

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Gestión emocional y estrategias de  
enfrentamiento en los trabajadores  
sociales de cuidados paliativos.**

Paula Peno Abril

Director: Daniel Gil Martorell

Grado en Trabajo Social

Universidad Pontificia de Comillas

Año 2025

# ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Objetivos: .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2. Hipótesis: .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Metodología.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Marco teórico .....</b>	<b>7</b>
<b>3.1. Cuidados paliativos y trabajo social. ....</b>	<b>7</b>
<b>3.1.1. Concepto y enfoque integral de los cuidados paliativos.....</b>	<b>7</b>
<b>3.1.2. El rol del trabajador social en cuidados paliativos.....</b>	<b>8</b>
<b>3.1.3. Funciones del trabajador social en cuidados paliativos .....</b>	<b>9</b>
<b>3.1.4. El equipo interdisciplinar en cuidados paliativos.....</b>	<b>11</b>
<b>3.2. Impacto y gestión emocional en el trabajo social en cuidados paliativos</b>	<b>13</b>
<b>3.2.1. La dimensión emocional del trabajo social en cuidados paliativos..</b>	<b>13</b>
<b>3.2.2. El impacto emocional del acompañamiento al final de la vida. ....</b>	<b>15</b>
<b>3.2.3. Vínculo profesional y límites emocionales.....</b>	<b>17</b>
<b>3.3. Burnout, afrontamiento y autocuidado profesional .....</b>	<b>19</b>
<b>3.3.1. Burnout y desgaste profesional en cuidados paliativos.....</b>	<b>19</b>
<b>3.3.2. Estrategias de afrontamiento y autocuidado profesional .....</b>	<b>20</b>
<b>3.3.3 La importancia del apoyo institucional y del equipo .....</b>	<b>21</b>
<b>4. Discusión .....</b>	<b>23</b>
<b>5. Líneas futuras de investigación.....</b>	<b>29</b>
<b>6. Conclusiones .....</b>	<b>29</b>
<b>7. Bibliografía .....</b>	<b>32</b>
<b>8. Anexos .....</b>	<b>36</b>
<b>8.1. Guion entrevistas .....</b>	<b>36</b>

## RESUMEN

Los cuidados paliativos buscan mejorar la calidad de vida de los pacientes que se encuentran en situación de final de vida mediante el alivio del sufrimiento, que no es solo físico, sino también psicológico, social y espiritual. Dentro de los equipos interdisciplinarios, el trabajo social resulta esencial. Sin embargo, la exposición diaria al sufrimiento, al duelo y la muerte, además de la sobrecarga laboral, sitúa a estos profesionales ante una carga emocional intensa que no siempre recibe la atención que merece.

Este trabajo analiza el impacto emocional del trabajo social en cuidados paliativos, así como las estrategias de afrontamiento y los apoyos institucionales que influyen en el bienestar del profesional. Para ello, se utiliza una metodología cualitativa, realizando siete entrevistas semiestructuradas como técnica de recogida de datos a trabajadores sociales con experiencia en unidades de cuidados paliativos. Los resultados obtenidos muestran que el impacto emocional es alto, pero ambivalente: coexisten el desgaste y cansancio junto con la satisfacción de darle sentido al trabajo realizado. La empatía resulta la herramienta fundamental, pero también un factor de riesgo si no está acompañada de límites y regulación emocional. En cuanto al autocuidado, las estrategias más utilizadas son informales e individuales. El bienestar emocional de los trabajadores sociales en paliativos no puede depender únicamente de las estrategias individuales de cada uno, sino que debería haber más espacios de supervisión efectiva, condiciones laborales adecuadas y una formación específica.

**Palabras clave:** trabajo social sanitario, cuidados paliativos, impacto emocional, burnout, estrategias de afrontamiento.

## **ABSTRACT**

Palliative care aims to improve the quality of life for end-of-life patients by relieving suffering, which is not only physical, but also psychological, social and spiritual. Within interdisciplinary teams, social work is essential. However, the daily exposure to suffering, grief and death, as well as work overload, places these professionals in an intense emotional burden that not always receive the attention it deserves.

This work analyses the emotional impact of social work in palliative care, as well as coping strategies and institutional supports that influence the professional's well-being. A qualitative methodology was employed, using seven semi-structured interviews with social workers who had experience in palliative care units. The findings show that the emotional impact of this work is significant and ambivalent: emotional exhaustion and fatigue coexist with the satisfaction derived from giving meaning to one's professional practice. Empathy emerges as a fundamental tool, but also as a potential risk factor when not accompanied by clear boundaries and emotional regulation. Regarding self-care, the most frequently reported strategies are informal and individual in nature. The emotional well-being of social workers in palliative care should not depend solely on individual coping mechanisms; rather it requires effective supervision, adequate working conditions and specialised training.

**Key words:** palliative care, social health work, emotional impact, burnout, coping strategies.

## **1. Introducción**

Los cuidados paliativos están enfocados en mejorar la calidad de vida de pacientes que se encuentran en situación de final de vida y se deben centrar en el alivio del sufrimiento. Dicho sufrimiento no recoge únicamente el dolor físico causado por la enfermedad, sino que también se tiene en cuenta otros problemas que surgen de carácter psicológico, social y espiritual. El objetivo último de estos cuidados es garantizar el bienestar y la dignidad de la persona durante todo el proceso (Ituarte, 1994).

La complejidad de los cuidados paliativos requiere el trabajo en equipos interdisciplinarios para poder cubrir todas las necesidades tanto del paciente como de sus familiares. Es por ello que el trabajo social sanitario resulta fundamental en este contexto.

Las personas que trabajan en cuidados paliativos se encuentran con una exposición continua a situaciones de sufrimiento, duelo y pérdida, lo que supone una elevada carga emocional a diario. Los trabajadores sociales dentro de estas unidades deben intervenir de forma muy cercana al dolor emocional del paciente y las familias en momentos de alta vulnerabilidad, lo que sitúa a estos profesionales en un escenario exigente a nivel emocional. Además, los profesionales de cuidados paliativos presentan un mayor riesgo de sufrir desgaste emocional y síndrome de burnout debido a la naturaleza de su trabajo.

Esta realidad hace que la gestión emocional y las estrategias de afrontamiento sean clave a la hora de desempeñar la profesión, pues influye tanto en el bienestar del trabajador social como en la calidad de la intervención que se va a realizar.

El soporte de las instituciones resulta una pieza clave en este contexto para poder mitigar el impacto emocional que conlleva y deben brindar apoyo, facilitar espacios de supervisión y promover las habilidades de gestión emocional y resiliencia.

### **1.1. Objetivos:**

El objetivo general es analizar el impacto emocional del trabajo social en cuidados paliativos, así como las estrategias de afrontamiento y los apoyos institucionales que influyen en el bienestar profesional.

#### **Objetivos específicos:**

- Explorar las principales dificultades emocionales, personales y profesionales a las que se enfrentan los trabajadores sociales en equipos de cuidados paliativos.
- Analizar las estrategias personales y colectivas de autocuidado que utilizan los trabajadores sociales ante situaciones de alta carga emocional.
- Comprender el funcionamiento de los apoyos institucionales para los trabajadores y el uso que se les da desde los equipos de cuidados paliativos.

### **1.2. Hipótesis:**

1. Los trabajadores sociales en cuidados paliativos presentan un alto nivel de carga emocional derivado de la exposición continua al sufrimiento y la muerte.
2. El uso de estrategias de afrontamiento y autocuidado influye positivamente en el bienestar emocional y en la calidad de la intervención profesional.
3. Los apoyos institucionales disponibles son insuficientes o no se adaptan completamente a las necesidades emocionales de los trabajadores sociales en paliativos.

## **2. Metodología**

Para la realización de este trabajo se ha optado por un enfoque metodológico cualitativo, con el objetivo de poder entender cómo viven los profesionales su experiencia emocional en el trabajo, cómo la gestionan y qué apoyos encuentran o echan en falta. Con investigación cuantitativa serían más complicadas de obtener estas respuestas, pues se busca profundidad. La metodología cualitativa permite acceder al significado que las personas dan a sus propias vivencias, algo que resulta imprescindible cuando el objeto de

estudio es tan subjetivo e íntimo como el impacto emocional del trabajo en paliativos (Corbetta, 2003).

Con el fin de fundamentar de forma teórica este trabajo, también se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica para la elaboración del marco teórico. Para ello, se han utilizado bases de datos como Google Scholar o Dialnet, introduciendo las palabras claves: cuidados paliativos, trabajo social, trabajo social sanitario, impacto emocional trabajo social, afrontamiento, autocuidado profesional, burnout y gestión emocional. La búsqueda se realizó principalmente en español, aunque para conceptos específicos como el burnout se recurrió también a fuentes en inglés. No se aplicó un límite temporal, encontrando tanto publicaciones recientes como obras más clásicas de los temas tratados. Se seleccionaron aquellas publicaciones relevantes para los objetivos del trabajo, que trataran la temática de los cuidados paliativos, el trabajo social sanitario y la gestión emocional.

El diseño del estudio cualitativo es de carácter exploratorio y descriptivo. No se parte de una realidad bien documentada empíricamente, sino de un fenómeno que todavía tiene poca investigación específica en el contexto español, especialmente cuando se trata de trabajadores sociales en unidades de cuidados paliativos.

La técnica elegida es la entrevista semiestructurada. Es una de las herramientas más utilizadas en investigación cualitativa y, en este caso concreto, tiene mucho sentido, ya que permite seguir un hilo conductor a través de un guion de preguntas, pero deja margen para que la persona entrevistada desarrolle su respuesta con libertad, introduzca matices o lleve la conversación hacia aspectos que no estaban previstos y que pueden resultar igualmente relevantes (Flick, 2004). En un tema como este, donde las experiencias personales son tan distintas entre sí, esta flexibilidad resulta necesaria.

El guion de la entrevista se ha elaborado teniendo en cuenta los tres ejes que articulan los objetivos de este trabajo: el impacto emocional del trabajo social en paliativos, las estrategias de afrontamiento y autocuidado que emplean los profesionales, y el papel que juegan los apoyos institucionales y del equipo en ese proceso. Las preguntas son abiertas y están ordenadas de forma que la conversación fluya de lo más general a lo más específico, facilitando que la persona entrevistada se vaya sintiendo cómoda antes de entrar en aspectos más personales o sensibles.

Se han llevado a cabo siete entrevistas. Dentro de la investigación cualitativa el criterio para determinar el tamaño de la muestra no es tanto el número como la saturación teórica, el punto en el que las entrevistas dejan de aportar información nueva y los temas comienzan a repetirse (Strauss y Corbin, 2004). Por ello, se ha considerado que siete entrevistas es un punto de partida razonable para realizar un trabajo de esta naturaleza.

El criterio de inclusión principal es trabajar o haber trabajado como trabajador social en una unidad de cuidados paliativos, tanto en hospitales como en hospitalizaciones a domicilio. No se exige estar en activo en el momento de la entrevista, ya que lo que interesa es la experiencia vivida, la cual no desaparece cuando se cambia de puesto. El acceso a los participantes se ha realizado a través de contactos profesionales y redes del ámbito sanitario y social.

Las entrevistas se han realizado tanto en modalidad presencial como online, según la disponibilidad y preferencia de cada participante. En todos los casos se ha grabado en audio, previa autorización expresa de la persona entrevistada. La grabación permite que la conversación fluya con naturalidad sin necesidad de tomar notas constantemente y garantiza que no se pierda ningún matiz en el análisis posterior. Una vez realizadas, las grabaciones se han transcrito de forma literal para poder trabajar con el texto completo.

El análisis se ha realizado a través del análisis de contenido temático. Una vez transcritas las entrevistas se han leído con profundidad para poder identificar fragmentos significativos, que se han agrupado en categorías temáticas en función de su contenido. Las categorías no están del todo predefinidas, algunas se derivan de los objetivos del trabajo, como el impacto emocional o el apoyo institucional, pero también se deja margen para que puedan emerger otras a partir de lo que los propios participantes quieran contar.

Todos los participantes han sido informados sobre el propósito del estudio, el uso que se le dará a la información de las entrevistas y su derecho a retirarse en cualquier momento si lo desean. Los datos recogidos se tratarán con total confidencialidad, sin aparecer sus nombres reales en ningún apartado del trabajo. Las grabaciones de audio han sido eliminadas una vez finalizada la transcripción. Dado que el tema aborda experiencias emocionales que podrían ser sensibles para quienes la han vivido, se ha prestado especial atención a crear un clima de confianza durante las entrevistas y a no presionar en ningún momento para obtener información que la persona no haya querido compartir.

### **3. Marco teórico**

#### **3.1. Cuidados paliativos y trabajo social.**

##### **3.1.1. Concepto y enfoque integral de los cuidados paliativos**

Los cuidados paliativos se definen, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un planteamiento que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus allegados a la hora de afrontar los problemas inherentes de la muerte. Esto se realiza mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, a través de la identificación temprana, la evaluación adecuada y el tratamiento del dolor y otros problemas de carácter psicológico, social y espiritual (Rodríguez, 2018).

La finalidad de estos cuidados no es prolongar la vida a cualquier coste ni acelerar el proceso de muerte, sino garantizar la máxima calidad de vida posible tanto para el paciente como para su familia. Es por ello que el objetivo deja de ser la curación de la patología para comenzar a ser la preservación del bienestar y la dignidad de la persona. Los cuidados paliativos actúan para reconfortar al individuo y ayudarlo a vivir de la forma más activa posible hasta el último momento.

Con el fin de alcanzar este bienestar, los cuidados paliativos proponen una atención integral, abordando las diferentes áreas. La dimensión física se centra en el control del dolor y de otros síntomas físicos que generen malestar. La psicológica está orientada a la exploración y gestión de los sentimientos, miedo y angustia que puede surgir ante la proximidad de la muerte. En la dimensión social, los profesionales se enfocan en las relaciones del paciente, su entorno familiar y en la gestión de recursos necesarios para mantener la calidad de vida. Por último, la dimensión espiritual es aquella que refiere a las inquietudes internas de la persona, la búsqueda de algún sentido y la capacidad de resiliencia (Pozo, 2017).

El enfoque integral reconoce que el sufrimiento es una experiencia subjetiva en la que lo físico se entrelaza con otros ámbitos, como el social y emocional. Por ello, los cuidados paliativos no se centran únicamente en la medicina y requieren trabajo en red, cada profesional implicado es esencial para garantizar un final de vida con dignidad.

### **3.1.2. El rol del trabajador social en cuidados paliativos**

El trabajo social sanitario es, por tanto, esencial dentro de los cuidados paliativos, consolidándose como una disciplina fundamental dentro de los equipos interdisciplinarios. El trabajo social sanitario se define como una actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales asociados a la enfermedad.

En un proceso de enfermedad avanzada la situación no solo afecta al organismo biológico, sino que genera un gran impacto en la estructura vital del paciente, haciendo esencial tener en cuenta la dimensión social. Se podría decir que se produce una ruptura del equilibrio previo que desencadena una situación de vulnerabilidad profunda, pues la pérdida progresiva de autonomía y la transición hacia la dependencia transforman de forma radical la vida cotidiana del paciente, además del de sus familiares.

Esta dimensión social se manifiesta a través de factores externos como la disminución de los ingresos económicos, la inestabilidad laboral derivada de la necesidad de cuidados y el progresivo deterioro o alejamiento de las redes de apoyo. Tal y como plantea Saunders con su concepto de “dolor total”, en el sufrimiento lo social, lo espiritual y lo emocional se entrelazan con lo físico. Es por ello que la intervención social es imprescindible, teniendo como objetivo realizar un diagnóstico social que complementa al clínico y permita identificar las carencias y los recursos del entorno para evitar que la precariedad agrave el sufrimiento del paciente (Vanzini, 2010).

En el modelo paliativo, la unidad de atención no es el individuo aislado, sino la unidad formada por el paciente y su familia, pues esta es el primer vínculo y la red de apoyo más importante, siendo al mismo tiempo una estructura que también se ve afectada y alterada por la enfermedad. El trabajador social debe situarse en el ciclo vital de cada familia para comprender cómo la patología altera su funcionamiento, ya que el impacto emocional y organizativo varía significativamente dependiendo de la etapa evolutiva en la que se encuentren.

Una de las figuras centrales en este proceso es el cuidador principal, quien suele asumir la sobrecarga física y emocional que puede conducir a la claudicación familiar. El rol del trabajador social es fundamental para prevenir ese agotamiento, colaborando en la reorganización de roles, facilitando recursos de respiro y asesorando en la gestión de trámites que tienden a abrumar a las personas encargadas de ello (Moro y Lerena, 2011).

Además, el acompañamiento social permite transitar por el duelo anticipado, ayudando a la familia a prepararse para la pérdida y a resolver “asuntos pendientes” que generen paz en el proceso de despedida. Al fortalecer las capacidades de resiliencia del sistema familiar, el profesional garantiza que el paciente pueda vivir sus últimos días en un ambiente de serenidad y soporte mutuo (Vanzini, 2010).

La humanización de la asistencia sanitaria al final de la vida es, quizás, el aporte más sensible del trabajo social. Frente a la despersonalización que a veces impone el entorno hospitalario, los trabajadores sociales deben defender la atención centrada en la persona, priorizando sus valores, deseos y autonomía (Rodríguez, 2018).

Este papel humanizador implica respetar profundamente la autodeterminación del paciente, asegurando que su voluntad sea el motor de las intervenciones (Fernández-Álvarez et al., 2024). Asimismo, el acompañamiento permite generar espacios de escucha y apoyo emocional, tanto para el paciente como para la familia, favoreciendo así una atención más humana e individualizada. De este modo, el trabajo social no solo interviene sobre las necesidades sociales derivadas de la enfermedad, sino también sobre el impacto emocional que acompaña al proceso de final de vida.

### **3.1.3. Funciones del trabajador social en cuidados paliativos**

La labor que desarrollan los trabajadores sociales dentro de las unidades de cuidados paliativos consiste en una serie de actuaciones que buscan responder a las necesidades no médicas de los pacientes y sus familias (Rodríguez, 2018). La intervención se basa en un modelo que no solo mira la enfermedad, sino que considera a la persona en todo su contexto, prestando atención a su situación familiar, económica y emocional, y para que esta atención sea realmente útil, las funciones deben estar integradas en el día a día del equipo, permitiendo que lo social sea una parte fundamental del plan de cuidados.

La primera función que se lleva a cabo es la valoración sociofamiliar, es el punto de partida para comprender qué necesita cada persona. Esta evaluación no consiste solo en recoger datos básicos, sino en realizar un estudio a fondo de la estructura de la familia, su situación económica, las condiciones de la vivienda y la red de apoyo con la que cuenta tanto el paciente como la familia (Pérez Bandera, 2021). En este momento, resulta relevante identificar los factores de riesgo, como pueden ser la soledad, la falta de

ingresos o la existencia de barreras arquitectónicas en la casa que dificulten el cuidado del paciente.

Para realizar este diagnóstico se deben utilizar ciertas técnicas y métodos. Pueden ser algunas más tradicionales, como las entrevistas abiertas, la redacción de una historia social o un genograma, pero también se pueden utilizar técnicas más innovadoras como la técnica D.A.F.O., con el fin de objetivar la situación y tener en cuenta las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de los pacientes y familiares (Moro y Lerena, 2011). Otro aspecto importante es situarse en el ciclo vital de la familia, puesto que no es lo mismo atender a una persona joven con hijos pequeños que a un anciano cuya red de apoyo es más limitada, además de que la enfermedad impacta de forma diferente si el paciente es joven o anciano. Este diagnóstico social permite al equipo médico comprender mejor la realidad del paciente y adaptar la intervención a sus circunstancias reales.

Una vez detectadas las necesidades a través del diagnóstico, la función se debe centrar en la gestión de recursos y prestaciones sociales (Moro y Lerena, 2011). En el ámbito de los cuidados paliativos, el tiempo es un factor determinante, por lo que una de las tareas más importantes es la tramitación urgente de las ayudas de la Ley de Dependencia, con el objetivo de que los apoyos lleguen cuando todavía son necesarios y no cuando la situación ya es crítica.

Entre los recursos que pueden ser útiles y suelen gestionarse de forma habitual en paliativos son el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), que proporciona auxiliares para el aseo y la limpieza, y el servicio de teleasistencia, que ofrece seguridad tanto al paciente como a la familia. Los trabajadores sociales en cuidados paliativos también se encargan de asesorar acerca de la obtención de material ortoprotésico, como camas articuladas o sillas de ruedas, la gestión de transporte adaptado para los traslados al hospital y la búsqueda de plazas en centros de día o residencias de respiro si la familia no puede hacerse cargo del cuidado en casa. La labor no queda en acciones administrativas, es importante actuar como enlace con otros servicios, como los servicios sociales de atención primaria o asociaciones de voluntariado que ofrecen acompañamiento para evitar el aislamiento de los pacientes.

Más allá de la gestión de recursos, los trabajadores sociales realizan una función de apoyo emocional constante, basada en la escucha activa y el uso de la relación de ayuda (Vanzini,

2010). Se ha de crear un espacio en el que tanto el paciente como sus familiares se sientan cómodos para expresar sus miedos, su rabia o tristeza sin sentirse juzgados.

Este acompañamiento busca reducir la angustia y el miedo que suele aparecer ante la proximidad de la muerte, y es fundamental ayudar al paciente a mantener su autonomía y a participar en la toma de decisiones sobre sus propios cuidados, respetando siempre sus valores y deseos. En muchas ocasiones, la intervención consiste simplemente en estar presentes y ofrecer seguridad y acompañamiento en momentos de incertidumbre emocional.

Además, al ser la familia la fuente principal de apoyo, es importante cuidar al cuidador principal. Se ha de intervenir para poder prevenir la claudicación familiar, que ocurre cuando el entorno se ve desbordado ante la situación y no puede seguir cuidando al enfermo (Arranz et al., 2003). Para evitarlo, se asesora a la familia en la reorganización de las tareas y los roles familiares, fomentando que el cuidado sea compartido por varios miembros y no recaiga solo en una persona. Asimismo, existen programas de respiro familiar a los que pueden acudir con el fin de aliviar y prevenir esta sobrecarga.

Los trabajadores sociales también actúan como mediadores en los conflictos de comunicación que puedan surgir, facilitando un diálogo honesto que permita a todos los miembros prepararse para la despedida. Este apoyo no termina con el fallecimiento, sino que continua durante el duelo, empezando por el duelo anticipado y siguiendo con un seguimiento posterior para normalizar la situación de la familia (Vegas-Pérez et al., 2025). En este momento, se ayuda a resolver dudas prácticas tras la muerte y se presta atención ante cómo llevan los familiares sus emociones para detectar duelos complicados que puedan requerir una derivación a servicios de psicología.

Todas estas funciones requieren un contacto directo y con frecuencia con el resto de profesionales sanitarios, siendo esencial el trabajo interdisciplinar.

#### **3.1.4. El equipo interdisciplinar en cuidados paliativos**

Como ya se ha comentado anteriormente, la atención al final de la vida no puede entenderse como una tarea que dependa de una sola disciplina debido a que las necesidades de los pacientes y sus familias son complejas y abarcan aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, y por ello resulta necesario un abordaje por un equipo

de distintos profesionales. Esta forma de trabajar busca ofrecer una atención integral que mejore la calidad de vida en un momento de máxima vulnerabilidad, entendiendo que el sufrimiento no es solo un síntoma biológico, sino una experiencia que afecta a todos los ámbitos de la persona.

Dentro de las unidades de cuidados paliativos, el equipo suele estar formado por profesionales de la medicina, enfermería, psicología y trabajo social, además de contar con auxiliares de enfermería, agentes espirituales y personas de voluntariados (Vanzini, 2010). Cada uno de estos perfiles tiene un papel específico para cubrir todas las partes del cuidado paliativo. Mientras el personal médico y de enfermería se centra principalmente en el control del dolor y de los síntomas físicos para garantizar un bienestar corporal, el personal de psicología se encarga de gestionar el impacto emocional, los miedos y el sufrimiento que genera la cercanía de la muerte, tanto en el paciente como en sus familiares. Por su parte, el voluntariado ofrece un apoyo fundamental en el acompañamiento diario, ayudando a combatir la soledad y ofreciendo espacios de respiro a las familias (Cadell et al., 2010).

En este contexto, el papel que desempeñan los trabajadores sociales es clave para que el equipo tenga una visión completa de la realidad del paciente. La aportación específica de esta profesión consiste en introducir la dimensión social dentro del plan de cuidados, analizando cómo el entorno, la situación económica y las redes de apoyo influyen en el proceso de enfermedad. Al aportar el diagnóstico social, el resto del equipo puede comprender mejor que el paciente no es solo un sujeto con una patología, sino una persona dentro de un contexto familiar y social concreto que puede estar sufriendo carencias importantes. Esta perspectiva permite que las decisiones clínicas y los planes de ayuda se adapten a lo que la familia realmente puede asumir en su casa, evitando que la falta de recursos se convierta en un motivo de mayor sufrimiento (Vegas-Pérez et al., 2025).

Para que el trabajo de todos estos profesionales sea efectivo, no basta con que cada uno haga su tarea de forma aislada, es imprescindible que exista una comunicación fluida y una coordinación constante, ya que la base de un buen equipo interdisciplinar es la confianza mutua y la capacidad de compartir información relevante para poder establecer unos objetivos comunes (García, 2021).

Cuando el equipo comparte un proyecto de atención, se facilita la toma de decisiones compartida, donde se tienen en cuenta no solo los criterios médicos, sino también los

valores, deseos y preferencias tanto del paciente como de las familias. Esto permite diseñar estrategias más eficaces y personalizadas, asegurando que todos los profesionales trabajen de forma coordinada hacia unos mismos objetivos.

El proceso de enfermedad terminal suele implicar que el paciente transite por diferentes niveles de atención, desde el hospital hasta su propio domicilio (Fernández-Álvarez et al., 2024) y, por ello, el equipo de paliativos debe trabajar de forma estrecha con los servicios de atención primaria y los servicios sociales comunitarios. Esta coordinación es necesaria para que, cuando un paciente recibe el alta hospitalaria, pueda volver con todos los apoyos necesarios preparados y organizados. De este modo, se evitan situaciones de desamparo o crisis sociales que puedan obligar al paciente a reingresar de forma urgente por falta de soporte en su entorno familiar.

En definitiva, el equipo interdisciplinar funciona como un sistema de apoyo donde cada profesional aporta sus conocimientos para poder responder a las necesidades del paciente y la familia. Al final, el objetivo de todo el equipo de cuidados paliativos es acompañar a la persona en su etapa final de la manera más digna y tranquila posible, así como acompañar a la familia durante las diferentes fases del duelo.

## **3.2. Impacto y gestión emocional en el trabajo social en cuidados paliativos**

### **3.2.1. La dimensión emocional del trabajo social en cuidados paliativos**

La intervención en cuidados paliativos se caracteriza por una alta exigencia relacional, donde el componente emocional no es un factor secundario, sino un elemento central de la práctica (Cuartero, 2018). A diferencia de otras áreas de salud, la labor en estas unidades se desarrolla en un contexto de enfermedad avanzada y terminal, cuando la curación ya no es una opción. Esto obliga al profesional a realizar un trabajo emocional constante, teniendo que hacer un esfuerzo consciente por gestionar las propias emociones y regular las expresiones afectivas para adecuarlas a las necesidades de las personas. En este ámbito existe a menudo una norma implícita de proyectar estabilidad y contención (Portoghese et al., 2020), lo que supone una carga cognitiva y psicológica adicional para el trabajador social.

La empatía resulta una herramienta fundamental para establecer una relación de ayuda eficaz, permitiendo la comprensión de las experiencias y significados de los usuarios (Cuartero, 2018). Sin embargo, esta empatía debe ir acompañada de ciertos límites

personales y de regulación emocional para evitar que la exposición continuada al malestar ajeno pueda generar un gran impacto emocional y una pérdida de objetividad en el diagnóstico social o la calidad de la intervención.

Por tanto, uno de los mayores desafíos en paliativos es mantener el equilibrio entre la cercanía necesaria para el acompañamiento y la distancia profesional, indispensable para la salud de los trabajadores. Además, si no se pone esta distancia, se podría llegar a una situación de contratransferencia, donde el profesional asume como propios los sentimientos del usuario (Rothschild, 2006). En este sentido, resulta clave realizar un esfuerzo consciente por reconocer dónde terminan las responsabilidades del profesional y dónde comienzan las del paciente o familiares, permitiendo a los trabajadores sociales “soltar” las situaciones vividas durante la jornada laboral, facilitando que pueda vivir su propia vida sin que las preocupaciones de los casos interfieran en su ámbito personal (Figley, 2002).

Como contrapunto necesario a la empatía, surge la eempatía, definida como el proceso mental voluntario de exclusión de los sentimientos, pensamientos y motivaciones inducidos por el otro (Cuartero y Casado, 2016). Mientras que la empatía permite comprender y compartir los sentimientos ajenos, la eempatía facilita la forma de no quedar saturado emocionalmente por la realidad del otro. La práctica de la eempatía implica tres pasos: detectar el sentimiento inducido, percibir la diferencia entre ese sentimiento y los propios, y situar la emoción ajena en su fuente original (González de Rivera, 2005).

Este equilibrio entre ambos conceptos es lo que permite tener una implicación emocional saludable, donde el profesional es capaz de ser cálido y cercano sin que su estabilidad se vea inundada por el sufrimiento del paciente o sus familiares.

El ejercicio profesional en cuidados paliativos exige un grado de autoconocimiento o autoconciencia emocional (Rosa et al., 2015), que permite al trabajador social identificar cómo su propia biografía, sus miedos y valores influyen en la forma en que recibe el malestar de los demás. Sin este ejercicio de introspección resulta complicado establecer límites claros en la relación de ayuda.

La implicación emocional sostenida en situaciones de crisis y vulnerabilidad extrema tiene un impacto real en el profesional, conocido como desgaste por empatía o fatiga por compasión (Campos-Méndez, 2015). Este fenómeno se entiende como una consecuencia natural de trabajar con personas que sufren y se manifiesta cuando el deseo de aliviar el

dolor ajeno supera la capacidad de recuperación del trabajador. Aunque este impacto puede afectar a nivel conductual, somático y cognitivo, también puede generar una satisfacción por compasión, que es el sentimiento de logro derivado de ayudar a otros en momentos críticos. El manejo de estas dimensiones es lo que garantiza una intervención social profesional, responsable y sostenida en el tiempo.

### **3.2.2. El impacto emocional del acompañamiento al final de la vida.**

El ejercicio del trabajo social en cuidados paliativos conlleva una exposición directa y continuada a situaciones de alta intensidad emocional, marcadas por la enfermedad, la pérdida y el fallecimiento de los pacientes. Esta convivencia frecuente con la muerte se convierte en una fuente potencial de estrés que puede alterar el equilibrio del profesional. A diferencia de otros campos, el acompañamiento en la etapa final exige manejar de forma constante el sufrimiento, generando así una carga psicológica que va más allá de las tareas administrativas o de gestión de recursos.

El contacto repetido con historias de gran dolor físico y angustia genera un impacto emocional que se acumula en el trabajador social. El esfuerzo por sostener un clima de apoyo en entornos emocionalmente demandantes supone un coste que, a menudo, se manifiesta en sentimientos de agotamiento físico y mental (Acinas, 2012). Además, la evidencia apunta que los profesionales que trabajan con personas en situación de vulnerabilidad extrema tienden a interiorizar el dolor ajeno, lo que puede derivar en un desgaste por empatía o fatiga por compasión (Rodríguez-Ramos et al., 2026). Este impacto no es inmediato, sino que suele ser el resultado de un proceso progresivo derivado del involucramiento prolongado en situaciones de crisis. Igualmente, al intentar ocultar las emociones negativas y proyectar solo calma se añade una presión adicional a la carga que soportan los trabajadores sociales.

Una de las principales fuentes de malestar para el trabajador social es la sensación de impotencia que surge al enfrentarse a problemas que no tienen una solución técnica o material. La práctica profesional en este ámbito a menudo se desarrolla en un marco contradictorio donde existe un desfase entre la magnitud de las necesidades sociales de las familias y los recursos asignados para atenderlas (Botello et al., 2019).

Esta frustración se acrecienta cuando el profesional se marca metas inalcanzables, como intentar resolver todos los conflictos de una familia en crisis o cuando percibe que los

apoyos institucionales llegan demasiado tarde. La falta de control sobre estos factores y la dificultad para modificar dinámicas familiares disfuncionales pueden generar sentimientos de inadecuación de rol y una baja autoestima profesional (Acinas, 2011).

El impacto emocional varía significativamente en función de la naturaleza del caso atendido, pues hay ciertos perfiles de pacientes que generan una mayor vulnerabilidad en el personal de una unidad de cuidados paliativos, como cuando se trata de niños o personas jóvenes con hijos a su cargo. Asimismo, las situaciones de pobreza extrema, el aislamiento social del enfermo o la ausencia total de apoyo familiar suponen un reto emocional que podría llegar a dificultar la intervención.

Otro factor de riesgo importante es la similitud entre la historia de vida del paciente y la del propio profesional. Cuando las situaciones atendidas activan recuerdos o traumas no resueltos en el trabajador, el riesgo de sufrir un alto impacto emocional o fatiga por compasión se incrementa notablemente (Acinas, 2011). En estos casos, la identificación con el estado de ánimo del otro se vuelve más intensa, lo que complica el mantenimiento de la objetividad necesaria para el diagnóstico social .

El impacto de la labor asistencial suele trascender el horario laboral, afectando así a la vida personal y familiar del trabajador social. La imposibilidad de desconectar emocionalmente de las experiencias vividas durante la jornada es una de las dificultades más reportadas. Esto se manifiesta con frecuencia a través de la rumiación de los casos, el malestar emocional persistente y alteraciones en el patrón del sueño, como despertarse por las noches preocupado por alguna situación en concreto (Rodríguez-Ramos et al., 2026).

A largo plazo, esta implicación continuada sin espacios de recuperación puede influir negativamente en la salud, tanto mental como física, dando lugar a dolores de cabeza, irritabilidad o incluso molestias gastrointestinales (Acinas, 2011). Este agotamiento emocional es considerado la característica central del desgaste, afectando a la capacidad del profesional para seguir ofreciendo una atención de calidad.

Es por ello que reconocer y validar la propia vulnerabilidad es un paso esencial para la sostenibilidad de la práctica profesional en paliativos, el profesional no debe ser visto como una persona inmune al dolor, sino como un ser humano que requiere, también, de espacios seguros para poder procesar la carga emocional que supone acompañar a otros en el proceso de morir, así como a sus familiares. La falta de medios o programas

institucionales para atender este malestar a menudo deja al trabajador solo ante sus dificultades, agravando la sensación de aislamiento y el riesgo de colapso emocional.

En definitiva, validar estas emociones dentro de la práctica diaria resulta fundamental para garantizar el bienestar de los trabajadores sociales y que la intervención en cuidados paliativos sea sostenible. La ausencia de espacios de apoyo podría incrementar el aislamiento emocional del trabajador y favorecer el desgaste psicológico. Por ello, atender a las necesidades emocionales dentro del ámbito laboral resulta un elemento necesario para poder preservar la salud del profesional y la calidad de la atención que se ofrece.

### **3.2.3. Vínculo profesional y límites emocionales**

La intervención del trabajo social en los cuidados paliativos se fundamenta en la construcción de una relación de ayuda que sitúa el vínculo entre el profesional, el paciente y la familia como el núcleo central de la práctica profesional (Cuartero, 2018). Este lazo no es simplemente un aspecto secundario del trabajo administrativo o de gestión, sino que se considera un predictor fundamental del éxito de la intervención social, influyendo directamente en la capacidad de la familia para encontrar sus propios recursos y resolver sus conflictos. Para que esta relación sea efectiva, el trabajador social debe generar un clima de confianza, autenticidad y aceptación, permitiendo que la persona enferma pueda definirse respecto a sus problemas y activar su propia responsabilidad en la toma de decisiones.

Dentro del modelo de intervención relacional se entiende que solo desde la proximidad es posible comprender realmente la situación del otro y comprender la realidad social que se está interviniendo. Esta cercanía permite que el trabajador social conecte con el malestar de la familia para ayudarla de un modo más preciso y coherente con sus propios valores (Castillo, 2016). En cuidados paliativos, el contacto suele ser muy intenso, ya que el profesional acompaña durante momentos de gran vulnerabilidad, lo que hace necesaria una gestión de la proximidad para no perder el sentido de la labor profesional. Para ello, resulta necesario realizar un esfuerzo racional y consciente por reconocer dónde terminan las responsabilidades del trabajador social y dónde comienzan las del paciente o familia.

Por su parte, el establecimiento de límites emocionales no debe entenderse como un acto de frialdad, sino como una medida de protección que garantiza la continuidad de la ayuda

que se ofrece. En este punto cobra relevancia de nuevo el concepto de eempatía, entendida como el proceso voluntario de exclusión de los sentimientos inducidos por el otro (Cuartero y Casado, 2016). La empatía nos permite acercarnos y sentir con la familia, mientras la eempatía actúa como una maniobra de salida que impide quedar saturado emocionalmente. El manejo técnico de la eempatía requiere saber detectar qué sentimientos pertenecen al usuario y cuáles al propio profesional, situando cada emoción en su fuente original.

La ausencia de estos límites facilita la aparición de procesos de identificación proyectiva o contratransferencia, donde el trabajador social asume como propios los miedos o la rabia de la familia sin darse cuenta de que él mismo aporta su propio bagaje emocional a la relación. Si el profesional no es capaz de diferenciar sus sentimientos de los del usuario, el riesgo de sufrir agotamiento o fatiga por compasión aumenta (Cuartero, 2018).

Para gestionar adecuadamente el vínculo profesional, es imprescindible que el trabajador social tenga cierto autoconocimiento y que observe sus propias emociones. Esta introspección permite conocer qué situaciones afectan más y cuáles menos al trabajador social, lo que ayuda a saber dónde es más necesario marcar los límites en la relación con el usuario. La formación en habilidades de autorregulación emocional permite que la empatía sea un proceso controlado y sistemático, en lugar de una respuesta automática que pueda derivar en un contagio emocional perjudicial.

En conclusión, la gestión de los límites y del vínculo profesional influye de manera directa tanto en el bienestar del trabajador social como en la calidad del servicio prestado. Un profesional que no establece límites adecuados corre el riesgo de deshumanizar su intervención por puro agotamiento personal. Por el contrario, un vínculo trabajado con conciencia y regulación emocional permite una atención más reflexiva y humana, asegurando que el apoyo social sea una herramienta útil y sostenible hasta el final del proceso.

### **3.3. Burnout, afrontamiento y autocuidado profesional**

#### **3.3.1. Burnout y desgaste profesional en cuidados paliativos**

Ejercer el trabajo social dentro de las unidades de cuidados paliativos sitúa a los profesionales en un entorno de exigencia, donde el contacto diario con situaciones de enfermedad avanzada y final de vida pueden generar una presión más allá de las tareas administrativas o de gestión. Esta exposición continuada a situaciones de alta exigencia emocional puede derivar en un desgaste del profesional, conocido como el síndrome de burnout. Este fenómeno afecta tanto a la salud del trabajador como a la calidad de la intervención social que se presta a los pacientes y a sus familias.

El burnout se define como una respuesta prolongada al estrés crónico en el lugar de trabajo, es un proceso psicológico derivado de la tensión laboral sostenida (Maslach, 2001), caracterizado por un desgaste progresivo que se manifiesta en tres dimensiones fundamentales: el agotamiento emocional, la despersonalización o cinismo y la baja realización personal o ineficacia.

El agotamiento emocional está considerada la característica central de este síndrome, y se da cuando el profesional siente que ya no puede dar más de sí mismo a nivel psicológico, experimentando una pérdida de recursos emocionales y una sensación de estar exhausto debido a la carga de trabajo. Se suele manifestar a través de la fatiga, tensión o problemas del sueño.

La despersonalización o cinismo, por su parte, consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de un distanciamiento excesivo hacia los usuarios. Los trabajadores que sufren del síndrome de burnout podrían empezar a tratar a los pacientes como si fueran objetos impersonales o simples “casos” como una forma de protección defensiva ante este agotamiento (Maslach, 2001).

Por último, la baja realización personal o ineficacia es la dimensión de autoevaluación y se manifiesta como una tendencia a valorar el propio trabajo de forma negativa, lo que conlleva sentimientos de incompetencia, baja autoestima profesional y una percepción de falta de éxito y productividad en las tareas laborales, pues el profesional siente que sus esfuerzos no sirven y pierde el sentido de propósito que tenía al inicio de su carrera.

Dentro del trabajo social, a diferencia de otras profesiones sanitarias, este síndrome suele seguir una secuencia específica que comienza con el agotamiento emocional, seguido de

la baja realización personal y terminando con la despersonalización (Romero-Martín et al., 2020).

En este punto, es importante no confundir el burnout con la fatiga por compasión (o desgaste por empatía). La diferencia principal radica en que la fatiga por compasión está directamente vinculada a la relación de ayuda y a la capacidad empática del profesional hacia el sufrimiento del usuario (Cuartero, 2018), mientras que el burnout es un proceso progresivo y crónico que surge de las condiciones del entorno laboral como la falta de recursos. La fatiga por compasión puede aparecer de forma súbita y aguda tras el contacto con una historia especialmente difícil, es el impacto emocional que queda en el trabajador tras implicarse profundamente en el malestar ajeno. El burnout puede darse en cualquier profesión, pero la fatiga por compasión es más específica de profesiones de ayuda.

En el trabajo social, la empatía es una herramienta fundamental que permite crear un vínculo con los usuarios, sin embargo, puede ser un arma de doble filo al aumentar el riesgo de verse afectado emocionalmente por el sufrimiento de los usuarios. Si no existe una regulación consciente del vínculo con los usuarios y de las emociones implicadas en la intervención, podría derivar en un contagio emocional que comprometa la salud de los profesionales.

### **3.3.2. Estrategias de afrontamiento y autocuidado profesional**

La intervención en los equipos de cuidados paliativos no solo requiere que los profesionales tengan una base técnica sólida, sino también una preparación específica para manejar el desgaste derivado de la situación que implica trabajar en paliativos. El afrontamiento se podría definir como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan con el fin de manejar demandas internas o externas valoradas como excesivas o que sobrepasan los recursos del individuo, esto a su vez se puede diferenciar entre el afrontamiento orientado al problema y el afrontamiento orientado a la emoción (Lazarus y Folkman, 1986). El primero representa un intento de responder directamente a la situación estresante, mientras que el segundo consiste en intentos de moderar la respuesta emocional ante los eventos estresantes (Blanch et al., 2003).

Para los trabajadores sociales, el autocuidado debe entenderse como un conjunto de acciones intencionales orientadas a preservar la salud física y psicológica (Rodríguez-

Ramos, 2026), y no debe considerarse como una responsabilidad individual, sino como una parte integrada dentro del ejercicio profesional.

A nivel individual, el autocuidado conlleva prácticas orientadas a preservar el equilibrio emocional, físico y mental del profesional, y entre ellas podrían destacar el establecimiento de límites saludables y la realización de actividades que generen bienestar fuera del entorno de trabajo. Además, la búsqueda de sentido en el trabajo y la conexión con los valores que motivaron la elección profesional sirven como mecanismos que atenúan la aparición de fatiga por compasión (Campos-Vidal et al., 2017). Para ello, es importante también reconocer los límites como una condición inherente a la profesión y no como un fracaso personal.

La gestión emocional ocupa un lugar central dentro del autocuidado del profesional en paliativos y el entrenamiento en el reconocimiento, expresión y regulación de las propias emociones favorece tanto el bienestar del profesional como la calidad de la relación de ayuda que se ofrece (Rosa et al., 2015). De la misma forma, incorporar el manejo de las emociones como una competencia en la formación universitaria en el trabajo social resulta esencial para poder llevar durante la vida profesional una gestión más saludable de las emociones y poder evitar llegar al burnout o a la fatiga por compasión.

Por otro lado, el enfoque de la resiliencia en el trabajo social no solo debe aplicarse a las personas atendidas, sino también a los propios profesionales. La resiliencia profesional implica tener la capacidad de poder mantener un funcionamiento adaptado y un sentido de propósito aun con situaciones adversas, sin negar el impacto emocional que ello supone (Quesada, 2006). Esta perspectiva en paliativos resulta fundamental, pues la adversidad de las situaciones a las que se enfrentan los profesionales día a día y la necesidad de sostener la práctica a largo plazo exige tener recursos internos sólidos.

### **3.3.3 La importancia del apoyo institucional y del equipo**

Las estrategias individuales de autocuidado, aunque necesarias, no son suficientes si no van acompañadas de condiciones laborales óptimas y de un equipo en el que apoyarse. El bienestar emocional de los trabajadores no debe recaer de forma exclusiva sobre los individuos, sino que debe tener una respuesta estructural por parte de las instituciones (Algarín et al., 2015). El equipo interdisciplinar es una fuente esencial de apoyo para todos los trabajadores. La posibilidad de compartir las cargas emocionales con los

compañeros que comprenden la realidad del contexto, tomar decisiones de forma conjunta y distribuir la responsabilidad del acompañamiento entre varios profesionales reduce el riesgo de desgaste individual (Campos-Vidal et al., 2017).

Es por tanto el equipo un factor de protección clave frente al desgaste profesional. Poder tener espacios en los que compartir las emociones con gente cercana también a ellas y sentirse apoyado por otros compañeros ayuda de forma significativa a reducir la sobrecarga y la sensación de aislamiento emocional que puede aparecer en este campo de intervención.

Por su parte, las instituciones tienen la responsabilidad de ofrecer a los equipos de paliativos medidas específicas de apoyo psicológico y emocional. Entre estas medidas se encuentran la supervisión clínica o las sesiones de debriefing después de situaciones especialmente impactantes emocionalmente (Acinas, 2012). Asimismo, es importante para la sostenibilidad y calidad de estos cuidados paliativos que los profesionales estén reconocidos por las instituciones y que tengan los recursos y el tiempo necesario para realizar sus actividades. Además, uno de los factores que más favorecen la aparición de burnout es el desequilibrio entre las demandas del servicio y los recursos disponibles (Romero-Martín, 2020).

Dentro del trabajo social sanitario si hay una escasez del personal necesario, los trabajadores sociales se verían obligados a gestionar un volumen de casos inasumibles. Esta sobrecarga suele dejar en un segundo plano la intervención psicosocial, priorizando las tareas administrativas o de gestión burocrática, generando así una insatisfacción y frustración en el profesional. Por si fuera poco, la tardanza en la tramitación de recursos básicos, como las prestaciones de dependencia, añaden una carga adicional al trabajador, que debe dar respuesta a las familias y pacientes que necesitan soluciones urgentes que el sistema no siempre proporciona a tiempo.

Finalmente, la prevención del desgaste profesional está ligada a la formación continua que ofrezca herramientas para gestionar las emociones y el sufrimiento de los pacientes, además de detectar los signos de burnout de forma temprana y técnicas de autorregulación emocional.

#### 4. Discusión

Los resultados obtenidos a partir de las siete entrevistas realizadas permiten responder a los objetivos planteados en este trabajo y contrastar las hipótesis de partida con la experiencia real de los y las profesionales. En términos generales, los datos confirman las tres hipótesis, aunque con matices importantes que enriquecen la comprensión del fenómeno.

La primera hipótesis planteaba que los trabajadores sociales en cuidados paliativos presenta un alto nivel de carga emocional derivado de la exposición continua al sufrimiento y a la muerte. Los resultados la respaldan de forma sólida, aunque no se vive exclusivamente como algo negativo, sino como una experiencia ambivalente.

*“estados de ánimo bipolares, por un lado mucha tristeza y pena, pero por otro mucha alegría y confort al ver que la persona se ha ido en las mejores condiciones posibles”.* (E2)

*“es muy triste, da mucha rabia, da mucha impotencia, pero luego al final es muy satisfactorio saber que has estado ahí por lo menos en el proceso de las familias y de los pacientes, ayudándoles en todo lo que has podido y más”.* (E4)

Esta ambivalencia no es una contradicción, sino una característica estructural del trabajo en paliativos que ya apuntaban Botello et al. (2019) al señalar que el sentido del trabajo en este contexto va más allá de la eficiencia clínica.

Un hallazgo significativo es el impacto transformador que el trabajo en paliativos tiene sobre la vida personal de los profesionales.

*“para mí ha sido un cambio en mi persona y en mi historia en mi forma de vivir y en mi forma de mirar [...] no hay que estar pensando que uno se va a morir, pero sí hay que pensar que las cosas son limitadas, que hay que aprovechar el tiempo.”* (E3)

*“Estar en contacto con el sufrimiento... es como tener todo el tiempo encima la idea de la finitud, la idea de que todo se acaba”* (E2)

*“Yo creo que te da mucha perspectiva sobre la vida. También, fíjate que enseñan mucho cómo lo llevan ellos... a mí sí que a nivel personal me ha enseñado mucho en cuanto a cómo valorar la vida y como la filosofía de cómo tomarse las cosas”* (E5)

Esta dimensión personal del impacto, más allá del rendimiento laboral, apenas aparece en la literatura revisada y constituye un elemento que merece mayor atención en futuras investigaciones.

Las situaciones de mayor dificultad emocional identificadas por los entrevistados coinciden en gran medida con lo descrito por la literatura. Los pacientes jóvenes aparecen de forma recurrente como los casos más difíciles, junto con las situaciones de vulnerabilidad social extrema.

*“Las situaciones más complicadas emocionalmente es cuando son pacientes jóvenes, cuando son personas que tienen niños, o cuando son de otra etnia que viven la muerte de otra manera” (E1)*

*“hay pacientes que no se quieren morir y son estos los que te dicen quédate conmigo. Y ver el sufrimiento de alguien que no se quiere morir es muy intenso.” (E2)*

*“Los casos de personas más jóvenes es lo que más choca, porque cuando eres una persona mayor [...] es un poco el ciclo de la vida como quien dice, pero las personas jóvenes, me parece muy muy muy duro” (E4)*

*“Lo más antinatural yo creo que puede haber en esta vida es que se te muera un hijo, el impacto puede llegar a ser mayor” (E5)*

*“Familias que son mucho más vulnerables, que tienen muchísimos menos recursos, esos momentos son mucho más complicados porque claro al final los recursos son los que dan [...] es complicado porque la familia está desesperada por hacer cualquier cosa por su hijo y no poder tener esos recursos que te solicitan...” (E6)*

Ambos factores conectan directamente con lo que Acinas (2011) denominaba desgaste por empatía: la implicación emocional se intensifica precisamente en los casos donde el sufrimiento parece más injusto o donde las posibilidades de actuación son más limitadas. Esto podría explicar por qué los profesionales perciben casos que implican menores, personas jóvenes o situaciones de mayor vulnerabilidad como casos especialmente complicados.

Uno de los elementos más presentes en los discursos de los entrevistados es la tensión entre la empatía como herramienta de intervención y los riesgos que conlleva cuando no se gestiona adecuadamente.

*“Si no sabes separar, te vas cargando y puedes acabar quemado y en lugar de hacer relación de ayuda, lo que haces es unirte al espacio con él, tienes que aprender a saber separar” (E1)*

*“Es que empatizo muchísimo, tengo mucha capacidad de empatizar con los demás [...] es una cualidad, pero es algo que tengo que controlar especialmente, porque me puedo enredar” (E3)*

Esta tensión que aparece de forma explícita o implícita en prácticamente todas las entrevistas refleja el desgaste por empatía. La misma capacidad que permite al profesional conectar con el sufrimiento del otro puede convertirse en una fuente de daño si no va acompañada de estrategias de regulación (Cuartero, 2018). Sin embargo, ninguno de los participantes plantea eliminar la empatía o no utilizarla, sino aprender a gestionarla.

*“La clave quizás es gestionarlo, hay muchas personas que al final, yo no estoy de acuerdo y espero que no me pase jamás, que con el tiempo se acostumbran y dejan de sentir. A mi parecer eso no está bien.” (E4)*

En las entrevistas se confirma la presencia del desgaste emocional en casi todos los perfiles entrevistados, aunque con intensidades y formas diferentes. E1 es el único que reconoce haber estado de baja por burnout, siendo el extremo más grave. El resto hablan del cansancio emocional, sobrecarga o agobio sin llegar a ese punto.

*“He estado de baja por burnout en un momento determinado” (E1)*

*“Trabajo social somos una de las profesiones con más índice de burnout, y yo creo que en estos momentos con unos índices de depresión importantes. Estar con el sufrimiento, con el dolor, con la pobreza, con la miseria, con la violencia... no es gratuito” (E2)*

*“Claro que he sentido cansancio, no sé si desgaste, quizás más por la sobrecarga de trabajo y demás. Pero cansancio emocional sí. De estar agotada emocionalmente” (E3)*

*“Al final vas como tragando, tragando, tragando y absorbiendo y como no lo gestiones bien pues al final sí acabas un poco sobrecargado.” (E4)*

*“El desgaste emocional es mucho [...], llega un momento que vas muy cansado a trabajar y te acaba pesando” (E6)*

Por otro lado, un entrevistado afirma no haber sentido desgaste como tal, explicando que el equipo en el que trabajó era especialmente sólido y que contaban con supervisiones semanales.

*“Yo personalmente no. Sí acabas muy cansado, llegaba a casa de un día duro y me dormía a las seis de la tarde y no me despertaba hasta el día siguiente, pero desgaste, personalmente no” (E5)*

La segunda hipótesis de este trabajo plantea que el uso de estrategias de afrontamiento y autocuidado influye positivamente en el bienestar emocional y en la calidad de la intervención. Los datos también la confirman, aunque las estrategias que los profesionales describen son mayoritariamente informales e individuales.

A nivel individual, las estrategias más mencionadas son la desconexión al salir del trabajo, el deporte, pasar tiempo con la familia y hablarlo con personas de confianza. E3 describe sus 15 minutos de silencio en el coche como el momento que le permite asentar lo que ha pasado antes de llegar a casa con sus hijos. E7 habla de “resetear” a través del ejercicio, de ver a sus hijos o quedar con amigos. E5 menciona que su principal estrategia era dormir. Esta diversidad de respuestas ilustra lo que E3 apuntaba de forma explícita “*a cada uno le sirve una*”.

A nivel colectivo, el apoyo de los compañeros del equipo es una de las estrategias más valoradas de forma transversal.

*“Un buen ambiente laboral, dependiendo... pero sobre todo en cuidados paliativos tienes que hacer equipo y confiar en nosotros, quitar los roles profesionales y ser equipo. Es muy importante, desde la señora de la limpieza hasta el médico” (E1)*

*“La parte buena que teníamos sobre todo en mi unidad era el equipo que teníamos que entre pediatras, enfermería, el resto de compañeros pues ahí te como que ellos te ayudaban un poquito, te hacían ahí un poco de colchón o de almohada*

*¿sabes? Pero si no llega a ser por ellos al final el desgaste emocional es mucho.”*  
(E6)

*“haces lazos estrechos con más facilidad quizá que en otros trabajos, porque al final es de cosas más profundas. Tengo grandes amigos aquí.”* (E3)

*“había un grupo de terapia todas las semanas para los propios trabajadores de paliativos porque pues eso, hay casos que se te atraviesan y era muy normal hablarlo entre los compañeros, sobre todo que al final están viviendo lo mismo que tú, para hacer como revisión de los casos y apoyarse los unos en los otros y demás.”* (E5)

Resulta llamativo que la mayoría de estrategias mencionadas sean individuales e informales. Ninguno de los participantes hace referencia a programas estructurados de prevención del desgaste promueva las instituciones, reforzando la idea de que gran parte del autocuidado recae en la responsabilidad personal de cada uno.

Un hallazgo especialmente relevante es la importancia que varios entrevistados otorgan a la elaboración de los duelos profesionales. E7 describe las “*sesiones de fallecimiento*” como espacios donde el equipo revisa cómo se ha sentido con el paciente y con los compañeros, y las “*visitas de duelo*” con las familias como un cierre que también ayuda a los propios profesionales. E3 menciona la figura del médico Pablo Sastre, cuya jubilación dejó un vacío en el equipo precisamente porque era quien cuidaba esos espacios de cuidado grupal. Estas prácticas conectan directamente con lo que Pérez-Bandera (2021) señalaba sobre la necesidad de elaborar los duelos profesionales que se van acumulando a lo largo de la carrera.

La tercera hipótesis planteaba que los apoyos institucionales disponibles son insuficientes o no se adaptan completamente a las necesidades emocionales de los trabajadores sociales en paliativos. Una vez analizadas las entrevistas, se puede afirmar la hipótesis.

E4 afirma directamente que el espacio de supervisión es lo que ha echado en falta, pues aunque sí es cierto que hay reuniones de equipo, no es el espacio adecuado para expresar cómo te has sentido con un caso

*“no es el espacio adecuado de supervisión para explicar cómo te has sentido con un caso o con otro. Quizá más con las compañeras de trabajo social, pero por el*

*tema de la confianza, como si lo cuentas a un amigo, pero espacio de supervisión no existe como tal.” (E4)*

E7 lo dice también de forma clara y directa “*nada... lo hacemos nosotros de forma interna y a día de hoy creo que ni vendrá*”. Ambos testimonios ilustran lo que Fernández-Álvarez et al. (2024) denunciaban, la normalización institucional del desgaste como algo inherente a trabajar en paliativos.

A pesar de ello, hay contextos donde el apoyo sí funciona. E5 describe un grupo semanal supervisado por un psicólogo que sí considera efectivo, y E3 cuenta cómo en el hospital en el que trabaja hay un grupo de apoyo y que cuentan con una flexibilidad organizativa que le permite parar si lo necesita.

Estas diferencias tienen bastante relevancia dentro del contexto, pues el apoyo institucional no es una situación utópica, sino algo que las instituciones podrían llegar a aplicar.

E2 añade una reflexión acerca de la formación como factor protector. Según ella, una persona que entra a paliativos desde cero va a terminar quemándose seguro y que tener un modelo teórico, conocer las teorías del duelo o los mecanismos defensivos permite situar mejor lo que pasa y reduce el impacto del sufrimiento ajeno. Defendiendo así la importancia de la formación en gestión emocional y en duelo para los trabajadores sociales dentro de unidades de cuidados paliativos.

Por último, es importante tener en cuenta la carga de trabajo con la que conviven los trabajadores sociales dentro de estas unidades, pues normalmente hay uno o dos por unidad, teniendo decenas de pacientes que atender.

Muchas veces el burnout no llega solo de la cercanía a la muerte y al sufrimiento, sino de la sobrecarga de trabajo. Esto afecta de forma directa al rendimiento laboral y a la calidad de la atención que se ofrece. Un ejemplo de ello es E7 que, con 43 pacientes activos en el momento de la entrevista, afirma haber tenido que sustituir visitas domiciliarias por llamadas telefónicas en numerosas ocasiones.

Por tanto, aunque estar en paliativos conlleva de por sí mayor cansancio emocional al estar expuesto a mayor sufrimiento diariamente, no es la única forma de explicar el impacto emocional. Hay ocasiones en las que la sobrecarga laboral y la falta de profesionales y de recursos es lo que contribuye de forma decisiva al agotamiento. El

bienestar de los trabajadores sociales no depende exclusivamente de las estrategias de afrontamiento que puedan tener, sino también de las condiciones laborales y los recursos disponibles que hay.

## **5. Líneas futuras de investigación**

Este estudio presenta ciertas limitaciones que no hay que pasar por alto. En primer lugar, el tamaño de la muestra es reducido, con un total de siete entrevistas. Por ello, sería valioso realizar un estudio con un tamaño de muestra mucho mayor y más heterogéneo, pues con esta cantidad de entrevistados no se puede recoger la realidad total de la situación de los trabajadores sociales en cuidados paliativos. En segundo lugar, sería interesante realizar una comparación entre los paliativos pediátricos y los de adultos.

Por otro lado, explorar el impacto de programas formales de supervisión y de formación específica para la gestión de emociones y duelo también sería de gran valor dentro del trabajo social sanitario. Además, como señala E7 al final de la entrevista, existe muy poca literatura publicada sobre el trabajo social en cuidados paliativos en España, por lo que cualquier investigación acerca de este campo sería una aportación relevante.

## **6. Conclusiones**

El presente trabajo propone como objetivo principal analizar el impacto emocional del trabajo social en cuidados paliativos, así como las estrategias de afrontamiento y los apoyos institucionales que influyen en el bienestar profesional. A través de las entrevistas realizadas y del marco teórico se pueden desarrollar una serie de conclusiones que respondan tanto a los objetivos planteados como a las hipótesis de partida.

En cuanto al primer objetivo específico, explorar las principales dificultades emocionales, personales y profesionales a las que se enfrentan los trabajadores sociales en equipos de cuidados paliativos, se puede afirmar que la carga emocional es una constante en los trabajadores sociales. El lidiar a diario con la muerte y con el sufrimiento de los pacientes y las familias suponen un gran esfuerzo y gestión emocional, sin embargo, no se vive como algo únicamente negativo, sino como una experiencia ambivalente, en la que hay dolor pero también satisfacción de acompañar y aportar todo lo que se ha podido en un momento muy vulnerable para los pacientes y sus familiares.

Los testimonios de las personas entrevistadas reflejan que los casos que generan mayor impacto emocional son aquellos en los que los pacientes son jóvenes, tienen hijos pequeños a su cargo o se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad social, porque el sufrimiento parece algo más injusto y menos natural en el caso de niños y jóvenes.

Por otro lado, el trabajo en paliativos tiene un efecto transformador en la vida personal de los profesionales, pues varios entrevistados señalaron un cambio en la perspectiva y en la forma de ver y tomarse la vida, de valorar lo cotidiano y tener en cuenta la finitud de las cosas.

Estos datos confirman la primera hipótesis, los trabajadores sociales en cuidados paliativos presentan un alto nivel de carga emocional derivado de la exposición continua al sufrimiento y a la muerte. Aunque hay que matizar que esta carga no es solo a causa del contacto con la muerte, sino que la sobrecarga de trabajo y la falta de recursos y de personal, añadido a la presión de dar respuestas a necesidades urgentes también suman para que se de este alto nivel de carga emocional. Cuando aparece el burnout no proviene de un solo factor.

Respecto al segundo objetivo específico, analizar las estrategias personales y colectivas de autocuidado que utilizan los trabajadores sociales ante situaciones de alta carga emocional, los resultados indican que los trabajadores tienden a recurrir principalmente a estrategias individuales e informales, como desconectar al salir del trabajo, hacer deporte, pasar tiempo con la familia o amigos y hablar con personas de confianza. Cada profesional desarrolla sus propios mecanismos en base a lo que le funciona a cada uno. Por otro lado, a nivel colectivo el apoyo del equipo es algo que se repite, tener compañeros con los que sentirse comprendidos al estar viviendo situaciones similares y estar acompañados parece reducir el riesgo de agotamiento individual, por tanto se sitúa como un factor de protección esencial.

Todo ello permite confirmar la segunda hipótesis, el uso de estrategias de afrontamiento y autocuidado influye positivamente en el bienestar emocional y en la calidad de la intervención profesional. Sin embargo, la mayoría de las estrategias son informales y recaen sobre la responsabilidad individual de cada uno, lo que indica que el autocuidado no está siendo asumido como una responsabilidad en todas las instituciones.

En cuanto al tercer objetivo, comprender el funcionamiento de los apoyos institucionales para los trabajadores y el uso que se les da desde los equipos de cuidados paliativos, los resultados son claros. La mayoría de profesionales entrevistados indican que no hay espacios de supervisión formales, tienden a depender de la voluntad de los equipos, no como norma de los hospitales o instituciones. Sí existen reuniones de equipo, pero no están pensadas para que los trabajadores puedan expresar cómo se han sentido con los diferentes casos y solo en algunos contextos puntuales han señalado los entrevistados que fueran suficientes. Estas diferencias reflejan que el apoyo institucional efectivo es posible, pero hay que invertir el tiempo y los recursos necesarios para ello.

Esto conecta directamente con la última hipótesis, que sostenía que los apoyos institucionales disponibles son insuficientes o no se adaptan completamente a las necesidades emocionales de los trabajadores sociales en paliativos. Lo más preocupante es que varios entrevistados tienen asumido que ese apoyo formal no va a llegar, normalizando así el desgaste emocional que supone ser un trabajador social en una unidad de cuidados paliativos.

Por tanto, este trabajo puede concluir que el bienestar emocional de los trabajadores sociales en cuidados paliativos no puede depender únicamente de la resiliencia personal ni de las estrategias informales de afrontamiento. Para que el trabajo de los trabajadores sociales en cuidados paliativos sea sostenible y de calidad, es necesario cuidar a los profesionales desde las instituciones, realizando una supervisión efectiva y de calidad, ofreciendo formaciones en gestión emocional y duelo, y eliminando la sobrecarga laboral incorporando más trabajadores sociales en los equipos de paliativos.

## 7. Bibliografía

- Acinas, M. P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 2(4), 1-22.
- Algarín, E. B., Bernal, J. L. M., y Sánchez-Serrano, J. L. S. (2015). Trabajo Social, su contexto profesional y el Síndrome de Burnout. *Comunitania: Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales*, (9), 51-71.
- Arranz, P., Barbero, J. J., Barreto, y P., Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Blanch P., A., Aluja F., A. y Biscarri G., J. (2003). Burnout syndrome and coping strategies: a structural relations model. *Psychology in Spain*, 7(1), 46-55.
- Botello Vela, N., Garzón Vásquez, L. F., & Miguel Mayorga, J. (2019). Trabajo social: Cuidados paliativos y sentido de vida para la muerte. *Perspectivas*, 4(16), 21-33. <https://revistas.uniminuto.edu/index.php/Pers/article/view/2076>
- Cadell, S., Johnston, M., Bosma, H., & Wainright, W. (2010). An overview of contemporary social work practice in palliative care. *Progress in Palliative Care*, 18(4), 205–211. <https://doi.org/10.1179/096992610X12775428636700>
- Campos Vidal, J. F., Cardona Cardona, J., & Cuartero Castañer, M. E. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 2017, vol. 24, 2017, num. 1, p. 119-136.
- Campos-Méndez, R. (2015). Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de “burnout” en profesionales de Centros de mayores en Extremadura. Tesis doctoral, Universidad de Extremadura, España.
- Castillo, A. (2016). *La enseñanza y el aprendizaje de la empatía para el trabajo social*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Corbetta, P. (2003). Investigación cuantitativa e investigación cualitativa. *Corbetta, P. Metodología y técnicas de la investigación social*. Madrid: McGraw Hill.
- Cuartero, M. E. y Casado, T. (2016). Empatía y/o ecpatía; Encontrando el equilibrio en el arte de crear vínculos. En A. Guinot, F. y Ferran (editores). *Trabajo social: el arte de crear vínculos* (pp. 241-250). Bilbao, España: DeustoDigital.

- Cuartero, M.E. (2018). *Desgaste por empatía: Cómo ser un profesional del trabajo social y no desfallecer en el intento*. Cuadernos de Trabajo Social, 31(1), 9-31.
- Fernández-Álvarez, A., Verde-Diego, C., y Frieiro-Padín, P. (2024). El Trabajo Social en cuidados paliativos: la necesaria intervención con la familia en Galicia, España. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social*, (37), e20312948. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i37.12948>
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jclp.10090>
- Flick, U. (2004). 4.6 triangulation in qualitative research. *A companion to qualitative research*, 1, 178.
- García, S. (2021). Trabajo Social en la Humanización de la Asistencia Sanitaria ante procesos de finalización de la vida: revisión de un caso práctico. *Trabajo Social Hoy*, 92, 27-51. doi: 10.12960/TSH.2021.0002
- González de Rivera, J. L. (2005). Empatía y eempatía. *Advances in relation mental health*, Vol. 4, Nº 2, pp. 1-8.
- Ituarte, A. (1994). El papel del Trabajador Social en el campo sanitario. *Trabajo Social y Salud*, 20, 275-290
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(2001), 397-422.
- Moro, M. P., y Lerena, I. (2011). El trabajador social como agente de cambio en cuidados paliativos. *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social*, 49, 270–276.
- Pérez, M.<sup>a</sup> (2021). Trabajar con la muerte desde el Trabajo Social. Implicaciones antropológicas, psicológicas, bioéticas y legales. *Trabajo Social Hoy* 92, 7-26. doi:10.12960/TSH.2021.0001.

- Portoghese, I., Galletta, M., Larkin, P., Sardo, S., Campagna, M., Finco, G., y D'Aloja, E. (2020). Compassion fatigue, watching patients suffering and emotional display rules among hospice professionals: a daily diary study. *BMC palliative care*, 19(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0531-5>
- Pozo Brito, Y. (2017). *El papel de la trabajadora social en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria*. Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación: Universidad de La Laguna.
- Quesada, C. V. (2006). El enfoque de resiliencia en Trabajo Social. *Acciones e Investigaciones sociales*, (1 Ext), 466-466.
- Rodríguez, J. M. J. (2018). Cuidados paliativos: un análisis desde el trabajo social sanitario. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 18(3), 4-16.
- Rodríguez-Ramos, P. A., Vázquez-García, N., & Díaz-González, J. M. (2026). Autocuidado y empatía en profesionales del trabajo social: Un estudio exploratorio en servicios sociales de atención primaria y comunitaria. *Trabajo Social Global*, 16, 1-21.
- Romero-Martín, S., Elboj-Saso, C. e 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. doi: 10.30827/tsg-gsw.v10i19.15342
- Rosa, G., Riberas, G., Navarro-Segura, L., y Vilar, J. (2015). El coaching como herramienta de trabajo de la competencia emocional en la formación de estudiantes de educación social y trabajo social de la Universidad Ramón Llull, España. *Formación universitaria*, 8(5), 77-90.
- Rothschild, B. (2006). *Ayuda para el profesional de la ayuda*. Nueva York, Estados Unidos: Desclée de Brouwer.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2004). Investigación cualitativa. *Index de Enfermería [Index Enferm]*, 44(45), 80-81.
- Vanzini, L. (2010). El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (47), 184-199.

Vegas-Pérez, M., Ruiz-Mosquera, A. C., y Castilla-Mora, M. R. (2025). El alcance de la intervención social en el afrontamiento del final de la vida en Málaga, España. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social*, (40), e20514474. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i40.14474>

World Health Organization (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/palliative-care>

## 8. Anexos

### 8.1. Guion entrevistas

Antes de comenzar, quiero aclarar que esta entrevista se realiza con fines académicos. Tu participación es voluntaria y si hay alguna pregunta que prefieras no contestar o en algún momento quieres parar siéntete libre de hacerlo. La información será confidencial y anónima. ¿Tengo tu consentimiento para grabar esta entrevista?

1. Preguntas demográficas: nombre, sexo y edad
2. ¿Podrías contarme de forma breve a qué te dedicas dentro del ámbito de los cuidados paliativos?
3. ¿Cuánto tiempo llevas dedicándote al trabajo social sanitario y, en específico, a los cuidados paliativos?
4. ¿Cómo describirías el impacto emocional que tiene un trabajador social en paliativos?
5. ¿Hay algunas situaciones que te resultan más complicadas emocionalmente?  
¿Cuáles?
6. ¿Qué emociones aparecen con más frecuencia en el acompañamiento a pacientes y familias?
7. En relación en tu trabajo, ¿dirías que has sentido en algún momento desgaste o cansancio emocional?
8. ¿Crees que esto afecta en tu rendimiento laboral? ¿En qué forma?
9. ¿El desgaste emocional derivado de tu trabajo afecta en otras áreas de tu vida?
10. ¿Qué estrategias de afrontamiento y autocuidado utilizas?
11. ¿Qué haces para gestionar la carga emocional de tu trabajo a nivel personal o profesional?
12. ¿Dentro del equipo de paliativos tenéis alguna estrategia a la que recurráis con frecuencia?
13. ¿Qué tipos de apoyo ofrece la institución en la que trabajas?
14. ¿Los consideras efectivos, suficientes y adecuados? ¿Por qué?
15. ¿Qué aspectos crees que se podrían mejorar para proteger el bienestar emocional de los trabajadores sociales en cuidados paliativos?
16. ¿Te gustaría añadir algo más antes de terminar la entrevista?