



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
**Bienestar psicológico y burnout en
psicólogos sanitarios en España**

Trabajo fin de estudios presentado por:	Irene Cortés Parra
Tipo de trabajo:	Proyecto de investigación
Línea de investigación:	Evaluación y psicodiagnóstico en psicología general sanitaria
Formato de trabajo:	Individual
Modalidad de TFE:	Trabajo de Fin de Máster
Director/a:	Paula García Álvarez
Fecha:	10/06/2026

Resumen

Este estudio analiza la relación entre bienestar psicológico y burnout en psicólogos sanitarios en España, considerando variables sociolaborales como la terapia personal y la supervisión clínica. Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y ex post facto con una muestra de 60 psicólogos clínicos y psicólogos generales sanitarios. Se administraron el PERMA-Profiler, el MBI-HSS y un cuestionario sociodemográfico ad hoc. Se realizaron análisis descriptivos, análisis de fiabilidad mediante alfa de Cronbach y pruebas no paramétricas (Rho de Spearman y U de Mann-Whitney), tras comprobarse el incumplimiento de los supuestos de normalidad. Los resultados mostraron niveles elevados de bienestar psicológico y niveles bajos o moderados de burnout. El bienestar global correlacionó negativamente con el agotamiento emocional y positivamente con la realización personal. No se hallaron asociaciones significativas con la despersonalización ni diferencias según terapia personal o supervisión clínica. Los hallazgos subrayan la relevancia del bienestar psicológico en la prevención del desgaste profesional.

Palabras clave: Bienestar psicológico, burnout, psicólogos sanitarios, modelo PERMA, salud mental ocupacional

Abstract

This study examines the relationship between psychological well-being and burnout among healthcare psychologists in Spain, considering socio-occupational variables such as personal therapy and clinical supervision. A quantitative, cross-sectional, ex post facto study was conducted with a sample of 60 clinical psychologists and general healthcare psychologists. Participants completed the PERMA-Profil, the MBI-HSS, and an ad hoc sociodemographic questionnaire. Descriptive analyses, reliability analyses using Cronbach's alpha, and nonparametric tests (Spearman's rho and Mann-Whitney U) were conducted after assumptions of normality were not met. Results showed high levels of psychological well-being and low to moderate burnout levels. Overall well-being was negatively correlated with emotional exhaustion and positively correlated with personal accomplishment. No significant associations were found with depersonalization, personal therapy, or clinical supervision. Findings highlight the relevance of psychological well-being as a factor associated with the prevention of professional burnout among healthcare psychologists.

Keywords: Psychological well-being, burnout, healthcare psychologists, PERMA model, occupational mental health

Índice de contenidos

1. Marco teórico	7
1.1. Bienestar psicológico	7
1.1.1. Conceptualización del bienestar	7
1.1.2. Modelos teóricos del bienestar	8
1.1.3. Modelo PERMA.....	9
1.1.4. Evaluación del bienestar: PERMA-Profiler	10
1.2. Burnout	11
1.2.1. Conceptualización del burnout	11
1.2.2. Modelo tridimensional del burnout	12
1.2.3. Evaluación del burnout: MBI-HSS.....	13
1.3. Relación entre bienestar psicológico y burnout	14
1.4. Psicólogos sanitarios como población específica	14
1.5. Bienestar y burnout en profesionales sanitarios e implicaciones	16
1.6. Factores protectores del burnout en psicólogos sanitarios	16
1.7. Variables contextuales relevantes	17
1.8. Intervención en prevención del burnout.....	18
2. Justificación	19
2.1. Relevancia del bienestar psicológico en profesionales sanitarios	19
2.2. Impacto del burnout y del bienestar en la calidad asistencial	19
2.3. Evidencia empírica en España sobre burnout en profesionales sanitarios	20
2.4. Evidencia empírica en España sobre burnout en psicólogos sanitarios.....	20
2.5. Justificación del enfoque desde la Psicología Positiva	21
3. Objetivos	23
4. Hipótesis.....	24

5. Marco metodológico.....	25
5.1. Diseño	25
5.2. Participantes	25
5.3. Instrumentos	26
5.4. Procedimiento	28
5.5. Análisis de datos.....	29
6. Resultados	31
7. Discusión	37
7.1. Limitaciones	40
7.2. Prospectiva.....	42
Referencias bibliográficas	44
Anexo A. Ítems de datos sociodemográficos y laborales.....	54
Anexo B. Inventario de Burnout de Maslach	55
Anexo C. PERMA-Profilers.....	56
Anexo D. Tabla de correlaciones de Spearman	59
Anexo E. Informe favorable de la Comisión de Investigación TFM	60
Anexo F. Consentimiento informado.....	61
Anexo G. Compromiso de confidencialidad	63

Índice de tablas

Tabla 1. Puntos de corte de las dimensiones del Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HSS)	27
Tabla 2. Niveles de bienestar según rangos de PERMA_total.....	28
Tabla 3. Distribución de niveles en las dimensiones del MBI-HSS (N = 60)	31
Tabla 4. Distribución de niveles de bienestar psicológico global (PERMA total) en la muestra (N = 60)	31
Tabla 5. Niveles observados en AE, DP, RP, P, E, R, M, A y Bienestar Global (n=60)	32
Tabla 6. Shapiro-Wilk	33
Tabla 7. Diferencia de puntuaciones en las dimensiones de burnout y bienestar personal en función de si se ha realizado un proceso terapéutico personal.....	35
Tabla 8. Diferencia en las dimensiones de burnout y bienestar personal en función de si se ha recibido supervisión clínica.	36

1. Marco teórico

El presente estudio parte de la necesidad de comprender el bienestar psicológico de los psicólogos que ejercen dentro del ámbito sanitario en España (psicólogos generales sanitarios o PGS y psicólogos especialistas en psicología clínica o PEPC), en relación con el síndrome de burnout o desgaste profesional. El interés por el estudio del bienestar en profesionales de la salud es creciente, aunque la evidencia empírica resulta aún limitada en lo que respecta a la interacción entre niveles de bienestar, desgaste profesional y las condiciones laborales específicas en las que estos profesionales desarrollan su actividad. Esto dificulta la comprensión del impacto del bienestar en la salud mental de los propios psicólogos y en la calidad de la atención psicológica que reciben los pacientes. En este sentido, se hace necesario un análisis que permita identificar las correlaciones, tanto positivas como negativas, entre estas variables, considerando los distintos contextos y modalidades de ejercicio profesional. En consecuencia, el núcleo del problema radica en la insuficiente evidencia integradora que explique cómo el bienestar y el burnout coexisten y se influyen mutuamente en este colectivo, lo que limita el desarrollo de estrategias eficaces para proteger la salud del profesional y garantizar una atención psicológica de calidad. Seguidamente, se ahonda en las referencias y estudios anteriores que sirven como apoyo a esta investigación y que respaldan la importancia de su elaboración.

1.1. Bienestar psicológico

1.1.1. Conceptualización del bienestar

Aunque no existe una definición única y consensuada del concepto de bienestar, suele distinguirse entre dos tipos: el bienestar subjetivo o hedónico y el bienestar eudaimónico o psicológico. El primero se compone de elementos subjetivos y experienciales como la satisfacción vital, el afecto negativo y el afecto positivo (Cósanlo et al., 2020). Esta orientación hedónica se relaciona con la experiencia de placer, la evitación del dolor y la satisfacción a corto plazo (Huta & Ryan, 2010).

El segundo se orienta a la satisfacción vital sostenida en el tiempo. Se basa en elementos psicológicos como el autocontrol, la capacidad de trabajo, y la tendencia a experimentar afecto positivo derivado de las actividades epistémicas (Joshani et al., 2020). Igualmente, incluye elementos clave relacionados con el funcionamiento psicológico que dependen de

necesidades humanas se necesita satisfacer para alcanzar el bienestar, como la autonomía, la competencia y la vinculación (Martela & Ryan, 2023). Conviene destacar que, aunque el significado y el propósito vital son conceptos que también se utilizan en la operativización del concepto de bienestar eudaimónico, como exponen Martela & Ryan (2023), la conclusión de estos mismos autores y otros como Joshanloo et al. (2020) es que el bienestar psicológico se relaciona más consistentemente con la adquisición de destrezas y el esfuerzo por la consecución de metas a largo plazo, en contraposición a la recompensa inmediata.

1.1.2. Modelos teóricos del bienestar

A continuación, se describen dos de los modelos que han contribuido a conceptualizar el bienestar. El primero es el de Diener (1984, como se citó en Méndez y Rojas, 2024), quien pone el foco en la evaluación cognitiva y afectiva que las personas hacen de su vida. Diener (1998, como se citó en Mendez y Rojas, 2024) destaca la satisfacción vital y el equilibrio emocional como componentes principales del bienestar. En este modelo destaca el componente subjetivo o perceptivo de carácter más hedónico.

En contraposición, el segundo es el modelo de bienestar psicológico de Ryff (1989, como se citó en Ryff 2023), uno de los más influyentes y con criterio más psicológico. Ryff (2023) propone la eudaimonia como excelencia personal, y propone seis componentes del bienestar: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Ryff (2023) explica que estas dimensiones de su modelo convergen de conceptos clave que los fundamentan, como la autorrealización de Maslow, la voluntad de significado de Frankl, la individuación de Jung y la persona altamente funcional de Rogers, entre otros (Frankl, 1959, como se citó en Ryff 2023; Jung, 1933, como se citó en Ryff 2023; Maslow, 1968, como se citó en Ryff 2023; Rogers, 1961, como se citó en Ryff 2023). En base a esta conceptualización, Ryff (1989, como se citó en Van Dierendonck & Lam, 2022) afirma que el bienestar psicológico está ligado al funcionamiento óptimo de la persona y el desarrollo de su potencial y se basa en recursos psicológicos que facilitan la obtención de logros y el crecimiento personal.

Ambos modelos han contribuido a la comprensión del bienestar, pero bajo el prisma de estudios recientes, presentan una limitación al centrarse en dimensiones parciales del constructo. Por ejemplo, un estudio de Huta & Ryan (2010) concluye que hedonía y eudaimonia, aunque a veces se consideren opuestas, pueden solaparse dentro de una visión

global de bienestar y que puede alcanzarse un mayor bienestar combinando ambos aspectos. Huta & Waterman (2014) reconocen la importancia central de ambos aspectos en el estudio del bienestar. En consecuencia y debido a un creciente interés (Huta & Waterman, 2014) por explorar este vacío, han surgido modelos que combinan elementos hedónicos y eudaimónicos y que integran múltiples dimensiones con el fin de realizar una evaluación más completa del bienestar.

1.1.3. Modelo PERMA

El contexto presentado justifica la elección del modelo PERMA que Seligman (2011) presenta en *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Seligman (2011) se ocupa de las limitaciones anteriores a través del desarrollo de una aproximación integradora y multidimensional en su modelo PERMA, que aúna el bienestar subjetivo y el psicológico y en el que se parte del bienestar como un fenómeno complejo que incluye aspectos emocionales, motivacionales, relacionales y de desarrollo personal. Enmarcado en la psicología positiva, en este modelo el constructo bienestar se compone de cinco elementos fundamentales que contribuyen de forma individual pero interrelacionada al funcionamiento óptimo de la persona (Seligman, 2011):

- Emociones positivas (Positive Emotion): Incluye emociones agradables como la alegría, la gratitud o la esperanza. Estas contribuyen al bienestar inmediato y además amplían los recursos cognitivos y emocionales.
- Compromiso (Engagement): Es el nivel de implicación en actividades que resultan absorbentes y desafiantes (relacionado con el estado de *flow*). Es un indicador de la capacidad que uno tiene de involucrarse plenamente en sus tareas.
- Relaciones interpersonales positivas (Relationships): Se refiere a la calidad de las relaciones interpersonales y al apoyo social percibido. Se contemplan las relaciones positivas como esenciales para el bienestar y factor protector frente al estrés.
- Significado o propósito en la vida (Meaning): Implica la percepción de que la vida tiene propósito y valor, así como la pertenencia a algo más grande que uno mismo. Se asocia con una mayor resiliencia y satisfacción vital.
- Logros (Accomplishment): Incluye la consecución de metas, la sensación de competencia y el progreso personal, y se relaciona con la autoeficacia y la motivación intrínseca.

Estas dimensiones proporcionan una comprensión amplia del bienestar y facilitan su evaluación en diferentes contextos, incluyendo el ámbito laboral (Fortuna et al., 2025; Kun et al., 2016) y sanitario (Bazargan et al., 2021). Además, pueden ser medidas de forma independiente para identificar perfiles específicos de bienestar y áreas potenciales de intervención; según Butler & Kern (2016, p. 21, como se citó en Martín-Díaz & Fernández-Abascal, 2024), las cinco dimensiones “pueden definirse y medirse como constructos separados pero correlacionados”.

1.1.4. Evaluación del bienestar: PERMA-Profiler

El PERMA-Profiler: A Brief Multidimensional Measure of Flourishing (Butler & Kern, 2016) se desarrolló para evaluar empíricamente el modelo PERMA (Seligman, 2011) y está validado para población española, donde se ha confirmado su estructura factorial y su fiabilidad interna en el PERMA_total (α de Cronbach de .94) y en la mayoría de las dimensiones, excepto en Compromiso (E), que puede estar por debajo o justo en el límite y, por tanto, conviene destacar que presenta una menor consistencia (Martín-Díaz & Fernández-Abascal, 2024). Es un instrumento breve compuesto de 23 ítems que se evalúan mediante una escala tipo Likert y mide de forma estructurada las cinco dimensiones principales del modelo:

- Emociones Positivas (P): Relacionada con la frecuencia con la que la persona experimenta sentimientos agradables como alegría, gratitud o satisfacción en su vida cotidiana (3 ítems).
- Compromiso (E): Relacionada con el grado en que la persona se siente absorbida, interesada y plenamente involucrada en sus actividades diarias (3 ítems).
- Relaciones interpersonales positivas (R): Relacionada con la calidad, cercanía y apoyo percibido en las relaciones sociales significativas (3 ítems).
- Significado/Propósito en la vida (M): Relacionada con la sensación de que la vida tiene sentido, propósito y valor más allá de uno mismo (3 ítems).
- Logros (A): Relacionada con la percepción de éxito, competencia y consecución de metas personales (3 ítems).

El instrumento mide otros 4 indicadores adicionales:

- Emociones negativas (N): relacionada con la frecuencia de experiencias emocionales desagradables como tristeza, ansiedad o enfado (3 ítems).
- Salud Física Autopercibida (H): relacionada con la valoración subjetiva del propio estado de salud física y nivel de energía (3 ítems).
- Felicidad (Hap): relacionada con la percepción general de sentirse feliz y satisfecho con la vida (1 ítem).
- Soledad (Lon): relacionada con el grado en que la persona se siente sola o falta de compañía y conexión social (1 ítem).

Asimismo, incluye la medida de una dimensión de bienestar global (PERMA_total) que se obtiene en base a las respuestas de un total de 16 ítems mediante la integración de los cinco componentes principales (P, E, R, M, A) y la variable Felicidad (Hap). El PERMA-Profiler ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en población española (Martín-Díaz & Fernández-Abascal, 2024). Por su brevedad y carácter multidimensional, lo consideramos de utilidad para evaluar el bienestar en el estudio de los profesionales sanitarios. Se facilitará la obtención de una medida global del bienestar, el PERMa_total.

1.2. Burnout

1.2.1. Conceptualización del burnout

El burnout se define como un síndrome psicológico que implica agotamiento físico y mental y que aparece ante el estrés crónico en el contexto profesional (Maslach & Leiter, 2016) y se da especialmente en profesiones con elevada interacción interpersonal (Maslach & Jackson, 1981). Los efectos negativos del estrés laboral, es decir, de estrés causado por motivos de trabajo, son un problema habitual en Europa, como reconoce el Ministerio de Sanidad (2022). Cuando se da una situación laboral estresante en que las exigencias del puesto se perciben como excesivas o prolongadas en el tiempo, puede aparecer estrés crónico y, potencialmente, el síndrome de burnout (Lisowski et al., 2023).

Dado que se alcanza el burnout a causa del estrés sostenido en el tiempo, conviene analizar qué elementos contribuyen a ese estrés. La definición de «estrés» que goza de consenso en la actualidad implica la interacción entre el entorno y el individuo (Camacho et al., 2024), así como la evaluación cognitiva de la situación, propuesta por Lazarus (1990, como se citó en Camacho, 2024), que pone de relevancia el elemento psicológico subjetivo. Del mismo modo,

Redzic et al. (2024) lo definen como un estado en el que el equilibrio físico y psicológico se ve sobrepasado por demandas internas o externas (estresores) que la persona evalúa como que superan o ponen en riesgo sus recursos de afrontamiento y su bienestar. Ante este desequilibrio entre los recursos internos y las demandas externas, el organismo actúa produciendo una activación psicofisiológica generalizada (Fernández Sánchez, 2024). Mantener en el tiempo estos esfuerzos adicionales de adaptación puede causar enfermedades físicas en diversos sistemas del organismo, y afectar negativamente a la salud mental (Moscoso y Delgado, 2015), ya que para garantizar los procesos psicofisiológicos normales se necesita un nivel óptimo de estrés (Lu et al., 2021).

Existen factores que fomentan el burnout en cualquier entorno profesional, como los propuestos por Maslach y Leiter (2008, como se citó en Fernández Sánchez, 2024): excesivas demandas y pocos descansos, falta de control sobre las funciones propias, falta de recompensas, ausencia de apoyo entre compañeros, discriminaciones e injusticias, discrepancias entre los valores personales y los de la organización, etc. En este estudio, conviene resaltar factores específicos que se dan en el ámbito sanitario y de la salud mental, como los propuestos por Rokach y Boulazreg (2020). Rokach y Boulazreg (2020) indican que los profesionales que atienden la salud psicológica experimentan elevadas demandas emocionales, exposición continua al sufrimiento, y una responsabilidad inherente al cuidado de otros, lo que genera una mayor propensión al burnout, con el consiguiente impacto que esto tiene tanto a nivel individual como organizacional.

1.2.2. Modelo tridimensional del burnout

El modelo más aceptado para conceptualizar el burnout es el desarrollado por Christina Maslach & Jackson (1981), que describe el síndrome a partir de tres dimensiones interrelacionadas:

- Agotamiento emocional (componente central del burnout): Sensación de sobrecarga y cansancio emocional producida por las exigencias del trabajo. Conlleva la pérdida progresiva de energía, motivación y recursos emocionales necesarios para afrontar las tareas profesionales. En contexto sanitario, puede ir ligado a la sobrecarga asistencial, la presión temporal y la exposición continuada a situaciones emocionalmente intensas.

- Despersonalización (distanciamiento emocional): Se refiere a la aparición de actitudes cínicas, negativas y distantes como respuesta defensiva ante el agotamiento emocional. En el caso de los profesionales sanitarios, estas actitudes se despliegan ante los pacientes para mitigar el impacto del trabajo en situaciones de alta demanda emocional, pero pueden afectar negativamente a la relación terapéutica y la calidad de la atención debido a la disminución de la empatía.
- Realización personal (componente protector): Implica la competencia y eficacia percibida por el profesional en el desempeño de su trabajo. Se interpreta de forma inversa: cuando el nivel es bajo, se asocia con mayor burnout. Una elevada realización personal se considera un factor protector que ayuda a mantener la motivación y el sentido de propósito en el trabajo.

1.2.3. Evaluación del burnout: MBI-HSS

El Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS) es un instrumento diseñado por Maslach y Jackson (1981) específicamente para profesionales de servicios humanos y evalúa tres dimensiones fundamentales del burnout: el Agotamiento Emocional (AE), compuesto por 9 ítems que reflejan sentimientos de cansancio emocional derivados de las demandas laborales, y que se relaciona de forma directa con el síndrome (a mayor AE, mayor nivel de burnout); la Despersonalización (DP), integrada por 5 ítems que valoran el grado de distanciamiento emocional hacia los pacientes, y que también presenta una relación directa con el burnout; y la Realización Personal (RP), formada por 8 ítems que evalúan la percepción de logro y competencia profesional, manteniendo en este caso una relación inversa, de manera que a mayor RP, menor nivel de burnout.

El MBI-HSS ha mostrado adecuados niveles de consistencia interna en población española (Gil-Monte, 2005). Se compone de 22 ítems que se evalúan con escala tipo Likert. Su uso está ampliamente extendido en investigación y práctica clínica en servicios humanos, incluyendo el ámbito sanitario y ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en diferentes contextos culturales (Fauzia et al., 2019; Lin et al., 2022; Matejic et al., 2015; Mészáros et al., 2014), incluyendo colectivos de profesionales sanitarios en población española (García et al., 2018; Gil-Monte, 2005; Montiel-Company et al., 2016). La utilización de este instrumento permite una evaluación diferenciada de los componentes del burnout, lo que puede resultar

especialmente útil para identificar perfiles de riesgo y diseñar intervenciones específicas en el ámbito profesional.

1.3. Relación entre bienestar psicológico y burnout

Las investigaciones muestran de forma consistente que existe una relación inversa entre el bienestar psicológico y el burnout (Arrogante & Zaldívar, 2020; García et al., 2018). Diversos estudios han señalado que el bienestar no solo actúa como resultado del equilibrio psicológico, sino también como un factor protector frente al desarrollo del burnout (Carroll et al., 2022; Wu et al., 2022; Yousef et al., 2024). Debido a esto podemos encontrar utilidad en modelos multidimensionales del bienestar, como el modelo PERMA (Seligman, 2011), ya que facilitan un análisis más preciso de qué componentes del bienestar están más estrechamente relacionados con el desgaste profesional.

La evidencia sugiere que la relación entre bienestar y burnout puede explicarse a través de distintos mecanismos psicológicos (Wang et al., 2017). En primer lugar, el bienestar favorece la disponibilidad de recursos personales, como la resiliencia, la regulación emocional o la autoeficacia, que permiten afrontar de manera más eficaz las demandas laborales (Cabrera-Aguilar et al., 2023). Además, Gur et al. (2022) y Wang et al. (2017) defienden que existen componentes específicos del bienestar que pueden actuar como factores protectores frente al impacto del estrés laboral, como el sentido vital o las relaciones interpersonales. En tercer lugar, Cakirpaloglu et al. (2024) proponen que el bienestar, la autoaceptación y el sentido de logro personal actúan como factores protectores. Por último, mencionamos los recientes estudios de Cohen et al. (2023) y Lengua et al. (2025), en los que se ha visto cómo, desde una perspectiva de prevención, fomentar el bienestar puede ser una estrategia clave en la disminución del desarrollo del síndrome de burnout que puede complementar los enfoques más tradicionales enfocados en la reducción del malestar. En resumen, se ha observado en diversos estudios que varias de las dimensiones que conforman el modelo PERMA, además del nivel de bienestar global, correlacionan y previenen el burnout.

1.4. Psicólogos sanitarios como población específica

En España, la Psicología Sanitaria se considera la rama de la Psicología que incluye las profesiones que atienden a nivel sanitario a las personas: licenciados o graduados en Psicología que, para intervenir sobre el malestar psicológico y promover la mejora de la salud

a través de tratamientos psicológicos, pueden tener uno de estos tres títulos (Carrobbles, 2015, como se citó en Fernández Sánchez, 2024):

- Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC): regulado por el Real Decreto 2490/1998 y con un estatus equiparable al de las especialidades médicas dentro del Sistema Nacional de Salud (Fernández-Hermida et al., 2017).
- Psicólogo General Sanitario (PGS): Se alcanza tras la realización del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria (Fernández-Hermida et al., 2017).
- Psicólogos “habilitados” o acreditados por vía transitoria, tras la aprobación de la LOPS (Ley 44/2003): licenciados en Psicología quienes ya cumplían ciertos requisitos y pudieron seguir ejerciendo en los puestos que ocupaban (Fernández-Hermida et al., 2017).

Entre los PEPC y los PGS, la principal diferencia es el ámbito de ejercicio profesional: los PEPC acceden a su especialidad mediante la formación PIR (Psicólogo Interno Residente) y trabajan en dispositivos públicos de salud mental (Fernández-Hermida, 2017); el título de PGS permite el ejercicio independiente de la psicología sanitaria, principalmente en el ámbito privado y extrahospitalario (Fernández-Hermida et al., 2017), reservándose el ámbito público para casos excepcionales (Fernández-Hermida et al., 2017). Independientemente de si ejercen en centros públicos o privados, todos estos profesionales sanitarios trabajan con demandas de elevada implicación emocional e interacción constante con el sufrimiento de los pacientes en un contexto en el que la relación terapéutica es clave como herramienta de intervención y requiere del mantenimiento de un alto nivel de atención, empatía y regulación emocional (Benito Oliver et al., 2020). Sin embargo, estas capacidades pueden verse comprometidas por factores de riesgo asociados al burnout. En psicólogos sanitarios, algunos autores proponen que el riesgo puede venir de la sobrecarga asistencial, la elevada demanda emocional, la presión administrativa y la posible falta de recursos o apoyo institucional (Aranda-Reneo et al., 2021; Labreque et al., 2024; Martínez-López et al., 2020). Se estima que estos factores pueden contribuir al desarrollo de agotamiento emocional y despersonalización, que son componentes esenciales del burnout, y afectando tanto al bienestar del profesional como a la calidad de la intervención terapéutica (Simpson et al., 2019; Velasco et al., 2025).

1.5. Bienestar y burnout en profesionales sanitarios e implicaciones

Algunos estudios se han centrado en profesionales de la salud y, específicamente, en contextos de salud mental, y en ellos, al igual que otras poblaciones de estudio, también se observa una relación inversa entre burnout y bienestar (García Izquierdo et al., 2000; O'Connor et al., 2018). La evidencia empírica muestra que niveles elevados de bienestar se asocian con menores niveles de agotamiento emocional y despersonalización, así como con mayores niveles de realización personal (Cakirpaloglu et al., 2024; Claponea & Iorga, 2023; Wang et al., 2022). Niveles elevados de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) se asocian con peor salud física y mental, mayor malestar subjetivo y menores niveles de bienestar psicológico y satisfacción vital (Arrogante & Aparicio-Zaldívar, 2020; Cakirpaloglu et al., 2024). En lo que se refiere a las consecuencias a nivel profesional dentro del contexto sanitario, el burnout se vincula con un deterioro del bienestar general y con un empeoramiento de los resultados terapéuticos en los pacientes, lo que apoya la necesidad de proteger el bienestar del terapeuta para una práctica profesional eficaz y ética (Yang & Hayes, 2020). Por el contrario, niveles medio-altos de bienestar psicológico y el apoyo social pueden reducir el riesgo de desarrollar burnout o atenuar su impacto (Labrecque et al., 2024), con las implicaciones positivas que eso conlleva en la práctica con los pacientes.

1.6. Factores protectores del burnout en psicólogos sanitarios

Existe asimismo evidencia empírica, en el caso concreto de psicólogos y psicoterapeutas, que destaca que el bienestar no es simplemente la ausencia de burnout, sino un constructo distinto pero relacionado, cuya promoción a través del autocuidado y programas psicológicos enfocados en mindfulness o técnicas cognitivo-conductuales contribuye a disminuir el estrés y el burnout y a sostener la salud mental del profesional a largo plazo (Maddock, 2024; Van Hoy & Rzeszutek, 2022). Específicamente, diversos factores protectores del burnout han sido propuestos por diferentes autores. Por ejemplo, Duncan & Pond (2024) ponen de relevancia las conductas de autocuidado y el equilibrio entre trabajo y vida laboral, con espacio para los intereses personales. Por otro lado, Labrecque et al. (2024) encuentran que la autocompasión y la resiliencia son predictores de menos burnout y mayor bienestar. Asimismo, en el estudio de Bell et al. (2023) se apunta a la atención plena

y la consciencia de estados internos como elementos base para prevenir el estrés. Estos elementos positivos contribuyen al mantenimiento del bienestar y al desarrollo profesional del psicólogo sanitario (Pedrola, 2022) y pueden ser de utilidad al llevar a cabo posibles intervenciones cuyo fin sea la mejora del desempeño profesional del terapeuta, y consiguientemente de la atención recibida por el paciente.

Finalmente, se pone el foco en otros dos factores que aparecen como protectores en los estudios: las supervisiones profesionales, que permiten a los psicólogos reflexionar sobre la práctica profesional y gestionar el impacto emocional del trabajo (Habeger et al., 2022; Jiménez-Giménez et al., 2021; Van Hoy & Rzeszutek, 2022); y la terapia personal, mencionada por Jiménez-Giménez et al., (2021), que, estrechamente vinculada al autocuidado, favorece el autoconocimiento y la regulación emocional. En relación con esta última, Moe y Thimm (2021) señalan que los psicoterapeutas informan de diversos beneficios derivados de su propia terapia, los cuales podrían repercutir positivamente en su desempeño profesional mediante el desarrollo de una mayor empatía, autenticidad y capacidad para establecer una alianza terapéutica eficaz. No obstante, estos hallazgos coexisten con evidencias que no identifican relaciones causales ni correlacionales significativas entre la realización de terapia personal y la evolución profesional del psicólogo, lo que pone de manifiesto la necesidad de seguir profundizando en esta cuestión.

1.7. Variables contextuales relevantes

Puesto que el nivel de bienestar o estrés le corresponde a cada profesional individualmente, se plantea qué variables personales pueden influir en sus niveles. La revisión sistemática de Van Hoy & Rzeszutek (2022) propone una respuesta: el burnout y el bienestar entre los psicoterapeutas están relacionados con diversas características que pueden modular la relación entre las demandas laborales y la respuesta psicológica del individuo y, por lo tanto, actuar como factores de riesgo o de protección. Según los autores (Van Hoy & Rzeszutek, 2022), las variables identificadas como relevantes en la explicación del burnout y el bienestar en psicoterapeutas pueden agruparse en tres grandes categorías que se detallan a continuación.

En primer lugar, las variables sociodemográficas, como la edad o el sexo, han mostrado una influencia significativa, encontrándose que una menor edad y experiencia profesional se

asocian con mayores niveles de burnout (Simionato & Simpson, 2018). En segundo lugar, las variables intrapersonales, que incluyen rasgos de personalidad y habilidades de afrontamiento, desempeñan un papel fundamental: características como el perfeccionismo, el afrontamiento evitativo y el neuroticismo se han vinculado con un mayor riesgo de burnout, mientras que el autocuidado, la atención plena, la autocompasión y el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas se relacionan con niveles superiores de bienestar (Simionato & Simpson, 2018; Van Hoy & Rzeszutek, 2022). Finalmente, las variables laborales, tales como el entorno de trabajo, la carga asistencial, las horas dedicadas o el grado de apoyo profesional, también muestran una asociación significativa tanto con el burnout como con el bienestar en este colectivo (McCormack, 2018; Van Hoy & Rzeszutek, 2022). En este último grupo se incluye la supervisión clínica y el propio proceso terapéutico, mencionadas en el anterior apartado por haber sido identificadas como factores protectores por múltiples autores (Habeger et al., 2022; Jiménez-Giménez et al., 2021; Van Hoy & Rzeszutek, 2022).

1.8. Intervención en prevención del burnout

Los tres grupos de variables identificados por Van Hoy & Rzeszutek, 2022, dada su influencia en los niveles de bienestar, pueden constituir áreas clave de intervención orientadas a la promoción de este y la prevención del burnout. En este sentido, Van Hoy y Rzeszutek (2022) subrayan la relevancia del autocuidado y del apoyo profesional como elementos fundamentales para reducir el malestar psicológico y mejorar la calidad de vida de los psicoterapeutas. De igual modo, McCormack et al. (2018) y Simionato y Simpson (2018) destacan la importancia de identificar tanto los factores personales como los laborales en el diseño de programas de prevención y formación, cuyo objetivo es fortalecer la resiliencia y fomentar estrategias de afrontamiento adaptativas en este colectivo profesional.

2. Justificación

2.1.Relevancia del bienestar psicológico en profesionales sanitarios

El bienestar general y psicológico es un aspecto fundamental en los profesionales sanitarios, según la OMS (2025). A pesar de la relevancia que se atribuye al bienestar, el informe MeND (OMS, 2025) concluye que aproximadamente un tercio de los profesionales sanitarios europeos tiene sintomatología depresiva o ansiosa, una prevalencia cinco veces más alta que la de la población general. Encontramos que existe un solapamiento entre burnout y síntomas depresivos. En esta línea, la revisión de Bianchi et al. (2021) encuentra una correlación significativa entre el burnout y los síntomas de depresión y ansiedad. Igualmente, Schonfeld y Bianchi (2021) concluyen que existe un solapamiento problemático entre burnout y depresión y proponen el burnout como una depresión ocupacional. De ahí que se cuestione si se está realmente cuidando el bienestar de los sanitarios y se crea que estudiar específicamente el burnout en profesionales sanitarios pueda ser clave para comprender y proteger su bienestar psicológico.

2.2.Impacto del burnout y del bienestar en la calidad asistencial

La salud mental del personal sanitario no solo tiene implicaciones a nivel individual. Puesto que los psicólogos sanitarios juegan un papel central en el cuidado de la salud mental, su bienestar profesional se considera clave tanto para su salud como para la calidad de la atención que prestan. Paleri et al. (2025) consideran que las intervenciones orientadas al bienestar psicológico de los profesionales sanitarios son necesarias para responder a sus «niveles significativos de estrés y burnout, problemas de salud física y mental, insatisfacción laboral y menor calidad asistencial» (p. 251); se observa que el síndrome de burnout en personal sanitario de salud mental se asocia no solo con malestar individual (emocional, físico, aumento de absentismo, salud deteriorada), sino también con consecuencias para el sistema sanitario: se ve afectada la relación terapéutica, así como elementos organizativos como la rotación del personal y el incremento de costes (Johnson et al., 2018). Por lo tanto, se busca una comprensión más completa del bienestar de los psicólogos sanitarios en España que pueda repercutir positivamente en su salud psicológica y, consiguientemente, en la calidad de los servicios asistenciales.

2.3. Evidencia empírica en España sobre burnout en profesionales sanitarios

En España, encontramos varios estudios sobre el bienestar de los profesionales sanitarios y de la salud mental. El metaanálisis de Beltrán-Gómez et al. (2025), centrado en médicos, enfermeros y profesionales auxiliares, estima que aproximadamente el 18% de los profesionales de atención primaria en el Sistema Nacional de Salud sufre burnout. Recientemente, Pujol et al. (2024) encuentran una prevalencia alrededor del 25% en médicos. Algunos estudios incluyen a los psicólogos sanitarios. Por ejemplo, Lera-Calatayud (2024) analiza la sobrecarga laboral y el burnout en psicólogos y psiquiatras en contexto sanitario hospitalario, mostrando niveles elevados de agotamiento emocional y despersonalización en estos profesionales. Estos resultados se relacionan con la sobrecarga asistencial y la alta demanda de tareas administrativas. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de un estudio específico de los psicólogos sanitarios por dos motivos: (1) las prevalencias de burnout varían según el colectivo profesional y (2) las circunstancias del contexto asistencial incluyen significativamente en el bienestar y la salud de los profesionales.

2.4. Evidencia empírica en España sobre burnout en psicólogos sanitarios

La literatura revisada muestra escasez de estudios centrados específicamente en el estrés profesional y el bienestar del colectivo 'psicólogos sanitarios' con sus circunstancias profesionales y asistenciales específicas. Un ejemplo es el estudio de Fernández Sánchez (2024), que evalúa el malestar emocional mediante medidas de estrés y burnout (MBI-HSS) y variables de autocuidado (DASS-21 y otras medidas) de una muestra de psicólogos sanitarios españoles. Sin embargo, este estudio no incluye la evaluación específica del bienestar. Esta limitación evidencia una brecha en la literatura y una oportunidad de investigación relevante por su utilidad práctica y valor social.

Ya existen estudios que sugieren que apoyar intervenciones centradas en el autocuidado beneficia a los trabajadores sanitarios mediante la reducción del burnout y el aumento del bienestar (Cohen et al., 2023). Sin embargo, no existe consenso sobre el tipo de intervenciones más efectivas en psicólogos que experimentan burnout (Bell et al., 2023). En este sentido, analizar el bienestar y el burnout de este colectivo puede aportar información útil para diseñar programas de prevención de burnout, promoción del bienestar y mejora de las condiciones

laborales. Además, puede contribuir a visibilizar la necesidad de atención y recursos de los psicólogos, encargados de la salud mental de otros.

2.5. Justificación del enfoque desde la Psicología Positiva

Se reflexiona sobre bienestar desde el enfoque de la psicología positiva¹ para ofrecer una visión complementaria a otras investigaciones centradas en variables negativas como el malestar, la psicopatología y el burnout. Desde esta perspectiva más preventiva y proactiva se pretende identificar qué factores promueven el bienestar y el desarrollo profesional. Estudios recientes como el de Fischer et al. (2026) implican que las intervenciones centradas en psicoterapia positiva y fortalezas pueden prolongar los efectos positivos de un tratamiento y generar beneficios a largo plazo más allá de los que se obtienen con una intervención centrada en reducción de síntomas. Se emplea el PERMA-Profiler, basado en el modelo de bienestar de Seligman (2011), por ser un modelo estructurado que facilita la evaluación sistemática de cinco dimensiones clave del bienestar (emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, significado o propósito de vida y logros), además de una medida de bienestar global.

Los hallazgos que muestran elevados niveles de burnout en el ámbito sanitario en España lo asocian a menos bienestar psicológico, así como a una menor satisfacción y compromiso laboral, lo que justifica el diseño de programas específicos de prevención del burnout y promoción del bienestar que integren intervenciones psicológicas de enfoque positivo que sitúen la salud de los propios profesionales como una condición necesaria para garantizar una atención segura y de calidad a la población.

En síntesis, el presente estudio tiene como objetivo analizar conjuntamente el bienestar psicológico y el burnout en psicólogos sanitarios en España para dimensionar un problema que afecta tanto a su salud como a la calidad asistencial que prestan en última instancia. Se aporta evidencia empírica integrada sobre la relación entre bienestar psicológico y burnout en psicólogos sanitarios en España, incorporando variables sociodemográficas y profesionales, como la realización o no de un proceso terapéutico personal por parte del profesional, y la realización o no de supervisiones profesionales, que pueden ser relevantes para comprender

¹ La psicología positiva es una corriente de la psicología centrada en el estudio científico de las fortalezas, el bienestar y los factores que favorecen el funcionamiento óptimo de las personas. (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000)

este fenómeno. Su relevancia radica en mejorar la comprensión de los factores que afectan tanto a la salud del profesional como a la calidad asistencial. Asimismo, ofrece una base aplicada para el diseño de intervenciones preventivas y estrategias organizativas más eficaces en el ámbito sanitario.

3. Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar el nivel de bienestar psicológico, el burnout y características sociolaborales en psicólogos sanitarios en España.

Objetivos específicos:

1. Analizar la relación entre el bienestar psicológico y el agotamiento emocional.
2. Analizar la relación entre el bienestar psicológico y la despersonalización.
3. Analizar la relación entre el bienestar psicológico y la realización personal.
4. Explorar la influencia del proceso terapéutico personal en el bienestar psicológico.
5. Explorar la influencia de las supervisiones profesionales en el bienestar psicológico.

4. Hipótesis

A partir de los objetivos planteados, se formulan las siguientes hipótesis:

- H1. Mayores puntuaciones en bienestar PERMA se asociarán con menores niveles de agotamiento emocional.
- H2. Mayores puntuaciones en bienestar PERMA se asociarán con menores niveles de despersonalización.
- H3. Mayores puntuaciones en bienestar PERMA se asociarán con mayores niveles de realización personal.
- H4. Los psicólogos que han realizado terapia personal presentarán mayores niveles de bienestar PERMA.
- H5. La supervisión clínica se asociará con mayores niveles de bienestar PERMA.

5. Marco metodológico

En este apartado se describe de manera detallada el marco metodológico del estudio. Para ello, se expone en primer lugar el diseño de investigación adoptado, seguido de la descripción de los participantes que conforman la muestra. Posteriormente, se presentan los instrumentos utilizados para la evaluación de las variables de interés y el procedimiento de recogida de datos. Finalmente, se especifican las estrategias de análisis estadístico empleadas, con el fin de dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteados en la investigación.

5.1. Diseño

El estudio siguió una metodología cuantitativa no experimental, descriptiva y de tipo transversal, contando con un diseño ex post facto retrospectivo de grupo único y un diseño retrospectivo de comparación de grupos (Montero y León, 2007). No se manipularon las variables objeto de estudio, limitándose a la observación y análisis de estas en su contexto natural. Asimismo, se trata de un estudio transversal, ya que la recogida de datos se realizó en un único momento temporal. Por último, el diseño es correlacional, puesto que el objetivo principal fue analizar la relación entre las dimensiones del burnout y el bienestar psicológico, así como explorar posibles diferencias en función de variables sociolaborales. Se realizaron análisis comparativos entre grupos (ex post facto), con el fin de examinar diferencias en función de variables como la carga laboral o la supervisión clínica. El tipo de muestreo utilizado fue de bola de nieve: la investigadora contactó inicialmente con un grupo de compañeros y conocidos que cumplían los criterios establecidos de la población de estudio, quienes a su vez recomendaron a otros posibles participantes y/o compartieron el enlace dentro de su red de contactos. De este modo, la muestra fue creciendo de manera progresiva, permitiendo acceder a individuos que podrían haber sido difíciles de localizar mediante otros métodos de selección.

5.2. Participantes

La muestra se compuso de 60 participantes con una edad media de 39 años y, en su mayoría, mujeres (80%). El 68% no tenían hijos y el 63% no tenían pareja estable. Un porcentaje ligeramente superior (68%) tampoco tenía hijos. Más de un 70% de los participantes habían realizado o estaban realizando su proceso terapéutico personal.

Todos ellos eran psicólogos sanitarios que encajaban en alguna de las tres habilitaciones sanitarias existentes en España: una mayoría (72%) de habilitados por el MPGS, un 25% de habilitados por la vía transitoria antes de 2014 y un 3% de PEPC. Del total de la muestra, la mayoría (65%) contaba con una experiencia profesional acumulada de 10 años o menos; el 60% eran trabajadores autónomos. La mayoría trabajan en consulta privada exclusivamente (80%) y solo uno de los participantes ejerce en ámbito público únicamente. La Comunidad de Madrid es el lugar de ejercicio profesional de un 57% de los participantes, siendo la siguiente comunidad más representada Castilla y León (17%), y la tercera, Andalucía (8%); el resto ejercían en alguna de las siguientes: Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Canarias, Castilla-La Mancha. La mayor parte de los participantes (67%) veían entre 11 y 30 pacientes por semana, principalmente centrándose en trabajo clínico con adultos (55%) o mixto (30%); el resto se especializaba en intervención infanto-juvenil o con familia y parejas.

5.3. Instrumentos

Se utilizó un cuestionario autoinforme en formato autoaplicado a través de internet. La batería de preguntas se presentó en tres secciones diferenciadas. En la primera, se incluyeron ítems sobre información sociodemográfica, profesional y de proceso terapéutico personal del psicólogo participante (ver Anexo A):

- Los datos sociodemográficos fueron: edad, género, estado civil, número de hijos, comunidad autónoma de trabajo.
- Los datos laborales recogidos fueron: tipo de habilitación sanitaria; tipo de centro de trabajo habitual; tipo de contrato; horas de trabajo semanales; número de pacientes atendidos por semana; trabajo clínico principal; si realizaban o no supervisión clínica; percepción de carga de trabajo; si habían considerado abandonar la práctica clínica en el último año; si habían llevado a cabo un proceso terapéutico personal; y, en su caso, la duración de la terapia personal.

La segunda sección del cuestionario incluyó una escala validada para población española: el Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HSS) (Maslach y Jackson, 1981). Se trata de una versión en español para profesionales asistenciales (ver Anexo B). Este cuestionario se estructura en tres dimensiones (Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal) y, a través de 22 ítems cuya respuesta es tipo Likert de 0 (nunca) a 6 (todos los

días), analiza la presencia y frecuencia de síntomas de estrés emocional crónico relacionado con el trabajo. En la validación realizada para población española, se obtuvieron coeficientes alfa de Cronbach de .85 para la subescala de Agotamiento Emocional, $\alpha = .71$ para la de Realización Personal y $\alpha = .58$ para la de Despersonalización. Estos datos indican una fiabilidad buena en la primera dimensión, aceptable en la segunda y más limitada en la tercera. En conjunto, estos resultados respaldan el uso del instrumento en el contexto español, si bien sugieren prudencia en la interpretación de la subescala de Despersonalización (Gil-Monte, 2005).

Según estudios previos como el de Fernández Sánchez (2024), se hizo una interpretación de los resultados en base a los percentiles de cada dimensión. Se consideró niveles bajos a los situados por debajo del P25; altos, los superiores a P75, y medios, los situados entre medias de ambos (Oñate et al., 2016, como se citó en Fernández Sánchez, 2024). En la Tabla 1 se encuentran las puntuaciones totales de cada dimensión de burnout. Se considera que valores altos de AE y DP, y valores bajos de RP indican presencia de burnout. Estudios anteriores realizados con el MBI-HSS han obtenido propiedades psicométricas adecuadas en población española (Gil-Monte, 2005).

Tabla 1. Puntos de corte de las dimensiones del Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HSS)

Dimensión	Rango	Bajo	Medio	Alto
AE	0 - 54	0 - 18	19 - 26	27 - 54
DP	0 - 30	0 - 5	6 - 9	10 - 30
RP	0 - 48	0 - 33	34 - 39	40 - 48

Fuente: Contreras-Camarena et al. (2021, como se citó en Fernández Sánchez, 2024).

Nota: AE = agotamiento emocional; DP = despersonalización; RP = realización personal

La tercera sección estaba constituida por el PERMA-Profiler (Butler & Kern, 2016) en su versión validada para población española (Martín-Díaz & Fernández-Abascal, 2024) (Anexo C). Cada ítem se evalúa mediante una escala tipo Likert. Incluye en total 23 ítems que miden las dimensiones principales (Emociones positivas, Compromiso, Relaciones interpersonales

positivas, Sentido de vida/Propósito y Logros), a través de 3 ítems cada una. Asimismo, incluye indicadores adicionales: Emociones negativas (3 ítems), Salud física autopercebida (3 ítems), Felicidad (1 ítem) y Soledad (1 ítem). Además, mide la dimensión de bienestar global (16 ítems que incluyen los que miden cada una de las 5 dimensiones principales y el que mide la variable Felicidad).

Se ha confirmado la fiabilidad interna del PERMa-Profiler a nivel internacional y nacional en población española, salvo en la dimensión Compromiso (E), de la que Martín-Díaz & Fernández-Abascal (2024) resalta su menor consistencia. Este instrumento es propuesto como medida descriptiva y multidimensional del bienestar por sus autores, Butler & Kern (2016), y Martín-Díaz & Fernández-Abascal (2024) afirman lo mismo, es decir, que no existen categorías cerradas o ideales, de su validación española. Teniendo esto en cuenta, utilizamos la interpretación de los niveles de bienestar que se pueden observar en la Tabla 2. Para ello tomamos como referencia estudios psicométricos previos a nivel internacional que han utilizado PERMA Profiler y muestran un patrón consistente de medias (Butler & Kern, 2016; De Carvalho et al., 2021; Grosvenor et al., 2023; Martín-Díaz & Fernández-Abascal, 2024; Ryan et al., 2019; Watanabe et al., 2018).

Tabla 2. Niveles de bienestar según rangos de PERMA_total.

	Nivel de bienestar		
	Bajo	Moderado	Alto
Rango PERMA_total	0-4	5-6	7-10

5.4.Procedimiento

Inicialmente, se solicitó la aprobación del Comité Ético (ver Anexo E) y, una vez aprobada, se envió el enlace online que conducía al cuestionario creado a través de Google Forms. Al acceder, lo primero que los participantes encontraban era el consentimiento informado, cuyo entendimiento y aceptación debían confirmar marcando la casilla propuesta a tal efecto. Hecho esto, ya podían continuar a la batería de preguntas para responder de forma anónima. El tiempo de consecución por cada participante fue de unos 10 a 15 minutos. Primero se

respondían preguntas sobre datos sociodemográficos, laborales y del proceso psicoterapéutico personal del participante, mediante ítems creados ad-hoc por la investigadora. A continuación, se respondían las preguntas planteadas sobre burnout a través del MBI-HSS (Maslach y Jackson, 1981) y sobre bienestar mediante los ítems del PERMA-Profiler (Butler & Kern, 2016). El periodo de recogida de datos fue de un total de 12 días.

5.5. Análisis de datos

El análisis de datos se realizó a través del programa estadístico Jamovi. En primer lugar, se utilizaron estadísticos descriptivos para describir los datos sociodemográficos y laborales de la muestra, los niveles de burnout según las tres dimensiones medidas con el MBI-HSS (AE, DP y RP) y de bienestar psicológico (P, E, R, M, A, y PERMA_total), para analizar los valores de la muestra en estas tres variables. Se calcularon las medias, medianas, desviaciones estándar, mínimos y máximos para cada variable, y consiguientemente se estudiaron los niveles (bajo, moderado, alto) de cada dimensión del burnout y del bienestar psicológico en la muestra (PERMA_total). Asimismo, se obtuvo la distribución de niveles en las tres dimensiones del MBI-HSS, así como en el PERMA_total.

Seguidamente, se utilizó el alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de las escalas. Se analizaron los supuestos de normalidad de las mismas variables y sus dimensiones utilizando Shapiro-Wilk, dado el tamaño moderado de la muestra ($n=60$). Los resultados indicaron que únicamente se distribuye normalmente la dimensión Compromiso (E) ($p > .05$). Se calculó la homocedasticidad con Levene. Debido a que el supuesto de normalidad solo se cumple en una variable y el supuesto de homocedasticidad no se cumple en todas las variables y el tamaño de la muestra es moderado, se ha realizado el análisis inferencial mediante pruebas no paramétricas.

Para comprobar las hipótesis H1, H2 y H3, se estudió la correlación mediante el Rho de Spearman. Además, se empleó un diseño retrospectivo de comparación de grupos: las hipótesis H4 y H5 se plantearon con el objetivo de analizar diferencias en función de variables dicotómicas. Para el contraste de la H4, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, al tratarse de comparaciones entre dos grupos independientes. En concreto, se compararon los profesionales que habían realizado un proceso terapéutico personal (72%) frente a aquellos que no lo habían llevado a cabo (28%); se tuvo en cuenta tanto a los que

estaban realizando terapia personal en el momento de la recogida de datos como a los que lo habían realizado en el pasado. Para el contraste de la H5, también se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, al tratarse de comparaciones entre dos grupos independientes: profesionales que realizan supervisión clínica (70%) o profesionales que no la realizan (30%); aquí se incluyó en el grupo de supervisión clínica a los psicólogos que la realizan tanto ocasionalmente como regularmente. Adicionalmente, para ambos casos se calculó el tamaño del efecto mediante la correlación biserial por rangos (rbp), con el fin de estimar la magnitud de las posibles diferencias entre grupos.

Preparación de los datos

Se realizó una depuración de la base de datos, revisando la presencia de valores perdidos y posibles errores de codificación. Las variables se recodificaron cuando fue necesario, asegurando que todas las variables utilizadas en los análisis fueran de tipo numérico. Se añadió la creación de:

- AE: media de las puntuaciones de los ítems AE1, AE2, AE3, AE4, AE5, AE6, AE7, AE8 y AE9 para cada sujeto.
- DP: media de las puntuaciones de los ítems DP1, DP2, DP3, DP4 y DP5 para cada sujeto.
- RP: media de las puntuaciones de los ítems RP1, RP2, RP3, RP4, RP5, RP6, RP7 y RP8 para cada sujeto.
- P: media de las puntuaciones de los ítems P1, P2 y P3.
- E: media de las puntuaciones de los ítems E1, E2 y E3.
- R: media de las puntuaciones de los ítems R1, R2 y R3.
- M: media de las puntuaciones de los ítems M1, M2 y M3.
- A: media de las puntuaciones de los ítems A1, A2 y A3.
- PERMA_total: media de las puntuaciones de los ítems P1, P2, P3, E1, E2, E3, R1, R2, R3, M1, M2, M3, A1, A2, A3 y Hap.

6. Resultados

Inicialmente, se llevaron a cabo análisis descriptivos de todas las variables principales, incluyendo distribución de frecuencias, medias, desviaciones típicas, valores mínimos y máximos. Esto permitió obtener una visión global de los resultados. A continuación, se presentan la Tabla 3 y la Tabla 4, que recogen los resultados de los análisis categóricos de los totales obtenidos en las tres dimensiones medidas por el MBI-HSS y los niveles de bienestar psicológico global respectivamente, y, seguidamente, la Tabla 5, que recoge los descriptivos globales de las dimensiones de burnout y bienestar:

Tabla 3. Distribución de niveles en las dimensiones del MBI-HSS (N = 60)

Dimensión	Nivel bajo n (%)	Nivel moderado n (%)	Nivel alto n (%)
Agotamiento emocional	29 (48,3%)	16 (26,7%)	15 (25,0%)
Despersonalización	36 (60,0%)	15 (25,0%)	9 (15,0%)
Realización personal	28 (46,7%)	23 (38,3%)	9 (15,0%)

Tabla 4. Distribución de niveles de bienestar psicológico global (PERMA total) en la muestra (N = 60)

Nivel de bienestar	Rango de puntuación media	n	%
Bajo	0–4	4	6,7%
Moderado	5–6	9	15,0%
Alto	7–10	47	78,3%

Tabla 5. Niveles observados en AE, DP, RP, P, E, R, M, A y Bienestar Global (n=60)

	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
Agotamiento emocional (AE)	2.18	2.167	1.45	0.00	5.44
Despersonalización (DP)	1.06	0.900	1.02	0.00	4.80
Realización personal (RP)	4.61	4.857	1.17	1.14	6.00
Emociones positivas (P)	7.42	8.000	1.85	1.00	10.00
Compromiso (E)	7.68	7.833	1.33	4.00	10.00
Relaciones interpersonales positivas (R)	8.07	8.667	1.78	2.67	10.00
Significado/Propósito en la vida (M)	8.06	8.500	1.81	1.67	10.00
Logros (A)	7.84	8.000	1.56	3.33	10.00
Bienestar Global (PERMA total)	7.79	8.188	1.50	3.44	9.69

Los datos en la Tabla 3 muestran que la mayoría de los participantes presentó niveles bajos de agotamiento emocional (48,3%) y despersonalización (60,0%). Asimismo, únicamente el 25,0% de la muestra mostró niveles altos de agotamiento emocional y el 15,0% niveles altos de despersonalización. Respecto a la dimensión de realización personal, el mayor porcentaje de participantes se situó en el nivel bajo (46,7%), seguido del nivel moderado (38,3%), mientras que solo el 15,0% presentó niveles altos.

Aunque en el análisis categórico una proporción importante de participantes se situó en niveles bajos de realización personal, estos resultados deben interpretarse con cautela, dado que las puntuaciones descriptivas globales, como se muestra en la Tabla 5, reflejan valores medios relativamente altos en esta dimensión (Media = 4.61; DE = 1.17). Siguiendo con las otras dos dimensiones del burnout, las descriptivas globales coinciden en los niveles bajos de despersonalización (M = 1.06; DE = 1.02) y discrepan moderadamente respecto al agotamiento emocional, cuya puntuación media fue de 2.18 (DE = 1.45).

En la Tabla 4 se presentan los resultados obtenidos en el PERMA Profiler, que muestran que la mayoría de los participantes presentó niveles altos de bienestar psicológico global (78,3%). Por otro lado, el 15,0% de la muestra mostró niveles moderados de bienestar, mientras que

únicamente el 6,7% presentó niveles bajos. Los datos globales (Tabla 5) coinciden en que los niveles de bienestar psicológico evaluados mediante el modelo PERMA son elevados en la muestra, con una media global de 7.79 (DE = 1.50). Todas las dimensiones presentan puntuaciones altas, destacando especialmente las relaciones interpersonales (Media = 8.07; DE = 1.78) y el sentido de significado o propósito vital (Media = 8.06; DE = 1.81).

Se evaluó la consistencia interna de las escalas mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Los resultados relacionados con el Inventario de Burnout de Maslach (Maslach y Jackson, 1981) mostraron niveles de fiabilidad elevados de la escala, con valores de $\alpha = .927$ y $\alpha = .906$ para las dimensiones AE y RP, respectivamente. La dimensión DP presentó una fiabilidad aceptable ($\alpha = .713$). En general, los resultados evidencian una adecuada fiabilidad a nivel global. Para el PERMA-Profiler (Butler & Kern, 2016), se obtuvo un valor de $\alpha = .953$. También se midió para cada una de las dimensiones: P ($\alpha = .934$), E ($\alpha = .326$), R ($\alpha = .878$), M ($\alpha = .910$), A ($\alpha = .810$). En conjunto, los resultados presentan una adecuada consistencia interna del instrumento a nivel global y en la mayoría de sus dimensiones. Sin embargo, es imprescindible destacar que la dimensión de compromiso (E) presenta una fiabilidad considerablemente baja. Este resultado debe tenerse en cuenta en la interpretación posterior de los análisis relacionados con dicha dimensión.

A continuación, pasamos a la comprobación de supuestos. Realizamos la prueba de Shapiro-Wilk para la comprobación de normalidad. En la Tabla 6 se observa que únicamente la dimensión Compromiso (E) presentó una distribución compatible con la normalidad ($p > .05$).

Tabla 6. Shapiro-Wilk

	W	p
Agotamiento emocional (AE)	0.953	.022
Despersonalización (DP)	0.826	<.001
Realización personal (RP)	0.852	<.001
Emociones positivas (P)	0.881	<.001
Compromiso (E)	0.969	.138
Relaciones interpersonales positivas (R)	0.876	<.001
Significado/Propósito en la vida (M)	0.835	<.001
Logros (A)	0.890	<.001
Bienestar global (PERMA total)	0.875	<.001

Se realizó la prueba de Levene para comprobar la igualdad de varianzas en función de si han realizado o no terapia personal. Los resultados indicaron que las variables agotamiento emocional, despersonalización, emociones positivas y las relaciones interpersonales satisfactorias presentan varianzas iguales ($p > .05$). Asimismo, se realizó la prueba de Levene para comprobar la igualdad de varianzas en función de si han realizado o no supervisión clínica. La única variable en la que no se cumple el supuesto de homocedasticidad es Agotamiento Emocional (AE).

Debido al incumplimiento de los supuestos de normalidad y homocedasticidad en varias variables, se realizó el análisis inferencial mediante pruebas no paramétricas. Las hipótesis H1, H2 y H3 se contrastaron mediante correlaciones de Spearman (Anexo D), mientras que las hipótesis H4 y H5 se analizaron mediante la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes.

Primera hipótesis

Con el objetivo de analizar la relación entre el bienestar psicológico y el agotamiento emocional, se llevó a cabo una correlación de Spearman entre la puntuación global del PERMA-Profiler y la dimensión de agotamiento emocional (AE) del MBI-HSS. Los resultados mostraron una correlación negativa, moderada y estadísticamente significativa entre ambas variables ($p = -.486$; $p < .001$). En consecuencia, la hipótesis planteada queda confirmada.

Segunda hipótesis

Para analizar la asociación entre bienestar psicológico y despersonalización (DP), se realizó una correlación de Spearman entre la puntuación global del PERMA-Profiler y dicha dimensión del MBI-HSS. Los resultados mostraron una correlación negativa débil y no estadísticamente significativa ($p = -.123$; $p = .350$). Por tanto, no se encontró evidencia suficiente para confirmar la hipótesis planteada.

Tercera hipótesis

Con el fin de analizar la relación entre bienestar psicológico y realización personal (RP), se realizó una correlación de Spearman entre la puntuación global del PERMA-Profiler y la dimensión de realización personal del MBI-HSS. Los resultados mostraron una correlación

positiva, fuerte y estadísticamente significativa ($p = .714$; $p < .001$). En consecuencia, los resultados respaldan la hipótesis planteada.

En conjunto, los resultados muestran una asociación significativa entre el bienestar psicológico y las dimensiones de agotamiento emocional y realización personal, mientras que no se observó una relación estadísticamente significativa con la dimensión de despersonalización.

Cuarta hipótesis

La H4 planteaba que los psicólogos que hubieran realizado un proceso terapéutico personal presentarían mayores niveles de bienestar psicológico que aquellos que no lo hubieran realizado. Para contrastar esta hipótesis se empleó la prueba U de Mann-Whitney. Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 7.

Tabla 7. Diferencia de puntuaciones en las dimensiones de burnout y bienestar personal en función de si se ha realizado un proceso terapéutico personal.

		Estadística	p	Tamaño del Efecto rbp
AE	Mann-Whitney U	353	.837	-.03557
DP	Mann-Whitney U	320	.458	-.12449
RP	Mann-Whitney U	351	.818	-.03967
P	Mann-Whitney U	286	.190	-.21888
E	Mann-Whitney U	352	.824	-.03830
R	Mann-Whitney U	271	.120	-.25992
M	Mann-Whitney U	328	.542	-.10260
A	Mann-Whitney U	363	.974	-.00684
PERMA total	Mann-Whitney U	306	.329	-.16416

Nota: p = nivel crítico, rbp = correlación bise riada por rangos, AE = Agotamiento emocional, DP = Despersonalización, RP = Realización personal, P = Sentimientos positivos, E = Compromiso, R = Relaciones interpersonales positivas, M = Sentido de vida/propósito, A = Logros, PERMA total = bienestar global

Como puede observarse, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables analizadas ($p > .05$). Asimismo, los tamaños del

efecto fueron pequeños en todos los casos. En consecuencia, los resultados no permiten confirmar la hipótesis planteada.

Quinta hipótesis

La H5 planteaba que los psicólogos que realizaban supervisión clínica presentarían mayores niveles de bienestar psicológico que aquellos que no la realizaban. Para contrastar esta hipótesis se empleó la prueba U de Mann-Whitney. Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 8.

Tabla 8. Diferencia en las dimensiones de burnout y bienestar personal en función de si se ha recibido supervisión clínica.

		Estadística	p	Tamaño del Efecto rbp
AE	Mann-Whitney U	376	.974	.00661
DP	Mann-Whitney U	375	.968	-.00794
RP	Mann-Whitney U	370	.897	-.02249
P	Mann-Whitney U	376	.981	.00529
E	Mann-Whitney U	362	.802	-.04233
R	Mann-Whitney U	378	1.000	.00000
M	Mann-Whitney U	313	.292	-.17328
A	Mann-Whitney U	342	.559	-.09656
PERMA total	Mann-Whitney U	363	.815	-.03968

Nota: p = nivel crítico, rbp = correlación biserial por rangos, AE = Agotamiento Emocional, DP = Despersonalización, RP = Realización Personal, P = Sentimientos Positivos, E = Compromiso, R = Relaciones Interpersonales Positivas, M = Sentido de vida/Propósito, A = Logros, PERMA total = bienestar global

Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables analizadas ($p > .05$). Del mismo modo, los tamaños del efecto fueron nulos o pequeños. En consecuencia, los resultados no permiten confirmar la hipótesis planteada.

7. Discusión

De forma general, los resultados descriptivos muestran un perfil que se caracteriza por niveles elevados de bienestar psicológico y niveles bajos o moderados de burnout en la muestra analizada. En las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, la mayoría de los participantes se situó en los niveles bajos, lo que sugiere una menor presencia de sintomatología asociada al síndrome de burnout. Sin embargo, en la dimensión de realización personal se observó una aparente discrepancia entre los análisis categóricos y los descriptivos globales. Mientras que la clasificación por niveles situó a una proporción importante de participantes en valores bajos de realización personal, las puntuaciones medias obtenidas en esta dimensión reflejaron niveles relativamente elevados, compatibles con una percepción adecuada de eficacia y competencia profesional. Esta divergencia podría estar relacionada con las diferencias entre los procedimientos de categorización utilizados y el cálculo de puntuaciones medias por ítem. En conjunto, los resultados descriptivos apuntan a una muestra con elevados recursos de bienestar psicológico y una presencia relativamente reducida de indicadores de desgaste profesional.

Primera hipótesis

Los resultados mostraron una relación negativa y significativa entre el bienestar psicológico y el agotamiento emocional, hallazgo coherente con la literatura previa que identifica esta dimensión como el componente central del burnout y el más estrechamente vinculado al bienestar psicológico (Cakirpaloglu et al., 2024; O'Connor et al., 2018). Una posible explicación es que los recursos asociados al bienestar, tales como las emociones positivas, el sentido de propósito o la calidad de las relaciones interpersonales, favorezcan una mejor regulación emocional y una mayor capacidad de afrontamiento ante las demandas laborales (Cădariu & Rad, 2025). Estos resultados coinciden con investigaciones que han encontrado una asociación entre mayores niveles de bienestar y menores niveles de desgaste emocional en profesionales sanitarios (Gloria & Steinhardt, 2016; Rink et al., 2023). Desde una perspectiva aplicada, los hallazgos respaldan la relevancia de promover el bienestar psicológico como estrategia preventiva frente al agotamiento emocional en profesionales de la salud.

Segunda hipótesis

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el bienestar psicológico y la despersonalización. Este resultado coincide con investigaciones que sugieren que la despersonalización puede responder a mecanismos parcialmente distintos de los implicados en el bienestar psicológico (Martínez et al., 2020; O'Connor et al., 2018; Yang & Hayes, 2020). Mientras que el bienestar se relaciona principalmente con recursos personales y experiencias positivas, la despersonalización se ha asociado con estrategias defensivas de distanciamiento emocional utilizadas para afrontar situaciones de elevada demanda asistencial que, en el contexto de la práctica clínica, podrían ser funcionales y necesarias para preservar el equilibrio emocional del profesional (Larsen et al., 2017; Li et al., 2024). Asimismo, los bajos niveles de despersonalización observados en la muestra podrían haber limitado la variabilidad de esta dimensión y, en consecuencia, la capacidad para detectar asociaciones significativas. En conjunto, estos resultados apoyan la consideración del burnout como un fenómeno multidimensional, cuyas dimensiones pueden presentar patrones diferenciales de relación con el bienestar psicológico.

Tercera hipótesis

Los resultados mostraron una relación positiva y fuerte entre bienestar psicológico y realización personal. Este hallazgo resulta coherente con la proximidad conceptual existente entre la realización personal y algunas dimensiones del modelo PERMA, especialmente los logros y el sentido o propósito vital. Ambas variables implican una valoración positiva del propio funcionamiento y de la capacidad para alcanzar objetivos significativos, lo que podría explicar su elevada asociación, que ha sido mostrada en investigaciones previas como la de Kovich et al. (2022). Además, la realización personal ha sido considerada un factor protector frente al desgaste profesional y un componente positivo dentro del continuo del burnout (Gonçalves et al., 2025). En consonancia con estudios previos (Larsen et al., 2021), los resultados sugieren que la promoción del bienestar psicológico puede contribuir al fortalecimiento de la percepción de eficacia profesional y satisfacción laboral. Estos hallazgos ponen de relieve la importancia de favorecer contextos laborales que promuevan el desarrollo profesional, el reconocimiento y el sentido de logro.

Cuarta hipótesis

No se confirmó la hipótesis de que los psicólogos que habían realizado un proceso terapéutico personal presentaran mayores niveles de bienestar psicológico que aquellos que no lo habían realizado. Una posible explicación es que la terapia personal constituye una experiencia heterogénea cuyas características (la duración, la orientación terapéutica, la profundidad del trabajo realizado o el momento vital en que se desarrolla) no fueron consideradas en el presente estudio. Esta heterogeneidad ha sido señalada previamente como un factor que dificulta la obtención de resultados consistentes en investigaciones cuantitativas sobre bienestar profesional (Butler et al., 2019; Van Hoy y Rzeszutek, 2022). Aunque una proporción elevada de la muestra había realizado terapia personal o la estaba realizando en el momento de la recogida de datos, la diversidad de estas experiencias podría haber menguado la posibilidad de detectar efectos consistentes en este estudio.

Asimismo, los elevados niveles de bienestar psicológico y los niveles relativamente bajos de burnout observados en la muestra podrían haber reducido la variabilidad de las puntuaciones y, en consecuencia, la capacidad para detectar diferencias entre grupos, como se dio en estudios previos (Van Hoy & Rzeszutek, 2022; Yang & Hayes, 2020). Igualmente, el tamaño muestral podría haber limitado la potencia estadística necesaria para identificar efectos de pequeños o moderados. En conjunto, estos resultados sugieren que la relación entre terapia personal y bienestar psicológico podría depender de variables adicionales que convendría examinar con mayor detalle en futuras investigaciones.

Quinta hipótesis

Tampoco se confirmó la hipótesis de que la supervisión clínica se asociara con mayores niveles de bienestar psicológico o menores niveles de burnout. Una posible explicación es que la supervisión fue evaluada de forma global, sin considerar variables potencialmente relevantes como su frecuencia, duración, formato, orientación teórica, calidad percibida o utilidad subjetiva. Diversos autores han señalado que estas características pueden modular significativamente sus efectos sobre el bienestar profesional (O'Connor et al., 2018; Sellers et al., 2024).

Además, al igual que ocurrió en la hipótesis anterior, los elevados niveles de bienestar y los bajos niveles de burnout observados en la muestra podrían haber reducido la capacidad para

detectar diferencias significativas asociadas a la supervisión clínica entre grupos. A ello se suma la limitada potencia estadística derivada del tamaño muestral. Por lo tanto, los resultados no cuestionan necesariamente la literatura que pone de relevancia que la supervisión clínica es un recurso de relevancia para el apoyo profesional, la reflexión clínica y la prevención del desgaste emocional en profesionales de la salud mental (O'Connor et al., 2018; Sellers et al., 2024), sino que sugieren la necesidad de analizar esta variable mediante medidas más específicas y diseños metodológicos que permitan captar mejor su complejidad.

7.1.Limitaciones

El presente estudio presenta diversas limitaciones que deben ser consideradas en la interpretación de los resultados. En primer lugar, el tamaño reducido de la muestra y los niveles generalmente elevados de bienestar psicológico, junto con niveles bajos o moderados de burnout, pueden haber limitado la potencia estadística del estudio y favorecido efectos techo y suelo, reduciendo la capacidad para detectar asociaciones y diferencias entre grupos, especialmente en relación con la despersonalización, la terapia personal y la supervisión clínica.

En segundo lugar, también debido al tamaño muestral y al uso de un muestreo no probabilístico, se ve limitada la generalización de los hallazgos. Además, el muestreo de bola de nieve puede haber introducido sesgos de selección y limitar la representatividad de la muestra; esto es algo que puede estar relacionado con el acceso al cuestionario exclusivamente online, lo cual puede favorecer el acceso a personas con perfiles similares. También se ha de tener en consideración que no se controlaron variables contextuales potencialmente relevantes, lo cual podría haber influido en los niveles de burnout y bienestar observados. Por ejemplo, la muestra estuvo formada mayoritariamente por mujeres (80%). Por otro lado, la utilización exclusiva de instrumentos de autoinforme puede introducir sesgos de deseabilidad social.

En tercer lugar, el diseño correlacional impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas, por lo que no es posible determinar en qué medida el bienestar protege frente al burnout o si niveles menores de burnout facilitan un mayor bienestar. Cabe resaltar, además, la baja consistencia interna observada en la dimensión de Compromiso (E) del PERMA-Profiler, lo que hace que la interpretación de los resultados tenga que hacerse con precaución. Además, la baja variabilidad en ciertas dimensiones, como la despersonalización,

limita la posibilidad de observar correlaciones significativas, lo que podría conducir a una infraestimación de su papel en relación con el bienestar psicológico.

En cuarto lugar, una de las limitaciones del presente estudio ha sido que, debido a cuestiones de extensión y formato del trabajo, algunas de las variables recogidas en el cuestionario sociodemográfico y en los instrumentos administrados no se incluyeron en los análisis inferenciales. Variables como la edad, sexo, estado civil, número de hijos, años de experiencia profesional, tipo de contrato o carga laboral fueron utilizadas únicamente con fines descriptivos. Aunque la literatura señala que algunas de estas variables pueden estar relacionadas con el bienestar psicológico y el burnout, el tamaño muestral disponible limitaba la posibilidad de realizar análisis inferenciales adicionales sin comprometer la potencia estadística y aumentar el riesgo de obtener resultados poco robustos. Por este motivo, se optó por priorizar el contraste de las hipótesis previamente establecidas y centrar los análisis inferenciales en las variables directamente vinculadas a los objetivos del estudio. Asimismo, determinadas variables se dicotomizaron para simplificar los análisis, como la realización de supervisión clínica y de proceso terapéutico personal, sin atender a aspectos como frecuencia, duración o temporalidad. Del mismo modo, aunque el PERMA Profiler incluye indicadores complementarios como emociones negativas, soledad o salud física, el estudio se centró exclusivamente en la puntuación global de bienestar psicológico (PERMA total) y en las cinco dimensiones principales del modelo. Esto dificultó una exploración más amplia y detallada de los factores asociados al bienestar psicológico y al burnout. Asimismo, el estudio se centró en la puntuación global de bienestar psicológico (PERMA total), lo que impidió analizar en profundidad la contribución diferencial de cada una de las dimensiones del modelo PERMA en su relación con las distintas dimensiones del burnout.

En quinto lugar, algunas variables se evaluaron de forma poco específica. Tanto la terapia personal como la supervisión clínica se midieron de manera global, sin contemplar aspectos como duración, frecuencia, calidad percibida, orientación teórica, formato o momento vital en el que tenían lugar. En este sentido, la heterogeneidad de estas experiencias podría haber dificultado la identificación de efectos consistentes y puede haber enmascarado relaciones más precisas con el bienestar y el burnout.

Por último, aunque los resultados son coherentes con parte de la literatura previa, la especificidad de la muestra (psicólogos en ejercicio) y las características contextuales de su práctica limitan la generalización a otros colectivos sanitarios o profesionales.

7.2. Prospectiva

En futuros estudios, sería recomendable ampliar el tamaño muestral y utilizar procedimientos de muestreo probabilístico con el fin de mejorar la representatividad de la muestra y la generalización de los resultados. Asimismo, resultaría de interés desarrollar investigaciones longitudinales que permitan analizar la evolución del burnout y el bienestar psicológico a lo largo del tiempo, así como establecer posibles relaciones de causalidad entre ambas variables. Por otro lado, se sugiere añadir medidas más objetivas o heteroinformadas para complementar el uso de instrumentos de autoinforme: esto facilitaría reducir posibles sesgos en la recogida de datos. Respecto a los instrumentos utilizados, convendría revisar la adecuación de la dimensión de Compromiso (E) del PERMA-Profiler en muestras de profesionales sanitarios, dada la baja consistencia interna observada en este estudio.

En relación con la cuarta hipótesis, se podrían diseñar estudios para ahondar en aspectos cualitativos y contextuales de la experiencia terapéutica personal, así como analizar posibles efectos longitudinales que no pueden observarse mediante un diseño transversal. Respecto a la cuarta hipótesis, futuras investigaciones podrían profundizar en las características de la experiencia terapéutica personal, incorporando variables como la duración, frecuencia, orientación terapéutica o momento vital en que se desarrolla, con el fin de esclarecer mejor su posible relación con el bienestar psicológico y el burnout. Respecto a la quinta hipótesis, convendría utilizar medidas más específicas de supervisión clínica que contemplen aspectos como su frecuencia, calidad percibida, formato u orientación teórica, ya que estas variables podrían modular su relación con el bienestar profesional. Finalmente, futuras investigaciones podrían profundizar en el papel de variables contextuales y organizacionales, tales como las condiciones laborales, el tipo de centro de trabajo o el apoyo institucional, así como explorar el impacto de intervenciones específicas, como programas de supervisión clínica o promoción del bienestar, en la prevención del burnout y el fomento del bienestar psicológico en profesionales de la salud. Igualmente, futuras investigaciones podrían examinar de forma específica el papel de las distintas dimensiones del modelo PERMA para identificar cuáles

actúan como factores protectores más relevantes frente a cada componente del burnout. En conclusión, futuros estudios con muestras más amplias y diversas, medidas más detalladas de terapia y supervisión, y diseños longitudinales permitirían esclarecer con mayor precisión la dirección y magnitud de las relaciones observadas.

Referencias bibliográficas

- Beltrán-Gómez, E., Pujol-de Castro, A., Vaquero-Cepeda, P., & Catalá-López, F. (2025). Prevalencia de *burnout* en profesionales de atención primaria del Sistema Nacional de Salud: revisión sistemática y metaanálisis. *Gaceta Sanitaria*, 39, 102526 <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2025.102526>
- Aranda-Reneo, I., Pedraz-Marcos, A., & Pulido-Fuentes, M. (2021). Management of burnout among the staff of primary care centres in Spain during the pandemic caused by the SARS-CoV-2. *Human Resources for Health*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00679-9>
- Arrogante, O., & Aparicio-Zaldívar, E. (2020). Burnout syndrome in intensive care professionals: Relationships with health status and wellbeing. *Enfermería Intensiva (English ed.)*. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2019.03.004>
- Bazargan-Hejazi, S., Shirazi, A., Wang, A., Shlobin, N., Karunungan, K., Shulman, J., Marzio, R., Ebrahim, G., Shay, W., & Slavin, S. (2021). Contribution of a positive psychology-based conceptual framework in reducing physician burnout and improving well-being: a systematic review. *BMC Medical Education*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-03021-y>
- Bell, C., Roberts, G., Millear, P., Allen, A., Wood, A., Kannis-Dymand, L., Jona, C., & Mason, J. (2023). The emotionally exhausted treating the mentally unwell? A systematic review of burnout and stress interventions for psychologists. *Clinical psychology & psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2909>
- Bianchi, R., Verkuilen, J., Schonfeld, I. S., Hakanen, J.J., Jansson-Fröjmark, M., Manzano-García, G., Laurent, E., & Meier, L.L. (2021). Is burnout a depressive condition? A 14-sample meta-analytic and bifactor analytic study. *Clinical Psychological Science*, 9(4), 579–597. <https://doi.org/10.1177/2167702620979597>
- Butler, J., & Kern, M. (2016). The PERMA-Profiler: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*, 6, 1–48. <https://doi.org/10.5502/ijw.v6i3.526>

- Butler, L. D., Mercer, K. A., McClain-Meeder, K., Horne, D. M., & Dudley, M. (2019). Six domains of self-care: Attending to the whole person. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29(1), 107–124. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1482483>
- Cabrera-Aguilar, E., Zevallos-Francia, M., Morales-García, M., Ramírez-Coronel, A., Morales-García, S., Sairitupa-Sanchez, L., & Morales-García, W. (2023). Resilience and stress as predictors of work engagement: the mediating role of self-efficacy in nurses. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1202048>
- Cădariu, I-E., & Rad, D. (2025). Emotional regulation and burnout prevention: psychological contributions to sustainable social work practice. *Technium Social Sciences Journal*, 71(1), 233–250. <https://doi.org/10.47577/tssj.v71i1.12782>
- Cakirpaloglu, S., Cakirpaloglu, P., Skopal, O., Kvapilová, B., Schováňková, T., Vévodová, Š., Greaves, J., & Steven, A. (2024). Strain and serenity: exploring the interplay of stress, burnout, and well-being among healthcare professionals. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1415996>
- Camacho Gómez, O., Pedroza Cabrera, F. J., Navarro Contreras, G., de la Roca Chiapas, J. M., & Fulgencio Juárez, M. (2024). Modelo transaccional del estrés y estilos de afrontamiento en investigación psicológica del estrés: Análisis crítico. *Uaricha*, 22, 42–53. <https://doi.org/10.35830/kcgm5244>
- Carroll, A., Forrest, K., Sanders-O'Connor, E., Flynn, L., Bower, J., Fynes-Clinton, S., York, A., & Ziaei, M. (2022). Teacher stress and burnout in Australia: examining the role of intrapersonal and environmental factors. *Social Psychology of Education*, 1 - 29. <https://doi.org/10.1007/s11218-022-09686-7>
- Claponea, R., & Iorga, M. (2023). The Relationship between Burnout and Wellbeing Using Social Support, Organizational Justice, and Lifelong Learning in Healthcare Specialists from Romania. *Medicina*, 59. <https://doi.org/10.3390/medicina59071352>
- Cohen, C., Pignata, S., Bezak, E., Tie, M., & Childs, J. (2023). Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. *BMJ Open*, 13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071203>

- De Carvalho, T., De Aquino, S., & Natividade, J. (2021). Flourishing in the Brazilian context: Evidence of the validity of the PERMA-profiler scale. *Current Psychology*, 42, 1828-1840. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01587-w>
- Duncan, S., & Pond, R. (2024). Effective burnout prevention strategies for counsellors and other therapists: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Counselling Psychology Quarterly*, 38, 526 - 555. <https://doi.org/10.1080/09515070.2024.2394767>
- Fauzia, L., Erika, K. A., & Irwan, A. M. (2020). Literature study: Validity and reliability test of Maslach Instruments Burnout Inventory–Human Services Survey (MBI-HSS) in nurses in several countries. *Journal of Nursing Science Update (JNSU)*, 7(2), 160–166. <https://doi.org/10.21776/ub.jik.2019.007.02.5>
- Fernández-Hermida, J., Santolaya, F., & Santolaya, J. (2017). La acreditación en Psicología Clínica en España. *Terapia Psicológica*, 35 (1), 95-110. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082017000100009>
- Fernández Sánchez, S. (2024). *Psicólogos sanitarios en España: condiciones laborales, malestar emocional y autocuidado* [Trabajo de fin de máster, Universidad Internacional de La Rioja]. Repositorio Institucional UNIR. <https://reunir.unir.net/handle/123456789/16236>
- Fischer, E., Furchtlehner, L. M., Schuster, R., & Laireiter, A. R. (2026). Long-Term Effects of Positive Psychotherapy Compared to Cognitive Behavior Therapy in Clinical Depression: An 18-Month Follow-Up Randomized Controlled Trial. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 14(5), 692. <https://doi.org/10.3390/healthcare14050692>
- Fortuna, P., Czerw, A., Ostafińska-Molik, B., & Chudzicka-Czupała, A. (2025). Flourishing at work: Psychometric properties of the Polish version of the Workplace PERMA-Profiler. *PLOS One*, 20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319088>
- García, R., Sangregorio, M., & Sánchez, M. (2018). Factorial Validity of the Maslach Burnout Inventory–Human Services Survey (MBI-HSS) in a Sample of Spanish Social Workers. *Journal of Social Service Research*, 45, 207 - 219. <https://doi.org/10.1080/01488376.2018.1480549>
- Gil-Monte, P. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de saude publica*, 39 1, 1-8 . <https://doi.org/10.1590/s0034-89102005000100001>

- Gloria, C., & Steinhardt, M. (2016). Relationships Among Positive Emotions, Coping, Resilience and Mental Health. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 32 2, 145-56. <https://doi.org/10.1002/smi.2589>
- Grosvenor, L., Errichetti, C., Holingue, C., Beasley, J., & Kalb, L. (2023). Self-Report Measurement of Well-Being in Autistic Adults: Psychometric Properties of the PERMA Profiler. *Autism in Adulthood: Challenges and Management*, 5, 401 - 410. <https://doi.org/10.1089/aut.2022.0049>
- Gur, A., Shenaar-Golan, V., & Cohen, A. (2022). Stress, sense of meaningful work, and well-Being among social workers during Covid-19. *European Journal of Social Work*, 25, 840 - 854. <https://doi.org/10.1080/13691457.2022.2067136>
- Habeger, A., Connell, T., Harris, R., & Jackson, C. (2022). Promoting Burnout Prevention Through a Socio-Ecological Lens. *Delaware Journal of Public Health*, 8, 70 - 75. <https://doi.org/10.32481/djph.2022.05.008>
- Huta, V., & Ryan, R. M. (2010). Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal of Happiness Studies*, 11(6), 735–762. <https://doi.org/10.1007/s10902-009-9171-4>
- Huta, V., & Waterman, A. S. (2014). Eudaimonia and its distinction from hedonia: Developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions. *Journal of Happiness Studies*, 15(6), 1425–1456. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9485-0>
- García Izquierdo, M., Sáez Navarro, M. C., & Llor Esteban, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 215–228. <https://journals.copmadrid.org/jwop/art/7a53928fa4dd31e82c6ef826f341daec>
- Jiménez-Giménez, M., Sánchez-Escribano, A., Figuera-Oltra, M., Bonilla-Rodríguez, J., García-Sánchez, B., Rojo-Tejero, N., Sánchez-González, M., & Muñoz-Lorenzo, L. (2021). Taking Care of Those Who Care: Attending Psychological Needs of Health Workers in a Hospital in Madrid (Spain) During the COVID-19 Pandemic. *Current Psychiatry Reports*, 23. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01253-9>

- Joshanloo, M., Jovanović, V., & Park, J. (2020). Differential relationships of hedonic and eudaimonic well-being with self-control and long-term orientation. *Japanese Psychological Research*, 63, 47–57. <https://doi.org/10.1111/jpr.12276>
- Kovich, M., Simpson, V., Foli, K., Hass, Z., & Phillips, R. (2022). Application of the PERMA Model of Well-being in Undergraduate Students. *International Journal of Community Well-Being*, 6, 1 - 20. <https://doi.org/10.1007/s42413-022-00184-4>
- Kun, A., Balogh, P., & Krasz, K. (2016). Development of the Work-Related Well-Being Questionnaire Based on Seligman's PERMA Model. *Periodica Polytechnica Social and Management Sciences*, 25, 56-63. <https://doi.org/10.3311/ppso.9326>
- Labrecque, L., Larouche, A., Gauthier-Boudreau, J., & Lalande, D. (2024). Risk and protective factors for burnout among psychologists and neuropsychologists: A scoping review. *Professional Psychology: Research and Practice*. <https://doi.org/10.1037/pro0000573>
- Larsen, A. C., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2017). Depersonalization reconsidered: An empirical analysis of the relation between depersonalization and cynicism in an extended version of the Maslach Burnout Inventory. *Nordic Psychology*, 69(3), 160–176. <https://doi.org/10.1080/19012276.2016.1227939>
- Larsen, D., Chu, J., Yu, L., Chang, Y., Donelan, K., & Palamara, K. (2021). Correlating Burnout and Well-being in a Multisite Study of Internal Medicine Residents and Faculty. *Journal of General Internal Medicine*, 36, 1422 - 1426. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06653-4>
- Lengua, L., Calhoun, R., Balinbin, I., Long, R., Spink, K., & Angeles, M. (2025). A well-being promotion program increases self-compassion, active coping and emotion regulation among providers who work with children and families. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 25. <https://doi.org/10.1186/s12906-025-05043-1>
- Li, H., Dance, E., Poonja, Z., Aguilar, L., & Colmers-Gray, I. (2024). Agreement between the Maslach Burnout Inventory and the Copenhagen Burnout Inventory among emergency physicians and trainees. *Academic Emergency Medicine*, 31, 1243 - 1255. <https://doi.org/10.1111/acem.14994>
- Lin, C., Alimoradi, Z., Griffiths, M., & Pakpour, A. (2022). Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory for Medical Personnel (MBI-HSS-MP). *Heliyon*, 8. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e08868>

- Lisowski, O., & Grajek, M. (2023). The role of stress and its impact on the formation of occupational burnout. *Journal of Education, Health and Sport*. <https://doi.org/10.12775/jehs.2023.13.05.012>
- Lu, S., Wei, F., & Li, G. (2021). The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell Stress*, 5, 76 - 85. <https://doi.org/10.15698/cst2021.06.250>.
- Maddock, A. (2024). Examining Potential Psychological Protective and Risk Factors for Stress and Burnout in Social Workers. *Clinical Social Work Journal*, 53, 140 - 155. <https://doi.org/10.1007/s10615-024-00924-3>
- Martela, F., & Ryan, R. M. (2023). Clarifying Eudaimonia and Psychological Functioning to Complement Evaluative and Experiential Well-Being: Why Basic Psychological Needs Should Be Measured in National Accounts of Well-Being. *Perspectives on Psychological Science*, 18(5), 1121-1135. <https://doi.org/10.1177/17456916221141099>
- Martín-Díaz, M., & Fernández-Abascal, E. (2024). Multidimensional Measure of Well-Being, Translation, Factor Structure, Measurement Invariance, Reliability and Validity of the PERMA-Profiler in Spain. *Applied Research in Quality of Life*, 19, 2503 - 2538. <https://doi.org/10.1007/s11482-024-10342-9>
- Martínez, J., Méndez, I., Ruiz-Esteban, C., Fernández-Sogorb, A., & García-Fernández, J. (2020). Profiles of Burnout, Coping Strategies and Depressive Symptomatology. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00591>.
- Martínez-López, J., Lázaro-Pérez, C., Gómez-Galán, J., & Del Mar Fernández-Martínez, M. (2020). Psychological Impact of COVID-19 Emergency on Health Professionals: Burnout Incidence at the Most Critical Period in Spain. *Journal of Clinical Medicine*, 9. <https://doi.org/10.3390/jcm9093029>
- Maslach, C., & Jackson, S. E (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (2016), Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15: 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>

- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Matejic, B., Milenovic, M., Tepavcevic, D., Simić, D., Pekmezović, T., & Worley, J. (2015). Psychometric Properties of the Serbian Version of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey: A Validation Study among Anesthesiologists from Belgrade Teaching Hospitals. *The Scientific World Journal*, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/903597>
- McCormack, H., MacIntyre, T., O'Shea, D., Herring, M., & Campbell, M. (2018). The Prevalence and Cause(s) of Burnout Among Applied Psychologists: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01897>
- Méndez, A. & Rojas, M. (2024). Cambio en la jerarquía de necesidades básicas de Maslow: evidencia desde el estudio del bienestar subjetivo en México. *Anales de Psicología*, 40 (3), 458-465. Epub 18 de noviembre de 2024. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.511101>
- Mészáros, V., Mészáros, V., Ádám, S., Szabó, M., Szigeti, R., & Urbán, R. (2014). The bifactor model of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)- an alternative measurement model of burnout. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 30 1, 82-8. <https://doi.org/10.1002/smi.2481>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf
- Montero, I., & León, O. G. (2007). *A guide for naming research studies in Psychology*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847–862.
- Montiel-Company, J., Subirats-Roig, C., Flores-Martí, P., Bellot-Arcos, C., & Almerich-Silla, J. (2016). Validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey for Estimating Burnout in Dental Students. *Journal of dental education*, 80 11, 1368-1375. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2016.80.11.tb06222.x>
- O'Connor, K., Neff, D., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74 - 99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>

- Benito Oliver, E., Rivera Rivera, P., Yaeger Monje, J. P., & Specos, M. (2020). Presencia, autoconciencia y autocuidado de los profesionales que trabajan con el sufrimiento. *Apuntes De Bioética*, 3(1), 72-88. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v3i1.399>
- Paleri, V., Valmaggia, L., Kaleva, I., Martland, R., & Riches, S. (2025). Digital Staff Support Interventions for the Psychological Wellbeing of Healthcare Professionals: A Systematic Review. *Journal of Technology in Behavioral Science* 10:250–282. <https://doi.org/10.1007/s41347-024-00434-6>
- Pedrola, J. (2022). Autocuidado ético y emocional para sanitarios. *Educación Médica*, 23, 100717 - 100717. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2022.100717>
- Pujol-de Castro, A., Valerio-Rao, G., Vaquero-Cepeda, P., & Catalá-López, F. (2024). Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que trabajan en España: revisión sistemática y metaanálisis. *Gaceta Sanitaria*, 38, 102384. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102384>
- Redzic, E., Begić, D., & Žunić, L. (2024). The Stress Influence on Population Health. *International Journal on Biomedicine and Healthcare*. <https://doi.org/10.5455/ijbh.2024.12.7-24>
- Ryan J, Curtis R, Olds T, Edney S, Vandelanotte C, Plotnikoff, R., & Maher, C. (2019) Psychometric properties of the PERMA Profiler for measuring wellbeing in Australian adults. *PLOS ONE* 14(12): e0225932. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225932>
- Ryff C. D. (2023). Contributions of Eudaimonic Well-Being to Mental Health Practice. *Mental health and social inclusion*, 27(4), 276–293. <https://doi.org/10.1108/mhsi-12-2022-0091>
- Schonfeld I. S. & Bianchi R. (2021) From Burnout to Occupational Depression: Recent Developments in Research on Job-Related Distress and Occupational Health. *Front. Public Health* 9:796401. Doi: 10.3389/fpubh.2021.796401
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York, NY: Free Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>

- Sellers, E., Craven-Staines, S., & Vaughan, C. (2024). Clinical supervision effectiveness in NHS nursing, medical and allied health professionals: Exploring interaction with workplace factors, supervision factors and burnout. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 31. <https://doi.org/10.1111/jep.14149>
- Simionato, G., & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of clinical psychology*, 74 (9), 1431-1456. <https://doi.org/10.1002/jclp.22615>
- Simpson, S., Simionato, G., Smout, M., van Vreeswijk, M. F., Hayes, C., Sougleris, C., & Reid, C. (2019). *Burnout amongst clinical and counselling psychologists: The role of early maladaptive schemas and coping modes as vulnerability factors*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(1), 35–46. <https://doi.org/10.1002/cpp.2328>
- Van Dierendonck, D., & Lam, H. (2022). Interventions to enhance eudaemonic psychological well-being: A meta-analytic review with Ryff's Scales of Psychological Well-being. *Applied psychology. Health and well-being*. <https://doi.org/10.1111/aphw.12398>
- Van Hoy, A., & Rzesutek, M. (2022). Burnout and Psychological Wellbeing Among Psychotherapists: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.928191>
- Velasco, J., Sanmartín, F., Cuadrado, F., & Moriana, J. (2025). Prevalence of Secondary Trauma, Compassion Fatigue and Burnout Among Trauma Therapists in Spain. *Counselling and Psychotherapy Research Res*, 25: e12901. <https://doi.org/10.1002/capr.12901>
- Wang, W., Atingabili, S., Mensah, I., Jiang, H., Zhang, H., Omari-Sasu, A., & Tackie, E. (2022). Teamwork quality and health workers burnout nexus: a new insight from canonical correlation analysis. *Human Resources for Health*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00734-z>
- Wang, Z., Liu, H., Yu, H., Wu, Y., Chang, S., & Wang, L. (2017). Associations between occupational stress, burnout and well-being among manufacturing workers: mediating roles of psychological capital and self-esteem. *BMC Psychiatry*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1533-6>
- Watanabe, K., Kawakami, N., Shiotani, T., Adachi, H., Matsumoto, K., Imamura, K., Matsumoto, K., Yamagami, F., Fusejima, A., Muraoka, T., Kagami, T., Shimazu, A., & Kern, M. (2018). The

- Japanese Workplace PERMA-Profiler: A validation study among Japanese workers. *Journal of Occupational Health*, 60, 383 - 393. <https://doi.org/10.1539/joh.2018-0050-0a>
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2025). *Mental Health of Nurses and Doctors (MeND) survey in the European Union, Iceland and Norway*. WHO Regional Office for Europe. <https://www.juniordoctors.eu/sites/default/files/2025-10/WHO-EURO-2025-12709-52483-81031-eng.pdf>
- Wu, Y., Wei, Y., Li, Y., Pang, J., & Su, Y. (2022). Burnout, negative emotions, and wellbeing among social workers in China after community lockdowns during the COVID-19 pandemic: Mediating roles of trait mindfulness. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.952269>
- Yang, Y., & Hayes, J. A. (2020). Causes and consequences of burnout among mental health professionals: A practice-oriented review of recent empirical literature. *Psychotherapy*, 57(3), 426–436. <https://doi.org/10.1037/pst0000317>
- Yousef, C., Farooq, A., Amateau, G., Esba, L., Burnett, K., & Alyas, O. (2024). The effect of job and personal demands and resources on healthcare workers' wellbeing: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303769>

Anexo A. Ítems de datos sociodemográficos y laborales

- Los datos sociodemográficos fueron:
 - Edad. Se daban cinco opciones de respuesta: menos de 25 años, de 25 a 34, de 35 a 44, de 45 a 54, de 55 o más.
 - Género. Se registró si los participantes se identificaban con las opciones: hombre, mujer, no binario, prefiero no responder.
 - Estado civil. Con tres opciones: solteros, casados/pareja de hecho, divorciados/viudos.
 - Número de hijos: 0, 1, 2 o 3 o más.
 - Comunidad autónoma de trabajo: había 17 opciones correspondientes a las 17 comunidades autónomas de España.
- Los datos laborales recogidos fueron:
 - Tipo de habilitación sanitaria. Aquí eligieron entre estas tres posibilidades: Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica (PEPC) – regulado por Real Decreto 2490/1998, equivalente a especialidades médicas en el SNS; Psicólogo/a General Sanitario (PGS) –obtenido tras la realización del Máster en Psicología General Sanitaria; Psicólogo/a habilitado/a vía transitoria –licenciados en Psicología antes de la LOPS (Ley 44/2003) que cumplían ciertos requisitos para seguir ejerciendo.
 - Tipo de centro de trabajo habitual. Consulta privada, centro sanitario privado, sistema público, mixto.
 - Tipo de contrato. Las cuatro opciones fueron: autónomo, contrato indefinido, contrato temporal, otro.
 - Horas de trabajo semanales. Cinco opciones: menos de 20 horas, 20-29 horas, 30-39 horas, 40-49 horas, 50 horas o más.
 - Número de pacientes atendidos por semana. Los rangos fueron: 1-10, 11-20, 21-30, 30 o más.
 - Trabajo clínico principal. Se dieron cuatro opciones: adultos, infanto-juvenil, pareja/familia, mixto.
 - ¿Realiza supervisión clínica? Se dieron tres opciones: "Sí, regularmente", "Sí, ocasionalmente", "No".
 - ¿Percibe que su carga de trabajo es elevada? Aquí se debía elegir un valor de cinco posibles: del 1 al 5 (donde 1=menor carga y 5=mayor carga).
 - También se preguntó si había considerado abandonar la práctica clínica en el último año, siendo posible únicamente responder "sí" o "no".
 - ¿Ha realizado alguna vez su propio proceso terapéutico (como paciente)? "Sí, actualmente", "sí, en el pasado", "no".
 - Duración aproximada del proceso terapéutico personal. Se daban cinco opciones: < 3 meses, 3-6 meses, 6-12 meses, 1-5 años, más de 5 años.

Anexo B. Inventario de Burnout de Maslach

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Anexo C. PERMA-Profiler

PERMA-Profiler: versión española												
#	Pregunta											Etiqueta
1	En general, ¿en qué medida lleva usted una vida con propósito y significado?											M1
	0 = Nada					10 = Completamente						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2	¿Con qué frecuencia siente que está avanzando hacia el logro de sus metas?											A1
	0 = Nunca					10 = Siempre						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3	¿Con qué frecuencia se siente usted absorbido/a en lo que está haciendo?											E1
	0 = Nunca					10 = Siempre						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4	En general, ¿cómo diría usted que es su salud?											H1
	0 = Horrible					10 = Excelente						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5	En general, ¿con qué frecuencia se siente alegre?											P1
	0 = Nunca					10 = Siempre						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6	¿En qué medida recibe usted ayuda y apoyo de otras personas cuando lo necesita?											R1
	0 = Nada					10 = Completamente						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7	En general, ¿con qué frecuencia se siente ansioso/a?											N1
	0 = Nunca					10 = Siempre						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8	¿Con qué frecuencia alcanza metas importantes que se ha propuesto para sí mismo/a?											A2
	0 = Nunca					10 = Siempre						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9	En general, ¿en qué medida siente que lo que hace en su vida es valioso y merece la pena?											M2
	0 = Nada					10 = Completamente						

PERMA-Profiler: versión española												
#	Pregunta											Etiqueta
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10	En general, ¿con qué frecuencia se siente positivo/a?											P2
	0 = Nunca					10 = Siempre						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11	En general, ¿en qué medida se siente usted entusiasmado/a e interesado/a en las cosas?											E2
	0 = Nada					10 = Completamente						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12	¿Cómo de solo/a se siente en su vida diaria?											Lon
	0 = Nada					10 = Completamente						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13	¿Cómo de satisfecho/a está usted con su salud física actual?											H2
	0 = Nada					10 = Completamente						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14	En general, ¿con qué frecuencia se siente enfadado/a?											N2
	0 = Nunca					10 = Siempre						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15	¿En qué medida se siente usted querido/a?											R2
	0 = Nada					10 = Completamente						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16	¿Con qué frecuencia se siente usted capacitado para manejar sus responsabilidades?											A3
	0 = Nunca					10 = Siempre						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
17	En general, ¿hasta qué punto siente usted que su vida tiene un sentido y una dirección determinada?											M3
	0 = Nada					10 = Completamente						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
18	En comparación con otros de su misma edad y sexo ¿Cómo es su salud?											H3
	0 = Horrible					10 = Excelente						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
19	¿Cómo de satisfecho/a está usted con sus relaciones personales?											R3
	0 = Nada					10 = Completamente						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
20	En general, ¿con qué frecuencia se siente triste?											N3
	0 = Nunca					10 = Siempre						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
21	¿Con qué frecuencia se le pasa el tiempo muy rápido cuando está haciendo algo que disfruta?											E3
	0 = Nunca					10 = Siempre						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

PERMA-Profiler: versión española											
#	Pregunta										Etiqueta
22	En general, ¿en qué medida se siente usted satisfecho/a?										P3
	0 = Nada					10 = Completamente					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
23	Considerando todas las cosas en conjunto, ¿cómo de feliz diría usted que es?										Hap
	0 = Nada					10 = Completamente					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Presentación de las preguntas

Las preguntas deben presentarse en el orden indicado

Las preguntas deben presentarse con botones radiales, una alternativa es la escala deslizante

Las preguntas están en una escala de 11 puntos que va de 0 a 10, con la etiqueta o descripción de las respuestas en los puntos finales o extremos

Puntuación

Las puntuaciones se calculan obteniendo el valor promedio (media aritmética) de los elementos (preguntas) que comprenden cada factor

P (Positive Emotion) (Emociones Positivas) = media (P1,P2,P3) ó media preguntas (5, 10, 22)

E (Engagement) (Compromiso) = media (E1,E2,E3) ó media preguntas (3, 11, 21)

R (Relationships, Positive Relationships) (Relaciones Interpersonales Positivas) = media (R1,R2,R3) ó media preguntas (6, 15, 19)

M (Meaning/Purpose in Life) (Significado/Propósito en la Vida) = media (M1,M2,M3) ó media preguntas (1, 9, 17)

A (Accomplishment) (Logros) = media (A1,A2,A3) ó media preguntas (2, 8, 16)

Overall Well-being (PERMA) (Global Bienestar PERMA) = media (P1,P2,P3,E1,E2,E3, R1,R2,R3, M1,M2,M3, A1,A2,A3,Hap) ó media preguntas (1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23)

N (Negative Emotion) (Emociones Negativas) = media (N1,N2,N3) ó media preguntas (7, 14, 20)

Health (Physical Health) (Salud Física Autopercebida) = media (H1,H2,H3) ó media preguntas (4, 13, 18)

Hap (Happiness) (Felicidad) = Hap ó pregunta 23

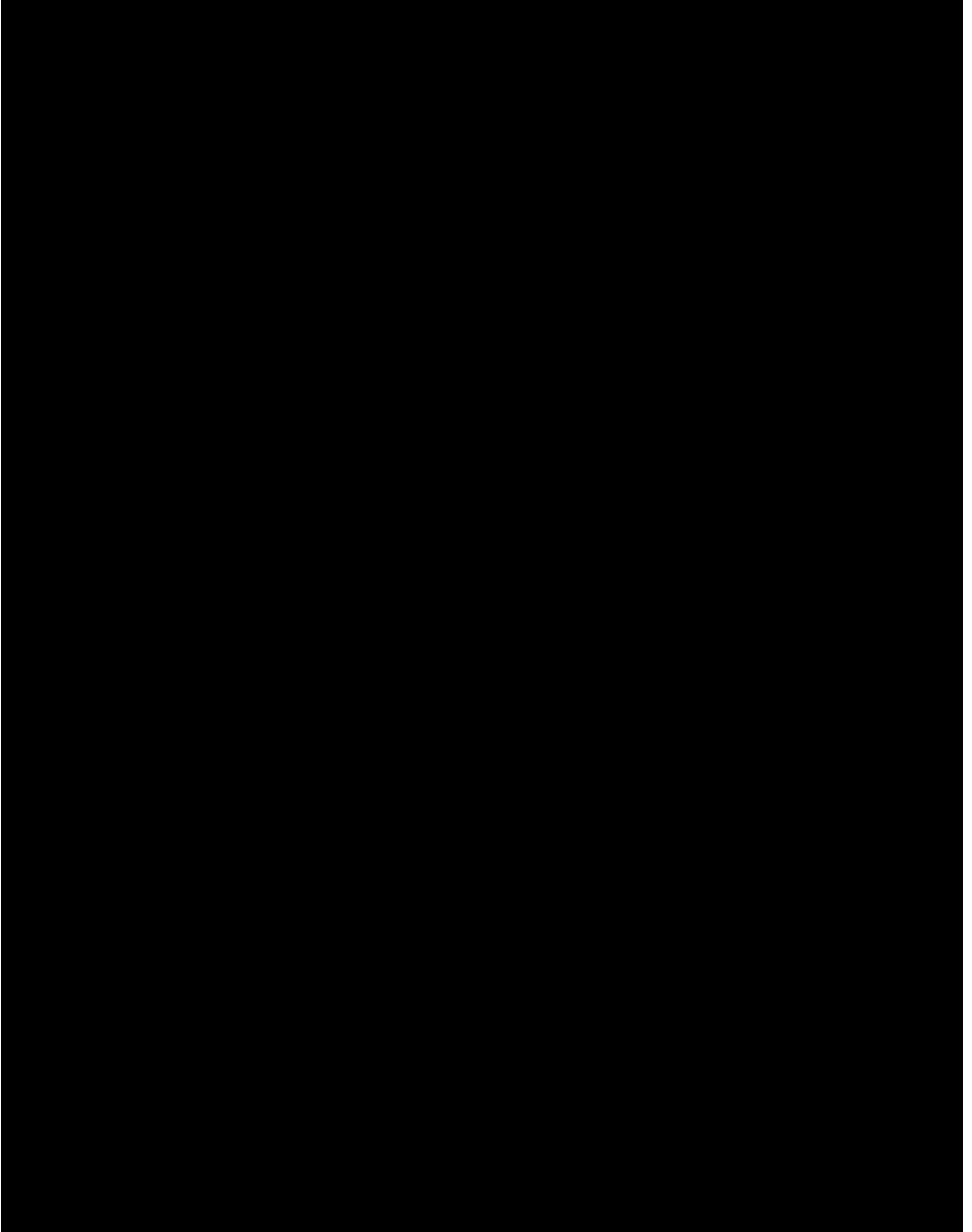
Lon (Loneliness) (Soledad) = Lon ó pregunta 12

Anexo D. Tabla de correlaciones de Spearman

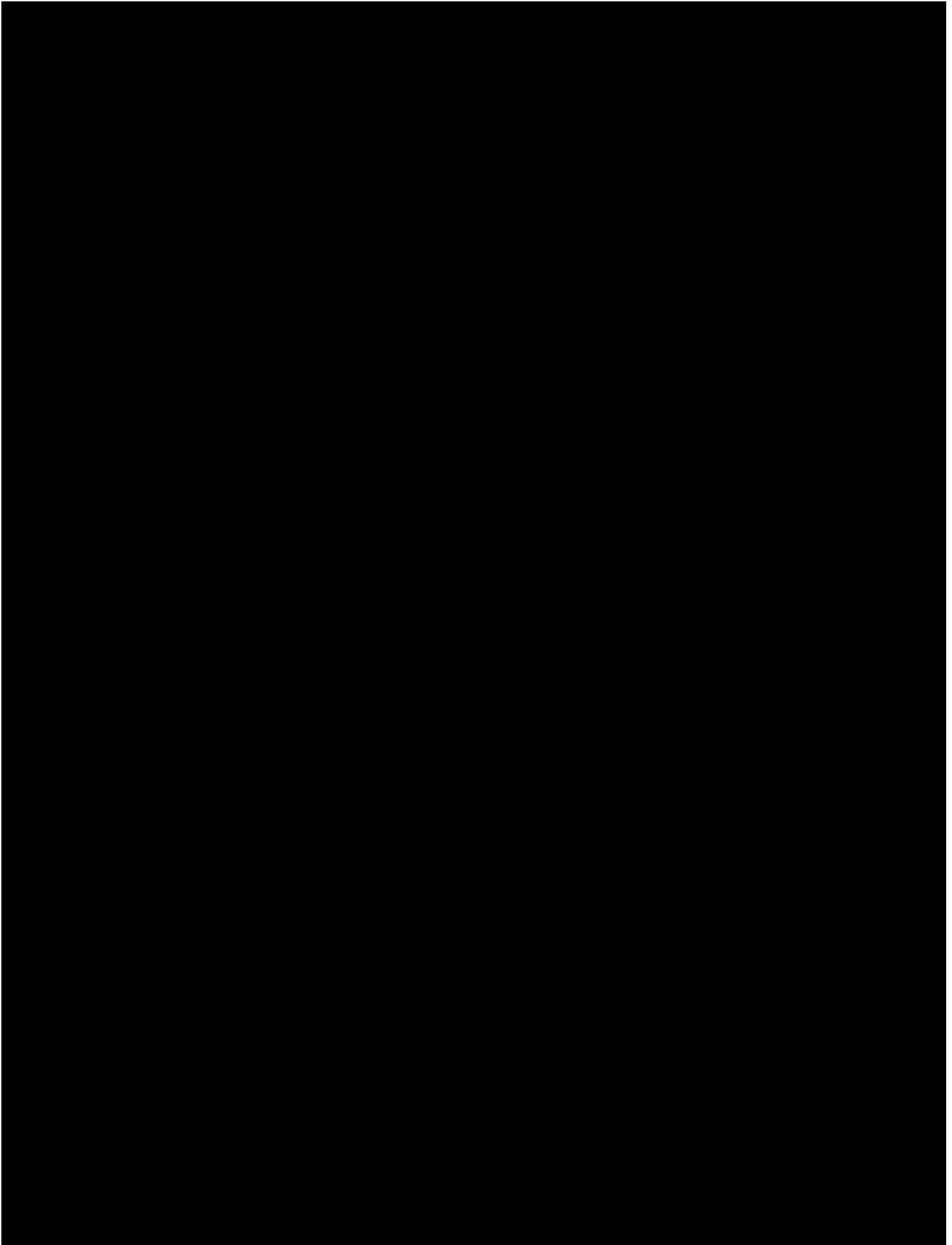
		AE	DP	RP	P	E	R	M	A
DP	Rho de Spearman	0.418***	—						
	df	58	—						
	p-valor	<.001	—						
RP	Rho de Spearman	-0.276*	0.007	—					
	df	58	58	—					
	p-valor	.033	.957	—					
P	Rho de Spearman	-0.544***	-0.125	0.707***	—				
	df	58	58	58	—				
	p-valor	<.001	.343	<.001	—				
E	Rho de Spearman	-0.224	-0.004	0.536***	0.601***	—			
	df	58	58	58	58	—			
	p-valor	.085	.974	<.001	<.001	—			
R	Rho de Spearman	-0.472***	-0.221	0.554***	0.682***	0.454***	—		
	df	58	58	58	58	58	—		
	p-valor	<.001	.089	<.001	<.001	<.001	—		
M	Rho de Spearman	-0.384**	-0.017	0.613***	0.730***	0.638***	0.615***	—	
	df	58	58	58	58	58	58	—	
	p-valor	.002	.895	<.001	<.001	<.001	<.001	—	
A	Rho de Spearman	-0.399**	-0.051	0.663***	0.785***	0.666***	0.627***	0.833***	—
	df	58	58	58	58	58	58	58	—
	p-valor	.002	.697	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	—
PERMA total	Rho de Spearman	-0.486***	-0.123	0.714***	0.895***	0.760***	0.818***	0.852***	0.890***
	df	58	58	58	58	58	58	58	58
	p-valor	<.001	.350	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001

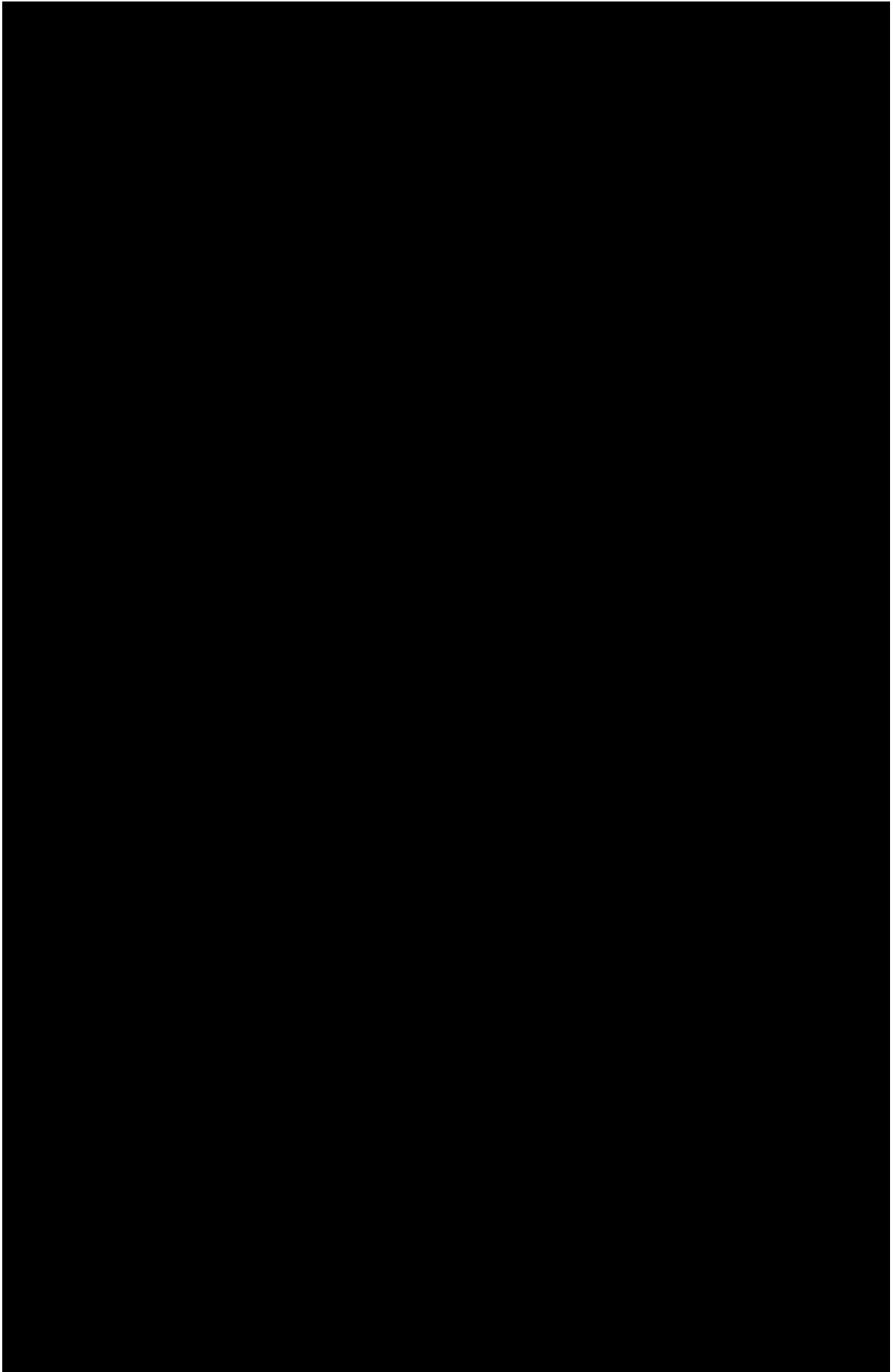
Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ AE = agotamiento emocional; DP = despersonalización; RP = realización personal; P = emociones positivas; E = compromiso; R = relaciones interpersonales positivas; M = sentido de vida/propósito; A = logros

Anexo E. Informe favorable de la Comisión de Investigación TFM



Anexo F. Consentimiento informado





Anexo G. Compromiso de confidencialidad