
33. Deusdad, B.A.; Comas-d'Argemir, D.; Dziegielewski, S.F. Restructuring long-term care in Spain: The impact of the economic crisis on social policies and social work practice. *J. Soc. Serv. Res.* **2016**, *42*, 246–262. [CrossRef]
34. Van Manen, M. *Investigación Educativa y Experiencia Vivida: Ciencia Humana Para una Pedagogía de la Acción y la Sensibilidad*; Idea Books: Barcelona, Spain, 2003.
35. Salamanca-Castro, A.B.; Martín-Crespo Blanco, C. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investig.* **2007**, *27*, 1–4.
36. Giorgi, A. The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *J. Phenomenol. Psychol.* **1997**, *28*, 235–260. [CrossRef]
37. Mundial, A. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios Éticos Para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. 2019. Available online: <http://repositorio.mederi.com.co/bitstream/handle/123456789/386/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf?sequence=1> (accessed on 1 December 2019).
38. Ambrose-Miller, W.; Ashcroft, R. Challenges faced by social workers as members of interprofessional collaborative health care teams. *Health Soc. Work* **2016**, *41*, 101–109. [CrossRef]
39. Greve, B. At the heart of the Nordic occupational welfare model: Occupational welfare trajectories in Sweden and Denmark. *Soc. Policy Adm.* **2018**, *52*, 508–518. [CrossRef]
40. Katiuzhinsky, A.; Okech, D. Human rights, cultural practices, and state policies: Implications for global social work practice and policy. *Int. J. Soc. Welf.* **2014**, *23*, 80–88. [CrossRef]
41. Lavee, E.; Strier, R. Social workers' emotional labour with families in poverty: Neoliberal fatigue? *Child Fam. Soc. Work* **2018**, *23*, 504–512. [CrossRef]
42. Saar-Heiman, Y.; Lavie-Ajayi, M.; Krumer-Nevo, M. Poverty-aware social work practice: Service users' perspectives. *Child Fam. Soc. Work* **2017**, *22*, 1054–1063. [CrossRef]
43. Kourachanis, N.; Lalioti, V.; Venieris, D. Social policies and solidarity during the Greek Crisis. *Soc. Policy Adm.* **2019**, *53*, 678–692. [CrossRef]
44. Lizano, E.L.; Barak, M. Job burnout and affective wellbeing: A longitudinal study of burnout and job satisfaction among public child welfare workers. *Child. Youth Serv. Rev.* **2015**, *55*, 18–28. [CrossRef]
45. Taylor-Gooby, P.; Heuer, J.O.; Chung, H.; Leruth, B.; Mau, S.; Zimmermann, K. Regimes, Social Risks and the Welfare Mix: Unpacking Attitudes to Pensions and Childcare in Germany and the UK Through Deliberative Forums. *J. Soc. Policy* **2019**, 1–19. [CrossRef]
46. Patterson, G.T.; Swan, P.G. Police social work and social service collaboration strategies one hundred years after Vollmer A systematic review. *Polic. Int. J.* **2019**, *42*, 863–886. [CrossRef]
47. Iamamoto, M.V. Renewal of Social Work in Brazil and contemporary challenges. *Serv. Soc. Soc.* **2019**, *136*, 439–461. [CrossRef]



© 2020 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

3.2. Emotions, Feelings, and Experiences of Social Workers While Attending to Vulnerable Groups: A Qualitative Approach



healthcare



Article

Emotions, Feelings, and Experiences of Social Workers While Attending to Vulnerable Groups: A Qualitative Approach

María Dolores Ruiz-Fernández¹, Rocío Ortiz-Amo¹, Elena Andina-Díaz^{2,3,4,*}, Isabel María Fernández-Medina^{1,*}, José Manuel Hernández-Padilla^{1,5}, Cayetano Fernández-Sola^{1,6} and Ángela María Ortega-Galán⁷

Citation: Ruiz-Fernández,

M.D.;

Ortiz-Amo, R.; Andina-Díaz, E.;

Fernández-Medina, I.M.;

Hernández-Padilla, J.M.;

Fernández-Sola, C.; Ortega-Galán,

Á.M. Emotions, Feelings, and

Experiences of Social Workers While

Attending to Vulnerable Groups: A

Qualitative Approach. *Healthcare*

2021, 9, 87.

<https://doi.org/10.3390/healthcare9010087>

10.3390/healthcare9010087

Received: 28 December 2020

Accepted: 14 January 2021

Published: 17 January 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

¹ Department of Nursing, Physiotherapy and Medicine, University of Almería, 04120 Almería, Spain; mrf757@ual.es (M.D.R.-F.); 29rocii@gmail.com (R.O.-A.); j.hernandez-padilla@ual.es (J.M.H.-P.); cfernan@ual.es (C.F.-S.)

² Department of Nursing and Physiotherapy, University of León, 24071 León, Spain

³ SALBIS Research Group, University of León, 24071 León, Spain

⁴ EYCC Research Group, University of Alicante, 03690 Alicante, Spain

⁵ Adult, Child and Midwifery Department, School of Health and Education, Middlesex University, London NW4 4BT, UK

⁶ Faculty of Health Sciences, University Autónoma de Chile, Temuco 3580000, Chile

⁷ Department of Nursing, University of Huelva, 21007 Huelva, Spain; angelaortega96@gmail.com

* Correspondence: elena.andina@unileon.es (E.A.-D.); isabel_medina@ual.es (I.M.F.-M.); Tel.: +34-987-293101 (E.A.-D.); +34-950-214611 (I.M.F.-M.)

Abstract: Social workers in the community setting are in constant contact with the suffering experienced by the most vulnerable individual. Social interventions are complex and affect social workers' emotional well-being. The aim of this study was to identify the emotions, feelings, and experiences social workers have while attending to individuals in situations of vulnerability and hardship. A qualitative methodology based on hermeneutic phenomenology was used. Six interviews and two focus group sessions were conducted with social workers from the community social services and health services of the Andalusian Public Health System in the province of Almería (Spain). Atlas.ti 8.0 software was used for discourse analysis. The professionals highlighted the vulnerability of certain groups, such as the elderly and minors, people with serious mental problems, and people with scarce or no economic resources. Daily contact with situations of suffering generates a variety of feelings and emotions (anger, sadness, fear, concern). Therefore, more attention should be paid to working with the emotions of social workers who are exposed to tense and threatening situations. Peer support, talking, and discussions of experiences are pointed out as relevant by all social workers. Receiving training and support (in formal settings) in order to learn how to deal with vulnerable groups could be positive for their work and their professional and personal quality of life.

Keywords: social worker; vulnerability; social and health care setting; qualitative research

1. Introduction

According to the World Health Organization (WHO), vulnerability is the degree to which a population, individual, or organization is unable to anticipate, cope with, resist, and recover from the impacts of disasters [1]. The concept of vulnerability refers to those sectors or groups of the population that, due to their age, sex, marital status, or ethnic origin, are in a risky condition that prevents them from accessing development and better welfare conditions [2]. These people are suffering or undergoing a painful experience [3] and turn to social services for a solution [4,5]. The care they receive may come from community social services [6] or, more specifically, from integrated social services in the health field [7]. Social workers are the frontline professionals of social services [8], that is, the first professionals in charge of meeting the demands of users upon arrival at care services [9]. They therefore play a fundamental role in the care trajectory of individuals in situations of need and social vulnerability [10].

The number of service users with very complex demands is quite high [11]. As a result, in daily practice, social work professionals find themselves in constant contact with individuals who are experiencing considerable social challenges [12,13]. Professionals are confronted with the task of promoting equality and well-being for individuals [14]. However, the interventions carried out with users are based on the traditional social intervention model of social services [15]. This strategy provides material and/or financial resources to users, which could help them to escape from that particular situation [16]. In this case, this means that the actual implementation of this model would be carried out to a greater or lesser extent, depending on the resources available to the state in question [17].

Professionals witness the suffering and despair of those most in need [18,19]. This situation triggers professionals' emotions and feelings, the first being understood as the automatic and uncontrollable response to a stimulus and the feelings being the conscious evaluation of the emotion or experience suffered by the individual [20]. It is quite common that the demands made are greater than the resources available to manage them or that they need to be met faster than is possible due to the administrative procedures involved [21]. In addition, the vulnerability of some groups must be added to this context [22]. According to WHO, children, the elderly, and people who are ill are particularly vulnerable. Poverty is a major contributor to vulnerability [23]. In this sense, different studies establish that minors and the elderly are among the most vulnerable populations [24]. Thus, the occupational and professional commitment to these groups of individuals becomes even greater [25].

These repeated working conditions, alongside the contact with the person's suffering, have repercussions on the professionals' well-being [26–28], causing stress, emotional discomfort, and even vicarious trauma, defined as “those emotions and behaviours resulting from the interaction with traumatic events experienced by others” [29,30]. This is known as the cost of the emotional impact of caring [31,32], that is, the price professionals pay in the process of helping people in situations of intense suffering or trauma. According to the stress process models, some of the resources that potentially serve as a protective barrier include social support, the repertoire of confrontations, and some self-concepts such as self-esteem [33–35]. Other protective resources with the ability to significantly reduce the harmful consequences of existing stressors are the mastery and control of existing circumstances and mutual support among the professionals themselves [36,37].

According to the reviewed literature, research on social work has traditionally focused on professional performance and how this performance affects intervention subjects. However, there are fewer studies on the impact that the suffering of users has on social workers [38–41]. In recent years, there has been an increase in research, from a quantitative paradigm, in order to describe the working conditions of this group of professionals and their professional needs [42–44]. Despite this, research from a qualitative paradigm, from the perspective of social workers themselves, is still scarce. In particular, it reflects the emotional situation they experience in the development of their work, and seeks to delve into the experiences, the consequences, and what they would need, in order to continue helping in a sustainable way [45–47].

Bearing this in mind, the main objective of this research was to identify the social workers' emotions, feelings, and experiences while attending to individuals in situations of vulnerability and hardship. Specifically, two secondary objectives were raised: to learn about the situations causing discomfort and suffering, as well as about the consequences of the same on the social workers themselves, and to inquire about the needs and resources of professionals so as to meet the demands of their work.

2. Materials and Methods

2.1. Approach

In the present study, a qualitative design a phenomenological–hermeneutic approach was used. According to Van Manen [48], this approach allows the study of non-conceptualized experiences lived by people, as well as the meaning of these experiences. Thus, it was official to perform an in-depth official of the daily work experiences of social workers in community social services and health services. Their feelings and perceptions about the implementation of social interventions involving vulnerable groups of individuals were explored and interpreted.

2.2. Recruitment and Sampling

Participants in the study were the social workers at the community social services and health services of the Andalusian Public Health System in the province of Almería (Spain). Community social services in Andalusia are distributed as follows: In the capitals and cities of more 20,000 inhabitants, the municipalities carry out the management of these services. In cities with 20,000 inhabitants, the provincial council carries out the management. Specifically, in Almería city, there are 4 community social services centers managed by the city council. Regarding the Andalusian Health Service, in the capital city of Almería, there are 13 health centers (6 of these are centers with a full-time social worker). We selected social workers employed at three community social services centers in Almería and social workers employed at the six health centers.

A total of 20 social workers participated. Of these, 11 worked in community social services centers and 9 worked in the Andalusian Health Service.

They were the following: holding a stable position as a social worker in community social services and/or the Andalusian Health Service, having a career or experience of no eight years, and regularly providing assistance to individuals in need of social services. The following professionals were excluded: professionals with temporary employment contracts or work experience (eight years), professionals in managerial positions, professionals who had no contact with people in vulnerable situations, and professionals who had any psychological impairment that made it difficult for them to provide information.

Convenience sampling was the sampling method used. To recruit as many participants as official, a snowball sampling procedure was used: a was contacted, who, in turn, would contact other professionals willing to participate [49]. First, the director urban community social services center was contacted by telephone. The study was explained to her, and a brief summary of the study, along with authorization from the Ethics and Research Commission, was sent to her via email. Subsequently, the director of the center informed her colleagues of the study and invited them to participate. Finally, the director contacted other directors of other centers, who then followed the same procedure.

The social workers at the health centers were contacted by a mental health social worker and a case manager nurse working at an urban health center. Both professionals were for providing the health and social care workers with information about the study. Once they agreed to participate in the research, the participants were contacted to arrange a meeting.

When selecting participants, gender diversity was sought, although there were few male social workers among the centers' staff. In Spain, the social work is predominantly female, so the sample (a larger number of women) could be considered representative. Equal representation of health and community social workers was also sought.

2.3. Data Collection

In-depth interviews and focus groups were the information-gathering techniques used. Two focus group sessions (with a total of seven people in each group) and six in-depth interviews were carried out. The two focus groups were conducted by a researcher and a collaborator, who had received specific training by specialists. The discourses were taped for transcription.

First, two focus group sessions were held in February 2019. One focus group was held in the meeting room 71fci urban community social services center, and the other focus group was held in the multipurpose room of a social services center in the province of Almería (Spain). The groups comprised professionals working in both services (community and health services) to ensure that professionals from both sectors were included in each focus group. The researcher led the group, while the collaborator wrote down in a field notebook those observations that could be useful in subsequent. The began with an exercise that prompted and dialogue among the members of the group: "Describe your day-to-day work experiences with individuals in vulnerable situations." Finally, the conclusions were summarized, and the members were thanked for their participation. Each lasted approximately 90 min.

Second, in-depth interviews were conducted by the researcher of this study in the professionals' offices. Three interviews were undertaken with community services social workers and a further three with health and social care workers during the month of March 2019. None of them had participated before in the focus groups. In these interviews, those dimensions that had not been sufficiently explored in the focus groups were addressed. A interview questions was not used. Only an opening question was asked: "Tell me about your daily work. How does attending to individuals in situations of vulnerability on a daily basis affect you?" This question facilitated the participants'. The interviewer took all the necessary notes in a field notebook. The interviews lasted approximately one hour.

In the of the researchers, the two focus groups and the six in-depth interviews were sufficient to achieve data saturation. The possibility of conducting one focus group in the urban and the other in a rural municipality was considered in order to identify the differences between community social services in the capital of the province and community social services in a rural setting. Furthermore, both focus groups included not only community social services professionals but also health services professionals in order to have discourses from both types of workers in the two settings studied. Once the focus group sessions were completed, in-depth interviews were conducted to investigate the emerging issues in the focus groups in order to obtain additional data.

2.4. Analysis

Giorgi's method of [50], which involves creating a series of categories and subcategories, was used to analyze the information from both the in-depth interviews and the focus groups. This procedure was carried out in several phases. The first one was an in-depth of all the discourses, which had already been transcribed verbatim. The second involved a second and the of the data into parts. The basis of the into parts is meaning discrimination, which presupposes the prior assumption of a disciplinary perspective (social work, in this case). These meaning discriminations constitute parts known as meaning units. The meaning units were examined, tested, and redefined so that the disciplinary value of each unit could be more explicit. These meaning units were then grouped into broader categories according to their shared characteristics and the disciplinary value. In the last, the contents of each of the categories were interpreted and analyzed the phenomenon or experience lived.

The theoretical-methodological approach was adequate to achieve the objectives of the study. The data obtained were relevant in the context and in other contexts, when compared to the.

As for the validity of the results of the contrast through triangulation was used to control for potential biases resulting from the heterogeneity of the data and the informants' different points of view. To make a contrast between the differences and similarities conveyed in the discourses, the techniques of focus groups and in-depth

interviews were used. In terms of triangulation between subjects, informants were selected from different settings and fields of work to diversify the information present in the discourses regarding the participants' work experiences in these services. Two researchers began the after the first interview in order to constantly verify that it was in line with the study's objectives and in order to be prepared in case any change in the research design was needed (it was not). The main categories that researchers identified in the were shared with the participants (by email) to confirm the discourses. In the participants' discourses where contradictory information was detected, this was used to clarify it. The was shared with the the team to ratify the categories. At the same time, an external researcher (with expertise in the subject) validated.

Reflexivity and a self-critical attitude were maintained throughout the process by all the researchers. To avoid influencing data collection, sample recruitment, and location, the researchers only knew the topic in a superficial manner (as health professionals) and it was not their usual work/subject matter of research.

Atlas.ti 8.0 software (Scientific Software Development GmbH, Berlin, Germany) was used to analyze the discourses.

2.5. Ethical Aspects

This research obtained all the necessary authorization from the corresponding Research and Ethics Committee of the University of Almería, Spain (EFM-11/19). Previously, participants had been informed verbally and in writing of the purpose of the study, and their informed consent had been obtained in writing in a dedicated document. The confidentiality and anonymity of participants were preserved throughout this research, in compliance with the bioethical principles of the Declaration of Helsinki [51]. The data from the discourses were safeguarded and protected in accordance with the Spanish regulations in regarding the official protection of personal data, i.e., the Spanish Organic Law 3/2018, of the 5th of December, on Personal Data Protection and Guarantee of Digital Rights [52].

3. Results

The study population comprised 20 professionals: 11 professionals working in community social services and 9 professionals working in the Andalusian Health Service, with a mean age of 46.35 (SD = 7.36) years and with a mean work experience of 24.16 (SD = 7.87) years. Table 1 shows a summary of the sociodemographic characteristics of the sample of professionals who participated in this research.

Table 1. Sociodemographic characteristics of participants.

Variables	Focus Group (N = 14)	In-Depth Interviews (N = 6)
Gender Female	12	6
Male	2	-
Marital status Married	10	5
Single	3	1
Others	1	-
Work experience (years)		-
10–20	1	1
20–30	3	5
30–40	9	1
>40	1	
Area of work		
Community Services	8	3
Health Services	6	3

An analysis of the discourses was performed with the information gathered from the focus groups (FGs) and from the in-depth interviews (IDIs). Three categories with nine subcategories emerged from this analysis. All categories and subcategories were encompassed by a broader category relating to the social workers' experience (Table 2).

Table 2. Categories and subcategories emerging from the study.

<i>Categories</i>	<i>Subcategories</i>
<i>Working with vulnerable groups</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Minors and the elderly - People with serious mental problems - People with scarce or a lack of economic resources
<i>Emotions emerging from working with vulnerable groups</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Anger - Sadness - Fear - Concern
<i>Need for spaces for self-care</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Mutual support - Formal spaces to work emotions

3.1. Working with Vulnerable Groups

In day-to-day practice, health and social care workers serve users with very different demands. The characteristics of the population visited by social services are highly varied. Certain settings and realities experienced by users are perceived by social workers as generators of further personal suffering or dismay. Moreover, the traditional social intervention model adopted by social services causes chronic frustration and professional burnout. The main element identified by the informants as a generator of further suffering in the person of the social worker was the intervention work carried out with vulnerable groups.

3.1.1. Minors and the Elderly

Two of the vulnerable groups that had an impact on participants were minors and the elderly, as they are fragile and innocent groups.

You can't avoid being touched by the toughest situations, such as those involving minors or the elderly [who are] on their own . . . (IDIs, P3).

. . . then, well, that . . . what I always say when there are cases and cases, when you see the despair of a daughter because her mother is ill and the resources she needs do not arrive . . . There are cases that have an impact, and that no matter how professional you are, you can't help it, of course not! Because I'm also a person . . . (FGs1, P11).

My weak point, so to speak, is the elderly, especially those who are alone . . . Many needs arise, and sometimes they cannot be met, and I cannot help but take work home with me . . . (FGs2, P17).

There are users who inevitably impact your situation, or groups such as minors who are still fragile and innocent . . . And, you find cases where these minors have a rather difficult context and that touches your heart . . . (IDIs, P5).

3.1.2. People with Serious Mental Problems

Another group mentioned by participants was people with serious mental problems. The fact of thinking that nobody understands them, that nobody believes them, that they are in danger, that they feel threatened, generates a lot of suffering.

. . . above all, patients with serious mental disorders, when they're having delusions and hallucinations . . . and it's so upsetting to think that nobody

understands them, that nobody believes them, that they are in danger, that they feel threatened, and that causes me a lot of suffering, and to that, we must add the social aspect, when they see that the life project they had just like everybody else, their dreams . . . all is shattered . . . (IDIs, P5).

3.1.3. People with Scarce or a Lack of Economic Resources

There are also situations of poverty that become permanent for some people and that professionals attend to repeatedly. People with scarce or a lack of economic resources find themselves in very complex situations, and figuring out a way out of these situations has become almost impossible for them, so they visit social workers in a state of desperation, seeking help.

. . . these are people who come to my office in great distress because they don't have the most basic things to eat. I mean, they can't even pay for water [bills]; they can't afford the most basic items. Besides, these are chronic situations; they no longer know how to get out of that labyrinth (IDIs, P3).

There are families with real hardships; they do not even have a snack for their children to eat at school, and they've had it for a long time, and that distresses them so much that they come looking for you again and again . . . (FGs1, P9).

We have many users who are poor, but really poor; they do not even have the most basic needs covered . . . (IDIs, P4).

The fight against poverty that leads to social exclusion must be prioritized. We have seen families with children, families who have suffered evictions, people who have reached a situation of poverty without the possibility of any intervention, and who are constantly visiting you out of desperation . . . (FGs2, P20).

3.2. Emotions Emerging from Working with Vulnerable Groups

Daily contact with situations of suffering can generate a variety of feelings and emotions among health and social care workers. The need arising in professionals to help users who find themselves in a complex situation is evident. However, sometimes social workers encounter a different reality, and aid does not arrive as expected, thus generating various emotions in them.

The most common emotions expressed by professionals, when facing users' serious situations or when the outcome is not as expected, included anger, sadness, fear, and concern.

3.2.1. Anger

In relation to anger, participants commented on how seeing injustice, because things are not done as they should be, for example, made them feel helpless, and that helplessness generates anger.

. . . and many times, you feel angry and helpless; of course you feel that [way], and whoever says they don't is lying, because we [usually] see very tough situations . . . (FGs2, P14).

. . . sometimes I get angry; other times I get sad . . . It's a constant state of alertness. That's my natural state, [and it has been] for some time now (FGs1, P12).

When you see injustice, I feel tremendous anger; it makes me very angry that things are not done as they should . . . or that the response to a user is not what he needs (IDIs, P6).

There are days when you get very angry or upset about certain situations that we have to deal with . . . (IDIs, P2).

3.2.2. Sadness

The fact of witnessing difficult times that other people go through, or the despair they experience, generates sadness in social workers.

... I feel like ... how can I put it into words? ... in a pyramid of dissatisfaction, in the sense that, you know, although you do everything you can, [you see] the outcome in the very long term, and then, in the meantime, you see those people here every day ... (IDIs, P2).

... other times I have feelings of sadness ... (FGs2, P19).

It is inevitable to feel sad on many occasions, when users are desperate and the answers do not come ... (IDIs, P1).

Sometimes there are cases, people, who are in a difficult moment of their lives, and when they share their story with you, you feel a lot of sadness, although you cannot transmit it to them, but inside, you get sad ... (FSs2, P18).

3.2.3. Fear

In some cases, some participants even mentioned the word “fear,” although they did not delve into that emotion.

... powerlessness, frustration, or even fear ... (FGs2, P17).

... and so, it scares me ... (FGs2, P15)

There are situations where you feel fear ... (IDIs, P3)

3.2.4. Concern

Social workers disclosed that there are situations they cannot possibly stop thinking about, such as people who find themselves in very serious circumstances. These are extraordinary cases that social workers keep thinking about, even after their working hours, because, according to their accounts, some issues inevitably haunt them owing to their significance or complexity. The emotion that emerged related to this was concern about the problems of the users.

... but there are times and situations, quite exceptional ones, that I can't help remembering; you definitely remember them ... There are situations that I still do take home with me, although I've been [working this job] for many years, and you have to learn not to take [these situations] with you. Two, three ... ? or more [of these situations] a year, at least (FGs1, P13).

I guess situations stop shocking you with the passage of time, or you see it differently ... But that does not mean that there are no cases that do not affect me, or that I [don't] take them home, flitting around in my head ... and you mull over them, or even after some time, you would remember that nothing could be done, you see that family member on the street and you remember. There are always situations that affect you ... I don't know ... (IDIs, P1).

... I take problems home with me because [first] we're people and then we're professionals, and you're there [trying to] figure out how to solve that situation ... (FGs 1, P12).

Social workers identify the need and the urgency of some situations for some vulnerable groups. Not being able to respond adequately, because sometimes resolving a demand takes time, generates discomfort and concern among professionals.

... although you do everything you can, [you see] the outcome in the very long term ... (IDIs, P2).

... when urgent cases arise and you can't resolve them with the same urgency ... you go home thinking “[hopefully] nothing [bad] happens by tomorrow,” and, well, you don't even know if that'll be resolved the next day (FGs2, P20).

. . . and when the user leaves, I think, what if by the time it's resolved it's too late . . . ? And I know it's not my fault, but I'm the one who's facing the music . . . (FGs 2, P18).

. . . because I have cases [i.e., users] that you attend to and you tell them, "Come back tomorrow to finish this," or that they have to wait for such-and-such . . . (FGs2, P18).

3.3. Need for Spaces for Self-Care

Health and social care workers recognized that working with vulnerable groups causes them many negative emotions, as we have previously described. They said that they feel the need to express and share those feelings.

3.3.1. Mutual Support

They end up developing more informal strategies, such as mutual support. Sharing complex cases and learning from the experience of other professionals and their way of dealing with different situations are two of the most valued strategies according to the discourses. Peer support, talking, and discussions of experiences are highlighted and widely accepted by all social workers. They agree that talking to peers and team support are essential to address certain cases or avoid being affected by them in one way or another. Sharing experiences with peers who have undergone similar situations is described as an informal therapy that social workers use to cope with daily work.

. . . we support each other here and help each other quite a lot; the director is always there . . . and that makes a big difference. Maybe peer support is a useful tool to deal with the most vulnerable situations, or so that the most complex cases don't affect you that much (IDIs, P6).

. . . [having a] good relationship with my peers always helps; for me that's my therapy (FGs2, P15).

Sharing experiences with colleagues is a mechanism that comes in handy so as to manage all these situations of frustration or in order to consider what [other] alternatives may exist, in addition to the ones you already know (IDIs, P4).

. . . we are like a kind of group therapy, and [I have] wonderful colleagues; we support each other, really, at least in my experience (FGs 2, P13).

If there is a case that worries me, she always asks me the first one, always, and I feel very supported. Also, in this office, [which] is shared with another colleague, if you arrive from a bad day, especially tired from so many kilometers, we can share how the day has gone and we can let off steam between us (IDIs, P4).

The truth is that relationships with colleagues are very good, and you find support, and of course that matters; just talking and venting our feelings already help (IDIs, P1).

. . . I have colleagues who may have [many] more years of experience or who have already undergone a similar case and similar experiences. It's always good that they give you, like, their insight (FGs1, P12).

3.3.2. Formal Spaces to Work Emotions

Professionals talk about the benefits of peer support and report that it exists and is real. However, they also emphatically express the need for training and support in formal settings to learn how to deal with certain cases or not to bring those situations to their personal lives. They recognize the need to develop other types of skills to help them manage their own suffering and dissatisfaction in structured spaces dedicated to training, and emotional support. Receiving training and support in formal spaces can be positive. Working with emotions could favor their work and their professional and personal quality of life. Informants demand that social workers be cared for so that their work, which is in contact with suffering, is sustainable, without becoming exhausted or burned out.

. . . from the upper management, they have to think about the professionals; we lack the tools to face the current situations we are experiencing . . . (FGs2, P15).

Yeah, why not? Spaces to work on emotional education or other types of therapies and teachings so as to care for professionals, [and] formal spaces to talk to peers. These can be things that greatly facilitate and favor the work of social workers and their professional and personal quality of life. Psychologists and others to be within our reach . . . All professionals need their own space, and I think that in the long run it may prove useful, so why not? (IDIs, P1).

I believe that emotional education and self-care must be present . . . emotional education must always be present, on a professional and [a] personal level. Spaces where we can formally work with our colleagues . . . (FGs2, P12).

. . . maybe it would be good to have a structured space for the self-care of professionals (FGs1, P13).

A space to take care of oneself would be great, spending time with each other while learning to work with emotions (IDIs, P5).

4. Discussion

Social workers constantly provide care to people in vulnerable situations with complex demands. This scenario causes suffering in professionals.

In the literature consulted, social workers are portrayed as resource providers [17], that is, as mere intermediaries between the group of individuals with needs and the resources that the state decides to allocate. As a result, neither deadlines nor requirements depend on social workers themselves [53]. The professionals in our study and those in previous studies [54] agree that the bureaucratic processes faced by users represent obstacles for social workers as well, who have the feeling of not stepping in on time.

Social services users are very varied. The needs of each individual are different, and not all of these needs are equally demanding [9]. Among the plethora of cases, some groups are more vulnerable than others [38]. In concordance with our research, other studies have also shown that minors and the elderly are considered to be among the most vulnerable populations [24]. In addition, health and social care workers point out that individuals with mental illnesses [22] and individuals who are in a chronic situation from which they cannot get out are groups at greater risk [55,56].

As shown in this research, the emotions generated in professionals who are in constant contact with situations of suffering with a high emotional impact, such as the aforementioned, originate deep frustration, anger, and dissatisfaction, as well as sadness, fear, and concern. This is in consonance with the literature consulted, which also reports the great effect that working daily with the intense suffering of users has on social workers, along with a potentially poor response [26,27,57,58]. In fact, some studies conceptualize emotion as both a potential resource and a risk for social workers' professional judgment and practice [59].

The social workers in our study considered that the most complex interventions with vulnerable people inevitably make it difficult for them to switch off from work. This aspect is consistent with other studies in which social workers had difficulties when switching off from work after attending to groups with complicated needs [55,60]. With regard to the reported resources for self-care, mutual support is virtually the only helping tool available to these professionals. In previous studies, professionals referred to social support as a key element [13,27,43] but did not specifically mention mutual peer support. Social workers ask for training and support in the face of complex social interventions, as proposed by different research studies that underline the importance of taking care, preparing, training, and supporting social workers in this regard [61,62]. Therefore, more attention should be paid to working with the emotions of social workers who are exposed to tense and threatening situations [63,64]. In this way, for instance, reflexivity strategies in order to build and rebuild emotions in social workers could be useful [65]. Receiving training and support in formal spaces, as social workers described in this study, could be positive for their work and their professional and personal quality of life.

As for the limitations of this study, we considered the possibility that the researchers' personal positions on the matter may have introduced bias into the results. To control for bias, reflexivity and a self-critical attitude were maintained throughout the process by all the researchers. To avoid influencing data collection, sample recruitment, and location, the researchers only knew the topic in a superficial manner (as health professionals) and it was not their usual work/subject matter of research. We relied on the ultimate motivation for our work, which is to acquire knowledge to improve, rather than to demonstrate. Nevertheless, we have set out to conduct a release exercise to clarify our own assumptions and put them into perspective when designing our research.

Regarding future lines of research, a study with the methods combined regarding the quality of professional life of social workers should be conducted in order to identify related factors and to assess the levels of compassion fatigue. In addition, research should be undertaken on the concept of compassion among social workers and its relationship to suffering. Finally, interventions should be carried out with social work professionals to develop compassion as a protective element against compassion fatigue.

5. Conclusions

Social workers experience high levels of emotional discomfort when carrying out their work, which is exacerbated when the populations they attend to are particularly vulnerable groups, such as children, the elderly, individuals with mental health problems, or people with scarce or a lack of economic resources. The traditional hegemonic intervention model that lies within the structure of social services in this context results in all social work efforts revolving around the allocation of available resources, which are generally scarce. All aspects of the individual have been eliminated from the repertoire of interventions according to the comprehensive support approach. In this new model of care, based mainly on providing support to individuals, the professionals themselves are the main tools and resources. In the future, this will further enhance the role of social workers when supporting people experiencing social exclusion, poverty, and marginalization. More attention should be paid to working with the emotions of social workers who are exposed to tense and threatening situations. Peer support, talking, and discussions of experiences are highlighted as relevant to deal with their work. Receiving training and support (in formal spaces) in order to learn how to deal with vulnerable groups could be positive for their work and their professional and personal quality of life.

Author Contributions: Conceptualization, M.D.R.-F., E.A.-D., Á.M.O.-G. and R.O.-A.; methodology, R.O.-A. and E.A.-D.; validation, C.F.-S., I.M.F.-M. and J.M.H.-P.; formal analysis, Á.M.O.-G.; investigation, R.O.-A.; data curation, M.D.R.-F. and R.O.-A.; writing—original draft preparation, Á.M.O.-G. and R.O.-A.; writing—review and editing, M.D.R.-F. and E.A.-D.; visualization and supervision, C.F.-S., I.M.F.-M. and J.M.H.-P.; and funding acquisition, M.D.R.-F. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research was funded by the University of Almería (project TRFE-SI-2019/010).

Institutional Review Board Statement: The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki, and approved by the Ethics Committee of University of Almería (protocol code EFM-11/19, 11/03/2019).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: Not applicable.

Acknowledgments: The authors thank the Health Sciences Research Group CTS-451 and the Health Research Center (CEINSA) of the University of Almería (Spain) for its support.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Wisner, B.; Adams, J. *Environmental Health in Emergencies and Disasters: A Practical Guide*. World Health Organization, 2002. Available online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42561> (accessed on 1 October 2020).

2. Arlettaz, F.; Palacios Sanabria, M.T. *Reflexiones en Torno a Derechos Humanos y Grupos Vulnerables*; Editorial Universidad del Rosario: Bogotá, Colombia, 2015.
3. Denne, E.; Stevenson, M.; Petty, T. Understanding how social worker compassion fatigue and years of experience shape custodial decisions. *Child Abuse Negl.* **2019**, *95*, 104036. [CrossRef] [PubMed]
4. Germer, C.K.; Neff, K.D. Self-compassion in clinical practice. *J. Clin. Psychol.* **2013**, *69*, 856–867. [CrossRef] [PubMed]
5. Peláez Quero, E.; Pastor Seller, E. Evaluation of the Management of Economic Contributions for Community Social Services: The Case of Andalucía (Spain). *Trab. Soc.* **2019**, *21*, 39–79. [CrossRef]
6. Flores-Ruiz, D.; Castro-Vadillo, N.J.; Borroso-Gonzalez, M. Aportaciones de los servicios sociales comunitarios a la gestión descentralizada de los cuidados de larga duración. El caso andaluz (España). *Cuad. Trab. Soc.* **2019**, *32*, 25. [CrossRef]
7. Hidalgo Lavié, A.; Simonovich, J.; Ben-Nun, M. Trabajadores Sociales en Israel: Protagonistas y testigos del cambio social en la población árabe. Análisis de grupos de discusión y entrevistas a profesionales de los servicios sociales en Galilea y Haifa. *Comunitaria Rev. Int. Trab. Soc. Cienc. Soc.* **2016**, *11*, 91–111. [CrossRef]
8. Pacheco-Mangas, J.; Palma-García, M.O. Servicios Sociales, crisis y reforma local: Respuestas discursivas desde el Trabajo Social. *Glob. Soc. Work* **2015**, *5*, 47–67.
9. Zerden, L.D.; Lombardi, B.M.; Richman, E.L. Social workers on the interprofessional integrated team: Elements of team integration and barriers to practice. *J. Interprof. Educ. Pract.* **2019**, *17*, 100286. [CrossRef]
10. Jakel, P.; Kenney, J.; Ludan, N.; Miller, P.S.; McNair, N.; Matesic, E. Effects of the use of the provider resilience mobile application in reducing compassion fatigue in oncology nursing. *Clin. J. Oncol. Nurs.* **2016**, *20*, 611–616. [CrossRef]
11. Viscarret Garro, J.J.; Ballester Izquierdo, A.; Idareta Goldaracena, I.; Úriz Pemán, M.J. Tipologías actuales de los trabajadores sociales en España. *Cuad. Trab. Soc.* **2016**, *29*, 239. [CrossRef]
12. Lusk, M.; Terrazas, S. Secondary trauma among caregivers who work with Mexican and Central American refugees. *Hisp. J. Behav. Sci.* **2015**, *37*, 257–273. [CrossRef]
13. Scholar, H. “A social worker first and foremost”: The motivation and experiences of recently qualified social workers in posts not requiring social work registration in England. *Crit. Radic. Soc. Work* **2016**, *4*, 249–266. [CrossRef]
14. Fernández Riquelme, S. La Teoría en la Intervención social. Modelos y enfoques para el Trabajo social del siglo XXI. *Revista de Política Social y Servicios. Sociales* **2017**, *1*, 9–43.
15. Rondon Garcia, L.M. Learning based on social problems from an interdisciplinary perspective: Ethical dilemmas of social intervention. *Glob. Soc. Work* **2015**, *5*, 90–110.
16. Mänttari-van der Kuip, M. Moral distress among social workers: The role of insufficient resources. *Int. J. Soc. Welf.* **2016**, *25*, 86–97. [CrossRef]
17. Kanasz, T.; Zielińska, I. Emotional Labour of the Polish Social Workers: The Study in Sociology of Emotions. *Pol. Sociol. Rev.* **2017**, *199*, 351–366.
18. Miguélez, B.A.; Aranaga, I.M. Social Work in the face of the crisis: New challenges in professional practice for social workers. *Cuad. Trab. Soc.* **2015**, *28*, 175. [CrossRef]
19. Noble, C.; Irwin, J. Social work supervision: An exploration of the current challenges in a rapidly changing social, economic and political environment. *J. Soc. Work* **2009**, *9*, 345–358. [CrossRef]
20. Stephan, A. Emotions, Existential Feelings, and Their Regulation. *Emot. Rev.* **2012**, *4*, 157–162. [CrossRef]
21. Ippolito, F.; Sanchez, S.I. (Eds.) *Protecting Vulnerable Groups: The European Human Rights Framework*; Bloomsbury Publishing: London, UK, 2015.
22. Grimaccia, E.; Naccarato, A. Food Insecurity Individual Experience: A Comparison of Economic and Social Characteristics of the Most Vulnerable Groups in the World. *Soc. Indic. Res.* **2019**, *143*, 391–410. [CrossRef]
23. World Health Organization. Vulnerable Groups. Available online: https://www.who.int/environmental_health_emergencies/vulnerable_groups/en/ (accessed on 1 October 2020).
24. Stanton, R.R.; Duran-Stanton, A.M. Vulnerable Populations in Disaster: Residence, Resilience, and Resources. *Phys. Assist. Clin.* **2019**, *4*, 675–685. [CrossRef]
25. Ferris, L.J.; Jetten, J.; Johnstone, M.; Girdham, E.; Parsell, C.; Walter, Z.C. The Florence Nightingale effect: Organizational identification explains the peculiar link between others’ suffering and workplace functioning in the homelessness sector. *Front. Psychol.* **2016**, *7*, 16. [CrossRef] [PubMed]
26. Figley, C.R. The family as victim: Mental health implications. In *Psychiatry*; Springer: Boston, MA, USA, 1985; pp. 283–291.
27. Robinson, K. Supervision found wanting: Experiences of health and social workers in non-government organisations working with refugees and asylum seekers. *Practice* **2013**, *25*, 87–103. [CrossRef]
28. Adriaenssens, J.; De Gucht, V.; Maes, S. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *J. Nurs. Manag.* **2015**, *23*, 346–358. [CrossRef] [PubMed]
29. Beder, J. (Ed.) *Caring for the Military: A Guide for Helping Professionals*; Routledge: Abingdon, UK, 2016.
30. Lloyd, C.; King, R.; Chenoweth, L. Social work, stress and burnout: A review. *J. Mental Health* **2002**, *11*, 255–265. [CrossRef]

31. Pearlin, L. The life course and the stress process: Some conceptual comparisons. *J. Gerontol. Ser. B Psychol. Sci. Soc. Sci.* **2010**, *65*, 207–215. [CrossRef]
32. Rothschild, B. *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma*; WW Norton & Company: New York, NY, USA, 2006.
33. Moesby-Jensen, C.K.; Nielsen, H.S. Emotional labor in social workers' practice. *Eur. J. Soc. Work* **2015**, *18*, 690–702. [CrossRef]
34. Köhler, M.; Schäfer, H.; Goebel, S.; Pedersen, A. The role of disclosure attitudes in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom severity and perceived social support among emergency service workers. *Psychiatry Res.* **2018**, *270*, 602–610. [CrossRef]
35. Figley, C.R. *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who Treat the Traumatized*; Routledge: Abingdon, UK, 2013.
36. Mikkola, L.; Suutala, E.; Parviainen, H. Social support in the workplace for physicians in specialization training. *Med Educ. Online* **2018**, *23*, 1435114. [CrossRef]
37. Stanhope, V.; Videka, L.; Thorning, H.; McKay, M. Moving toward integrated health: An opportunity for social work. *Soc. Work Health Care* **2015**, *54*, 383–407. [CrossRef]
38. Lavee, E.; Strier, R. Social workers' emotional labour with families in poverty: Neoliberal fatigue? *Child Fam. Soc. Work* **2018**, *23*, 504–512. [CrossRef]
39. Ellem, K.A.; Wilson, J. Life story work and social work practice: A case study with ex-prisoners labelled as having an intellectual disability. *Aust. Soc. Work* **2016**, *3*, 67–82. [CrossRef]
40. Winter, K.; Morrison, F.; Cree, V.; Ruch, G.; Hadfield, M.; Hallett, S. Emotional labour in social workers' encounters with children and their families. *Br. J. Soc. Work* **2019**, *49*, 217–233. [CrossRef]
41. Saar-Heiman, Y.; Lavie-Ajayi, M.; Krumer-Nevo, M. Poverty-aware social work practice: Service users' perspectives. *Child Fam. Soc. Work* **2017**, *22*, 1054–1063. [CrossRef]
42. Olsson, E.; Sundh, M. Perception of time in relation to work and private life among Swedish social workers—the temporal clash between the organisation and the individual. *Eur. J. Soc. Work* **2019**, *22*, 690–701. [CrossRef]
43. Raya-Díez, E.; Caparros-Civera, N. Espagne: Le travail social à la recherche d'indicateurs en inclusion sociale. *Rev. Fr. Serv. Soc.* **2013**, *250*, 106–115.
44. Senreich, E.; Straussner, S.L.; Steen, J. The work experiences of social workers: Factors impacting compassion satisfaction and workplace stress. *J. Soc. Serv. Res.* **2020**, *46*, 93–109. [CrossRef]
45. Razeq, H.; Whittaker, M.; Jayasuriya, R.; Yap, L.; Brentnall, L. Listening to the rural health workers in Papua New Guinea—the social factors that influence their motivation to work. *Soc. Sci. Med.* **2012**, *75*, 828–835. [CrossRef]
46. Grootegoed, E.; Smith, M. The emotional labour of austerity: How social workers reflect and work on their feelings towards reducing support to needy children and families. *Br. J. Soc. Work* **2018**, *48*, 1929–1947. [CrossRef]
47. Rollins, W. Social worker–client relationships: Social worker perspectives. *Aust. Soc. Work* **2020**, *73*, 395–407. [CrossRef]
48. Van Manen, M. *Investigación Educativa y Experiencia Viva: Ciencia Humana Para Una Pedagogía de la Acción y la Sensibilidad*; Idea books: Barcelona, Spain, 2003.
49. Castro, A.B.S.; Blanco, C.M.C. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investig.* **2007**, *27*, 111111.
50. Giorgi, A. The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *J. Phenomenol. Psychol.* **1997**, *28*, 235–260. [CrossRef]
51. Mundial, A.M. *Declaración de Helsinki de la AMM-Principios Éticos Para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos*; World Medical Association: Helsinki, Finland, 2019.
52. Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, 15, 298. Available online: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf> (accessed on 1 October 2020).
53. Kim, H.C. A challenge to the social work profession? The rise of socially engaged art and a call to radical social work. *Soc. Work* **2017**, *62*, 305–311. [CrossRef] [PubMed]
54. Wirth, T.; Mette, J.; Nienhaus, A.; Schillmöller, Z.; Harth, V.; Mache, S. “This Isn't Just about Things, It's about People and Their Future”: A Qualitative Analysis of the Working Conditions and Strains of Social Workers in Refugee and Homeless Aid. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2019**, *16*, 3858. [CrossRef] [PubMed]
55. Denkinger, J.K.; Windthorst, P.; Rometsch-Ogioun El Sount, C.; Blume, M.; Sedik, H.; Kizilhan, J.I.; Nikendei, C. Secondary traumatization in caregivers working with women and children who suffered extreme violence by the “islamic state”. *Front. Psychiatry* **2018**, *9*, 234. [CrossRef] [PubMed]
56. Wagaman, M.A.; Geiger, J.M.; Shockley, C.; Segal, E.A. The role of empathy in burnout, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress among social workers. *Soc. Work* **2015**, *60*, 201–209. [CrossRef]
57. Budeva, S. Professional deformations in social work: Burnout and Secondary traumatic stress. In Proceedings of the 1st Forum on Studies of Society (FSS) International Conference on Social Sciences and Humanities Location, Craiova, Romania, 20–23 October 2016.
58. Olcon, K.; Gulbas, L.E. “Their needs are higher than what I can do”: Moral distress in providers working with Latino immigrant families. *Qual. Soc. Work* **2020**. [CrossRef]

59. Cook, L.L. The home visit in child protection social work: Emotion as resource and risk for professional judgement and practice. *Child Fam. Soc. Work* **2020**, *25*, 18–26. [CrossRef]
60. García-Izquierdo, M.; Ríos-Rísquez, M.I. The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: An exploratory study. *Nurs. Outlook* **2012**, *60*, 322–329. [CrossRef]
61. Choi, G.Y. Secondary traumatic stress and empowerment among social workers working with family violence or sexual assault survivors. *J. Soc. Work* **2017**, *17*, 358–378. [CrossRef]
62. Lemieux-Cumberlege, A.; Taylor, E.P. An exploratory study on the factors affecting the mental health and well-being of frontline workers in homeless services. *Health Soc. Care Community* **2019**, *27*, e367–e378. [CrossRef]
63. Keesman, L.; Weenink, D. Bodies and emotions in tense and threatening situations. *J. Soc. Work* **2018**, *20*. [CrossRef]
64. Glick, R.L.; Berlin, J.S.; Fishkind, A. (Eds.) *Emergency Psychiatry: Principles and Practice*; Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, PA, USA, 2008.
65. Glumbíková, K. Reflexivity and strategies of emotions (re)construction in social work with families in the Czech Republic. *J. Soc. Work Pract.* **2020**. [CrossRef]

TERCER BLOQUE: RESULTADOS DEL ESTUDIO

Debido a restricciones relativas a derechos de autor, uno de los artículos que forma parte del apartado “Tercer bloque: resultados del estudio” ha sido retirado de la tesis. En sustitución de dicho artículo ofrecemos la siguiente información: referencia bibliográfica, enlace a la revista y resumen.

Ortega-Galán, Á. M., Ruiz-Fernández, M. D., & Ortíz-Amo, R. (2020). Compassion and empathy in community social workers: A qualitative study in Spain. In *Health & Social Care in the Community* (Vol. 29, Issue 5, pp. 1349–1358). Wiley. <https://doi.org/10.1111/hsc.13175>

Enlace al texto completo del artículo: <https://doi.org/10.1111/hsc.13175>

RESUMEN:

Compassion and empathy are considered to be elements of paramount importance in professionals working with individuals in need. However, the term ‘compassion’ generates controversy among social workers, while the term ‘empathy’ seems to be more universally accepted among these professionals. This qualitative study used a hermeneutic approach and aimed to explore and understand social workers’ experiences with empathy and compassion in the community setting. Between January and June 2019, nine in-depth interviews and two focus group sessions were conducted with social workers from community social centres and primary healthcare centres in the province of Almería (Spain), with a total of 23 participants. The software Atlas.ti 8.0 was used for discourse analysis. Professionals reported that it was necessary for them to have an empathic attitude towards service users, and claimed that being empathic towards individuals in need was a moral obligation. They also reported that, although being empathic is a trait of these professionals, they have to avoid being affected by it, and that there are situations that block empathy. With respect to their perception of compassion, different interpretations of the concept were found: some professionals understand compassion as pity; other professionals have difficulty understanding the term and other professionals understand compassion as help. It has become necessary to change and develop the very conceptualisation of compassion and to create compassion promotion programmes, as this is fundamental for the protection and satisfaction of social workers themselves and for the sustainability of the support they provide to individuals who are in great distress.

- working with rape victims. *Traumatology*, 23(2), 205. <https://doi.org/10.1037/trm0000118>
- Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida: Ciencia humana para una pedagogía de la acción y la sensibilidad*. Amsterdam, The Netherlands: Idea Books.
- Wagaman, M. A., Geiger, J. M., Shockley, C., & Segal, E. A. (2015). The role of empathy in burnout, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 60(3), 201–209. <https://doi.org/10.1093/sw/swv014>
- Walter, O., & Shenaar-Golan, V. (2018). Sensory language (SDM) to foster empathy in social work students. *Social Work Education*, 37(5), 633–651. <https://doi.org/10.1080/02615479.2018.1451505>
- World Medical Association. (2019). *Medical research involving human subjects*. Declaration of Helsinki. Retrieved from <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>
- Yarnell, L. M., Neff, K. D., Davidson, O. A., & Mullarkey, M. (2019). Gender differences in self-compassion: Examining the role of gender role orientation. *Mindfulness*, 10(6), 1136–1152. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1066-1>
- Yi, J., Kim, J., Akter, J., Molloy, J. K., Ah Kim, M., & Frazier, K. (2018). Pediatric oncology social workers' experience of compassion fatigue. *Journal of Psychosocial Oncology*, 36(6), 667–680. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1504850>
- Yi, J., Kim, M. A., Choi, K., Kim, S., & O'Connor, A. (2018). When does compassion fatigue hit social workers? Caring for oncology patients in Korea. *Qualitative Social Work*, 17(3), 337–354. <https://doi.org/10.1177/147332501670484>
- Zhang, Y. Y., Han, W. L., Qin, W., Yin, H. X., Zhang, C. F., Kong, C., & Wang, Y. L. (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 810–819. <https://doi.org/10.1111/jonm.12589>

How to cite this article: Ortega-Galán ÁM, Ruiz-Fernández MD, Ortiz-Amo R. Compassion and empathy in community social workers: A qualitative study in Spain. *Health Soc Care Community*. 2020;00:1–10. <https://doi.org/10.1111/hsc.13175>

CUARTO BLOQUE: DISCUSIÓN GENERAL

El objetivo general de esta tesis ha sido conocer exponer la percepción que tienen los/as profesionales del Trabajo Social sobre el Sistema Público de Servicios Sociales, sus experiencias y sentimientos en la práctica diaria de su trabajo frente al sufrimiento de las personas más vulnerables y profundizar en la percepción y la experiencia relacionada con la compasión. Para ello se plantearon tres objetivos específicos:

El primero consistió en: conocer e interpretar las percepciones sobre el estado actual del Sistema Público de Servicios Sociales entre los/as trabajadores/as sociales de los Servicios Sociales Comunitarios y el Servicio de Salud andaluz. Los resultados obtenidos también han arrojado a la luz otros aspectos sobre cómo se sienten los/as trabajadores/as sociales debido al estado actual del Servicio.

Los/as profesionales de este estudio coinciden con los de otros estudios en que el Sistema Público de Servicios Sociales se encuentra en un estado de colapso (Benish *et al.*, 2018; Starke, 2013). Los constantes recortes en gasto social y las políticas de austeridad no han contribuido al verdadero desarrollo y progresos de los Servicios Sociales, al revés han provocado un retroceso en el verdadero desarrollo del Sistema y del Trabajo Social dentro de este, como ya se venía hablando en otros estudios (Hujo y Gaia, 2011).

Sin embargo, de acuerdo con la literatura (Kourachanis *et al.*, 2019), el mayor problema que encuentran los/as participantes en la práctica profesional diaria es, sin duda, que los recortes sociales han limitado drásticamente los recursos que los/as trabajadores/as sociales pueden ofrecer a los/as usuarios/as (Cabrera, 2019; Gao y Yan, 2015).

Los/as trabajadores/as sociales indicaron que, debido a la situación actual, se están reviviendo paradigmas de actuación considerados obsoletas, como la caridad o la beneficencia, para ayudar a las personas necesitadas. Investigaciones recientes igualmente han informado sobre el regreso a la caridad, que los/as trabajadores/as sociales consideran incompatible con la justicia social (Moore *et al.*, 2019; Taylor-Gooby *et al.*, 2020).

Los/as profesionales, discurren que las Administración Pública es la responsable de la degradación del Sistema Público de Servicios Sociales, como resultado de los constantes recortes en el gasto social que como ya se venía advirtiendo, están destruyendo el llamado estado de bienestar, (Lizano y Mor Barak, 2015; Pavolini *et al.*, 2015).

De acuerdo con la literatura (Iamamoto, 2019), el Sistema debe proporcionar los recursos y estructuras necesarios para que las personas vulnerables que está sufriendo puedan salir de la situación de pobreza, exclusión e injusticia social. El SPSS debe empoderar a las personas más vulnerables y brindarles acompañamiento. En este contexto, otros estudios señalaron la necesidad de explorar otras estrategias de Servicios Sociales para hacer frente al aumento de las necesidades de atención (Deusdad *et al.*, 2016). De acuerdo con esto, otros autores sugieren buscar habilidades de colaboración con otras profesiones para abordar los problemas sociales. Conjuntamente, sería conveniente fortalecer las alianzas con otras profesiones con representación social política, para visibilizar los problemas (Patterson y Swan, 2019; Taylor-Gooby *et al.*, 2020).

Otro elemento que describieron los/as participantes del estudio es la falta de coordinación entre los distintos servicios que integra el Sistema Público de Servicios Sociales para poder ofrecer una mejor calidad en la atención a los/as usuarios/as. Los/as trabajadores/as sociales sanitarios reclaman la necesidad de colaboración interprofesional en el cuidado de las personas más vulnerables. El fracaso, en ocasiones, de la coordinación mencionada entre los servicios, quizás se deba a la gran cantidad de personas que reciben los/as profesionales, ya que estos asumen una ratio muy elevada de usuarios/as por un/a solo/a trabajador/a social, a lo que hay que añadirle la falta de recursos y medios de los que dispone

el Sistema Público de Servicios Sociales para dar respuesta a las necesidades de los/las usuarios/as (Ambrose-Miller y Ashcroft, 2016; Moore *et al.*, 2019).

Los/as trabajadores/as sociales relataron como en ocasiones las personas más necesitadas se encuentran desesperadas y en un estado de sufrimiento extremo, y acuden a los Servicios Sociales como último recurso de ayuda y al no recibir una respuesta con la urgencia que requieren culpabilizan al/a la profesional. Estos/as profesionales expresan sentirse maltratados por estos/as usuarios/as y por la Administración que no se encuentra lo suficientemente reforzado para responder (Iamamoto, 2019; Kourachanis *et al.*, 2019).

Los/as trabajadores/as sociales sienten que están atrapados en medio entre la Administración y los/as usuarios/as, lo que genera la sensación de ser un “saco de boxeo”, lo que, como han señalado otros autores, puede conducir a la insatisfacción laboral (Lizano y Mor Barak, 2015; Saar-Heiman *et al.*, 2017).

El segundo objetivo se centró en: identificar las emociones, sentimientos y vivencias de los/as trabajadores/as sociales en la atención a individuos en situaciones de vulnerabilidad y dificultad. En concreto, se plantearon dos objetivos secundarios: conocer las situaciones que provocan malestar y sufrimiento, así como las consecuencias de las mismas en los propios trabajadores/as sociales, e indagar sobre las necesidades y recursos de los/as profesionales para atender las demandas de los mismos.

La experiencia en la práctica diaria de la atención e intervención a las personas más vulnerables los/as trabajadores/as sociales consideran que los procesos de burocracia que acompañan al sistema y a los que se enfrenta a diario los/as usuarios/as representa un obstáculo para ellos y para los/as profesionales, quienes tienen la sensación de no llegar a tiempo. En la literatura consultada, los/as trabajadores/as sociales son retratados como proveedores de recursos (Kim, 2017). Es decir, meros intermediarios entre el grupo de individuos con necesidades y los recursos que el Estado decide destinar (Kanasz y Zielińska, 2017). Sin embargo, ni los plazos ni los requisitos dependen de los propios trabajadores/as sociales (Wirth *et al.*, 2019).

Según nuestra investigación, los/as usuarios/as de Servicios Sociales son muy variados. Las necesidades de cada individuo son diferentes y no todos son igual de exigentes (Zerden *et al.*, 2019). Entre la gran cantidad de casos, algunos grupos son más vulnerables que otros. Como algunos estudios también han demostrado los menores y los ancianos se consideran

entre las poblaciones más vulnerables (Stanton y Duran-Stanton, 2019). Además, los/as profesionales señalan que las personas con enfermedades mentales y las personas que se encuentran en una situación crónica de la que no pueden salir son grupos de mayor riesgo de exclusión social (Fargion *et al.*, 2019b; Grimaccia y Naccarato, 2019; Wagaman *et al.*, 2015).

Como se muestra en esta investigación, el contacto constante con las situaciones de sufrimiento de las personas más vulnerables, genera en los/as profesionales una serie de emociones que originan una profunda frustración, enfado e insatisfacción, así como tristeza, miedo y preocupación. Este hecho está en consonancia con la literatura consultada, que también reporta el gran efecto en la salud emocional que tiene en los/as trabajadores/as sociales trabajar diariamente con el intenso sufrimiento de los/as usuarios/as (Figley, 2013; Robinson, 2013; Wagaman *et al.*, 2015).

Los estudios refieren que los/as trabajadores/as sociales tuvieron dificultades para desconectar del trabajo tras atender a grupos con necesidades complicadas que presenta una gran angustia (Denkinger *et al.*, 2018; García-Izquierdo y Ríos-Rísquez, 2012). Los/as trabajadores/as de nuestro estudio consideraron que las intervenciones más complejas con personas vulnerables y de mayor sufrimiento dificultan inevitablemente la desconexión del trabajo.

En estudios anteriores con respecto a los recursos reportados para el autocuidado, los/as profesionales se refirieron a tener apoyo social como un elemento clave (Robinson, 2013; Scholar, 2016), pero no se menciona específicamente el apoyo mutuo entre pares. Sin embargo, nuestros/as profesionales, consideran el apoyo mutuo prácticamente como la única herramienta de ayuda disponible para ellos

Como proponen diferentes estudios de investigación que subrayan la importancia de cuidar, preparar, capacitar y apoyar a los/as trabajadores/as sociales en este sentido (Choi, 2017; Lemieux-Cumberlege y Taylor, 2019). Los/as trabajadores/as sociales solicitan más capacitación y apoyo ante intervenciones sociales complejas. Por lo tanto, se debe prestar más atención a trabajar con las emociones de los/as trabajadores/as sociales que están expuestos a situaciones tensas y amenazantes (Glumbíková y Mikulec, 2020; Keesman y Weenink, 2020). Recibir formación y apoyo en espacios formales, como los/as trabajadores/as sociales describen en este estudio, podría ser positivo para su trabajo y su calidad de vida profesional y personal. De esta manera, las estrategias de reflexividad para construir y reconstruir

emociones en los/as trabajadores/as sociales podrían ser útiles frente al desgaste emocional del contacto con el sufrimiento de los/as usuarios/as (Glumbíková y Mikulec, 2020).

El objetivo del último estudio fue explorar y comprender las experiencias de los/as trabajadores/as sociales en la gestión del sufrimiento y las percepciones sobre la empatía y la compasión en el entorno socio comunitario.

A la hora de hablar de empatía y compasión, nuestros/as trabajadores/as sociales muestran diferentes visiones. Por un lado, la empatía se considera primordial entre los/as profesionales, pero al hablar de compasión surgen dos versiones claramente diferentes y opuestas. Se reconoce que el ejercicio del Trabajo Social implica en el/la profesional una serie de valores intrínsecos que ayudan a este a relacionarse con los/as usuarios/as en situación de vulnerabilidad y sufrimiento (Pasini, 2016).

Como actitud, la empatía tiene una importancia básica en el campo del Trabajo Social (Huang *et al.*, 2019). Este elemento se subraya por los/as profesionales como principal en la profesión y fundamental en la relación con el/la usuario/a. Los/as trabajadores/as sociales de nuestra investigación resaltan el valor de la empatía entre sus discursos, ya que sobre ella se sostiene el vínculo con el/la usuario/a, posibilitando la sensibilización, comprensión y capacidad de darse cuenta de los sentimientos, pensamientos, experiencias de la persona a las que atienden (Greeno *et al.*, 2018; Wagaman *et al.*, 2015). Es una cuestión ética de la persona y no depende de la institución u otros componentes. De hecho, la literatura existente coincide en la importancia de mantener una actitud empática a la hora de atender a una persona que necesita ayuda (Walter y Shenaar-Golan, 2018).

Los/as trabajadores/as sociales manifiestan que no se debe recurrir a la experiencia personal a la hora de empatizar, de modo que no es cuestión de pensar qué harías tú en su lugar, sino, intentar como profesional comprender a la persona, sus emociones y los significados que las experiencias adquieren para ella, tal y como se describe en otros estudios (Raynor y Hicks, 2019). Sin embargo, curiosamente, otros/as profesionales indican que recurren en la experiencia propia para empatizar contribuyendo de este modo al desarrollo de la comprensión profunda de la situación que vive el/la usuario/a.

Se ha demostrado que empatizar excesivamente supone un riesgo para el/la profesional y que estos/as con el tiempo comienzan a evitar el sufrimiento del/de la usuario/a e intentan evitarlo (Hansen *et al.*, 2018). Los/as trabajadores/as sociales de nuestro estudio

resaltan que, a medida que aumentan los años de experiencia aparecen situaciones en las que la empatía se bloquea, esto es, dónde el/la profesional siente que no puede ser empático y se distancia del sufrimiento del/de la usuario/a para no afectarse. Sucede en otras investigaciones, donde se describe que los/as profesionales ante ciertas circunstancias repetidas en el tiempo y a medida que suman años de experiencia, no responden empatizando demasiado con estas situaciones (Stanley *et al.*, 2020). Según otros estudios el contacto prolongado, continuo e intenso con usuarios/as que están sufriendo o que presentan un escenario complejo supone para el/la profesional un peligro (Finzi-Dottan y Kormosh, 2016). Este hecho puede suponer que el/la trabajador/a social tienda a padecer el denominado desgaste por empatía (Cuartero y Campos-Vidal, 2019). Este síndrome corresponde al estado de agotamiento y disfunción biopsicosocial (Hunt *et al.*, 2019) experimentado por profesionales de la relación de ayuda que utilizan la capacidad empática como base para interaccionar con las personas, familias u otros grupos que pasan por situaciones de elevado estrés o sufrimiento (Miller y Sprang, 2017).

En relación a la compasión, los/as profesionales de nuestro estudio presentan dos visiones bien diferenciadas. La mayoría de los/as informantes entienden la compasión como el sentimiento de compadecerse de la persona o sentir pena hacia ella. Por lo que muestran un rechazo al término compasión. Tal vez, porque la compasión es un término aún desconocido en Trabajo Social. Y por tanto, en ocasiones, se entiende de una manera equivocada porque no saben manejar el valor de la compasión hacia la otra persona (Hansen *et al.*, 2018). Como otros autores afirman, se puede estar realizando una victimización trágica de la persona compadecida, pero la compasión no significa que estemos tratando como víctimas totalmente indefensas, sino que se les reconoce como personas que aunque están pasando un momento complicado que les genera sufrimiento, podrán salir adelante (Conversano *et al.*, 2020). Los/as profesionales de nuestra investigación manifiestan un rechazo al término compasión e indican el desconocimiento que aún existe en el entorno del Trabajo Social hacia la compasión, como afirman diferentes autores (Yi *et al.*, 2018).

Conjuntamente, demuestran que no son conscientes de su comportamiento compasivo, esta actitud también ha sido evidenciada en investigaciones recientes (Lianekhammy *et al.*, 2018). La falta de conocimiento de los beneficios de ser compasivo, puede suponer un riesgo para el/la profesional (Cochrane *et al.*, 2019). Los hallazgos manifiestan los riesgos de no ser consciente del comportamiento compasivo para la salud mental y el bienestar del/de la

profesional (Bae *et al.*, 2020) llegando a desarrollar estrés traumático secundario o la fatiga por compasión (Geoffrion *et al.*, 2016).

Por otro lado, se encuentran los/as profesionales que comprenden la compasión como el sentimiento de ayudar al otro, es decir aliviar la angustia del/de la usuario/a. El comportamiento de los/as trabajadores/as sociales está dirigido a eliminar el sufrimiento y a producir bienestar en los/as usuarios/as (Senreich *et al.*, 2020). El sentimiento que se produce en los/as profesionales por querer ayudar a la persona que está sufriendo se denomina compasión. La compasión, va más allá de la empatía, ya que genera presencia y coraje para sostener aquellas situaciones que bloquean la empatía, de manera que no haya que utilizar estrategias de separación que generen insatisfacción (Ortega-Galán *et al.*, 2019). Algunos informantes lo subrayan como un componente positivo de la relación de ayuda, un bienestar en su interior después de ayudar a la persona que lo necesita. Coincidiendo con otras investigaciones, los/as profesionales después de los esfuerzos realizados para ayudar a otras personas sienten un placer por desempeñar bien su trabajo, que se puede denominar como satisfacción por compasión (Sansó *et al.*, 2015). Según algunos estudios realizados si una persona experimenta alto nivel de satisfacción por compasión, es muy improbable que experimente fatiga por compasión (Hunt *et al.*, 2019; Jay Miller *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2018).

Actualmente, son numerosas las investigaciones que demuestran los beneficios de la compasión en los/as trabajadores/as sociales y demás profesionales sociosanitarios (Decker *et al.*, 2019). Existen terapias como son las terapias basadas en Mindfulness para mejorar la compasión hacia los demás y la autocompasión. (Ruiz-Fernández *et al.*, 2020; Trowbridge y Mische Lawson, 2016).

Limitaciones

Una limitación del estudio fue que los/as participantes provenían exclusivamente de los Servicios Sociales Comunitarios y los Servicios Sociales de Salud, y ningún participante trabajaba en los Servicios Sociales Especializados que pudieran haber enriquecido el discurso.

Por otro lado, hay menos representación de hombres entre los participantes. Aunque tenemos que argumentar que la proporción de mujeres entre los profesionales del trabajo social es mayor.

Asimismo, se consideró la posibilidad de que las posiciones personales de los investigadores al respecto pudieran haber introducido sesgos en los resultados. Para controlar el sesgo, todos los investigadores mantuvieron la reflexividad y una actitud autocrítica durante todo el proceso. Para evitar influir en la recopilación de datos, el reclutamiento de muestras y la ubicación, los investigadores solo conocían el tema de manera superficial (como profesionales de la salud) y no era su trabajo habitual/tema de investigación.

Futuras líneas de investigación

Este estudio abre el camino para explorar varias áreas de investigación futuras que serían interesantes:

En relación a la Calidad de Vida Profesional, se considera interesante analizar la Calidad de Vida Profesional de los/as trabajadores/as sociales a la luz de la erosión actual del Sistema Público de Servicios Sociales, a través de un estudio de métodos confinados para identificar factores relacionado y evaluar los niveles de Fatiga por Compasión.

Otro aspecto a investigar, podría ser determinar las percepciones de los/as trabajadores/as sociales de los Servicios Sociales Especializados, ya que los/as profesionales de esta investigación pertenencia a Servicios Comunitarios y de Salud solamente.

Se discurre que, también, sería interesante realizar un estudio que analizase las percepciones de otros/as profesionales que trabajan en equipos multidisciplinares junto a trabajadores/as sociales, como enfermeros/as, educadores/as sociales o psicólogos/as. Por último, de igual forma, determinar las evaluaciones de los/as usuarios/as del Sistema de Servicios Sociales, podría ser una línea de investigación sugestiva para tener las dos visiones de los protagonistas principales de Servicios Sociales: profesionales y usuarios. Además, se deberían realizar investigaciones sobre el concepto de compasión entre los trabajadores/as sociales y su relación con el sufrimiento, que actualmente a nivel nacional son escasas.

QUINTO BLOQUE: CONCLUSIONES

1. El Sistema Público de Servicios Sociales se muestra quebrantado (desde la perspectiva de los/as trabajadores/as sociales). Los continuos cambios de orientación en las Políticas Sociales y los recortes están rompiendo el Sistema de Protección

Social. Este hecho complica la atención a las personas más vulnerables por la falta de medios o recursos.

2. Las consecuencias de esta situación que son muy graves. Los/as profesionales se sienten golpeados por la Administración y por los/as usuarios/as que se hallan sufriendo en una absoluta desesperación.
3. Las consecuencias más notorias de esta situación es la involución de la atención a las personas más vulnerables, “el retorno a la caridad o a la beneficencia” que no se fundamenta en el principio de justicia social. Los Servicios Sociales se han convertido en distribuidores de los pocos recursos disponibles recursos y no son el Sistema de Protección Social bajo el que se fundamenta, y que debe intentar empoderar a las personas más vulnerables y brindarles acompañamiento.
4. El modelo tradicional de intervención hegemónico que se encuentra dentro de la estructura de los servicios sociales en este contexto da como resultado que, todos los esfuerzos de trabajo social giran en torno a la asignación de los recursos disponibles, generalmente escasos. Todos los aspectos del individuo han sido eliminados del repertorio de intervenciones según el enfoque de apoyo integral. En este nuevo modelo de atención, basado principalmente en la prestación de apoyo a las personas, los propios profesionales son las principales herramientas y recursos.
5. En el desempeño de su labor diaria, los/as trabajadores/as sociales experimenta altos niveles de malestar emocional. Sobre todo, cuando atienden a grupos particularmente vulnerables como son menores, personas mayores, personas con problemas mentales o personas en riesgo de pobreza y de exclusión social. Es necesario, por tanto, prestar más atención a las emociones de los/as trabajadores/as sociales que están expuestos al sufrimiento de sus usuarios/as. Necesitan una red de apoyo entre compañeros/as (espacios formales) y formación para aprender a relacionarse con el sufrimiento de las personas más vulnerables de un modo positivo para su trabajo.
6. Indiscutiblemente los/as trabajadores/as sociales valoran y comprenden la empatía como actitud fundamental en su profesión. La consideran una cuestión de obligación moral. Sin embargo, el propio contexto del Sistema Público de Servicios Sociales, y

la situación desesperada que vuelve al usuario/a es muy exigente. O incluso muestran comportamientos agresivos y de confrontación que coloca a los/as trabajadores/as sociales en escenarios altamente desafiantes que, provocan un bloqueo de la empatía hacia los/as usuarios/as, y como respuesta a este hecho, se distancian de las experiencias de sufrimiento de las personas para evitar el sufrimiento propio.

7. En cuanto a la compasión, los/as profesionales del Trabajo Social siguen teniendo un concepto que se sustenta en la pena y la debilidad como las bases del desarrollo de la actitud compasiva. Cambiar y evolucionar en la propia conceptualización y generar programas de cultivo de la compasión será fundamental para la protección y satisfacción de los propios trabajadores/as sociales. Al mismo tiempo, será beneficioso para la sostenibilidad del acompañamiento de las personas que atienden con gran nivel de sufrimiento.
8. Finalmente, se deben desarrollar líneas de investigación experimentales con programas para el cultivo de la compasión que podría mejorar la actitud empática. Proteger a los/as profesionales de la fatiga compasiva y desarrollar niveles de satisfacción compasiva suficientes para hacer el trabajo en contacto con el sufrimiento más sostenible para los/as profesionales.

REFERENCIAS

- Abreu, M. y Mahtani, V. (2018). Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en Atención primaria de salud: evolución, redefinición y desafíos del rol profesional. *Cuadernos de Trabajo Social*, 31(2). <https://doi.org/10.5209/cuts.54560>
- Alexander, S., Pillay, R. y Smith, B. (2018). A systematic review of the experiences of vulnerable people participating in research on sensitive topics. *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.013>
- Alguacil, J. (2012). La quiebra del incompleto sistema de Servicios Sociales en España The Breakdown of the Incomplete Social Service System in Spain. https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2012.v25.n1.38434
- Amadasun, S. (2020). Social work and COVID-19 pandemic: An action call. *International*

- Social Work*, 63(6), 753–756. <https://doi.org/10.1177/0020872820959357>
- Ambrose-Miller, W. y Ashcroft, R. (2016). Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams: Table 1: *Health & Social Work*, 41(2), 101–109. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw006>
- Anālayo, B. y Dhammadinnā, B. (2021). From Compassion to Self-Compassion: a Text-Historical Perspective. *Mindfulness*, 1–11. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01575-4>
- Ángel, M., Calavia, G., Cárdenas, J. y Barbeito, R. (2020). Presentación del debate: Impactos sociales de la COVID-19: un nuevo reto para la sociología / Introduction to the controversy: Social impacts of the COVID-19: a new challenge for sociology. *RES n.º*, 29(3), 689–691. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2020.42>
- Aparicio, E., Michalopoulos, L. y Unick, G. (2013). An Examination of the Psychometric Properties of the Vicarious Trauma Scale in a Sample of Licensed Social Workers. *Health & Social Work*, 38(4), 199–206. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlt017>
- Aparicio, M. y Rodríguez, S. (2020). Ética, trabajo social y derecho a la accesibilidad. *Revista Española de Discapacidad*, 8(1), 25–41. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.08.01.02>
- Asensio-Martínez, A., Magallón-Botaya, R. y García-Campayo, J. (2017). Revisión histórica de los conceptos utilizados para definir mindfulness y compasión. *Mindfulness & Compassion*, 2(2), 86–91. <https://doi.org/10.1016/j.mincom.2017.08.001>
- Astray, A., De Lucas, F., De La Cueva, M., Guillén Sádaba, E. y Madera, D. (2004). *La definición de los servicios sociales en las leyes de servicios sociales de “primera” y “segunda generación” en España*. Universidad de Huelva. Retrieved from <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/186>
- Austin, J., Drossaert, H, Schroevers, M, Sanderman, R., Kirby, J y Bohlmeijer, E. (2021). Compassion-based interventions for people with long-term physical conditions: a mixed methods systematic review. *Psychology & Health*, 36(1), 16–42. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1699090>
- Ayala, S. (2018). Marco jurídico-conceptual del sistema público de los Servicios Sociales. *Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, (24), 225–234. <https://doi.org/10.20932/barataria.v0i24.398>

- Babineau, T., Thomas, A. y Wu, V. (2019). Physician Burnout and Compassion Fatigue: Individual and Institutional Response to an Emerging Crisis. *Current Treatment Options in Pediatrics*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/s40746-019-00146-7>
- Bae, J., Jennings, P., Hardeman, C., Kim, E., Lee, M., Littleton, T. y Saasa, S. (2019). Journal of Social Service Research Compassion Satisfaction Among Social Work Practitioners: The Role of Work-Life Balance Compassion Satisfaction Among Social Work Practitioners: The Role of Work-Life Balance. <https://doi.org/10.1080/01488376.2019.1566195>
- Bae, J., Jennings, P., Hardeman, C., Kim, E., Lee, M., Littleton, T. y Saasa, S. (2020). Compassion Satisfaction Among Social Work Practitioners: The Role of Work-Life Balance. *Journal of Social Service Research*, 46(3), 320–330. <https://doi.org/10.1080/01488376.2019.1566195>
- Batson, C., Floyd, R., Meyer, J. y Winner, A. (1999). “And Who Is My Neighbor?:” Intrinsic Religion as a Source of Universal Compassion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 38(4), 445. <https://doi.org/10.2307/1387605>
- Bedregal, P., Lermenda, V. y Brito-Pons, G. (2020). La compasión: clave en la renovación de la atención en salud. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 45(1), 74–79. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v45i1.1581>
- Belén, A., Castro, S., Martín, C., Blanco, C., Cristina, M. y Blanco, M. C. (n.d.). *El muestreo en la investigación cualitativa*.
- Bellosta-Batalla, M., Garrote-Caparrós, E., Pérez-Blasco, J., Moya-Albiol, L. y Cebolla, A. (2019). Mindfulness, empatía y compasión: Evolución de la empatía a la compasión en el ámbito sanitario. *Revista de Investigación y Educación En Ciencias de La Salud (RIECS)*, 4(S1), 47–57. <https://doi.org/10.37536/riecs.2019.4.s1.125>
- Benish, A., Halevy, D. y Spiro, S. (2018). Regulating social welfare services: Between compliance and learning. *International Journal of Social Welfare*, 27(3), 226–235. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12304>
- Bennett-Levy, J., Turner, F., Beaty, T., Smith, M., Paterson, B. y Farmer, S. (2001). *Clinical Section The value of self-practice of cognitive therapy techniques and self-reflection in*

the training of cognitive therapists. Behavioural and Cognitive Psychotherapy (29).

Berlinger, N., Wynia, M., Powell, T., Micah Hester, D., Milliken, A., Fabi, R. y Piper Jenks, N. (2020). Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). *The Hastings Center*, 2, 1–12. Retrieved from <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>

Bermejo, J. (n.d.). *Ética Humanismo y Sociedad El sanador herido, eco de la empatía*.

Bermejo, J., Higuera, B., Durbán, M. y Carabias Maza, R. (2013). Diseño y fiabilidad de una escala sobre la idea de empatía. diferencias entre profesiones sanitarias y sociales design and reliability of a scale on the concept of empathy. Differences between health and social professions, *10*, 115–156. <https://doi.org/10.5944/ap.10.2.12217>

Blowers, P. (2010). 2009 NAPS presidential address pity, empathy, and the tragic spectacle of human suffering: Exploring the emotional culture of compassion in late ancient Christianity. *Journal of Early Christian Studies*. Johns Hopkins University Press. <https://doi.org/10.1353/earl.0.0313>

Bluth, K. y Neff, K. (2018). New frontiers in understanding the benefits of self-compassion. *Self and Identity*, 17(6), 605–608. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1508494>

Bollmer, G. (2017). Empathy machines. *Media International Australia*, 165(1), 63–76. <https://doi.org/10.1177/1329878X17726794>

Brand-Levi, A., Krumer-Nevo, M. y Malul, M. (2020). Service users' perspectives of social treatment in social service departments in Israel: Differences between standard and poverty-aware treatments. *Health & Social Care in the Community*, hsc.13099. <https://doi.org/10.1111/hsc.13099>

Brems, C. (1989). Dimensionality of empathy and its correlates. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 123(4), 329–337. <https://doi.org/10.1080/00223980.1989.10542989>

Burgos, M. (2019). El Trabajo Social sigue siendo una novedad. *Cuadernos de Trabajo Social*, 32(1), 241–244. <https://doi.org/10.5209/cuts.63090>

Buxarraís, M. (2009). Por una ética de la compasión en la educación. *Teoría de La Educación. Revista Interuniversitaria*, 18(18), 201–227. <https://doi.org/10.14201/3218>

- Cabrera, M. (2019). The Discursive Origins of the Welfare State: Spanish Social Reformism, 1870–1900. *Journal of Social History*, 52(4), 1165–1184. <https://doi.org/10.1093/jsh/shy009>
- Caravaca-Sanchez, F., Barrera-Algarín, E., Pastor-Seller, E. y Sarasola-Sanchez-Serrano, J. L. (2019). Prevalencia y factores de riesgo asociados al síndrome de burnout entre los profesionales del trabajo social en servicios sociales municipales en España. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 9(17), 89–109. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v9i17.8284>
- Cardona, J., Cuartero, M. y Campos, J. (2017). La comprensión de la situación problema en la práctica del Trabajo Social de Casos. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(1), 149–162. <https://doi.org/10.5209/cuts.51735>
- Caringi, J., Hardiman, E., Weldon, P., Fletcher, S., Devlin, M. y Stanick, C. (2017). Secondary traumatic stress and licensed clinical social workers. *Traumatology*, 23(2), 186–195. <https://doi.org/10.1037/trm0000061>
- Carrasco, F., Río, D., Ramos, F., Alonso, J., Del Río, E. y Colectivo, J. (1990). *Documentacion social revista de estudios sociales y de sociologia aplicada*.
- Cassel, E. (1982). The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *New England Journal of Medicine*, 306(11), 639–645. <https://doi.org/10.1056/nejm198203183061104>
- Castillo, A. y Castillo, A. (2016). La enseñanza y el aprendizaje de la empatía para el trabajo social.
- Cena, R. (2019). Discusiones en torno a los cuidados sociales: ¿hacia una triple jornada? Reflexiones desde poblaciones destinatarias de políticas sociales. *Aposta*, 81(81), 22–37. Retrieved from <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/rebecena.pdf>
- Cena, R. (2020). Pandemia por COVID-19 y los desafíos de avizorar/ocluir problemas sociales. Un análisis desde las políticas sociales como grafías. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (9), 93–102. <https://doi.org/10.6018/azarbe.456461>
- Choi, G. (2017). Secondary traumatic stress and empowerment among social workers working with family violence or sexual assault survivors. *Journal of Social Work*, 17(3),

358–378. <https://doi.org/10.1177/1468017316640194>

Clara, S., Ramos, S., Bernal, Y., Espinosa, S., Cañizares, Y., Blaza, L. y Rojas Gómez, M. (2019). Emotional intelligence in the training of Health Social Work professionals. *Edumecentro*, 11(4), 204–221. Retrieved from <http://www.revedumecentro.sld.cu>

Cochrane, B., Ritchie, D., Lockhard, D., Picciano, G., King, J. y Nelson, B. (2019). A culture of compassion: How timeless principles of kindness and empathy become powerful tools for confronting today's most pressing healthcare challenges. *Healthcare Management Forum*. SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/0840470419836240>

Conversano, C., Ciacchini, R., Orrù, G., Di Giuseppe, M., Gemignani, A. y Poli, A. (2020). Mindfulness, compassion, and self-compassion among health care professionals: What's new? a systematic review. *Frontiers in Psychology*, 11, 1683. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01683>

Cuartero, M. (2018). Estudio sobre la prevalencia del desgaste por empatía (compassion fatigue) en los/as trabajadores/as sociales de los centros de servicios sociales de Mallorca. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=260219&info=resumen&idioma=ENG>

Cuartero, M. y Campos-Vidal, J. (2019). Self-care behaviours and their relationship with Satisfaction and Compassion Fatigue levels among social workers. *Social Work in Health Care*, 58(3), 274–290. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1558164>

Cuevas, C. y Araya, P. (2020). Construcción de competencias éticas para la formación universitaria en trabajo social. *Perfiles Educativos*, 43(171), 100–116. <https://doi.org/10.22201/IISUE.24486167E.2021.171.59678>

Cuff, M., Brown, S., Taylor, L. y Howat, D. (2016). Empathy: A Review of the Concept. *Emotion Review*, 8(2), 144–153. <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>

Damián, A. (2015). *Crisis global, económica, social y ambiental. Estudios demográficos y urbanos* (30).

Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>

- Davis, M. (2006). Empathy. In *Handbook of the Sociology of Emotions* (pp. 443–466). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-30715-2_20
- Davis, M., Hull, J., Young, R. y Warren, G. (1987). Emotional Reactions to Dramatic Film Stimuli: The Influence of Cognitive and Emotional Empathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 126–133. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.1.126>
- De-Robertis, C. (2018). Los Derechos Humanos, principios orientadores de la práctica del trabajo social. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 8(0). <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v8i0.7258>
- De Brouwer, D. (n.d.). *La empatía es posible. Educación emocional para una sociedad empática.*
- De la Paz Elez, P. (2011). La intervención en Trabajo Social desde la perspectiva de las fortalezas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 24(0). https://doi.org/10.5209/rev_cuts.2011.v24.36865
- De Luca, A. (2018). An Ecological Perspective on the Helping Relationship. In *Eco-Phenomenology: Life, Human Life, Post-Human Life in the Harmony of the Cosmos* (pp. 469–478). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-77516-6_37
- Decety, J. y Jackson, P. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*. Sage PublicationsSage CA: Thousand Oaks, CA. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Decker, J., Brown, J., Ashley, W. y Lipscomb, A. (2019). Mindfulness, meditation, and breathing exercises: reduced anxiety for clients and self-care for social work interns. *Social Work with Groups*, 42(4), 308–322. <https://doi.org/10.1080/01609513.2019.1571763>
- Deering, D. (1996). Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat the Traumatized. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 34(11), 52–52. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19961101-26>
- Delgado, E., Arango R., Salazar, A., Arango, E., Jaramillo, A., Mora, J. y Zapata, C. (2018). Taking Care of Another Person: “When my Body is Here But my Mind is Somewhere

- Else.” *Revista Ciencias de La Salud*, 16(2), 294–310. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6771>
- Denkinger, J., Windthorst, P., Rometsch-Ogioun El Sount, C., Blume, M., Sedik, H., Kizilhan, J. y Junne, F. (2018). Secondary Traumatization in Caregivers Working With Women and Children Who Suffered Extreme Violence by the “Islamic State.” *Frontiers in Psychiatry*, 9, 234. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00234>
- Deusdad, B., Comas-d’Argemir, D. y Dziegielewski, S. (2016). Restructuring Long-Term Care in Spain: The Impact of The Economic Crisis on Social Policies and Social Work Practice. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 246–262. <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1129013>
- Devesa, A., Moreno, I., Higuera, C. y Serna, G. (2015). La relación de ayuda en enfermería. *Index de Enfermeria*, 23(4), 229–233. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962014000300008>
- Díaz de Mera, E. (2017). El trabajo social sanitario y su integración en el sistema público de salud. Una propuesta desde el modelo de gestión sanitaria de las mutuas colaboradoras con la seguridad social en España. *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 0(13), 101. <https://doi.org/10.5944/comunitania.13.5>
- Diccionario de la lengua española. Compasivo, compasiva. Definición. RAE - ASALE. (n.d.). Retrieved February 10, 2021, from <https://dle.rae.es/compasivo>
- Diccionario de la lengua española. Sufrimiento. Definición. RAE - ASALE. (n.d.). Retrieved February 9, 2021, from <https://dle.rae.es/sufrimiento>
- Digital, R., Rowan, W. y Works, D. (2013). *Prevalence of secondary traumatic stress among disaster relief volunteers*. Retrieved from <https://rdw.rowan.edu/etd>
- Dijxhoorn, F., Brom, L., Van der Linden, Y., Leget, C. y Raijmakers, J. (2021). Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review. *Palliative Medicine*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/0269216320956825>
- Doñate, O. y Ferrete, C. (2019). Vivir la Historia: Posibilidades de la empatía histórica para motivar al alumnado y lograr una comprensión efectiva de los hechos históricos.

- Didáctica de Las Ciencias Experimentales y Sociales*, (36), 47.
<https://doi.org/10.7203/dces.36.12993>
- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J. y Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 1–11.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.015>
- Ebor, M., Loeb, T. y Trejo, L. (2020). Social Workers Must Address Intersecting Vulnerabilities among Noninstitutionalized, Black, Latinx, and Older Adults of Color during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Gerontological Social Work*, 63(6–7), 585–588. <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1779161>
- Eriksson, K. y Englander, M. (2017). Empathy in Social Work. *Journal of Social Work Education*, 53(4), 607–621. <https://doi.org/10.1080/10437797.2017.1284629>
- Fantova, F. (2015). Crisis de los cuidados y servicios sociales. *Zerbitzuan*, (60), 47–62.
<https://doi.org/10.5569/1134-7147.60.04>
- Fantova, F. (2017). Servicios sociales e inclusión social: análisis y perspectivas en el País Vasco. *Zerbitzuan*, (64), 9–32. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.64.01>
- Fargion, S., Nagy, A. y Berger, E. (2019). Access to social services as a rite of integration: Power, rights, and identity. *Social Policy & Administration*, 53(5), 627–640.
<https://doi.org/10.1111/spol.12447>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales reunión general 2014-melbourne, Australia la Agenda Global para el Trabajo Social y el Reporte del Progreso de Desarrollo Social*. (2014).
- Feldman, C. y Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 143–155. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564831>
- Fernández-García, T. (2012). El estado de bienestar frente a la crisis política, económica y social. [The Welfare State Facing the Political, Economic and Social Crisis]. *Portularia*, 12(Addenda), 3–12. <https://doi.org/10.5218/prts.2012.0001>
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. y Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24, 284–298. Retrieved from

www.um.es/analeps

- Fernández-Sánchez, H., Fernández-Sánchez, H., Gómez-Calles, T. y Pérez, M. (2020). Intersección de pobreza y desigualdad frente al distanciamiento social durante la pandemia COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(0). Retrieved from <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3795>
- Figley, C. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, C. (2013). *Compassion Fatigue*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203777381>
- Figueroa, M., Contini, N., Lacunza, A., Levín, M. y Estévez, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), 66–72. <https://doi.org/10.6018/analeps>
- Finlay-Jones, A., Kane, R. y Rees, C. (2017). Self-Compassion Online: A Pilot Study of an Internet-Based Self-Compassion Cultivation Program for Psychology Trainees. *Journal of Clinical Psychology*, 73(7), 797–816. <https://doi.org/10.1002/jclp.22375>
- Finzi-Dottan, R. y Kormosh, M. (2016). Social Workers in Israel: Compassion, Fatigue, and Spillover into Married Life. *Journal of Social Service Research*, 42(5), 703–717. <https://doi.org/10.1080/01488376.2016.1147515>
- Florido, P. (2016). O estudo sócio-histórico das emoções e os sentimentos nas Ciências Sociais do século XX. *Revista de Estudos Sociais*, 2016(55), 178–191. <https://doi.org/10.7440/res55.2016.12>
- Forns, M. (2018). Los servicios sociales locales como garantes del Estado del Bienestar en el Estado Español. Análisis del régimen jurídico de la atención a la persona en Cataluña. *Revista de Direito Econômico e Socioambiental*, 9(3), 3. <https://doi.org/10.7213/rev.dir.econ.soc.v9i3.24548>
- Forns, M. (2018). El sistema organizativo y competencial de los servicios sociales locales de la post-crisis en el Estado Español. El caso de Catalunya. *AyC - Revista de Direito Administrativo y Constitucional*, 18(74), 25–66. <https://doi.org/10.21056/aec.v19i74.1046>

- Franco, G. (2019). Los derechos sociales en el constitucionalismo de la crisis: una perspectiva comparada. *Teoría y Realidad Constitucional*, 43(43), 349. <https://doi.org/10.5944/trc.43.2019.24424>
- Fuentes, F. (2020). Social and health care coordination: towards a new culture of care. *Enfermería Clínica*, 30(5), 291–294. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.09.001>
- Galiana, L., Arena, F., Oliver, A., Sansó, N. y Benito, E. (2017). Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout in Spain and Brazil: ProQOL Validation and Cross-cultural Diagnosis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(3), 598–604. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.014>
- Gao, J. y Yan, M. (2015). Social work in the making: The state and social work development in China. *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 93–101. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12089>
- García-Díaz, A. (2020). Teoría de la compasión y la comunicación para la integración y la paz: una revisión teórica. *Comunicación, Cultura y Política*, 11. <https://doi.org/10.21158/21451494.v11.n0.2020.2757>
- García-Domingo, M. (2018). Aproximación a los cambios percibidos en los servicios sociales por sus gestores: una adaptación impuesta. *Zerbitzuan*, (65), 19–27. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.65.02>
- García-Domingo, M. y Sotomayor-Morales, E. (2017). Role of social workers in a context of crisis adaptation opportunities to change. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 7(12), 47–68. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v7i12.5663>
- García-Izquierdo, M. y Ríos-Rísquez, M. (2012). The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: An exploratory study. *Nursing Outlook*, 60(5), 322–329. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.02.002>
- García, T. y Romero, L. (2006). *El proceso de intervención en el trabajo social con casos: una enseñanza teórica-práctica para las escuelas de trabajo social. Acciones e Investigaciones Sociales*. https://doi.org/10.26754/OJS_AIS/AIS.20061_EXT423
- Geoffrion, S., Morselli, C. y Guay, S. (2016). Rethinking compassion fatigue through the lens of professional identity: The case of child-protection workers. *Trauma, Violence, and*

- Abuse*, 17(3), 270–283. <https://doi.org/10.1177/1524838015584362>
- Gerdes, K. y Segal, E. (2011). Importance of Empathy for Social Work Practice: Integrating New Science. *Social Work*, 56(2), 141–148. <https://doi.org/10.1093/sw/56.2.141>
- Gerdes, K. y Segal, E. (2009). A Social Work Model of Empathy. *Advances in Social Work*, 10(2), 114–127. <https://doi.org/10.18060/235>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P. (2017). Compassion. In *Compassion* (pp. 3–15). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315564296-1>
- Gilbert, P. y Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 13(6), 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235–260. <https://doi.org/10.1163/156916297X00103>
- Girela, B. (2020). El Trabajo Social y los Servicios Sociales en España: El precio del neoliberalismo. *ReiDoCrea: Revista Electrónica de Investigación Docencia Creativa*. <https://doi.org/10.30827/digibug.45112>
- Gladkova, A. (2010). Sympathy, Compassion, and Empathy in English and Russian: A Linguistic and Cultural Analysis. *Culture & Psychology*, 16(2), 267–285. <https://doi.org/10.1177/1354067X10361396>
- Glumbíková, K. y Mikulec, M. (2020). Reflexivity and strategies of emotions (re)construction in social work with families in the Czech Republic. *Journal of Social Work Practice*. <https://doi.org/10.1080/02650533.2020.1744115>
- Goetz, J., Keltner, D. y Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An Evolutionary Analysis and Empirical Review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351–374. <https://doi.org/10.1037/a0018807>
- Goldaracena, F., Pemán, J., Jesús, J. y Garro, V. (2017). 150 años de historia de la ética del

- Trabajo Social en España: periodización de sus valores éticos. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(1), 37–50. <https://doi.org/10.5209/CUTS.52428>
- Goldfried, J. y Miner, M. (2002). Quest Religion and the Problem of Limited Compassion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(4), 685–695. <https://doi.org/10.1111/1468-5906.00154>
- Gómez-García, R., Alonso-Sangregorio, M. y Llamazares-Sánchez, M. (2020). Burnout in social workers and socio-demographic factors. *Journal of Social Work*, 20(4), 463–482. <https://doi.org/10.1177/1468017319837886>
- Gómez-García, R., Bayón-Calvo, S. y Lucas-García, J. (2020). The Relationship between Burnout and Job Satisfaction in a Sample of Spanish Social Workers. *The British Journal of Social Work*. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa150>
- Gómez-Urquiza, J., Monsalve-Reyes, C., San Luis-Costas, C., Fernández-Castillo, R., Aguayo-Estremera, R. y Cañadas-de la Fuente, G. (2017). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atencion Primaria*, 49(2), 77–85. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.004>
- Gómez, R. (2011). Códigos deontológicos e ideología en trabajo social. *Zerbitzuan*, (50), 41–46. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.50.03>
- González, M., Martos, C., Fernández, M. y Álvarez, P. (2016). La relación de ayuda en Trabajo Social: Propuestas para un desarrollo de calidad. *Revista de Trabajo Social*, (90), 3–13. <https://doi.org/10.7764/rts.90.3-13>
- Greeno, E., Ting, L. y Wade, K. (2018). Predicting empathy in helping professionals: comparison of social work and nursing students. *Social Work Education*, 37(2), 173–189. <https://doi.org/10.1080/02615479.2017.1389879>
- Grimaccia, E. y Naccarato, A. (2019). Food Insecurity Individual Experience: A Comparison of Economic and Social Characteristics of the Most Vulnerable Groups in the World. *Social Indicators Research*, 143(1), 391–410. <https://doi.org/10.1007/s11205-018-1975-3>
- Grossman, P. y Van Dam, N. (2011). Mindfulness, by any other name: trials and tribulations of sati in western psychology and science. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 219–239. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564841>

- Guerrero, P., Balboa, M. y Miranda, G. (2017). Sufrimiento y reconocimiento en el trabajo: Un estudio de caso. *Teuken Bidikay - Revista Latinoamericana de Investigación En Organizaciones, Ambiente y Sociedad*, 8(11), 175–190. <https://doi.org/10.33571/teuken.v8n11a9>
- Hansen, E., Eklund, J., Hallén, A., Bjurhager, C., Norrström, E., Viman, A. y Stocks, L. (2018). Does Feeling Empathy Lead to Compassion Fatigue or Compassion Satisfaction? The Role of Time Perspective. *The Journal of Psychology*, 152(8), 630–645. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1495170>
- Hardee, J. (2003). An Overview of Empathy. *The Permanente Journal*, 7(4), 51. Retrieved from /pmc/articles/PMC5571783/
- Hendrickson, M. (2010). *Problemas de la descentralización de los servicios sociales en España Social care developments in Spain View project Minimum income in Spain View project*. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/263161858>
- Hernández, A. (2019). Retos de los Servicios Sociales en España según la opinión experta en Trabajo Social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (26), 123. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2019.26.06>
- Hoffman, M. y Levine, L. (1976). Early sex differences in empathy. *Developmental Psychology*, 12(6), 557–558. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.12.6.557>
- Hofmann, S., Grossman, P. y Hinton, D. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.003>
- Holm, U. (2002). Empathy and professional attitude in social workers and non-trained aides. *International Journal of Social Welfare*, 11(1), 66–75. <https://doi.org/10.1111/1468-2397.00197>
- Hombrados-Mendieta, I. y Cosano-Rivas, F. (2013). Burnout, workplace support, job satisfaction and life satisfaction among social workers in Spain: A structural equation model. *International Social Work*, 56(2), 228–246. <https://doi.org/10.1177/0020872811421620>
- Howe, D. (2017). Empathy, social intelligence and relationship - based social work. *Zeszyty*

Pracy Socjalnej, 22(1), 1–12.

- Huang, Y., Kim, H., Le, M., Martinez, J., Martin, J., Maghen, E. y Leisek, W. (2019). Predictors and Risk Factors of Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among OTs. *American Journal of Occupational Therapy*, 73(4), 7311505161p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.73s1-po6010>
- Hujo, K. y Gaia, E. (2011). Social policy and poverty: an introduction. *International Journal of Social Welfare*, 20(3), 230–239. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2011.00786.x>
- Hunt, P., Denieffe, S. y Gooney, M. (2019). Running on empathy: Relationship of empathy to compassion satisfaction and compassion fatigue in cancer healthcare professionals. *European Journal of Cancer Care*, 28(5), e13124. <https://doi.org/10.1111/ecc.13124>
- Iamamoto, M. (2019). Renovação do Serviço Social no Brasil e desafios contemporâneos. *Serviço Social y Sociedad*, (136), 439–461. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.188>
- Idareta, F., Úriz, M. y Viscarret, J. (2017). 150 años de historia de la ética del Trabajo Social en España: periodización de sus valores éticos. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(1), 37–50. <https://doi.org/10.5209/cuts.52428>
- Immordino-Yang, M., McColl, A., Damasio, H. y Damasio, A. (2009). Neural correlates of admiration and compassion. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 106(19), 8021–8026. <https://doi.org/10.1073/pnas.0810363106>
- Jaraíz, G. y González, A. (2015). Transformaciones y retos relacionales en el ámbito de los Servicios Sociales Comunitarios. Retrieved from <https://rio.upo.es/xmlui/handle/10433/3011>
- Jay, J., Lee, J., Shalash, N. y Poklembova, Z. (2020). Self-compassion among social workers. *Journal of Social Work*, 20(4), 448–462. <https://doi.org/10.1177/1468017319829404>
- Jesús, M., Pemán, Ú., Garro, J. y Idareta, F. (n.d.). *An approach of Emmanuel Lévinas' ethics regarding Social Work View project Ethical dilemmas in Social Work View project*. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/275154197>
- Juncal, A. (n.d.). Las nuevas formas de gestión de los servicios sociales: elementos para un debate. <https://doi.org/10.2436/rcdp.i55.2017.3007>

- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kam, P. (2020). ‘Social work is not just a job’: The qualities of social workers from the perspective of service users. *Journal of Social Work*, 20(6), 775–796. <https://doi.org/10.1177/1468017319848109>
- Kanasz, T. y Zielińska, I. (2017). Emotional Labour of the Polish Social Workers : the Study in Sociology of Emotions. *Polish Sociological Review*, 3, 351–365.
- Kanov, J., Maitlis, S., Worline, M., Dutton, J., Frost, P. y Lilius, J. (2004). Compassion in Organizational Life. *American Behavioral Scientist*, 47(6), 808–827. <https://doi.org/10.1177/0002764203260211>
- Keesman, L. y Weenink, D. (2020). Bodies and emotions in tense and threatening situations. *Journal of Social Work*, 20(2), 173–192. <https://doi.org/10.1177/1468017318795726>
- Keng, S., Smoski, M., Robins, C., Ekblad, A. y Brantley, J. (2012). Mechanisms of change in mindfulness-based stress reduction: Self-compassion and mindfulness as mediators of intervention outcomes. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(3), 270–280. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.26.3.270>
- Kim, H. (2017). A Challenge to the Social Work Profession? The Rise of Socially Engaged Art and a Call to Radical Social Work. *Social Work*, 62(4), 305–311. <https://doi.org/10.1093/sw/swx045>
- Kim, M., Yi, J., Molloy, J. y Choi, K. (2020). The Impact of Compassion Fatigue on the Well-Being of Oncology Social Workers in Korea. *Journal of Social Service Research*. <https://doi.org/10.1080/01488376.2020.1869140>
- King, S. (2011). The structure of empathy in social work practice. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 21(6), 679–695.

<https://doi.org/10.1080/10911359.2011.583516>

- Kirby, J. (2017). Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 432–455. <https://doi.org/10.1111/papt.12104>
- Kirby, J., Tellegen, C. y Steindl, S. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
- Klimecki, O., Leiberg, S., Ricard, M. y Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 873–879. <https://doi.org/10.1093/scan/nst060>
- Kourachanis, N., Lalioti, V. y Venieris, D. (2019). Social policies and solidarity during the Greek Crisis. *Social Policy & Administration*, 53(5), 678–692. <https://doi.org/10.1111/spol.12420>
- Lampis, A. (2013). Vulnerabilidad y adaptación al cambio climático: debates acerca del concepto de vulnerabilidad y su medición. *Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía*, 22(2), 17–33. <https://doi.org/10.15446/rcdg.v22n2.37017>
- Lavee, E. y Strier, R. (2018). Social workers' emotional labour with families in poverty: Neoliberal fatigue? *Child & Family Social Work*, 23(3), 504–512. <https://doi.org/10.1111/cfs.12443>
- Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Disponible online: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2017/BOE-A-2017-657-consolidado.pdf>
- Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, 15, 298. Disponible online: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf>
- Leaviss, J. y Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
- Lemieux-Cumberlege, A. y Taylor, E. (2019). An exploratory study on the factors affecting

- the mental health and well-being of frontline workers in homeless services. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), e367–e378. <https://doi.org/10.1111/hsc.12738>
- Levett-Jones, T., Cant, R. y Lapkin, S. (2019). A systematic review of the effectiveness of empathy education for undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*. Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.006>
- Lianekhammy, J., Miller, J., Lee, J., Pope, N., Barnhart, S. y Grise-Owens, E. (2018). Exploring the self-compassion of health-care social workers: How do they fare? *Social Work in Health Care*, 57(7), 563–580. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1471017>
- Lilius, J., Worline, M., Maitlis, S., Kanov, J., Dutton, J. y Frost, P. (2008). The contours and consequences of compassion at work. *Journal of Organizational Behavior*, 29(2), 193–218. <https://doi.org/10.1002/job.508>
- Lima, A. (n.d.). *Intervención social e incidencia de la estructura colegial desde la década de los 90 hasta hoy Servicios Sociales y Política Social*.
- Lizano, E. y Mor Barak, M. (2015). Job burnout and affective wellbeing: A longitudinal study of burnout and job satisfaction among public child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 55(C), 18–28. Retrieved from <https://ideas.repec.org/a/eee/cysrev/v55y2015icp18-28.html>
- Lombardo, E. y León, M. (2015). Políticas de igualdad de género y sociales en España: origen, desarrollo y desmantelamiento en un contexto de crisis económica. *Investigaciones Feministas*, 5(0). https://doi.org/10.5209/rev_infe.2014.v5.47986
- López-Cabanas, M. (2018). Municipal social services. The need for a refoundation. *Papeles Del Psicólogo*, 39(2), 89–95. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2866>
- López, M., Filippetti, V. y Richaud, M. (2014). Empatía: Desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 32(1), 37–51. <https://doi.org/10.12804/apl32.1.2014.03>
- Ma, X. y Wang, X. (2021). The role of empathy in the mechanism linking parental psychological control to emotional reactivities to COVID-19 pandemic: A pilot study among Chinese emerging adults. *Personality and Individual Differences*, 168, 110399. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110399>

- Martínez, L., Manzano, M., Santos, C., De la Sierra, C., Hernández, A. y Aguilar, M. (2017). Organización de los servicios sociales municipales en las comunidades autónomas: cinco estudios de caso. *Zerbitzuan*, (63), 5–47. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.63.01>
- Martinez, L. y Pérez, B. (2018). El modelo de atención primaria de Servicios Sociales a debate: Dilemas y reflexiones profesionales a partir del caso de Navarra. *Cuadernos de Trabajo Social*, 31(2), 333–343. <https://doi.org/10.5209/cuts.55168>
- Martínez, L. y Pérez, B. (2015). La austeridad intensifica la exclusión social e incrementa la desigualdad. Retrieved from <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/33264>
- Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Matías, A., Eito, A. y Marcuello, C. (2018). Medio y contexto de la trabajadora social de atención primaria en Aragón. *Zerbitzuan*, (65), 99–108. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.65.08>
- Mattelmäki, T., Vaajakallio, K. y Koskinen, I. (2014). What happened to empathic design? *Design Issues*, 30(1), 67–77. https://doi.org/10.1162/DESI_a_00249
- McClelland, L. y Vogus, T. (2014). Compassion Practices and Does Rewarding and Supporting Workplace Compassion Influence Patient Perceptions? *Health Services Research*, 49(5), 1670–1683. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12186>
- McLean, L., Steindl, S. y Bambling, M. (2018). Compassion-Focused Therapy as an Intervention for Adult Survivors of Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(2), 161–175. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1390718>
- Meda, R., Moreno-Jiménez, B., Palomera, A., Arias, E. y Vargas, R. (2012). Secondary traumatic stress assesment. Compared study in firemen and paramedics in emergency services. *Terapia Psicológica*, 30(2), 31–41. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000200003>
- Mehrabian, A. y Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40(4), 525–543. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1972.tb00078.x>
- Michalopoulos, L. y Aparicio, E. (2012). Vicarious trauma in social workers: The role of trauma history, social support, and years of experience. *Journal of Aggression*,

Maltreatment and Trauma. Taylor y Francis Group .
<https://doi.org/10.1080/10926771.2012.689422>

- Miller, B. y Sprang, G. (2017). A components-based practice and supervision model for reducing compassion fatigue by affecting clinician experience. *Traumatology*, 23(2), 153–164. <https://doi.org/10.1037/trm0000058>
- Montagud, X. (2016). Las consecuencias de la burocratización en las organizaciones de servicios sociales. *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 0(11), 69. <https://doi.org/10.5944/comunitania.11.4>
- Montesino, N. y Avendal, C. (2018). Ruptura y sufrimiento social. La llegada de refugiados a Suecia desde la perspectiva de estudiantes de trabajo social. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 8(15), 26–44. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v8i15.7441>
- Mooney, C., Fetter, K., Gross, B., Rinehart, C., Lynch, C. y Rogers, F. (2017). A Preliminary Analysis of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue with Considerations for Nursing Unit Specialization and Demographic Factors. *Journal of Trauma Nursing*, 24(3), 158–163. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000284>
- Moore, M., Conrick, K., Reddy, A., Allen, A. y Jaffe, C. (2019). From Their Perspective: The Connection between Life Stressors and Health Care Service Use Patterns of Homeless Frequent Users of the Emergency Department. *Health and Social Work*. National Association of Social Workers. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlz010>
- Morais, T. y Monteiro, P. (2017). Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. *Revista Bioética*, 25(2), 311–319. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017252191>
- Morales-Llamas, Z., Pérez-Hernández, S. y Rodríguez-Suárez, G. (2020). Profesión de trabajo social y su relación con variables del contexto laboral. Exploratory study on burnout syndrome in social work profession and its relation with work context variables. Retrieved from <https://digibug.ugr.es/handle/10481/65114>
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A. y Koukouli, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare*, 8(1), 26. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>

- Muñoz-Seco, E., Coll-Benejam, J., Torrent-Quetglas, M. y Linares-Pou, L. (2006). Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Atencion Primaria*, 37(4), 209–214. <https://doi.org/10.1157/13085951>
- Neff, K. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Nolte, A., Downing, C., Temane, A. y Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4364–4378. <https://doi.org/10.1111/jocn.13766>
- Núñez del Castillo, M., Siles González, J. y Jurado Moyano, J. (2008). Relación de ayuda a través de la historia: una aportación desde la perspectiva iconográfica. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, (23), 27–34. <https://doi.org/10.14198/cuid.2008.23.04>
- Ortega-Galán, Á. M., Ruiz-Fernández, M. D., Carmona-Rega, M. I., Cabrera-Troya, J., Ortiz-Amo, R. y Ibáñez-Masero, O. (2019). Competence and Compassion: Key Elements of Professional Care at the End of Life From Caregiver's Perspective. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 36(6), 485–491. <https://doi.org/10.1177/1049909118816662>
- Ortega-Galán, Á. M., Ruiz-Fernández, M. D., Carmona-Rega, M. I., Cabrera-Troya, J., Ortiz-Amo, R. y Ibáñez-Masero, O. (2019). The Experiences of Family Caregivers at the End of Life. *Journal of Hospice y Palliative Nursing*, 21(5), 438–444. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000586>
- Oveis, C., Horberg, E. y Keltner, D. (2010). Compassion, Pride, and Social Intuitions of Self-Other Similarity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(4), 618–630. <https://doi.org/10.1037/a0017628>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M. y Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de Saude Publica*, 36(4), e00054020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Pallares, S. (2012). Abordaje de la necesidad espiritual en la relación de ayuda. *Revista*

-
- Científica Salud Uninorte*, 18(0). Retrieved from <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4157/5478>
- Papazoglou, K. y Chopko, B. (2017). The Role of Moral Suffering (Moral Distress and Moral Injury) in Police Compassion Fatigue and PTSD: An Unexplored Topic. *Frontiers in Psychology*, 8, 1999. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01999>
- Parella, S., Petroff, A., Speroni, T. y Piqueras, C. (2019). Social suffering and return migrations: A conceptual proposal. *Apuntes*, 46(84), 33–57. <https://doi.org/10.21678/apuntes.84.1013>
- Pasini, A. (2016). How to make good choices? Ethical perspectives guiding social workers moral reasoning. *Social Work Education*, 35(4), 377–386. <https://doi.org/10.1080/02615479.2015.1081679>
- Pastor, E. y Sánchez, M. (2013). Impacto de la crisis económica y los cambios en las políticas sociales en el perfil, necesidades y prestaciones de las personas usuarias de los servicios sociales municipales: análisis de caso local en la región de Murcia (España). *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (20), 141. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2013.20.08>
- Patel, J., Nielsen, F., Badiani, A., Assi, S., Unadkat, V., Patel, B. y Wardle, H. (2020). Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. *Public Health*. Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.006>
- Patterson, G. y Swan, P. (2019). Police social work and social service collaboration strategies one hundred years after Vollmer: A systematic review. *Policing*. Emerald Group Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1108/PIJPSM-06-2019-0097>
- Pavolini, E., León, M., Guillén, A. y Ascoli, U. (2015). From austerity to permanent strain the EU and welfare state reform in Italy and Spain. *Comparative European Politics*, 13(1), 56–76. <https://doi.org/10.1057/cep.2014.41>
- Pelon, S. (2017). Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Hospice Social Work. [Http://Dx.Doi.Org/10.1080/15524256.2017.1314232](http://Dx.Doi.Org/10.1080/15524256.2017.1314232).
- Perez-Bret, E., Altisent, R. y Rocafort, J. (2016). Definition of compassion in healthcare: A systematic literature review. *International Journal of Palliative Nursing*, 22(12), 599–

606. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.12.599>

Pérez, K. (2018). *Sistematización de una experiencia de trabajo social organizacional: tejiendo Familia empresarial*. Aguirre Z, Martínez M *Influencia de la situación laboral en el ajuste familia - trabajo*. *MapfreMedic*, 2006. Corporación Universitaria Minuto de Dios. Retrieved from <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/6322>

Pons, G. y Araya-Véliz, C. (2016). Breve historia y estado actual de la práctica de mindfulness y compasión en Chile. *Mindfulness & Compassion*, 1(1), 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.mincom.2016.09.006>

Puig, C. (n.d.). Ten proposals to care for oneself and others in the social professions. Towards the construction of a culture of care for professionals. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2015.22.10>

Puig Cruells, C. (n.d.). *Cuidarse para poder cuidar. Atendiendo el malestar de las profesiones sociales*.

Quaglia, J., Soisson, A. y Simmer-Brown, J. (2020). Compassion for self versus other: A critical review of compassion training research. *Journal of Positive Psychology*. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1805502>

Raab, K. (2014). Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of the Literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 95–108. <https://doi.org/10.1080/08854726.2014.913876>

Ramírez-Duarte, D., Karina López-Palacio, L., Uribe-Espinosa, D. y Scholar, G. (2019). Más allá de la caridad y la filantropía: el surgimiento del trabajo social en antioquia. Beyond charity and philanthropy: the emergence of social work in antioquia. *Eleuthera*, 20, 157–178. <https://doi.org/10.17151/eleu.2019.20.9>

Ramos, S. (2020). Sufrimiento insoportable, salud mental y eutanasia. Apuntes para las enfermeras. *Cultura de los Cuidados*, (58), 229. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.58.20>

Raynor, D. y Hicks, R. (2019). Empathy and coping as predictors of professional quality of life in Australian Registered Migration Agents. *Psychiatry, Psychology and Law*, 26(4), 530–540. <https://doi.org/10.1080/13218719.2018.1507846>

- Riva, F., Tschernegg, M., Chiesa, P., Wagner, I., Kronbichler, M., Lamm, C. y Silani, G. (2018). Age-related differences in the neural correlates of empathy for pleasant and unpleasant touch in a female sample. *Neurobiology of Aging*, 65, 7–17. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2017.12.028>
- Rizzolatti, G. y Sinigaglia, C. (2008). Further reflections on how we interpret the actions of others. *Nature*. Nature Publishing Group. <https://doi.org/10.1038/455589b>
- Robinson, K. (2013). Supervision found wanting: Experiences of health and social workers in non-government organisations working with refugees and asylum seekers. *Practice*, 25(2), 87–103. <https://doi.org/10.1080/09503153.2013.775238>
- Robinson, R., Roberts, W., Strayer, J. y Koopman, R. (2007). Empathy and Emotional Responsiveness in Delinquent and Non-delinquent Adolescents. *Social Development*, 16(3), 555–579. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00396.x>
- Rodgers, B. y Cowles, K. (1997). A conceptual foundation for human suffering in nursing care and research. *Journal of Advanced Nursing*, 25(5), 1048–1053. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.19970251048.x>
- Rodríguez, M. (2016). La intervención del trabajador social desde las redes sociales en trabajo social comunitario: fundamentos, dimensiones y competencias. *Zerbitzuan*, (61), 65–78. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.61.05>
- Roeser, R., Colaianne, B. y Greenberg, M. (2018). Compassion and Human Development: Current Approaches and Future Directions. *Research in Human Development*, 15(3–4), 238–251. <https://doi.org/10.1080/15427609.2018.1495002>
- Rogers, C. (1958). The characteristics of a helping relationship. *The Personnel and Guidance Journal*, 37(1), 6–16. <https://doi.org/10.1002/j.2164-4918.1958.tb01147.x>
- Rokeach, M. (1969). Part II. Religious Values and Social Compassion. *Review of Religious Research*, 11(1), 24. <https://doi.org/10.2307/3510551>
- Romero-Martín, S., Elboj-Saso, C. y Iñiguez-Berrozpe, T. (2020). Burnout entre los/as profesionales del Trabajo Social en España. Estado de la cuestión. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 10(19), 48–78. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v10i19.15342>

- Roney, L. y Acri, M. (2018). The Cost of Caring: An Exploration of Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Job Satisfaction in Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Nursing, 40*, 74–80. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.016>
- Ruiz-Fernández, M. D., Pérez-García, E. y Ortega-Galán, Á. M. (2020). Quality of life in nursing professionals: Burnout, fatigue, and compassion satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph17041253>
- Ruiz-Fernández, M. D., Ortiz-Amo, R., Ortega-Galán, Á. M., Ibáñez-Masero, O., Rodríguez-Salvador, M. del M. y Ramos-Pichardo, J. D. (2020). Mindfulness therapies on health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing, 29*(2), 127–140. <https://doi.org/10.1111/inm.12652>
- Saar-Heiman, Y., Lavie-Ajayi, M. y Krumer-Nevo, M. (2017). Poverty-aware social work practice: service users' perspectives. *Child & Family Social Work, 22*(2), 1054–1063. <https://doi.org/10.1111/cfs.12325>
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing, 16*(1), 1. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man01>
- Salcedo, D. (2011). La evolución de los principios del Trabajo Social. *Acciones e Investigaciones Sociales, (11)*, 79. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.200011184
- Sánchez-Queija, I., Oliva, A. y Parra, Á. (2006). Empatía y conducta prosocial durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social, 21*(3), 259–271. <https://doi.org/10.1174/021347406778538230>
- Sánchez, C., y Tudela, C. (n.d.). *Burnout syndrome and work satisfaction in professionals of social work in prisons of Spain.*
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S. y Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management, 50*(2), 200–207. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>
- Schantz, M. (2007). Compassion: A Concept Analysis. *Nursing Forum, 42*(2), 48–55.

<https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00067.x>

- Scholar, H. (2016). “A social worker first and foremost”: The motivation and experiences of recently qualified social workers in posts not requiring social work registration in England. *Critical and Radical Social Work*, 4(2), 249–266. <https://doi.org/10.1332/204986016x14604583499272>
- Senreich, E., Straussner, S. y Steen, J. (2020). The Work Experiences of Social Workers: Factors Impacting Compassion Satisfaction and Workplace Stress. *Journal of Social Service Research*, 46(1), 93–109. <https://doi.org/10.1080/01488376.2018.1528491>
- Shaltout, H., Tooze, J., Rosenberger, E. y Kemper, K. (2012). Time, touch, and compassion: Effects on autonomic nervous system and well-being. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 8(3), 177–184. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2012.02.001>
- Shao, Y., Sun, H. M., Huang, J., Li, M., Huang, R. y Li, N. (2018). Simulation-Based Empathy Training Improves the Communication Skills of Neonatal Nurses. *Clinical Simulation in Nursing*, 22, 32–42. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.07.003>
- Smith, M., Cree, V., Macrae, R., Sharp, D., Wallace, E. y O’halloran, S. (2017). Social Suffering: Changing Organisational Culture in Children and Families Social Work through Critical Reflection Groups-Insights from Bourdieu. *British Journal of Social Work*, 47, 973–988. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw087>
- Smith, S., Gentleman, M., Loads, D. y Pullin, S. (2014). An exploration of a restorative space: A creative approach to reflection for nurse lecturer’s focused on experiences of compassion in the workplace. *Nurse Education Today*, 34(9), 1225–1231. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.03.003>
- Solé Blanch, J. y Bossé, B. (2019). Sostener el sentido del Trabajo Social en grupos de análisis de la práctica profesional. *Cuadernos de Trabajo Social*, 32(1). <https://doi.org/10.5209/cuts.55733>
- Sopena, R. (2009). *Sobre la felicidad y el sufrimiento On Happiness And Suffering* (11).
- Soto-Rosales, A. y González-Losada, S. (2018). Satisfacción laboral y desgaste profesional en trabajadores de servicios sociales de atención a la infancia. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 8(14). <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v8i14.7222>

- Soto, A. y González, S. (2018). Satisfacción laboral y desgaste profesional en trabajadores de servicios sociales de atención a la infancia. *Trabajo Social Global - Global Social Work: Revista de Investigaciones En Intervención Social*, 8(14), 80–107. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v8i14.7222>
- Stamm, B. (2005). *The ProQOL Manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion satisfaction, burnout y compassion fatigue/secondary trauma scale*. Baltimore, MD: Sidran Press.
- Stamm, B., Rudolph, J., Varra, E., Davis, K., Larsen, D., Higson-Smith, C. y Stamm, H. (n.d.). *The ProQOL Manual 1 The ProQOL Manual. The professional quality of life scale: Compassion Satisfaction, Burnout y Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales The ProQOL Manual 2 Acknowledgements for their faithful contributions to the development of the Pro*. Retrieved from www.isu.edu/~bhstammwww.sidran.org
- Stanley, S., Mettilda, G. y Meenakshi, A. (2020). Predictors of empathy in women social workers. *Journal of Social Work*, 20(1), 43–63. <https://doi.org/10.1177/1468017318794280>
- Stanton, R. y Duran-Stanton, A. (2019). Vulnerable Populations in Disaster: Residence, Resilience, and Resources. *Physician Assistant Clinics*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpha.2019.06.005>
- Starke, P. (2013). Antipodean Social Policy Responses to Economic Crises. *Social Policy y Administration*, 47(6), 647–667. <https://doi.org/10.1111/spol.12036>
- Stellar, J., Cohen, A., Oveis, C. y Keltner, D. (2015). Affective and physiological responses to the suffering of others: Compassion and vagal activity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108(4), 572–585. <https://doi.org/10.1037/pspi0000010>
- Strauss, C., Lever, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F. y Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004>
- Suárez, P., Baquerizo, D. y Cedeño, L. (2021). Búsqueda activa de personas vulnerables para garantizar una atención integral en tiempos de pandemia. *Recimundo*, 5(1), 90–98. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(1\).enero.2021.90-98](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(1).enero.2021.90-98)

- Tang, X. y Li, X. (2021). Role Stress, Burnout, and Workplace Support Among Newly Recruited Social Workers. *Research on Social Work Practice*, 104973152098453. <https://doi.org/10.1177/1049731520984534>
- Taylor-Gooby, P., Heuer, J., Chung, H., Leruth, B., Mau, S. y Zimmermann, K. (2020). Regimes, social risks and the welfare mix: Unpacking attitudes to pensions and childcare in Germany and the UK through deliberative forums. *Journal of Social Policy*, 49(1), 61–79. <https://doi.org/10.1017/S004727941800079X>
- Tejada, J. (2020). La regulación de los colectivos sociales en la Constitución española de 1978 = The regulation of the social collectives in the Spanish Constitution of 1978.
- Trowbridge, K. y Mische, L. (2016). Mindfulness-based interventions with social workers and the potential for enhanced patient-centered care: A systematic review of the literature. *Social Work in Health Care*. Routledge. <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1094165>
- Trumello, C., Bramanti, S. M., Ballarotto, G., Candelori, C., Cerniglia, L., Cimino, S. y Babore, A. (2020). Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8358. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228358>
- Tung, L. (2020). Social work responses for vulnerable people during the COVID-19 pandemic: the role of socio-political organisations. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/02185385.2020.1837216>
- Valenzuela, Á. (2018). El Estado del bienestar. Un reto para la democracia. *Estudios de Deusto*, 66(1), 349–374. [https://doi.org/10.18543/ed-66\(1\)-2018pp349-374](https://doi.org/10.18543/ed-66(1)-2018pp349-374)
- Velázquez, M. (2012). *El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud*. *Revista Ene de Enfermería* (3). Retrieved from <http://enfermeros.org/revista>
- Vieyra, J. (2020). *El lugar de la compasión en la ética de tres filósofos modernos*. *Anuario Humanitas* (0). Retrieved from www.rae.es
- Villarín Castro, A., Méndez García, T., Zuzuárregui Gironés, M., Sánchez Serrano, S. y Conejo Ocaña, R. (2015). Professional quality of life in workers of the Toledo primary

- care health area. *Revista de Calidad Asistencial*, 30(1), 4–9.
<https://doi.org/10.1016/j.cali.2014.11.007>
- Wagaman, M., Geiger, J., Shockley, C. y Segal, E. (2015). The Role of Empathy in Burnout, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work*, 60(3), 201–209. <https://doi.org/10.1093/sw/swv014>
- Walker, M. y Mann, R. (2016). Exploration of mindfulness in relation to compassion, empathy and reflection within nursing education. *Nurse Education Today*. Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.005>
- Walter, O. y Shenaar-Golan, V. (2018). Sensory language (SDM) to foster empathy in social work students. *Social Work Education*, 37(5), 633–651.
<https://doi.org/10.1080/02615479.2018.1451505>
- Weisz, E. y Zaki, J. (2018). Motivated empathy: a social neuroscience perspective. *Current Opinion in Psychology*. Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.05.005>
- Werner, S. y Holler, R. (2020). Attitudes toward guardianship, social work goals, and perspectives of disability among social work students. *Disability and Rehabilitation*, 42(5), 712–721. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1508510>
- Williamson, V., Murphy, D. y Greenberg, N. (2020). COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers. *Occupational Medicine*, 70(5), 317–319.
<https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa052>
- Wirth, T., Mette, J., Nienhaus, A., Schillmöller, Z., Harth, V. y Mache, S. (2019). “This Isn’t Just about Things, It’s about People and Their Future”: A Qualitative Analysis of the Working Conditions and Strains of Social Workers in Refugee and Homeless Aid. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3858.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16203858>
- Wispé, L. y Wispé, L. (1991). Philosophers on Sympathy. In *The Psychology of Sympathy* (1–30). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-6779-7_1
- Woo Kyeong, L. (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54(8), 899–902.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.01.001>

- Yi, J., Kim, J., Akter, J., Molloy, J., Ah Kim, M. y Frazier, K. (2018). Pediatric oncology social workers' experience of compassion fatigue. *Journal of Psychosocial Oncology*, 36(6), 667–680. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1504850>
- Yoffe, L. (2012). Efectos positivos de las prácticas religiosas/espirituales en el duelo. *Avances En Psicología*, 20(1), 9–30. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2012.v20n1.1940>
- Young, A., Khalil, K. y Wharton, J. (2018). Empathy for Animals: A Review of the Existing Literature. *Curator: The Museum Journal*, 61(2), 327–343. <https://doi.org/10.1111/cura.12257>
- Zerden, L., Lombardi, B. y Richman, E. (2019). Social workers on the interprofessional integrated team: Elements of team integration and barriers to practice. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 17, 100286. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.100286>
- Zhang, Y., Han, W., Qin, W., Yin, H., Zhang, C., Kong, C. y Wang, Y. (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 810–819. <https://doi.org/10.1111/jonm.12589>
- Zwirnmann, C., Aragonès, T., Rosa, V., Carrasco, M., Rosa, C., Blasco, G. y Mesquida González, J. M. (2019). *La dimensión relacional del trabajo social: una perspectiva colaborativa*. Retrieved from www.tscat.cat