El terapeuta también tiene familia: El impacto de la familia de origen en el estilo terapéutico.

Carmina Llongueras Espí.
Institut d'Assistència Sanitària (IAS), Girona, España. Psicóloga Especialista en Psicología Clínica (PEPC).
carmina.llongueras.ias@gencat.cat

Javier Obando.
Fundación Orienta (centro concertado con el Servei Català de la Salut), Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de El Prat de Llobregat, Barcelona, España. Educador.

javierobandolopez@gmail.com

Anna Cortina Pujol.
Hospital Universitari de Santa Maria. Servicio de psiquiatría. Equipo de proximidad-Programa de Soporte Individual, Lleida, España. Educadora Social.

anna.cortina.pujol@gmail.com

Adrián Hinojosa.
Escuela de terapia familiar Sant Pau, programa de formación online. Barcelona. Tutor del programa online.

hinojosa.jose@hotmail.com

Paula Mercau.
Sanatorio Britanico, Consultorios del Britanico. Rosario, Argentina. Psicóloga clínica.

mapaulamercau@gmail.com

Esperanza Merlos.
Centro Sanitario Polivalente Clínica EMAE, Unidad de Psicología, Cartagena, España. Psicóloga general sanitaria.

espemfer@gmail.com

Aida Pou.
Consorci Hospitalari de Vic, Centro de Salud Mental de Adultos, Vic, Catalunya. Psicóloga general sanitaria.

aidapoucuenca@gmail.com

Norma Verdolini.
Unidad Sanitaria Local Umbria, Departamento de Salud Mental, Centro de Salud Mental de Perugia, Perugia, Italia. MD, PhD, psiquiatra e investigadora clínica, norma.

verdolini@gmail.com

Recibido: 30/07/2025
Aceptado: 16/02/2026

Resumen.

Esta investigación tiene como objetivo general explorar el impacto del estilo relacional de la familia de origen del terapeuta en su forma de posicionarse clínicamente. A través de un diseño correlacional, se analizan los datos de una muestra de terapeutas familiares, combinando la Escala de Clima Familiar (FES) y el Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). Los resultados sugieren que ciertas configuraciones familiares se asocian con tendencias terapéuticas específicas. Por ejemplo, que configuraciones familiares caracterizadas por mayor control se asocian con un estilo terapéutico más expresivo, mientras que ambientes familiares con bajo nivel de organización predicen un estilo de involucración más elevado. Esta línea de estudio abre nuevas vías para comprender al terapeuta como sujeto situado, cuya historia familiar no es un obstáculo, sino una herramienta potencial si es trabajada de forma consciente y supervisada.

Palabras clave.
Familia de origen, estilo personal del terapeuta, terapia familiar sistémica, historia relacional, relaciones tempranas, transferencia y contratransferencia.

Abstract.
The general objective of this research is to explore the impact of the relational style of the therapist's family of origin on their clinical approach. Using a correlational design, data from a sample of family therapists were analyzed, combining the Family Climate Scale (FES) and the Therapist Personal Style Assessment Questionnaire (EPT-C). The results suggest that certain family configurations are associated with specific therapeutic tendencies. For example, family configurations characterized by greater control are associated with a more expressive therapeutic style, whilst family environments with a low level of organization predict a more highly involved style. This line of research opens new perspectives in order to understand the therapist as a specific subject, whose family history is not an obstacle but rather a potential tool. Of course, a conscious and supervised personal therapy on the family of origin should be developed.

Key words.
Family of origin, therapeutical personal style, systemic family therapy, relational history, early relationships, transfert and countertransfert.


Carmina Llongueras


Javier Obando


Anna Cortina


Paula Mercau


Esperanza Merlos


Aida Pou


Norma Verdolini

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la comprensión del terapeuta como sujeto implicado ha sido uno de los giros más significativos en la evolución de la psicoterapia (Garfield, 1997).

Diversos autores (Beutler, Machado y Neufeld, 1994; Orlinsky, Grawe y Parks, 1994; Orlinsky et al, 1994) han hecho sus contribuciones con relación al estilo personal del terapeuta (EPT). En este artículo nos centraremos en la definición hecha por Fernández-Álvarez y García (1998) quienes definen el EPT como un constructo que engloba las condiciones que llevan a un terapeuta a actuar de un modo particular, además de tener en consideración las peculiaridades que influyen en la práctica terapéutica y que son propias de la manera de ser de cada terapeuta, independientemente del foco terapéutico o de la orientación teórica. Dichos autores consideran que hay tres variables importantes que contribuyen a la formación del EPT: a) la posición socio-profesional, b) la situación vital, la personalidad, la actitud y los posicionamientos; c) los modos dominantes de comunicación que utiliza.

Paralelamente, en el contexto de la terapia familiar sistémica, se ha pasado de una visión neutral y tecnocrática del terapeuta —entendido como mero facilitador de técnicas— hacia una concepción que lo reconoce como un "instrumento" relacional activo cuya historia, afectividad y estilo de vinculación influyen inevitablemente en la dinámica terapéutica (Aponte & Carlsen, 2009).

El self del terapeuta como herramienta clínica

Uno de los marcos teóricos más influyentes en este campo es el concepto de "self del terapeuta", desarrollado desde la integración de modelos sistémicos, psicodinámicos y fenomenológicos. Este enfoque plantea que el terapeuta no solo aporta sus conocimientos y habilidades técnicas al proceso terapéutico, sino también su manera de estar en la relación, construida a partir de su biografía emocional, en especial de sus vínculos tempranos y experiencias familiares (Gil, 2011). Aponte y Carlsen (2009) introducen el modelo del "person of the therapist", según el cual el terapeuta debe desarrollar conciencia sobre sus temas personales y familiares no con el objetivo de eliminarlos, sino de utilizarlos con responsabilidad y autenticidad, como herramienta de conexión y comprensión clínica. Este modelo propone que, lejos de buscar una "neutralidad objetiva", el terapeuta debe asumir su subjetividad como una fuente valiosa de resonancia con el sistema familiar en consulta. Desde este marco, la familia de origen ocupa un lugar privilegiado como matriz estructurante del estilo de relación, manejo emocional y visión del mundo del terapeuta. Según Galli, Giner y Casau (2018), el trabajo reflexivo sobre la propia historia familiar permite al terapeuta reconocer "zonas de sensibilidad" que pueden influir en sus intervenciones, ya sea facilitando la empatía o activando reacciones contratransferenciales.

La autorreflexividad y el posicionamiento relacional

El concepto de autorreflexividad, ampliamente desarrollado en la terapia sistémica postmoderna, se refiere a la capacidad del terapeuta para observar sus propios procesos internos durante la interacción terapéutica (Burnham, 2005). En este sentido, la historia relacional del terapeuta —y especialmente sus lealtades invisibles, mandatos y mitologías familiares o estilos de apego— puede influir en su posicionamiento dentro de la terapia. Casas (2018) sugiere que el estilo terapéutico puede entenderse como una traducción práctica del sistema de creencias, hábitos vinculares y patrones de relación internalizados por el terapeuta a lo largo de su historia. Estos patrones, si no son objeto de reflexión y trabajo, pueden cristalizarse en formas rígidas de intervención que limitan la espontaneidad, la empatía o la creatividad terapéutica.

El trabajo vivencial en la formación de terapeutas

A la luz de estos hallazgos, ha cobrado creciente importancia el trabajo vivencial con la historia familiar del futuro terapeuta durante su formación. Instituciones formativas de orientación sistémica han integrado dispositivos para promover una conciencia profunda del self terapéutico (Schiaroli, 2014). Este tipo de trabajo no solo permite identificar patrones relacionales internalizados, sino también resignificarlos desde una posición adulta y profesional. Casas (2018) propone que, durante la supervisión, dedicar tiempo y esfuerzo a conocer las bases

de nuestra elección como terapeutas nos permite ampliar nuestra libertad en el momento de ejercer. La elección de ser terapeuta puede responder a mandatos, lealtades invisibles o necesidades no resueltas de la historia familiar. Siguiendo con esta idea, Casas (2018) propone una serie de preguntas para ampliar la mirada sobre el propio estilo terapéutico, valorando cómo el terapeuta ha generado la forma de relacionarse en las sesiones. Considera la forma del terapeuta de construir las preguntas, los argumentos, las explicaciones psicoeducativas o la coherencia a nivel corporal con el mensaje verbal, entre otros.

Aponte y Kissil (2014) enfatizan que el trabajo vivencial supervisado facilita que el terapeuta convierta su biografía emocional en una fuente de conexión auténtica con las familias, reduciendo las interferencias inconscientes en la relación terapéutica. Safran y Muran (2013) resaltan que la experiencia en la vida real permite desarrollar al terapeuta capacidades de reconocimiento de patrones complejos y facilita la integración con información de múltiples fuentes. Asimismo, los programas de formación que incluyen espacios vivenciales supervisados muestran mayor eficacia en el desarrollo de habilidades relacionales, autorregulación emocional y posicionamiento ético del terapeuta (Gil, 2011; Galli, Giner y Cazau, 2018). Los mismos, destacan que este enfoque reduce el riesgo de burnout y favorece una mayor congruencia entre el estilo personal y el rol clínico desempeñado. Además, en el trabajo personal es fundamental que el terapeuta haga su propio trabajo terapéutico para reconocer sus puntos ciegos, identificar proyecciones y transferencias cruzadas, y tener una práctica más libre, ética y auténtica.

En resumen, el ejercicio de la terapia familiar implica no solo la aplicación de modelos teóricos y técnicas específicas, sino también la puesta en juego de la propia historia personal del terapeuta. Diversos estudios (Galli, Giner y Cazau, 2018; Schiaroli, 2014) han señalado que la familia de origen del profesional influye en su estilo de vinculación, percepción de los sistemas familiares y estrategias de intervención clínica. En este contexto, surge la necesidad de investigar de qué manera las experiencias relacionales tempranas del terapeuta impactan en su estilo terapéutico dentro del espacio clínico.

OBJETIVOS

El objetivo general de esta investigación es medir el impacto que el estilo relacional de la familia de origen del terapeuta tiene en su estilo terapéutico. Para abordar esta cuestión, se han formulado los siguientes objetivos específicos: 1. Identificar y clasificar las tipologías familiares de origen de los participantes a través de la Escala de Clima Familiar (FES); 2. Describir los estilos terapéuticos predominantes en la práctica profesional de los terapeutas mediante el cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C); 3. Analizar la correlación entre las características relacionales de la familia de origen y el estilo

terapéutico adoptado, teniendo en cuenta variables individuales y contextuales como la formación recibida, la experiencia clínica o el modelo teórico de referencia; 4. Explorar los mecanismos de influencia mediante los cuales la experiencia familiar del terapeuta podría estar moldeando su manera de vincularse con las familias en consulta; 5. Valorar las implicaciones clínicas y formativas derivadas de los hallazgos.

METODOLOGÍA

El presente estudio se enmarca dentro de un enfoque cuantitativo, correlacional y transversal, con el objetivo de analizar la relación entre el estilo personal del terapeuta y las características del ambiente de la familia de origen.

Participantes

La selección se realizó mediante muestreo intencional no probabilístico, a través de la difusión del estudio mediante correo electrónico a diferentes escuelas de terapia familiar.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: 1. Poseer estudios de grado de cualquiera de los grados que permiten acceder a la formación sistémica acreditada. A saber: psiquiatría, psicología, trabajo o educador sociales. 2. Tener formación en terapia familiar sistémica; 3. Estar en activo a nivel laboral y tener al menos un año de experiencia laboral en contextos clínicos o educativos; 4. Aceptar la participación en el estudio.

Recogida de datos e instrumentos

Para el estudio, se emplearon un cuestionario de recogida de datos sociodemográficos y dos instrumentos estandarizados.

- Breve cuestionario de recogida de datos sociodemográficos. Género sentido, edad cronológica, estudios realizados y años de experiencia clínica.
- Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C, Prado-Abril et al, 2020). Instrumento con más de 20 años de desarrollos teóricos y empíricos a nivel internacional, que fue validado en población española por dichos autores. Es un instrumento diseñado para identificar dimensiones del estilo terapéutico personal en terapeutas en formación o en ejercicio. Evalúa áreas como el nivel de directividad, la capacidad reflexiva, la actitud colaborativa y la presencia emocional del terapeuta. Se compone de ítems tipo Likert (1–5) y ha mostrado adecuados índices de fiabilidad interna ($\alpha > .80$). Estos estilos son:

  - Instruccional: manera del profesional de estructurar el encuadre terapéutico, normas y reglas. Oscila entre rigidez normativa y flexibilidad adaptativa.

- Expresivo: modo de comunicación del terapeuta. Estilos más cercanos vs estilos más lejanos.

- Involucración: grado de implicación relacional y emocional del terapeuta. Oscila entre alta implicación (con riesgo de sobreimplicación) y baja (compromiso superficial con el proceso).

- Atencional: modo predominante de atención del terapeuta, desde abierta y flotante a focalizada y directiva.

- Operativa: grado de planificación y estructuración técnica del trabajo. Oscila entre la espontaneidad y protocolos y secuencias pasivas.

- Escala Family Environment Scale (FES). Cuestionario estandarizado desarrollado por Moos y Moos (1981), adaptado para contextos hispanohablantes por Fernández-Ballesteros y Sierra (1984). Se buscaba un instrumento que evaluara las dinámicas en la familia de origen y no en la creada. La FES evalúa percepciones retrospectivas del ambiente familiar de origen en tres áreas principales:

  - Relaciones: evalúa el grado de comunicación y libre expresión; y grado de interacción conflictiva. Incluye la cohesión (grado de compenetración y apoyo mutuo), la expresividad (grado en el que la familia promueve y tolera la expresión libre de los sentimientos individuales) y el conflicto (grado en el que la familia expresa de forma abierta el enfado, la ira, la agresividad y los conflictos entre sus miembros).

  - Desarrollo: evalúa la importancia de ciertos procesos de desarrollo personal y su relación con la vida en común. Incluye la autonomía (grado en el que los miembros están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman decisiones propias), la actuación (grado en el que la familia enmarca las acciones -como el trabajo o la escuela- orientándola hacia la acción o competitividad), la dimensión intelectual-cultural (grado de interés por actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales), la dimensión social-recreativo (grado de participación en este tipo de actividades) y la moralidad-religiosidad (importancia atribuida a las prácticas y valores de tipo ético y religioso).

  - Estabilidad: ofrece información sobre la estructura y organización de la familia). Incluye la organización (importancia que se da a una clara organización y estructura de las tareas y responsabilidades de la familia) y el control (grado en en que la dirección de la vida familiar se rige por normas y procedimientos establecidos).

Se compone de 90 ítems con respuesta dicotómica (verdadero/falso). Es ampliamente utilizado en contextos clínicos y educativos, con alta validez constructiva y consistencia interna.

Procedimiento

Los datos de nuestra muestra fueron recogidos entre los meses de enero y abril de 2025. La difusión se realizó coordinadamente con distintas instituciones/escuelas sistémicas. Los participantes completaron la recogida de datos sociodemográficos y ambos cuestionarios (EPT-C y FES) mediante un formulario electrónico en línea, diseñado para garantizar la confidencialidad y anonimato de las respuestas. Cada participante firmó un consentimiento informado digital antes de acceder a los instrumentos y recibió información sobre la investigación.

Análisis estadístico

La comparación de las características sociodemográficas y clínicas entre los grupos se realizó mediante pruebas de Chi-cuadrado para variables categóricas y la prueba t de Student y el análisis de la varianza (ANOVA) para variables continuas. Se realizó la prueba de Bonferroni para las comparaciones post-hoc con el fin de identificar diferencias pareadas entre los grupos. Para evaluar qué estilos sociodemográficos, clínicos y del entorno familiar se asociaban con los diferentes estilos terapéuticos, primero se realizaron correlaciones bivariadas de Pearson. Posteriormente, para comprender cómo los estilos del entorno familiar afectan a los diferentes estilos terapéuticos, se utilizó un modelo de regresión lineal. Todos los modelos se ajustaron por edad, sexo, experiencia clínica y tipo de trabajo. Todos los análisis estadísticos se realizaron con IBM SPSS Statistics versión 23.0. La significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

RESULTADOS

Muestra



La muestra incluyó 109 participantes: 5 fueron excluidos por ser mayores que el criterio de inclusión, mientras que 1 participante fue excluido por no especificar su tipo de trabajo. Finalmente, se obtuvieron un total de 104 participantes: 86 (82,7%) eran mujeres, 14 (13,5%) eran hombres, 2 (1,9%) se identificaban con género binario y 2 (1,9%) prefirieron no responder. La edad media fue de 38.23 años (sd=9.14). De los 104 profesionales, 82 (78,8%) eran psicólogos, 3 (2,9%) psiquiatras, 12 (11,5%) trabajadores sociales y 1 (1%) educador so-

cial. En cuanto a la experiencia clínica, 41 (39,4%) de los profesionales se encontraban en sus primeras etapas (de 0 a 5 años), 25 (24%) tenían entre 5 y 10 años de experiencia clínica y 38 (36,5%) tenían más de 10 años de experiencia clínica.



Estilos del entorno familiar y diferentes estilos de la terapia

En cuanto a los estilos del entorno familiar, en toda la muestra, se identificó que los entornos familiares más frecuentes fueron: 1. Relaciones: Conflicto (media: 50 ± 8,57, mín.: 36, máx. 76); 2. Desarrollo: Orientación activa-recreativa (media: 52,17 ± 6,69, mín.: 34, máx. 67) y Orientación intelectual-cultural (media: 50,18 ± 9,11, mín.: 33, máx. 65); 3. Estabilidad: Control (media: 49,67 ± 9,88, mín.: 31, máx. 72). En cuanto a los estilos terapéuticos, los más frecuentes fueron el Expresivo (media: 19,28 ± 4,27, mín: 6, máx 28) y el Operativo (media: 16,25 ± 3,84, min: 8, máx 27).

Entre hombres y mujeres, las mujeres presentaron un entorno familiar caracterizado por conflicto (media: 50,69 ± 9,84 vs. 43,93 ± 11,9, p=0,023), orientación intelectual-cultural (media: 51,21 ± 9,12 vs. 44,92 ± 6,73, p=0,019) y organización (media: 50,04 ± 8,7 vs. 43,14 ± 10, p=0,009) más que los hombres. No se observaron diferencias en cuanto a los estilos terapéuticos entre mujeres y hombres.

La menor edad de los profesionales se correlacionó con un entorno familiar caracterizado por mayor conflicto (r=-0,204, p=0,038) y con menor organización (r=0,333, p=0,001). En cuanto al estilo terapéutico, los profesionales más jóvenes reportaron un estilo terapéutico más atencional (r=-0,284, p=0,004).

En cuanto a los años de experiencia clínica, los profesionales con más de 10 años de experiencia reportaron menos conflicto en la familia de origen que aquellos con menos de 5 años de experiencia (Diferencia de Medias MD=5,817, Error Estándar EE=1,869, p=0,007), pero no se encontraron diferencias entre los diferentes estilos terapéuticos.

Asociación entre estilos terapéuticos y entorno familiar

El estilo terapéutico atencional se correlacionó positivamente con el conflicto (r = 0,244; p = 0,013), la moralidad-religiosidad (r = -0,230; p = 0,019) y el control (r = -0,214; p = 0,031), y negativamente con la autonomía (r = -0,204; p = 0,038). Se realizó un modelo de regresión múltiple jerárquica para evaluar cuáles de estos estilos de entorno familiar se asociaban más con el estilo terapéutico atencional, tras controlar por edad, años de experiencia clínica, tipo de trabajo y género. Se realizaron análisis preliminares para garantizar que no se violaran los supuestos de normalidad, linealidad, multicolinealidad y homocedasticidad. En el modelo final (F (8, 92) = 2,865, p=0,007), sólo el clima familiar caracterizado por moralidad-religiosidad fue estadísticamente significativa, y se asoció inversamente con el estilo terapéutico atencional (beta = –0,206, p = 0,045).

El estilo terapéutico expresivo se correlacionó positivamente con el control (r = 0,319, p = 0,001) y la actuación (r = 0,209, p = 0,033). En el modelo de regresión múltiple jerárquica (F (6, 95) = 3,069, p = 0,009), solo el control fue estadísticamente significativo y se asoció directamente con el estilo terapéutico expresivo (beta = 0,281, p = 0,012).

El estilo terapéutico de involucración se correlacionó positivamente con el conflicto (r=0,255, p=0,009) y la actuación (r=0,198, p=0,044), y negativamente con la cohesión (r=-0,199, p=0,047), la organización (r=-0,286, p=0,004) y la orientación social-recreativa (r=-0,244, p=0,014). En el modelo de regresión múltiple jerárquica (F(9, 88) = 2,367, p=0,019), solo la organización fue estadísticamente significativa y se asoció inversamente con el estilo terapéutico involucración (beta = -2,268, p = 0,026). Ni el estilo terapéutico instruccional ni el operativo se correlacionaron con entornos familiares específicos.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten observar con claridad que los estilos del entorno familiar tienen un impacto significativo en la configuración del estilo terapéutico que los profesionales adoptan en la práctica clínica.

En esta investigación encontramos algunos hallazgos significativos. Por ejemplo, las terapeutas mujeres han presentado más conflicto, más organización y un desarrollo más intelectual-cultural en sus familias de origen en comparación con los hombres. También podemos observar que los estilos más frecuentes en todos los profesionales son el estilo expresivo y el operativo. De cara a los estilos de la familia de origen, los más frecuentes en toda la muestra eran: a nivel relacional, el Conflicto; a nivel de desarrollo, el Intelectual-Cultural y el Social-Recreativo; a nivel de estabilidad, el Control. Es posible que el ejercicio como terapeuta familiar se vea influido por haber experimentado la propia familia de origen como un entorno conflictivo y de control. En esta línea, Canevaro (2003)

plantea como la elección vocacional sería la profesionalización de un rol aprendido en la familia de origen y describe al terapeuta como el "terapeuta fracasado de su familia de origen".

> Así mismo, algunos autores como Bowen (1978) o Kerr y Bowen (1988) ya advirtieron que, si un terapeuta está emocionalmente vinculado o desvinculado inadecuadamente a su propia familia de origen, puede llegar a presionar a las familias a quienes atiende. Los mismos consideran la necesidad de comprender la propia historia familiar para el desarrollo clínico del terapeuta. En 2021, Casas vuelve a hablar del concepto del terapeuta como terapeuta fallido de su propia familia y la importancia de reconocer este mensaje, asimismo defiende la necesidad de trabajar sobre esto mismo y usar las resonancias como recurso y no como límite.

Otro hallazgo que encontramos fue, por una parte, que los terapeutas más jóvenes describían las familias de origen con mayores niveles de conflicto y menores niveles de organización. Por otra parte, los mismos utilizan un estilo terapéutico más atencional, con atención focalizada en un tema. De aquí podríamos hipotetizar, por una parte, que los terapeutas noveles con familias con dichas características necesitarían cierto grado de control de la situación con el fin de intentar evitar el conflicto, intentando compensar las dinámicas relacionales de la familia de origen. Por otra parte, podríamos hipotetizar que los terapeutas con menor experiencia necesitan seguir un guión, quizás debido a una menor seguridad en sus capacidad y experiencia. Son varios los autores (Stoltenberg & Delwort, 1987; Thériault, Gazzola & Richardson, 2009; Thériault, & Gazzola, 2008; Gard y Lewis, 2008) que hablan de cómo los terapeutas noveles pasan por una etapa de alta ansiedad, falta de confianza y dependencia de un supervisor, que los lleva a recurrir a estructuras claras y guionizadas. Asimismo indican que el mecanismo de defensa para la sensación de incompetencia es recorrer a estructuras, guiones o manuales para sentirse seguros. Estos mismos recursos facilita tener menos ansiedad como terapeuta y, a largo plazo, disminuye la necesidad de sobre estructurar las sesiones.

De cara a los estilos terapéuticos, el estilo terapéutico atencional (atención focalizada) se asociaba más con familias de origen caracterizada por mayor conflicto, menor autonomía, menor religiosidad y mayor control. Después de entrar las variables en la regresión linear, controlando por variables sociodemográficas y por la interacción entre los diferentes estilos familiares, la única relación que se mantenía significativa era la relación inversa entre estilo atencional y religiosidad, estando el estilo atencional focalizado menos asociado con un estilo familiar moral-religioso, que se caracteriza por la importancia que se le da dentro de la familia a las prácticas y a los valores éticos-religiosos. La asociación entre práctica religiosa y un estilo atencional bajo resulta un aspecto que merecería ser investigado con mayor profundidad. Se podría hipotetizar que, en personas

o terapeutas con una religiosidad marcada, se manifieste un estilo más directivo, donde las propias creencias tienden a ocupar un lugar central en la intervención, posiblemente en detrimento de una atención sostenida al otro. Sin embargo, esta línea requiere mayor desarrollo empírico y teórico para ser confirmada.

De cara al estilo Expresivo, se asocia a una familia de origen caracterizada por más control y más actuación. Después de entrar las variables en la regresión lineal, la única relación que se mantiene significativa es la relación directa entre estilo expresivo y control, siendo el estilo expresivo más asociado con un estilo familiar controlador. Esto implicaría que el haber crecido en una familia de origen con más control llevaría al terapeuta a realizar una terapia más expresiva y orientada a las emociones quizás, hipotetizando, para distanciarse del control de su familia de origen.

Finalmente, el estilo terapéutico caracterizado por la Involucración se asocia con un estilo familiar caracterizado por más conflicto y actuación, menos por cohesión, organización y un desarrollo social-recreativo. Después de entrar las variables en la regresión lineal, la única relación que se mantenía significativa era la relación inversa con la organización, estando el estilo involucrado más asociado con un estilo familiar desorganizado. A decir, que el terapeuta que ha pasado por más desorganización en la familia puede que se involucre más en la terapia. En este sentido, algunos autores como Schmidbauer (1977) o Guy (1987) ya hablaban del "síndrome del ayudante" o "síndrome del salvador" para hacer referencia a la necesidad de algunas personas de "salvar" al otro para reparar experiencias traumáticas propias o déficits afectivos.

Teniendo en cuenta la influencia de la familia de origen en la construcción del vínculo, así como en la intervención familiar, es importante poder realizar un trabajo más consciente de la propia familia (Kreuz y otros, 2008, Kreus y otros, 2011; Kreuz y Casas, 2017). En esta línea, los mismos autores mencionan como la supervisión y el conocimiento profundo de la familia de origen es relevante y necesario para una práctica terapéutica ética, efectiva y genuina, así como de gran utilidad para casos que nos producen un importante bloqueo. Canevaro y otros (2016) también reflexionan sobre la importancia de trabajar directamente con las familias de origen de los terapeutas en formación.

Por lo tanto, lejos de concebirse como un estilo rígido o uniforme, el quehacer del terapeuta se muestra como una construcción relacional, que dialoga activamente con los patrones comunicacionales, vínculos afectivos y estructuras de funcionamiento del sistema familiar con el que se ha relacionado en su familia de origen.

Al tratarse de la primera investigación, a nuestro conocer, que se haya desarrollado sobre el tema, nuestros hallazgos se tienen que interpretar con cautela, y hay que considerarlos bajo la lupa de las limitaciones asociadas. Si bien es

cierto que la muestra es bastante grande, habría que ampliarla para poder generalizar los resultados obtenidos.

A partir de los resultados de esta investigación, emergen nuevas preguntas que podrían ser exploradas en estudios posteriores, con el fin de seguir profundizando en la relación entre los estilos del entorno familiar, los estilos terapéuticos y el rol de la supervisión clínica. Por ejemplo, se podría valorar cómo incide la historia familiar del propio terapeuta en la forma en que adapta su estilo clínico a los distintos sistemas familiares así como las dificultades asociadas a la hora de construir la alianza terapéutica en función del entorno familiar.

Además, se debería valorar si es posible diseñar modelos de formación terapéutica que integren la valoración del estilo terapéutico a partir de la familia de origen como parte del aprendizaje profesional, más allá de la forma experiencial clásica.

Por último, agregar que no se han podido hacer análisis de datos en torno a perfiles profesionales e identificación de género debido a una muestra escasa.

CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones señaladas, lo que esta investigación pone de manifiesto es que el entorno familiar del terapeuta desempeña un papel fundamental en la configuración de su estilo terapéutico. Este entorno no solo influye en las estrategias de intervención que el terapeuta emplea, sino también en su manera de actuar como interlocutor dentro del proceso terapéutico, ya que participa en la co-construcción del encuadre y del lenguaje terapéutico. A través de sus experiencias vividas en su propia familia de origen, el terapeuta no solo transmite sus conocimientos profesionales, sino también una serie de patrones relacionales que han sido internalizados a lo largo de su vida. De este modo, el terapeuta se ve transformado por el sistema familiar con el que ha crecido, y, en consecuencia, ajusta su estilo y enfoque terapéutico según las demandas relacionales que emergen de la familia que está siendo atendida.

Bibliografía

Aponte, H. J., & Carlsen, J. C. (2009). The person of the therapist training model: Mastering the use of self. Journal of Marital and Family Therapy, 35(4), 373–388. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00125.x

Aponte, H. J., & Kissil, K. (2014). The person of the therapist: An integrative model for training therapists. Routledge.

Bowen, M. (1978). Family Therapy in Clinical Practice. Jason Aronson.

Burnham, J. (2005). Relational reflexivity: A tool for socially constructing therapeutic relationships. The Association for Family Therapy, 27(3), 267–277. https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00314.x

Canevaro, A. (2003). La persona del terapeuta y su origen: la inclusión de las familias de origen y su impacto en el desarrollo del self profesional de los terapeutas.

Canevaro, A., Abeliu, Y., Condeza, M., Escala, M. A., García, G., & Montes, J. (2016). El nacimiento del terapeuta sistémico: el trabajo directo con las familias de origen de los terapeutas en formación. Revista REDES(34), 127-144.

Casas, C. (2021). La familia de origen del terapeuta en sesión: moviéndonos entre familias. Editorial Morata.

Fernández Ballesteros, R., & Sierra, B. (1984). Escalas de clima social [Social climate scales]. Madrid: TEA.

Galli, M., Giner, J., & Cazau, A. (2018). Reconocimiento de la familia del terapeuta: construcción de su identidad y prácticas. Clínica Contemporánea, 9(3). https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2018a20

Garfield, S. L. (1997). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. Clinical Psychology: Science and Practice, 4(1), 40–43

Gil, E. (2011). The healing power of play: Working with abused children (2ª ed.). Guilford Press.

Guy, J. D. (1987). The personal life of the psychotherapist. New Jersey: John Wiley & Sons.

Kerr, M. E., & Bowen, M. (1988). Family Evaluation: An Approeach Based on Bowen Theory. Northon.

Moos, R., & Moos, B. (1981). Family Environment Scale Manual. Consulting Psychologists Press.

Orellana, F., Martin, A., Marín, A. & Ibaceta, F. (2016). La persona del terapeuta y su origen. La inclusión de las familias de origen y su impacto en el desarrollo del self profesional de los terapeutas del Instituto Humaniza Santiago. Redes, 34. Pags: 107 - 126.

Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Sánchez-Reales, S., Youn, S. J., Inchausti, F., & Molinari, G. (2020). La persona del terapeuta: Validación española del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). https://doi.org/10.31234/osf.io/zupaj

Schiaroli, F. (2014). El encuentro con la familia de origen del futuro terapeuta. Trabajo Final de Máster. Asociación Vasca de Terapia Familiar. https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/11/Schiaroli-Federica-Trabajo-3%C2%BA-Za-13-14.pdf

Schmidbauer, W. (1997). Die Hilflosen Helfer. Alemania: Rowohlt.

Stoltenberg, C. D., & Delworth, U. (1987). Supervising counselors and therapists: A developmental approach. San Francisco: Jossey-Bass.

Thériault, A., Gazzola, N., & Richardon, B. (2009). Feelings of incompetence in Novice therapists: consequences, coping, and correctives. Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, 43(2), 105-119.

Thériault, A., & Gazzola, N. (2008). Feelings of incompetence among Experienced Clinicians: A Substantive Theroy. European Journal for Qualitative REsearch in Psychotherapy, 3, 19-29.