

Autoconciencia Emocional y Percepción de Autoeficacia en Psicólogos en Ejercicio Clínico

Emotional Self-Awareness and Perceived Self-Efficacy in Psychologists in Clinical Practice

Luis Quingalahua-Loor

Facultad de Posgrado, Universidad Espíritu Santo, Samborondón, Ecuador

Dayana Pinto-García*

Centro Psicológico de especialidades, Guayaquil, Ecuador

Facultad de Posgrado, Universidad Espíritu Santo, Samborondón, Ecuador

Editor: Jose A Rodas, Universidad de Guayaquil

Recibido el 02/dic/2025; Aceptado el 17/dic/2025; Publicado 29/dic/2025

*Autor de correspondencia. Email: dayanapintogarcia@gmail.com

Resumen

El presente estudio analizó la relación entre la autoconciencia emocional y la autoeficacia percibida en psicólogos en ejercicio clínico en Ecuador. Partiendo del enfoque de la Inteligencia Emocional (IE), se destaca que la autoconciencia emocional, entendida como la capacidad de reconocer y comprender las propias emociones, es fundamental para una adecuada regulación emocional y para el desempeño terapéutico efectivo. Simultáneamente, la autoeficacia percibida, definida como la creencia de la propia capacidad para lograr un objetivo, se plantea como factor clave en la motivación, la toma de decisiones clínicas y el bienestar del terapeuta. Se emplearon los siguientes instrumentos psicométricos: El TMMS-24 para evaluar la autoconciencia emocional y la Escala de autoeficacia en el trabajo (EAT). La muestra estuvo compuesta por 66 psicólogos en ejercicio clínico activos seleccionados mediante muestreo no probabilístico. Se encontró una correlación positiva y significativa entre ambas variables, lo que sugiere que una mayor autoconciencia emocional podría potenciar la percepción de autoeficacia en contexto clínico. Los resultados aportan evidencia relevante para fortalecer los procesos de formación profesional, enfatizando la importancia de las competencias emocionales como elemento esencial para el ejercicio clínico eficaz y el cuidado de la salud mental del terapeuta.

Palabras clave: autoconciencia emocional, autoeficacia percibida, psicólogos en ejercicio clínico

Abstract

This study analysed the relationship between emotional self-awareness and perceived self-efficacy in practicing psychologists in Ecuador. Based on the Emotional Intelligence (EI) approach, it is highlighted that emotional self-awareness, understood as the ability to recognise and understand one's own emotions, is fundamental for adequate emotional regulation and effective therapeutic performance. Simultaneously, perceived self-efficacy, defined as the belief in one's own ability to achieve a goal, is seen as a key factor in the therapist's motivation, clinical decision-making and well-being. The following psychometric instruments were used: The TMMS-24 to assess emotional self-awareness and the Self-Efficacy at Work Scale (EAT). The sample consisted of 66 active practicing psychologists selected by non-probability sampling. A positive and significant correlation was found between both variables, which would suggest that greater emotional self-awareness could enhance the perception of self-efficacy in a clinical context. The results provide relevant evidence to strengthen professional training processes, emphasising the importance of emotional competencies as an essential element for effective clinical practice and mental health care of the therapist.

Keywords: emotional self-awareness, perceived self-efficacy, psychologists in clinical practice

1 Introducción

En el ámbito de la psicología clínica, la efectividad del trabajo terapéutico no solo depende del conocimiento técnico y metodológico del profesional, sino también de sus competencias emocionales, puesto que mantener una buena gestión emocional evita que el terapeuta se vea irritable, dominante o frío, propiciando a su vez aptitudes necesarias para el establecimiento de la relación paciente-terapeuta (Bisquerra y Pérez, 2007). Entre dichas competencias emocionales, se encuentra la inteligencia emocional (IE) que según Salovey y Mayer (1990), implica el reconocimiento, uso, comprensión y manejo de los estados emocionales propios y ajenos para resolver problemas y regular la conducta, lo que influye en la toma de decisiones, el manejo del estrés y la calidad de la relación terapéutica. La inteligencia emocional incluye la capacidad de identificar y expresar las emociones con precisión, utilizar estas emociones como un recurso para potenciar los procesos cognitivos, comprender de manera adecuada tanto las emociones propias como las de los demás y regularlas de forma que favorezcan el crecimiento personal y emocional. Dentro de estas habilidades, la autoconciencia emocional se refiere específicamente a la habilidad de reconocer y comprender las propias emociones, permitiendo una mayor gestión y un mayor entendimiento de uno mismo, como también desempeña un papel crucial en la regulación afectiva del terapeuta y en su interacción con los pacientes.

La IE ofrece recursos que permiten enfrentar el estrés de manera más eficaz, favorece un mejor desempeño, tanto en el ámbito académico como en el laboral, y contribuye al bienestar emocional. Incluso, puede ser un factor importante para alcanzar el éxito profesional (Ángel, 2020). De esta manera, Montes et al. (2018) plantean que una capacidad más desarrollada para percibir e identificar las señales internas contribuyen a una mejor regulación de los impulsos emocionales, al uso de estrategias de afrontamiento más adecuadas y a una mayor tolerancia frente a la frustración. Asimismo, Salovey y Mayer (1990) señalan que la capacidad para percibir las emociones constituye una habilidad fundamental, ya que permite identificar y reconocer tanto las habilidades propias como las de otras personas.

El ejercicio clínico exige que el psicólogo utilice no solo sus conocimientos y habilidades técnicas, sino también una adecuada autoconciencia y regulación emocional. En este sentido, Ruiz et al. (2008) sugieren que el profesional debe desarrollar estas competencias para afrontar de manera efectiva las exigencias de su labor. La falta de autoconciencia emocional repercute en el autocuidado del profesional, generando un desgaste emocional que a largo plazo comprometa tanto la salud del terapeuta como la calidad de la intervención clínica (Di Fabio et al., 2016).

La inteligencia emocional está estrechamente relacionada con los niveles de burnout, siendo que las personas con mayor inteligencia emocional reflejan niveles más bajo de burnout, así mismo los que tienen una inteligencia emocional menor, reflejan mayores niveles de burnout. Esto es un indicador a tomar en cuenta para los profesionales de la salud mental, debido a que el burnout se relaciona con un agotamiento de energía y emocional, bajo rendimiento y eficacia profesional, lo que afecta directamente el rendimiento y calidad de la terapia del psicólogo en ejercicio clínico (De Mendonça et al., 2023). De esta manera, el pobre auto-reconocimiento emocional puede desencadenar en repercusiones tanto a nivel personal como profesional. Además, esta carencia puede deteriorar la toma de decisiones clínicas y la comunicación interpersonal, generando respuestas emocionales desproporcionadas que afectan negativamente la efectividad del proceso terapéutico (Mayer et al., 2004), lo cual reduce la capacidad del profesional para establecer relaciones terapéuticas empáticas y efectivas en la psicología clínica. Finalmente, la falta de autoconciencia emocional limita el autocuidado, lo que a su vez crea un ciclo de desgaste emocional que compromete tanto la salud del terapeuta como la calidad de la intervención clínica (Brackett et al., 2004).

Por otra parte, la percepción de autoeficacia es un aspecto clave en el desempeño profesional. Bandura (1997) define la autoeficacia percibida como la convicción que tiene una persona sobre su propia capacidad. Es decir, el concepto de autoeficacia no hace referencia a los recursos disponibles o capacidad real con la que se dispone, sino a la creencia o capacidad percibida sobre si uno cuenta con las destrezas para realizar lo necesario con el fin de poder cumplir con el objetivo propuesto (Quijano y Navarro, 2012).

Tal como lo señalan Cardoso et al. (2017), las creencias de autoeficacia son indicadores relevantes del compromiso en el trabajo, debido a que al considerarse capaces de realizarlo, tienden a ser más optimistas, por lo que presentan mejores resultados. En este sentido, como sugieren Costa et al. (2024), una deficiente autoeficacia percibida puede generar ansiedad y un conflicto interno negativo, lo que afecta la concentración y perjudica el rendimiento. Además, estos autores también proponen que la autoeficacia puede verse influenciada por factores como las vivencias del pasado, el apoyo social y la retroalimentación positiva.

La autoeficacia desempeña un rol importante en la motivación laboral y sus resultados, considerando no sólo el de-

sempeño, sino también la satisfacción laboral y el bienestar en el lugar de trabajo del profesional. En tanto que, las personas con una autoeficacia profesional positiva tienden a tener pensamientos más optimistas en cuanto al trabajo que realizan, favoreciendo así el compromiso y la satisfacción laboral (Bargsted et al., 2019).

Por tanto, la ausencia de una regulación emocional adecuada impacta negativamente la autoeficacia percibida, ya que sin la capacidad de identificar y gestionar sus propias emociones, el profesional puede experimentar una disminución en su confianza de autoeficacia para enfrentar situaciones desafiantes y tomar decisiones acertadas (Di Fabio & Kenny, 2016). Al evitar enfrentar situaciones desafiantes, genera que se limite el desarrollo de las habilidades y competencias del profesional, debido a que la percepción de autoeficacia negativa limita las experiencias que podrían ser enriquecedoras para el crecimiento profesional, mientras que por el contrario, una autoeficacia positiva contribuye al aumento de sus competencias (Quijano y Navarro, 2012). En definitiva, la autoeficacia es de gran relevancia debido a que influye sobre el desarrollo de las competencias profesionales. Consecuentemente, la percepción de autoeficacia tiene afectaciones profundas en las estrategias de motivación, que abarcan la persecución de objetivos específicos y las respuestas emocionales en situaciones difíciles o incómodas (Araújo et al., 2023); lo que se vincula estrechamente con la salud mental del terapeuta y con su eficacia en la intervención psicológica.

La presente investigación es relevante porque busca analizar la autoconciencia emocional de los psicólogos en ejercicio clínico y su relación con la percepción de autoeficacia profesional. Teniendo en cuenta que la autoconciencia emocional y la autoeficacia son clave para la regulación emocional y la toma de decisiones en terapia. De modo que la ausencia de estos no solo inciden en el bienestar psicológico y mental del terapeuta, sino que también influye en su criterio para tomar decisiones apropiadas en la terapia, manejar situaciones desafiantes y mantener una actitud empática con los pacientes. De esta forma, analizar cómo la autoconciencia emocional se relaciona en la percepción de autoeficacia es crucial para comprender qué factores pueden fortalecer la confianza de los psicólogos en su desempeño clínico.

La relevancia clínica de esta investigación recae en ampliar el conocimiento en la literatura sobre la relación entre la autoconciencia emocional y la percepción de autoeficacia en psicólogos en ejercicio clínico, ofreciendo una base teórica y práctica que puede ser utilizada en la formación y supervisión de profesionales de la salud mental, y para futuras investigaciones científicas.

2 Metodología

2.1 Participantes

Para el presente estudio, la muestra estuvo conformada por 66 psicólogos en ejercicio clínico de Ecuador, 29 hombres y 37 mujeres. Con una edad promedio de 30.31 años ($DE = 8.65$), con un rango que osciló entre 22 y 63 años. Respecto a los años de ejercicio profesional, la media fue de 4.50 años ($DE = 6.22$), con un rango amplio de 1 a 38 años. De acuerdo a un análisis de poder estadístico, este número de participantes permitió alcanzar un poder estadístico de 82%, tomando en cuenta un tamaño del efecto medio ($\rho = .5$).

Los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico de oportunidad, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: 1) Ser psicólogos en ejercicio clínico y 2) estar ejerciendo la profesión al momento de participar en la investigación. Por otro lado, los siguientes criterios fueron correspondientes a la exclusión: 1) ser psicólogos organizacionales o educativos. 2) Tener menos de un año de experiencia en el campo de la profesión.

2.2 Instrumentos

Para la realización de este estudio, se emplearon dos instrumentos psicométricos para correlacionar las variables autoconciencia emocional y autoeficacia percibida, el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) y la Escala de autoeficacia en el trabajo (EAT), respectivamente. Así mismo, se empleó un cuestionario para recoger los datos sociodemográficos.

2.2.1 Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)

Para obtener las puntuaciones de la primera variable, se utilizó el TMMS-24, originalmente desarrollado por Salovey et al. (1995) y posteriormente adaptado al español por Fernández-Berrocal et al. (2004). Este cuestionario corresponde a una escala de rasgo que valúa el metaconocimiento emocional y está compuesto por 24 ítems con formato Likert de cinco opciones de respuesta (de 1 = nada de acuerdo a 5 = totalmente de acuerdo), diseñados para medir la inteligencia

emocional percibida. A través de esta herramienta se evaluaron tres dimensiones: la atención emocional (capacidad para percibir y expresar las emociones), la claridad emocional (comprensión de los propios estados emocionales) y la reparación emocional (habilidad para regular y gestionar las emociones).

Para calificar el cuestionario, se realizó la suma de los ítems correspondientes a cada dimensión: Atención emocional (ítems 1 al 8), Claridad emocional (ítems 9 al 16) y Reparación emocional (ítems 17 al 24). Posteriormente, las puntuaciones obtenidas en cada dimensión se interpretaron según los criterios establecidos para cada sexo, dado que existen diferencias en los rangos de valoración. Para Atención emocional, en hombres: debe mejorar (< 21), adecuada (22–32) y demasiada (> 33); en mujeres: debe mejorar (< 24), adecuada (25–35) y demasiada (> 36). En Claridad emocional, en hombres: debe mejorar (< 25), adecuada (26–35) y excelente (> 36); en mujeres: debe mejorar (< 23), adecuada (24–34) y excelente (> 35). En cuanto a la Reparación emocional, en hombres: debe mejorar (< 23), adecuada (24–35) y excelente (> 36); y en mujeres: debe mejorar (< 23), adecuada (24–34) y excelente (> 35). Es importante señalar que la validez de los resultados dependió de la honestidad con la que las personas respondieron cada ítem.

La fiabilidad de este instrumento es de $\alpha > 0.85$, para la escala total, evidenciando una consistencia interna adecuada (Fernández-Berrocal et al., 2004).

2.2.2 Escala de Autoeficacia en el trabajo (EAT)

Para obtener las puntuaciones de la segunda variable, se utilizó la EAT, originalmente desarrollada por Campos et al. (2021). Esta escala pretende evaluar cómo las creencias del trabajador respecto a conocimientos, habilidades, actitudes y valores, le permiten alcanzar sus metas laborales.

La escala, compuesta por 41 ítems en formato Likert, presenta cuatro opciones de respuesta (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo), puntuadas de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). La puntuación global refleja el nivel de autoeficacia laboral y, a través de la suma de los ítems correspondientes a cada dimensión, se obtiene un registro ordinal que permite clasificar dicho nivel.

Mediante este cuestionario se evaluaron distintas dimensiones, entre ellas: la transferencia de los logros obtenidos; el autocuidado, entendido como el bienestar biopsicoemocional que fortalece la autoconfianza, la esperanza en el futuro y la seguridad en el desempeño laboral; la autogestión, referida a las decisiones que la persona toma, el esfuerzo que invierte y la perseverancia que mantiene frente a los retos; la metacognición, vinculada a los procesos de análisis, planificación, ejecución de tareas y claridad respecto a las metas; y el meta-aprendizaje, que implica la capacidad de aplicar estrategias eficaces de aprendizaje, favoreciendo la autorregulación de pensamientos, emociones y conductas para el logro de objetivos.

Para obtener la puntuación total de la escala EAT, se utilizó el sistema de clasificación por dimensiones, cuya suma permitió generar un registro ordinal que corresponde al puntaje global. Para interpretar este valor total, se consideró que puntuaciones inferiores a 133 indican un nivel bajo de autoeficacia en el trabajo; los puntajes entre 133 y 159 reflejan una autoeficacia media; y aquellos superiores a 159 se interpretan como una autoeficacia laboral alta.

La Escala de Autoeficacia en el Trabajo presenta una fiabilidad elevada, con un coeficiente alfa de Cronbach de $\alpha = 0.94$ para la puntuación total, lo que indica una excelente consistencia interna. Del mismo modo, cada una de sus dimensiones muestra niveles adecuados de confiabilidad por separado (Campos et al., 2021).

2.2.3 Cuestionario para Datos Sociodemográficos

Se utilizó la herramienta digital GoogleForms para recolectar los siguientes datos sociodemográficos: edad, sexo, años de ejercicio profesional y enfoque terapéutico con el que trabaja. Para las variables edad, años de ejercicio profesional y enfoque terapéutico se utilizó la opción de respuesta de texto breve, donde debían escribir manualmente sus respuestas. Para la variable sexo, debían escoger entre dos opciones, hombre o mujer.

2.3 Procedimiento

Para llevar a cabo esta investigación se contó con una muestra no probabilística de 66 participantes, conformada por la red de contactos de los investigadores y una convocatoria abierta, para lograr un mayor alcance.

En primera instancia se convocó a los participantes a través de tres redes sociales de mensajería (Facebook, Instagram y Whatsapp). Por este medio se les proporcionó un enlace de Google Forms, junto a una breve descripción del estudio, que además contenga un mensaje indicando la posibilidad de participar en el sorteo de un texto de psicología, como parte de un incentivo para animar a los participantes a completar el formulario. Dentro del enlace se encuentra el acuerdo de consentimiento informado, para aceptar la participación libre y voluntaria en el estudio, además de datos sociodemográficos y los instrumentos que se aplicaron de manera digital. Cabe recalcar que todos estos procedimientos son de carácter confidencial, salvaguardando los principios éticos y respetando los derechos de privacidad y protección de datos personales de los participantes. Se pidió a los participantes que completaran el cuestionario solo una vez y se les animó a compartir el enlace en línea del estudio con otras personas.

2.4 Plan de análisis

Se realizó un análisis cuantitativo empleando el software estadístico JASP, versión 19.3 (JASP Team, 2024). El proceso inició con un análisis descriptivo en el que se calcularon medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar y rango) para las variables de interés. De manera adicional, se describieron las características demográficas de la muestra (edad, sexo y años de experiencia clínica). Para el análisis de normalidad se evaluó la distribución de las variables mediante la prueba de Shapiro-Wilks, donde se determinó una violación de los supuestos de normalidad. Asimismo, se llevó a cabo un análisis correlacional con el fin de identificar la relación entre la autoconciencia emocional y la autoeficacia percibida. Para ello se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, dado que las variables no mostraron una distribución normal. Se estableció como criterio de significancia estadística un valor de $p < .05$.

3 Resultados

3.1 Propiedades Psicométricas de las Pruebas

Para evaluar la consistencia interna de la escala EAT en la muestra de psicólogos en ejercicio clínicos, se estimó el coeficiente omega (ω), considerado uno de los indicadores más sólidos de confiabilidad en la medición psicométrica. Como se evidencia en la Tabla 1, el análisis arrojó un valor de $\omega = 0.976$ (mayor detalles en la tabla 1). Estos resultados evidencian un nivel de confiabilidad excelente, lo cual respalda la estabilidad de las respuestas y la precisión de la escala para medir las variables de interés. Mientras que en la escala TMMS-24, utilizada para evaluar el autoconocimiento emocional en psicólogos clínicos, el análisis de confiabilidad mostró un coeficiente omega (ω) de 0.943 (mayor detalles en la tabla 1). Este valor indica una consistencia interna excelente, lo que garantiza la estabilidad de las mediciones y respalda la precisión de la escala en la identificación de las dimensiones de atención, claridad y reparación emocional.

Tabla 1

Estadísticas de confiabilidad de las escalas EAT y TMMS-24

Escala	Estimación	Error Típico	IC del 95%	
			Mínimo	Máximo
EAT	0.976	0.004	0.968	0.985
TMMS-24	0.943	0.010	0.922	0.963

3.2 Análisis descriptivos

En relación con las variables centrales del estudio, los resultados descriptivos mostraron que en la Escala de Autoeficacia en el Trabajo (EAT) los participantes alcanzaron puntajes altos en “autogestión” ($M = 34.41$, $DE = 5.55$), evidenciando así, en la Tabla 2 un adecuado manejo de recursos personales y organización en la práctica clínica. De forma similar, se observaron promedios elevados en “transferencia” ($M = 31.74$, $DE = 4.61$) y en “metacognición” ($M = 30.56$, $DE = 4.43$, rango = 10-36), lo que sugiere que los psicólogos reportan una capacidad consistente para aplicar conocimientos en distintos contextos y reflexionar sobre sus propios procesos de pensamiento. En cuanto al “meta-aprendizaje”, el puntaje medio fue de 18.01 ($DE = 2.70$, rango = 5-20), cercano al máximo posible, lo que indica un nivel alto de autorreflexión sobre los aprendizajes adquiridos. Por su parte, el “autocuidado” presentó un promedio

de 25.26 (DE = 3.47, rango = 7-28), señalando la importancia otorgada por los profesionales a la preservación de su bienestar físico y psicológico.

Con respecto al TMMS-24, utilizada para evaluar el autoconocimiento emocional, los resultados evidenciaron medias semejantes entre las tres dimensiones. La “atención a las emociones” obtuvo un promedio de 26.92 (DE = 6.99, rango = 14-40). Mientras que la “claridad emocional”, alcanzó una media de 27.89 (DE = 7.07, rango = 13-40) y la “reparación emocional” obtuvo un puntaje medio de 25.84 (DE = 8.05, rango = 8-40). Estas cifras sugieren que los psicólogos en ejercicio clínico presentan niveles adecuados y excelentes en las dimensiones de atención, claridad y reparación emocional, respectivamente; evidenciando un equilibrio entre la capacidad de percibir, comprender y regular los estados afectivos.

Tabla 2

Estadísticos Descriptivos de EAT y TMMS-24

	Media	Desviación Típica	Asimetría	Mínimo	Máximo
EAT					
Autogestión	34.409	5.547	-1.665	10.000	40.000
Transferencia	31.742	4.619	-2.439	9.000	36.000
Metacognición	30.561	4.435	-1.940	10.000	36.000
Meta-Aprendizaje	18.015	2.703	-2.455	5.000	20.000
Autocuidado	25.258	3.474	-2.908	7.000	28.000
Puntaje total EAT	143.409	20.242	-2.463	42.000	164.000
TMMS-24					
Atención A Las Emociones (Percepción)	26.924	6.991	-0.184	14.000	40.000
Claridad Emocional (Comprensión)	27.894	7.065	-0.144	13.000	40.000
Reparación Emocional (Regulación)	25.848	8.050	-0.098	8.000	40.000

3.3 Correlaciones

3.3.1 Verificación de supuestos

Con el fin de verificar el supuesto de normalidad bivariante previo al análisis correlacional, se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk a cada combinación de las dimensiones de autoeficacia laboral (EAT) y autoconocimiento emocional (TMMS-24). Los resultados en la Tabla 3 mostraron valores de W que oscilaron entre 0.857 y 0.932, con niveles de significancia $p < .001$ en todos los casos, lo que indica un incumplimiento del supuesto de normalidad bivariante. En consecuencia, se optó por utilizar el coeficiente Rho de Spearman como estadístico de correlación alternativo y adecuado para el análisis de relaciones entre variables cuando los datos no siguen una distribución normal. Esta decisión metodológica asegura la validez de los resultados al ajustar el análisis a las características empíricas de la muestra, reforzando la confiabilidad de las inferencias sobre la relación entre el autoconocimiento emocional y la autoeficacia percibida en psicólogos clínicos.

Los análisis de correlación de Spearman en la Tabla 4 permitieron identificar asociaciones significativas entre las dimensiones de la inteligencia emocional (claridad, reparación y atención emocional) y las variables relacionadas con la autoeficacia percibida en psicólogos clínicos (autogestión, meta-aprendizaje, transferencia, autocuidado y metacognición). En general, los hallazgos muestran que la claridad y reparación se vinculan de manera positiva con distintas manifestaciones de autoeficacia profesional, mientras que la atención a las emociones no presentó asociaciones estadísticamente relevantes.

En cuanto a la “claridad emocional”, nuestra variable de interés para evaluar el autoconocimiento emocional, se observaron correlaciones positivas y significativas con todas las dimensiones del EAT, siendo más destacadas las relaciones con el meta-aprendizaje ($\rho = .323$) y la transferencia ($\rho = .306$). Estos resultados sugieren que los psicólogos clínicos que logran comprender con mayor precisión sus estados emocionales tienden también a desarrollar habilidades para reflexionar sobre su propio aprendizaje y aplicar sus conocimientos en contextos diversos de la práctica clínica. Dicho

hallazgo refuerza la idea de que el autoconocimiento emocional constituye un recurso cognitivo-afectivo que potencia la confianza en las propias competencias profesionales.

Tabla 3

Contraste de Shapiro-Wilk para la Normalidad Bivariante entre EAT y TMMS-24

EAT	TMMS-24	Shapiro-Wilk	p
Autogestión	- Atención a las Emociones (Percepción)	0.928	< .001
Autogestión	- Claridad Emocional (Comprensión)	0.932	< .001
Autogestión	- Reparación Emocional (Regulación)	0.923	< .001
Transferencia	- Atención a las Emociones (Percepción)	0.893	< .001
Transferencia	- Claridad Emocional (Comprensión)	0.901	< .001
Transferencia	- Reparación Emocional (Regulación)	0.872	< .001
Metacognición	- Atención a las Emociones (Percepción)	0.919	< .001
Metacognición	- Claridad Emocional (Comprensión)	0.924	< .001
Metacognición	- Reparación Emocional (Regulación)	0.912	< .001
Meta-Aprendizaje	- Atención a las Emociones (Percepción)	0.881	< .001
Meta-Aprendizaje	- Claridad Emocional (Comprensión)	0.899	< .001
Meta-Aprendizaje	- Reparación Emocional (Regulación)	0.880	< .001
Autocuidado	- Atención a las Emociones (Percepción)	0.878	< .001
Autocuidado	- Claridad Emocional (Comprensión)	0.880	< .001
Autocuidado	- Reparación Emocional (Regulación)	0.857	< .001
Puntaje Total EAT	- Atención a las Emociones (percepción)	0.886	< .001
Puntaje Total EAT	- Claridad Emocional (Comprensión)	0.880	< .001
Puntaje Total EAT	- Reparación Emocional (Regulación)	0.871	< .001

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Respecto a la “reparación emocional”, los coeficientes de correlación fueron los más y consistentes, particularmente con la transferencia ($\rho = .475$), la autogestión ($\rho = .373$) y el meta-aprendizaje ($\rho = .345$). Esto indica que los psicólogos clínicos con mayor capacidad para regular y recuperar el equilibrio emocional reportan también una mayor percepción de autoeficacia en el manejo de situaciones estresantes, en la organización de su práctica y en la aplicación de estrategias terapéuticas. En ese sentido, la reparación emocional parece ser un componente central que respalda la autoeficacia profesional percibida en contextos clínicos, dado que permite sostener la estabilidad afectiva necesaria para la toma de decisiones y la intervención efectiva con los consultantes.

Por el contrario, la “atención a las emociones” no mostró correlaciones significativas con ninguna de las dimensiones de la autoeficacia percibida. Aunque se encontraron coeficientes positivos, estos fueron bajos y no estadísticamente relevantes (ρ entre .06 y .14).

El puntaje total de la EAT mostró una correlación positiva y significativa tanto con la claridad emocional ($\rho = .295$) como con la reparación emocional ($\rho = .394$). La asociación más fuerte se observó con la reparación emocional, mientras que con la atención a las emociones no presentó una relación significativa ($\rho = .096$). Este resultado sugiere que el simple hecho de percibir y atender a los estados emocionales no necesariamente se traduce en una mayor percepción de eficacia profesional. En cambio, son los procesos de claridad (comprensión) y reparación (regulación) los que parecen desempeñar un papel más determinante en la confianza del psicólogo en su práctica clínica sobre su capacidad de ejercer de manera competente.

Tabla 4

Rho Spearman Correlaciones entre las dimensiones de EAT y TMMS-24

Variables	Claridad emocional (comprensión)	Reparación emocional (regulación)	Atención a las emociones (percepción)
Autogestión	0.268*	0.373**	0.093
Meta-aprendizaje	0.323**	0.345**	0.079
Transferencia	0.306**	0.475***	0.136
Autocuidado	0.225*	0.346**	0.146
Metacognición	0.233*	0.299**	0.063
Puntaje total EAT	0.295*	0.394**	0.096

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

El análisis de correlaciones de Spearman diferenciadas por sexo permitió identificar matices relevantes en la relación entre autoconocimiento emocional y autoeficacia laboral en psicólogos clínicos. En la Tabla 5 en hombres, se observó que la “autogestión” se asocia significativamente tanto con la claridad emocional ($\rho = .394$) como con la reparación emocional ($\rho = .526$), mientras que el “autocuidado” mostró correlaciones aún más fuertes con la claridad ($\rho = .405$) y la reparación ($\rho = .579$). Asimismo, la “transferencia” presentó una asociación robusta con la reparación emocional ($\rho = .509$), y el “meta-aprendizaje” se vinculó con la claridad ($\rho = .441$).

Tabla 5

Rho de Spearman Correlaciones por Sexo entre las dimensiones de TMMS-24 y EAT

TMMS-24	EAT	Rho de Spearman Hombres	Rho de Spearman Mujeres
Atención a Las Emociones (Percepción)	Autogestión	0.157	0.044
Atención a Las Emociones (Percepción)	Transferencia	0.187	0.084
Atención a Las Emociones (Percepción)	Metacognición	0.105	-0.010
Atención a Las Emociones (Percepción)	Autocuidado	0.159	0.138
Atención a Las Emociones (Percepción)	Meta-Aprendizaje	0.133	0.016
Claridad Emocional (Comprensión)	Autogestión	0.394*	0.209
Claridad Emocional (Comprensión)	Transferencia	0.266	0.316*
Claridad Emocional (Comprensión)	Metacognición	0.289	0.144
Claridad Emocional (Comprensión)	Autocuidado	0.405*	0.186
Claridad Emocional (Comprensión)	Meta-Aprendizaje	0.441*	0.183
Reparación Emocional (Regulación)	Autogestión	0.526**	0.316*
Reparación Emocional (Regulación)	Transferencia	0.509**	0.454**
Reparación Emocional (Regulación)	Metacognición	0.230	0.290*
Reparación Emocional (Regulación)	Autocuidado	0.579***	0.275*
Reparación Emocional (Regulación)	Meta-Aprendizaje	0.354	0.326*
Atención a Las Emociones (Percepción)	Puntaje total EAT	0.146	0.044
Claridad Emocional (Comprensión)	Puntaje total EAT	0.355	0.241
Reparación Emocional (Regulación)	Puntaje total EAT	0.494**	0.340*

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

En las mujeres, en cambio, las correlaciones fueron más consistentes con la “reparación emocional”, destacando la

autogestión ($p = .316$), la transferencia ($p = .454$), la metacognición ($p = .290$) y el autocuidado ($p = .275$), mientras que la “claridad emocional” se relacionó únicamente con la transferencia ($p = .316$).

Al analizar los datos utilizando el puntaje total EAT, únicamente se evidenció una correlación positiva con la dimensión de reparación emocional del TMMS-24, tanto en hombres (0.494**) como en mujeres (0.340*). Estos resultados sugieren que, aunque en ambos sexos la reparación emocional emerge como la dimensión central del autoconocimiento vinculada a la autoeficacia, en los hombres existe un mayor peso de esta dimensión como recurso explicativo, mientras que en las mujeres se evidencia una red más amplia de asociaciones con la reparación, lo cual podría reflejar estilos diferenciales en el manejo emocional que influyen en la percepción de eficacia profesional. Por su parte, en la dimensión de “atención emocional”, no reportó asociaciones significativas por sexo. En tanto, la dimensión de “claridad emocional” reportó significancia únicamente en una dimensión en las mujeres, mientras que en los hombres fue en tres dimensiones de la EAT.

Los resultados del análisis de varianza (ANOVA) aplicado al puntaje total de la Escala de Autoeficacia en el trabajo (EAT), como se evidencia en la Tabla 6, según el enfoque terapéutico de los participantes no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=.84$). El valor de p es considerablemente mayor al umbral convencional de significación ($p<0.5$), lo que indica que las variaciones en el nivel de autoeficacia percibida en el trabajo no se explican por el enfoque terapéutico utilizado. Es decir que las diferencias observadas son atribuibles a otros factores predisponentes o individuales y no al efecto de la variable independiente. En este sentido, se concluye que los psicólogos clínicos, independientemente de su orientación teórica, reportan niveles similares de autoeficacia en su práctica laboral.

Tabla 6

Anova – Puntaje total EAT con enfoque terapéutico

Casos	Suma de Cuadros	gl	Cuadrado Medio	F	P
Enfoque terapéutico	1819.321	8	227.415	0.515	0.84
Residuales	24719.233	56	441.415		

Nota. Suma de Cuadrados Tipo III

4 Discusión

Los resultados del presente estudio contribuyen a las evidencias que vinculan las competencias emocionales con la percepción de autoeficacia profesional, específicamente en psicólogos clínicos. Principalmente, el hallazgo de que tanto la claridad emocional como la reparación emocional se asocian positivamente con múltiples dimensiones de autoeficacia, apoya la idea de que no basta con atender las emociones, sino que es necesario comprenderlas y regularlas para que dichas competencias repercutan en la confianza profesional. En este sentido, la atención emocional no mostró asociaciones significativas, lo cual sugiere que su rol puede ser más indirecto o dependiente de etapas posteriores de procesamiento emocional.

Este patrón de resultados se relaciona con estudios que han encontrado que las dimensiones regulativas de la inteligencia emocional suelen mostrar mayor capacidad predictiva respecto al desempeño o a indicadores de eficacia. Como lo señala el estudio de Pirson et al. (2023), se reporta que las habilidades de inteligencia emocional suelen tener efectos más sólidos sobre el desempeño laboral. Asimismo, en contextos sanitarios, la inteligencia emocional se ha asociado con resultados percibidos, mediada en parte por la autoeficacia. En el estudio de Sommaruga et. al (2016), se sugiere que las competencias emocionales pueden operar indirectamente para favorecer la calidad percibida del servicio profesional.

En el estudio de Martínez et al. (2023), se encontró que la autoeficacia se asocia con dimensiones de la inteligencia emocional y la reducción de los niveles de ansiedad con mindfulness, lo que puede indicar que las habilidades de conciencia plena y regulación emocional configuran una red psicológica que favorece la percepción de competencia y eficacia. Aunque el contexto del estudio mencionado es diferente, las relaciones demostradas entre atención plena, inteligencia emocional y autoeficacia sugiere que en profesionales de salud mental estos mecanismos podrían estar presentes con igual o mayor fuerza.

Distintas investigaciones, como las de Gavidia y Lascano (2024); Ruano et al. (2024), sugieren que existen diferencias por sexo en la dimensión de atención emocional del TMMS-24, donde las mujeres puntuaron más alto que los hombres. Sin embargo, esto difiere de la presente investigación, donde se obtuvo que no hubo diferencias significativas por sexo en dicha dimensión. Además, los resultados mostraron que en hombres la claridad emocional tenía asociaciones significativas con más dimensiones de autoeficacia, mientras que en mujeres la reparación emocional fue la dimensión más consistentemente relacionada con autoeficacia. Este contraste entre las investigaciones mencionadas y la presente, podría deberse a la diferencia en el tipo de población estudiada. Siendo de esta manera, los resultados de nuestra investigación por sexo podrían interpretarse como reflejo de diferentes estilos emocionales o estrategias de afrontamiento entre géneros: puede que los hombres en esta muestra se beneficien más de la fase de comprensión emocional para fortalecer su eficacia profesional, mientras que las mujeres podrían apoyarse mayormente en la regulación emocional como recurso de resiliencia clínica. No obstante, debe reconocerse que estas diferencias podrían ser parcialmente artefactos de la muestra (tamaño reducido) o reflejar sesgos culturales locales. Sería prudente explorarlas en estudios posteriores con muestras mayores y análisis de interacción.

Otra observación relevante fue que no se hallaron diferencias significativas en la autoeficacia profesional según el enfoque terapéutico adoptado por los psicólogos clínicos. En contraste con la literatura revisada, no se han encontrado investigaciones que tengan en cuenta el enfoque terapéutico adoptado por los psicólogos clínicos. Esto indica que, al menos en esta muestra, la percepción de competencia profesional se explicaría más por competencias emocionales intrapersonales que por la orientación teórica del terapeuta. En otras palabras, las habilidades de claridad y regulación emocional podrían operar como recursos que trascienden el modelo terapéutico. No obstante, debe considerarse que en este estudio el número de participantes por cada enfoque puede no haber sido suficiente para detectar diferencias más finas.

Cabe señalar algunas limitaciones que condicionan la generalización e interpretación de los resultados. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre autoconciencia emocional y autoeficacia percibida; podría incluso existir una relación recíproca o la influencia de variables externas no medidas (por ejemplo carga clínica, supervisión, burnout). En segundo lugar, la muestra de 66 psicólogos, aunque valiosa para exploraciones iniciales, limita la potencia para detectar efectos pequeños o interactivos, especialmente en análisis por género o enfoque. En tercer lugar, las medidas utilizadas son de autoinforme, lo que puede introducir autoevaluación sesgada. Finalmente, no se incluyeron variables contextuales que pueden moderar estas relaciones, tales como la carga de trabajo, apoyo institucional o condiciones del entorno clínico.

Para investigaciones futuras se recomienda emplear diseños longitudinales o intervenciones experimentales para verificar efectos causales; incorporar variables contextuales del entorno clínico (estrés laboral, burnout); y complementar autoinformes con datos objetivos (evaluaciones de desempeño, valoraciones de supervisores). Además, sería útil replicar el estudio en muestras más amplias y culturalmente diversas para validar si los patrones de relación generales y las diferencias de género se mantienen.

En síntesis, estos hallazgos sugieren que entre psicólogos clínicos, las competencias emocionales de claridad y regulación, más que únicamente la atención emocional, están vinculadas a una mayor percepción de autoeficacia profesional. Esto implica que los programas de formación y supervisión clínica podrían beneficiarse al incluir entrenamiento explícito en comprensión emocional y regulación para fortalecer la confianza profesional en los psicólogos en ejercicio.

5 Referencias Bliográficas

- Ángel, N. (2020). Inteligencia emocional percibida en estudiantes de educación superior: análisis de las diferencias en las distintas dimensiones. *Actualidades En Psicología*, 34(128), 17-33. <https://www.redalyc.org/journal/1332/133263700002/html/>
- Araújo, S., Teixeira, G., Becker, A., Machado, & Monezi, A. (2023). Adaptation and validation of the Psychologist and Counsellor Self-Efficacy Scale (PCES) among Brazilian psychologists and psychology students. *Ciencias Psicológicas*. <https://doi.org/10.22235/cp.v17i2.2881>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy, the exercise of control*. Nueva York: Worth Publishers.
- Bargsted, M., Ramírez, R., & Yeyes, J. (2019). Professional Self-efficacy and Job Satisfaction: The Mediator Role of Work Design. *Journal Of Work And Organizational Psychology*, 35(3), 157-163. <https://doi.org/10.5093/jwop2019a18>

- Bisquerra, A. y Pérez, N. (2007). *Las competencias emocionales*. Educación XX1. <https://www.redalyc.org/pdf/706/70601005.pdf>
- Brackett, M., Mayer, J., & Warner, R. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1387–1402. https://www.researchgate.net/publication/222519275_Emotional_Intelligence_and_its
- Campos, M., Velasco, C., Araya, J., & Gaete, C. (2021). Construcción y validación de una escala de autoeficacia en el trabajo. *Información Tecnológica*, 32(3), 47-56. <https://doi.org/10.4067/s0718-07642021000300047>
- Cardoso, H., Baptista, M., & Rueda, F. (2017). Self-efficacy at work: bibliometric revision between 2004 and 2014 in the EBSCO database - Academic Search. *Psicología Desde el Caribe*, 34(3), 204-215. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psic>
- Costa, F., Melo, L., Oliveira, J., & Lessa, J. (2024). Relaciones entre competencias socioemocionales, adaptabilidad y autoeficacia en la transición escuela-trabajo. *Ciencias Psicológicas*. <https://doi.org/10.22235/cp.v18i2.3720>
- De Mendonça, N., De Santana, A., & Bueno, J. (2023). The Relationship between Job Burnout and Emotional Intelligence: A Meta-Analysis". *Revista Psicologia Organizações E Trabalho*, 23(2). https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&66572023000202471
- Di Fabio, A., & Kenny, M. (2016). Promoting Well-Being: The Contribution of Emotional Intelligence. *Frontiers in Psychology*. SAGE Publications. https://www.researchgate.net/publication/306248450_Promoting_Well-Being_The_Contribution_of_Emotional_Intelligence/link/6627e90243f8df018d224061/download
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). *Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)*.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). *Validity and reliability of the Spanish version of the Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)*. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Gavidia, Y. N. H., & Lascano, M. M. (2024). El manejo de la inteligencia emocional y regulación emocional en los estudiantes de bachillerato. *Deleted Journal*, 13(2), 167-185. <https://doi.org/10.62325/10.62325/yachana.v13.n2.2024.922>
- JASP Team. (2024). JASP (19.3). <https://jasp-stats.org/>
- Lomas, T., Medina, J. C., Ivtsan, I., Rupprecht, S., Eiroa-Orosa, F. J., & Bamber, D. (2018). A systematic review of the impact of mindfulness on the well-being of healthcare professionals. *PubMed*, 144(5), 424–445. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28752554/>
- Martínez, I., García, A., Morales, F. M., & Pérez, J. M. (2023). Mindfulness Abilities Are Associated with Anxiety Levels, Emotional Intelligence, and Perceived Self-Efficacy. *Sustainability*, 15(6), 4729. <https://doi.org/10.3390/su15064729>
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197–215. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1503_02
- Montes, Y., Prettel, M. & Boutureira, M. T. (2018). Las emociones en la vida universitaria: análisis de la relación entre autoconocimiento emocional y autorregulación emocional en adolescentes y jóvenes universitarios. *Psicogente*, 21(40). <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3081>
- Pirsoul, T., Parmentier, M., Sovet, L., & Nils, F. (2023). Emotional intelligence and career-related outcomes: A meta-analysis. *Human Resource Management Review*, 33(3), 100967. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2023.100967>
- Quijano, S. y Navarro, J. (2012). La autoeficacia y la motivación en el trabajo. *Apuntes de Psicología*, 30(1-3), 337-349. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/416>
- Ruano, H., Galindo, L., Godoy, R. y Sánchez, M. (2024). Cómo se manifiesta el género en los niveles de inteligencia emocional percibida en estudiantes de educación superior. *Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10185027>
- Ruiz, M., Jaraba, B. & Romero Santiago, L. (2008). La formación en psicología y las nuevas exigencias del mundo laboral: Competencias laborales exigidas a los psicólogos. *Psicología desde el Caribe*, (21), 136-157. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21302108.pdf>
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>

Salovey, P., Mayer, J., Goldman, S., Turvey, C. y Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. En J. Pennebaker (ed.): *Emotion, disclosure and health*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Sommaruga, M., Casu, G., Giaquinto, F., & Gremigni, P. (2016). Self-perceived provision of patient centered care by healthcare professionals: The role of emotional intelligence and general self-efficacy. *Patient Education And Counseling*, 100(5), 974-980. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.12.002>