

LA SUPERVISIÓN SISTÉMICA CENTRADA EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA



THE PERSON OF THE THERAPIST CENTERED SUPERVISION

ANDRÉS CÉSPEDES J.³ Y PATRICIA SANTIBÁÑEZ F.⁴

RESUMEN

La presente revisión de literatura busca describir y analizar las características de la supervisión centrada en la persona del terapeuta (SCPDT), definida como una forma de supervisión clínica que trabaja intencionalmente con el “yo” del terapeuta para mejorar su efectividad. La SCPDT se fundamenta en modelos sistémicos y en los factores comunes de la psicoterapia, al priorizar la autoconciencia y responsabilidad del terapeuta en el proceso terapéutico. Se abordan distintas propuestas de supervisión que destacan la relevancia de los aspectos personales del terapeuta, como el instrumento de supervisión de Aponte y Carlsen (2009) y el método de conversación interna de Rober (2016). Ambos modelos promueven el desarrollo de una autosupervisión consciente y diferencian las emociones del terapeuta de las de sus clientes, permitiendo una práctica más clara y ética. En Chile, diversos programas de formación en terapia sistémica integran esta perspectiva, evidenciando su valor en la construcción de la identidad profesional del terapeuta. Este artículo busca, así, caracterizar la SCPDT y analizar su aplicabilidad en distintos enfoques terapéuticos sistémicos.

Palabras clave: supervisión clínica, persona del terapeuta, factores comunes, enfoque sistémico, resonancias

SUMMARY

This literature review aims to describe and analyze the characteristics of Person of the Therapist Centered Supervision (POTCS). It is defined as a form of clinical supervision that intentionally focuses on the therapist’s “self” to enhance therapeutic effectiveness. POTCS is grounded in systemic models and common factors in psychotherapy, emphasizing therapist self-awareness and responsibility in the therapeutic process. Various supervision approaches highlighting the personal aspects of the therapist are discussed, including Aponte and Carlsen’s (2009) Supervision Instrument and Rober’s (2016) Inner Conversation Method. Both models promote the development of conscious self-supervision by distinguishing the therapist’s emotions from those of their clients, enabling clearer and more ethical practice. In Chile, several systemic therapy training programs integrate this perspective, demonstrating its value in shaping the therapist’s professional identity. This article seeks to characterize POTCS and analyze its applicability in different systemic therapeutic approaches.

Keywords: clinical supervision, person of the therapist, common factors, systemic approach, resonance

³ Universidad Austral de Chile, Puerto Montt, Chile.

⁴ Universidad Austral de Chile, Puerto Montt, Chile y Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

INTRODUCCIÓN

La supervisión clínica es una instancia esencial en la formación de terapeutas, pero también en el ejercicio profesional, crucial para el desarrollo de habilidades clínicas y el bienestar del terapeuta. Sin embargo, la producción de conocimiento en el área no ha experimentado el crecimiento esperado para un proceso tan crítico para la psicoterapia (Botero-García et al., 2022). Tal como señalan Orbegozo y Zunino (2022), existen múltiples maneras de realizar supervisiones clínicas, la cuales varían según su enfoque psicoterapéutico u objetivo. La mirada sistémica, desde sus fundamentos teóricos y metodológicos, ha introducido elementos distintivos que enriquecen el proceso de supervisión (Olabbarría et al., 2025).

En esta escuela, podemos encontrar diferencias que fluctúan entre metodologías focalizadas en aspectos técnicos del proceso terapéutico, así como estilos que enfatizan el trabajo con la persona del terapeuta (PDT). Esto, a su vez, puede cambiar en función de las necesidades del supervisado, considerando la etapa de su formación y el ejercicio profesional en que se encuentre.

En Chile, distintos programas de formación sistémica sostienen que la autoconciencia y el desarrollo personal del terapeuta son fundamentales para la efectividad clínica. Por ejemplo, el programa de postítulo del Instituto Humaniza de Santiago declara, que en el proceso de formación que imparten, los estudiantes deben cursar un “Taller de la Persona del Terapeuta” y, a su vez, un “Taller de Supervisión Centrado en la Persona del Terapeuta” (Orellana et al., 2016). Por otro lado, el Magíster en Terapia Familiar Sistémica de la Universidad de La Frontera incorpora, durante cuatro semestres, el “Taller de la Persona del Terapeuta”, que según Parada y Cuevas (2020) tiene el rol de propiciar una formación humanizante en la construcción de identidad del terapeuta familiar que egresa de este, lo

cual favorece la integración entre lo teórico y lo práctico, entre el ser y el hacer, entre lo profesional y lo personal. Asimismo, en el “Taller de la Persona del Terapeuta”, impartido por el Instituto Chileno de Terapia Familiar se describe el abordaje de un estilo de supervisión con base en el modelo persona-práctica de Aponte y Winter (1988, como se citó en Jara & Vidal, 2004).

Aun con la existencia de programas que, en su formación, integran el trabajo con la PDT, además de su uso de manera intuitiva en distintos espacios de supervisión, se hace evidente el vacío en la literatura sobre enfoques de supervisión que se centren específicamente en la PDT, especialmente aportes en habla hispana. Lo anterior podría comprenderse desde una mirada hacia la supervisión en general, en la cual se evidencia una insuficiente producción de conocimiento sobre esta práctica en Latinoamérica, y que esta ha sido una actividad que se ha basado más en la experiencia clínica y docente de los supervisores que en resultados de investigación (Botero-García et al., 2022).

Por otra parte, específicamente en lo que respecta a la SCPDT, es posible asumir que, en países subdesarrollados de habla hispana, la sistematización de estos procesos queda relegada ante la carencia de tiempos resguardados para el análisis de casos y trabajo de la PDT debido a la alta demanda de atención de salud mental (Ríos & Santibáñez, 2024). En este sentido, surge la necesidad de aportar a la visibilización de una forma de supervisión centrada en uno de los aspectos más relevantes para los terapeutas sistémicos.

A partir de la inquietud respecto de cuáles podrían ser las particularidades de la SCPDT, se realizó una revisión de literatura de carácter descriptivo (Manterola et al., 2023) con la finalidad de revisar y consolidar la información existente sobre las características de las supervisiones que priorizan la dimensión per-

sonal del terapeuta. En este sentido, el objetivo general de la presente revisión es describir y analizar las características de la supervisión

clínica sistémica centrada en la PDT a través del análisis de estudios previos.

DESARROLLO

La persona del terapeuta

Tal como señala Szmulewicz (2013), gran parte del desarrollo de la noción de la PDT se la debemos a Harry Aponte, quien ha realizado importantes propuestas para la incorporación de esta dimensión en la formación de los profesionales a modo de entrenamiento. En la actualidad, Rivas et al. (2020) señalan que la PDT es un concepto que engloba los aspectos personales del terapeuta que sirven como un insumo fundamental para la intervención clínica. Estos autores citan a Carrasco y Díaz (2011) para conceptualizar la PDT como “aquel aspecto personal del terapeuta que incluye sus sentimientos, percepciones, pensamientos y propia biografía” (p. 32), información que se autodevela frente al consultante y que se implica en la relación terapéutica, transformando así la realidad tanto de quien consulta como del propio terapeuta.

Por su parte, Orellana et al. (2018) reconocen la PDT como aquellos aspectos personales que son significativos y que inciden en el *self* personal del terapeuta. En esa misma lógica, De la Harpe y Santibáñez (2021) sostienen que la PDT se constituye por los sentimientos, pensamientos, creencias, valores, biografía e historias transgeneracionales, decisiones de vida, pasado, presente y los proyectos de futuro de aquellos seres humanos que ejercen el rol de terapeuta.

Szmulewicz (2013), por otra parte, recalca lo importante que es para los procesos psicoterapéuticos que los terapeutas sean capaces de considerar e incorporar su propia subjetividad en las conversaciones con sus consultantes. Para lograr esto, sostiene que es fundamental realizar un trabajo centrado en la PDT a través de la autoobservación y auto-

conocimiento, reconociendo la organización de su mundo interno, sus historias y el contexto en que emergieron. Así, toda esta información puede transformarse en insumos para nutrir los procesos terapéuticos y prevenir, además, intervenciones iatrogénicas debido a temas no resueltos por parte del profesional que puedan resonar en sesión.

Asimismo, Díaz (2021) subraya la importancia de considerar dos dimensiones clave de la PDT en el contexto terapéutico: la dimensión experiencia, centrada en las imágenes y fantasías que el terapeuta genera a partir de sus observaciones durante las sesiones, y que se relaciona con la forma en que el terapeuta percibe y experimenta el proceso terapéutico; por otro lado, la dimensión profesional, que abarca las hipótesis, interpretaciones y conclusiones que el terapeuta formula para guiar sus intervenciones. La interacción entre ambas dimensiones facilita la construcción de significados y reflexiones que el terapeuta comparte con el consultante.

Por otro lado, Aponte y Kissil (2017) sostienen que el uso de la PDT considera todos los aspectos que el terapeuta va aportando desde su yo al proceso de terapia con los consultantes, poniendo especial énfasis en la resonancia empática que se produce entre las heridas emocionales del propio terapeuta y las del consultante.

Finalmente, Aponte y Carlsen (2009) destacan la importancia de incorporar el trabajo con la PDT en las instancias de supervisión puesto que en la terapia sistémica contemporánea los terapeutas ya no se consideran como figuras neutrales, sino que se posicionan como colaboradores que aportan sus valores, emociones y experiencias personales a la

relación terapéutica, lo que exige una mayor autoconciencia y dominio del “yo” en el proceso terapéutico. En este sentido, la SCPDT permitiría a los terapeutas gestionar de manera consciente y ética su influencia personal

en la terapia, integrando competencias técnicas con mayor responsabilidad emocional y cultural en un entorno cada vez más diverso y dinámico.

SUPERVISIÓN SISTÉMICA

Definiciones de supervisión

Según Fernández y Graziozo (2023), la supervisión es un elemento esencial en la formación y práctica de la psicoterapia, la cual se encuentra presente en los estudios de pregrado, continúa durante el posgrado y se mantiene como un recurso disponible en las distintas etapas del ejercicio profesional. En este sentido, se adapta a los distintos momentos de formación profesional, reforzando en los inicios el entrenamiento clínico, para, posteriormente, convertirse en un espacio para resolver dudas, evaluar procesos terapéuticos y cuidar el bienestar del terapeuta frente al desgaste emocional propio del trabajo clínico.

En esa misma lógica, Peralta (2025) se refiere a la supervisión como una confluencia que surge en el contexto clínico entre un terapeuta que realiza una pregunta y un supervisor que lo acompaña en un proceso de co-construcción de la respuesta buscada. Dicha autora enfatiza en la importancia del uso de la compasión y la presencia radical en el ejercicio supervisivo para promover desde una mirada ética y comprometida el cuidado hacia los terapeutas supervisados, a fin de contrarrestar diálogos internos amenazantes que podrían resultar de la experiencia de atención clínica.

Valenzuela (2022) plantea que la supervisión constituye un espacio de encuentro en el que convergen tanto la revisión técnica de los casos y las intervenciones propuestas, como también el diálogo entre las subjetividades del supervisor y de los supervisados. En esa lógica, Moreno y Bautista-Díaz (2024) consideran que la supervisión en psicología constituye

un proceso formativo en el que profesionales con experiencia orientan a quienes se encuentran en formación, acompañándolos durante todo su desarrollo profesional. En este marco, el supervisor debe asumir la responsabilidad de asegurar que los futuros psicólogos clínicos y de la salud adquieran las competencias necesarias para ofrecer una atención de calidad.

Finalmente, la supervisión clínica puede entenderse como una relación intensiva entre supervisor y supervisado, orientada al desarrollo de competencias terapéuticas y a la mejora de la efectividad profesional en un contexto seguro, reflexivo y estructurado. Este espacio cumple funciones formativas, restaurativas y normativas, facilitando el aprendizaje, el procesamiento emocional de los casos, el cumplimiento de estándares clínicos y la reflexión ética en la práctica (Loganbill et al., 1982; Hess et al., 2008; Villafuerte, 2020).

Modelos de supervisión

Orbegozo y Zunino (2022) sostienen que los modelos son “representaciones simplificadas de objetos de interés y su función es la de facilitar el tratamiento del objeto o fenómeno que representan” (pp. 30-31); promueven el estudio del fenómeno, pero no pretenden abarcar toda su complejidad. En este sentido, los modelos vendrían siendo más específicos y acotados en comparación con las teorías, las cuales aportan visiones más amplias y completas. Por esto, en la literatura suele utilizarse el término “modelo” en relación con la supervisión clínica.

Respecto a los modelos de supervisión clínica, Bernard y Goodyear (2016) proponen

cuatro categorías principales: modelos basados en teorías psicoterapéuticas, modelos de desarrollo, modelos de proceso y modelos de segunda generación.

Los modelos basados en la teoría psicoterapéutica reflejan la formación clínica del supervisor e influyen en su estilo de supervisión, selección de técnicas y vínculo con los supervisados. Incluyen enfoques como el psicodinámico, humanista, cognitivo-conductual, sistémico, constructivista e integrativo, permitiendo a los supervisados observar en acción un modelo terapéutico específico.

Los modelos de desarrollo se centran en las necesidades evolutivas del supervisado. Autores como McNeill y Stoltenberg (2016, como se citó en Villafuerte, 2020), proponen etapas como inseguridad y dependencia, aumento de autonomía, individuación y relación de colegaje, lo que permite al supervisor ajustar su estilo según el nivel de experiencia, sin adherirse rígidamente a una teoría.

Los modelos de proceso abordan la supervisión como una experiencia educativa y relacional en sí misma. Se enfocan en las dinámicas del proceso supervisivo en sí, más que en contenidos técnicos o etapas de desarrollo. Entre ellos se encuentran el modelo de discriminación, los eventos críticos, el enfoque sistémico de Holloway y el modelo de los siete lentes de Hawkins y Shohet (Moreno, 2014). Este último distingue entre supervisión directa e indirecta y plantea distintos focos: desde el análisis técnico de sesiones hasta la reflexión sobre contextos institucionales o dinámicas contratransferenciales. Aunque son valiosos por su versatilidad, han sido criticados por no profundizar en aspectos teóricos o evolutivos

si se usan de forma aislada (Bernard y Goodyear, 2016).

Finalmente, los modelos de segunda generación surgen como respuesta a la evolución de la psicoterapia hacia enfoques integrativos y basados en evidencia. Se agrupan en cuatro tipos: 1) modelos combinados, que integran distintos enfoques primarios; 2) modelos de problemas objetivo, centrados en desafíos específicos de la supervisión; 3) modelos de factores comunes, que identifican elementos transversales a los diferentes modelos de supervisión, como la autoexploración e introspección del supervisado; y 4) la supervisión basada en evidencia, que prioriza prácticas validadas empíricamente.

Así, Bernard y Goodyear (2016) sugieren que, en la práctica, los supervisores no se ajustan estrictamente a una sola categoría de modelos de supervisión, sino que integran aspectos de diferentes categorías. Esto se debe a que, al igual que en la psicoterapia, la supervisión también refleja una base teórica. Por lo tanto, incluso si un supervisor no se adscribe a un modelo teórico específico, su supervisión a menudo estará influenciada por su orientación teórica y afectará cómo entiende a sus supervisados y desarrolla intervenciones.

Dada la diversidad de enfoques y necesidades en la supervisión clínica, queda claro que se trata de un fenómeno complejo y diverso. Debido a esto, es inevitable que los supervisores estén influenciados por su perspectiva teórica de formación, la cual incide en su comprensión de los procesos terapéuticos, en la utilización de técnicas y en la toma de decisiones, así como en la forma de realizar supervisiones clínicas.

SUPERVISIÓN BASADA EN LA TEORÍA SISTÉMICA

Bernard y Goodyear (2016) describen la supervisión sistémica como un enfoque derivado de la terapia familiar. Moreno (2014) agrega que los terapeutas sistémicos han aportado significativamente al campo, espe-

cialmente mediante la incorporación de conceptos como los sistemas observantes, que permiten comprender las interacciones tanto en la consulta como en la relación supervisor-supervisado. Estos desarrollos han sido

progresivamente integrados en modelos contemporáneos, lo que refleja la evolución del enfoque sistémico en la práctica supervisiva.

Asimismo, Daskal (2023) señala que el supervisor es concebido como parte del sistema, pues participa activamente en la observación e interpretación de las sesiones. En este marco se distinguen distintos subsistemas: la familia, la familia con los terapeutas y el sistema de supervisión, que incluye a supervisor y supervisados.

En cuanto a su evolución, los primeros modelos de supervisión sistémica se construyeron desde las lógicas terapéuticas del enfoque específico supervisado (Bernard & Goodyear, 2016). Por ejemplo, McDaniel et al. (1983) describen que la supervisión estructural buscaba enseñar técnicas orientadas al cambio en las dinámicas familiares, trabajando jerárquicamente desde el supervisor hacia el terapeuta y este hacia la familia. La supervisión en vivo, mediante llamadas o entradas directas a la sala, servía para fortalecer esa jerarquía, ofreciendo estructura y contención al aprendiz, quien gradualmente desarrollaba autonomía.

En la supervisión estratégica, el supervisor asume un rol consultivo, pues intervienen solo ante bloqueos del terapeuta. Se emplean recursos como espejos unidireccionales, sesiones grabadas y seminarios teóricos, con un foco en resolver problemas específicos y promover la autonomía técnica del supervisado (McDaniel et al., 1983).

Por su parte, la supervisión transgeneracional prioriza el crecimiento personal del terapeuta desde la teoría de Bowen. Se incentiva al aprendiz a explorar sus propias dinámicas familiares usando herramientas como el genograma, considerando que esa autorreflexión mejora su desempeño clínico. El supervisor actúa como *coach*, y este tipo de supervisión suele dirigirse a terapeutas más experimentados (McDaniel et al., 1983).

Más recientemente ha habido una tendencia hacia la integración en la teoría familiar sistémica, más que un enfoque terapéutico en particular. En este sentido, desde el enfoque sistémico se ha consolidado la mirada de los supervisores y terapeutas como agentes activos en el sistema en que intervienen, prestando especial atención a las dinámicas que se presentan tanto al interior del sistema familiar, como entre la familia y el terapeuta, y en la díada supervisor-supervisado (Bernard & Goodyear, 2016).

En esa lógica, Román (2020) plantea que la supervisión clínica sistémica se distingue por su enfoque epistemológico, en la cual el observador (el terapeuta), desde una mirada de segundo orden, reflexiona sobre sus propias observaciones, lo que aporta una dimensión única no presente en los enfoques clásicos de supervisión sistémica. En la actualidad este modelo se diferencia de las perspectivas sistémicas clásicas al integrar principios como la autorreferencia, la reflexividad y la circularidad, fomentando un diálogo entre los terapeutas en formación, el contexto social y los sistemas consultantes. Además, afirma que la supervisión se entiende como un espacio creativo y ecológico, en que el conocimiento no es predeterminado, sino una construcción dinámica que responde a las realidades y desafíos del entorno.

Asimismo, Haley (1997, como se citó en Hernández, 2007) indica que la supervisión debe ser consistente con los principios de la terapia breve, estratégica y activa, considerando el contexto social y las implicaciones ético-sociales de la intervención. En este enfoque, las necesidades de los consultantes van a prevalecer por sobre las de aprendizaje del terapeuta en formación.

Desde una mirada estratégica de la terapia, el terapeuta tiene un rol proactivo en la dirección del proceso terapéutico, diseñando intervenciones específicas para cada problema basado en una comprensión dinámica de la

situación. Esta perspectiva no se basa en una teoría fija sobre los problemas, sino en la premisa de una influencia mutua entre el terapeuta y los consultantes, con un enfoque en ajustar las intervenciones según la participación activa de estos últimos. En este sentido, Hernández (2007) afirma que se reconocen isomorfismos entre la terapia y la supervisión, por lo que la postura del supervisor también se basa en los principios estratégicos al aplicar estos conceptos a la dinámica de la supervisión, como la focalización en los recursos del supervisado, la relación paradójica, la visión de cambio como una posibilidad innata de los individuos, la promoción del cambio mínimo y la valoración del contexto social de quien consulta.

Agrega el autor que la supervisión emerge como un sistema complejo, que nace del entrelazamiento entre la construcción individual del mundo del terapeuta (sentimientos, sentido vital, objetivos, conductas, etc.) y la co-construcción de los modos de relación y juegos de lenguaje en el equipo. Ambos procesos son simultáneos y recursivos, e involucran la interacción entre los consultantes, el terapeuta y el equipo de supervisión.

Como la construcción individual y la co-construcción son dos procesos simultáneos y recursivos, todos los participantes son coautores de la coordinación de acciones y de significados dentro de la cual se generan los procesos individuales. Esto implica que en la supervisión se develan los marcos teóricos, los prejuicios, los valores, la ideología y las vivencias previas del terapeuta, relevantes para el adecuado manejo del caso, al tiempo que se meta-observan las pautas de interacción entre los distintos actores y se reflexiona sobre las formas de conducir la conversación, tanto en la terapia como en la supervisión. (Hernández, 2007, p. 230).

Hernández (2007) considera que los procesos de supervisión son instancias íntimas, ya que las preferencias de los supervisados

están vinculadas a sus historias y estilos personales, por lo que el supervisor debe generar un ambiente protegido y respetuoso de los límites de la vida privada. De hecho, Beck et al. (2008, como se citó en Orbeagozo & Zunino, 2022) señalan que el foco de este modelo está en las relaciones que emergen del entrelazamiento de las dinámicas familiares, la relación familia-terapeuta y la diada supervisor-supervisado, todos entendidos como parte del mismo sistema en intervención.

En este sentido, el objetivo del modelo de supervisión sistémico es impulsar las habilidades interaccionales de los terapeutas, para que puedan actuar de manera más eficaz y versátil. Para ello, los supervisados deben pasar por un trabajo autorreferencial en el que se profundiza en aspectos de la PDT y también por una práctica heterorreferencial, todo lo cual les permite descentrarse de sí mismos para adentrarse en los distintos mundos de los consultantes, conectarse con sus problemáticas y propiciar nuevas comprensiones y conexiones entre los nodos. “Así se conjugan las epistemologías constructivistas y construccionistas, las cuales comparten el principio de que la realidad es una construcción que surge en la interacción y en el lenguaje” (Hernández, 2007, p. 231). Para lograr esto, el equipo de supervisión, compuesto por el supervisor y sus estudiantes, pone en práctica conversaciones reflexivas, en las cuales el supervisor actúa como soporte emocional, consultor y docente, que se integra en el equipo terapéutico (Hernández, 2007).

Desde esta mirada, Bernard y Goodyear (2016) explican que las supervisiones constructivistas se basan en una cosmovisión que ve la realidad y la verdad como construcciones sociales, contextualizadas y creadas por el observador. En este marco, la supervisión adopta un enfoque consultivo, en que el supervisor busca mantener una relativa igualdad con el aprendiz, gracias a la cual minimiza la jerarquía y se enfoca en las fortalezas del supervisado. El objetivo es, entonces, que am-

bos, supervisor y aprendiz, colaboren en la construcción del conocimiento en lugar de imponer una única verdad o forma correcta de entender la realidad.

Los autores reconocen, además, el riesgo de que los supervisores utilicen su poder para imponer perspectivas o deslumbrar a los aprendices con conocimientos filosóficos. Sin embargo, se enfatiza la importancia de evitar esta trampa y promover un enfoque colaborativo y no directivo, que permita al aprendiz desarrollar su propia comprensión. Este enfoque también incluye una crítica hacia los supervisores que podrían, sin darse cuenta, reclutar a los aprendices hacia una única vi-

sión de los problemas o soluciones, en lugar de fomentar la creación conjunta de significados (Bernard y Goodyear, 2016).

En esa lógica, Bernard y Goodyear (2016) señalan que los enfoques narrativos y centrados en soluciones, que destacan la construcción de realidades personales y culturales, se alinean con esta perspectiva constructivista en supervisión. Desde estos enfoques se trabaja con preguntas reflexivas, lenguaje positivo y énfasis en las fortalezas, buscando ampliar recursos y generar nuevos significados. Aquí, el supervisor renuncia al rol de experto, adoptando una postura consultiva favoreciendo la autonomía del supervisado.

SUPERVISIÓN CENTRADA EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA

Aponte y Carlsen (2009) denominan “supervisión centrada en la persona del terapeuta” (SCPDT) al modelo de supervisión que utiliza de manera consciente del yo del terapeuta en cada etapa del proceso terapéutico —desde la evaluación hasta la intervención—, con la finalidad de mejorar la efectividad de los terapeutas en el ámbito clínico. En este contexto, el supervisor tiene la responsabilidad de guiar al terapeuta en cómo utiliza su “yo” personal en los aspectos técnicos de la terapia. La profundidad con la que el supervisor aborda estos elementos dependerá tanto del caso, como de la capacidad del terapeuta para integrar sus aspectos personales en el trabajo clínico.

Es importante señalar que este modelo de supervisión no pertenece a ninguna escuela o enfoque terapéutico en particular, sino que se centra en ayudar a los terapeutas a ser conscientes y responsables de cómo utilizan su persona de manera activa e intencional en todas las etapas del proceso terapéutico. En este sentido, el “yo” del terapeuta se considera una herramienta tanto para evaluar como para intervenir, influenciado por sus valores culturales, filosóficos y espirituales, por lo que los supervisores no solo guían en las acciones, sino también en la reflexión sobre las visiones

del mundo del terapeuta, integrándolas en su práctica diaria (Aponte y Carlsen, 2009).

Para la puesta en práctica de este método de supervisión, Aponte y Carlsen (2009) elaboraron un instrumento de supervisión centrado en la PDT que busca estructurar el proceso de supervisión en el que el terapeuta conecta su “yo” personal con los desafíos técnicos del caso clínico. El instrumento se desarrolla en varias etapas, comenzando por identificar el problema clínico, el genograma del cliente y las reacciones personales del terapeuta hacia el cliente y viceversa. Luego, el terapeuta reflexiona sobre los valores culturales y espirituales que influyen en su percepción del problema, lo cual le permite identificar los aspectos personales que afectan su trabajo clínico. Después, con esta información el terapeuta supervisado debe formular una hipótesis sobre el problema, desarrollar una estrategia terapéutica y definir cómo utilizará su persona en las intervenciones. Finalmente, después de la sesión de supervisión, el terapeuta resume los resultados, reflexionando sobre cómo el caso revisado influyó en sus pensamientos y sentimientos, así como en su estrategia terapéutica y su uso del “yo”.

El terapeuta es guiado por esta herramienta a través de un proceso de autoexploración, en el cual sus reacciones y desafíos personales se integran en las decisiones clínicas. A medida que el terapeuta trabaja en la implementación de las intervenciones, el instrumento también lo impulsa a identificar y enfrentar sus desafíos personales, fomentando la autorreflexión constante y el uso consciente del “yo” en el tratamiento (Aponte y Carlsen, 2009).

El desarrollo personal del terapeuta es un resultado deseable de la supervisión de la PDT, pero es incidental a ella. El crecimiento personal de los terapeutas debe ser siempre un objetivo para todos y debe estar dirigido a la liberación de antiguos obstáculos que dificultan una buena terapia y al crecimiento en comprensión personal y madurez emocional, para presentar un yo más completo en el encuentro terapéutico. Sin embargo, la supervisión es, ante todo, el espacio para supervisar el progreso del trabajo clínico y para promover la maximización del uso pleno del yo por parte del terapeuta en beneficio del caso en cuestión (Aponte y Carlsen, 2009, p. 404.).

En este sentido, Aponte e Ingram (2018) explican que el uso de la SCPDT ofrece dos grandes beneficios. En primer lugar, el terapeuta mejora su capacidad para identificar y diferenciar sus propias emociones y experiencias de las de sus clientes, lo que contribuye a una práctica clínica más clara y efectiva. En segundo lugar, el terapeuta puede trabajar en sus temas personales fuera de la supervisión, lo que favorece la diferenciación y el crecimiento tanto personal como profesional, y permite que la supervisión se concentre en el desarrollo clínico sin interferencias.

Por otro lado, Rober (2016) presenta un método de supervisión que utiliza como herramienta principal la conversación interna del terapeuta durante las sesiones de terapia. Al igual que Aponte y Carlsen (2009), este autor advierte que este tipo de supervisión no se enmarca en un enfoque terapéutico, sino que

puede categorizarse en los modelos de factores comunes, ya que está centrado en el trabajo de la alianza terapéutica y en la PDT. Este enfoque de supervisión tiene como objetivo ayudar al supervisado a desarrollar una mayor capacidad de autosupervisión, lo que implica que el terapeuta se convierta en un observador reflexivo de sus propias reacciones y experiencias internas.

En este contexto, Rober (2016) señala que el terapeuta debe estar consciente de sus pensamientos, emociones y respuestas internas durante las sesiones de terapia, promoviendo que los terapeutas se utilicen a sí mismos como instrumentos en el proceso terapéutico e integren su subjetividad de manera controlada y efectiva. Esta introspección y el uso activo del “yo” del terapeuta no solo mejora la práctica clínica, sino que también es esencial para desarrollar una mayor flexibilidad y sensibilidad terapéutica, cualidades cruciales para establecer una buena alianza terapéutica, un factor decisivo en los resultados de la terapia.

El método de supervisión propuesto por Rober (2016), se pone en práctica a través de un proceso estructurado en que el terapeuta supervisado graba una sesión de terapia y elige un momento significativo para reflexionar. A partir de esta grabación, el supervisado elabora una transcripción en tres columnas: la primera incluye el diálogo literal de la sesión, la segunda recoge la conversación interna del terapeuta, es decir, sus pensamientos y emociones en ese instante, y la tercera consiste en sus reflexiones retrospectivas sobre lo vivido. Con esta información se construye un informe que se discute en un entorno de supervisión grupal, en la cual el supervisor y los compañeros comentan sobre las reflexiones del terapeuta, fomentando el desarrollo de la autosupervisión. Durante estas discusiones, se pone énfasis en la autorreflexión y el aprendizaje, permitiendo que el terapeuta utilice sus experiencias internas para mejorar su práctica clínica y fortalecer la conexión con los clientes.

Para Rober (2016), la implementación de una supervisión centrada en la alianza terapéutica y en la PDT ofrece múltiples beneficios. Esto incluye una mayor efectividad, un aumento en la autoconciencia, mayor flexibilidad en su posicionamiento durante las sesiones, así como una mejora en la capacidad de autocrítica. Además, fomenta la participación activa en las sesiones familiares y promueve una reflexión más profunda sobre las problemáticas que surgen en sus conversaciones internas.

En cuanto a la aplicación de la SCPDT en Chile, se identificaron distintos programas de formación sistémica que cuentan con instancias de trabajo con la PDT.

En este sentido, el programa de postítulo en Psicoterapia Sistémica Vincular Centrada en la Niña, el Niño, el Adolescente y su Familia del Instituto Humaniza de Santiago declara que en su formación uno de los núcleos más importantes es el eje de la PDT. En este eje se busca que el terapeuta explore y trabaje los aspectos personales que influyen en su práctica clínica, reconociendo cómo su *self* impacta en su relación con los pacientes. Para esto, el proceso comienza con el “Taller de la Persona del Terapeuta”, donde se abordan estos aspectos personales significativos. Posteriormente, los estudiantes participan en el “Taller de Supervisión Centrado en la Persona del Terapeuta”, cuyo objetivo es revisar aspectos técnicos clínicos y la PDT en sí y en el que profundizan en la autoexploración y reflexión sobre cómo el terapeuta se vincula con sus pacientes y maneja sus propias emociones y experiencias en el contexto clínico (Orellana et al., 2016).

Asimismo, en el “Taller de la Persona del Terapeuta”, impartido por el Instituto Chileno de Terapia Familiar, se describe el abordaje de un estilo de SCPDT basándose en el modelo persona-práctica propuesto por Apon-te y Winter (1988; como se citó en Jara & Vidal, 2004).

El modelo de supervisión que trabaja con la PDT considera que los sentimientos, las re-

acciones emocionales son inevitables entre terapeuta y paciente. Más aún, los sentimientos del terapeuta se consideran un aspecto muy valioso para el análisis y el devenir del sistema terapéutico (Jara & Vidal, 2004, pp. 86-87).

En este enfoque, la supervisión se orienta a registrar y reflexionar sobre las vivencias emocionales del terapeuta, ya que ignorarlas puede llevar a que el terapeuta quede “atrapado” en los patrones de interacción de la familia consultante. Según Jara y Vidal (2004) este “atrapamiento” ocurre cuando el terapeuta pierde la capacidad de observar simultáneamente el sistema familiar y el sistema terapéutico, todo lo cual afecta su función clínica.

En este sentido, el rol del supervisor en este modelo es ayudar al terapeuta a identificar el origen de ese atrapamiento, que puede estar relacionado con la interacción entre la familia consultante, la familia de origen del terapeuta y sus propios aspectos personales. Por lo tanto, el objetivo de la supervisión no es que el terapeuta resuelva sus conflictos internos, sino que pueda discriminar esas dinámicas y evitar quedar enredado en ellas, permitiendo así un desempeño más eficaz (Jara & Vidal, 2004).

Finalmente, Parada y Cuevas (2020) señalan que el Magister en Terapia Familiar Sistémica de la Universidad de La Frontera, incorpora durante cuatro semestres, el “Taller de la Persona del Terapeuta”, como un espacio formativo clave en la construcción de la identidad profesional de los terapeutas que egresan de este, y favorece la integración entre lo teórico y lo práctico, entre el ser y el hacer, entre lo profesional y lo personal. Según estos autores, dicho taller “da cabida al trabajo en base a las variables del terapeuta, su historia familiar y la utilización del sí mismo como herramienta en la terapia” (2020, p. 2). Por medio de una metodología grupal, los participantes revisan sus propias historias, valores y vulnerabilidades, promoviendo un profundo trabajo de autoconocimiento.

DISCUSIÓN

A partir de los aportes de Aponte y Carlsen (2009) y Rober (2016), se puede concluir que la supervisión centrada en la persona del terapeuta (SCPDT) se caracteriza por la utilización intencional del “yo” del terapeuta con la finalidad de mejorar la efectividad clínica, realizando una integración entre lo personal, lo técnico y lo relacional. Esta supervisión busca que el terapeuta no solo reconozca sus reacciones y percepciones personales, sino que las utilice como una herramienta activa y consciente en el tratamiento de sus consultantes. Esto implica hacer un trabajo reflexivo y autorregulado durante las sesiones de supervisión, en las cuales el terapeuta pueda revisar y ajustar la manera en que su persona influye en el proceso terapéutico. Aponte y Carlsen (2009) señalan que esta intervención orientada al “yo” personal, permite que los supervisados desarrollen una conciencia profesional que fusiona la autoexploración con el análisis de los casos clínicos del supervisado. Así, la PDT no solo se torna en un componente esencial del tratamiento, sino en un elemento cuidadosamente gestionado y dirigido para el bienestar del paciente.

Para lograr esto, se evidencia la existencia de propuestas metodológicas, tal como es propuesto por estos autores, quienes han desarrollado una serie de pasos en un protocolo de SCPDT, con preguntas tanto técnicas como reflexivas con relación al caso que trae el supervisado (Aponte & Carlsen, 2009); mientras que Rober (2016) propone un modelo que promueve la autosupervisión a través del entrenamiento con el diálogo interno de los propios terapeutas. Podemos suponer que, en términos de la teoría sistémica, la SCPDT promueve un cambio de segundo orden, es decir, implica un cambio profundo en la forma en que los supervisados se perciben y operan en su rol terapéutico, y genera un aprendizaje que va más allá de una intervención o estrategia específica.

La SCPDT parece fomentar este tipo de cambio de segundo orden, al propiciar una autoexploración y reflexión sostenida que permite a los terapeutas reconocer y gestionar sus patrones de reacción y sus respuestas emocionales en diversas situaciones clínicas. Así, en lugar de adquirir únicamente herramientas o técnicas aisladas, los supervisados desarrollan una capacidad de autorregulación y autosupervisión que los acompaña en su trayectoria profesional. De esta forma se promueve una mayor flexibilidad y capacidad de autocrítica, lo cual Rober (2016) considera fundamental para desarrollar una “flexibilidad terapéutica” que mejore la capacidad del terapeuta de conectar y responder de manera más sensible y eficaz con cada cliente.

Asimismo, tanto Aponte y Carlsen (2009) como Rober (2016) coinciden en que la SCPDT puede ser categorizada en el modelo de factores comunes de la psicoterapia, en consideración de la relevancia que da a la PDT y a la alianza terapéutica. La supervisión centrada en la PDT aporta al fortalecimiento de estos factores comunes al trabajar directamente sobre el “yo” del terapeuta, su autoconciencia y su sensibilidad hacia las dinámicas internas y relacionales que surgen en el contexto terapéutico. Esto se visualiza en los aportes de Aponte e Ingram (2018), quienes destacan que, al ayudar a los terapeutas a diferenciar sus emociones y experiencias de las de sus clientes, este tipo de supervisión crea una base sólida para una práctica clínica más clara y efectiva.

Al trabajar, entonces, con aspectos comunes de la terapia, se puede plantear que la SCPDT es aplicable a cada enfoque de supervisión sistémica. De hecho, Aponte y Carlsen (2009) explicitan en su instrumento de supervisión que las preguntas reflexivas están elaboradas de manera neutra, para que puedan ser aplicadas y adaptadas a los diferentes modelos sistémicos en supervisión.

En esa lógica, podemos pensar que, en enfoques transgeneracionales, como los que mencionan Jara y Vidal (2004), en los cuales se enfatiza la revisión de la historia familiar del terapeuta y su relación con las dinámicas familiares del cliente, este modelo facilitaría la identificación de posibles puntos de “atrapamiento”, en que los patrones familiares de ambos pueden confundirse y afectar el proceso clínico. De igual modo, en enfoques estratégicos o centrados en soluciones, en los cuales el cambio rápido y específico es una meta clave, el “yo” del terapeuta se convierte en una herramienta que permite ajustar la intervención según el momento y la naturaleza de cada interacción.

En este punto, la incorporación de la revisión de resonancias en la SCPDT parece ser una acción relevante para considerar. Si esta supervisión trabaja con aspectos del propio self a través de procesos de autoconocimiento y autoobservación, podemos pensar que las resonancias serán un insumo fundamental. Recordemos que Elkaïm (1989) utiliza el término resonancia para referirse a una misma regla o patrón que opera tanto en la familia del paciente, como en la familia de origen del terapeuta, la institución en que se recibe al paciente y el grupo de supervisión. Desde esta perspectiva, Ceberio (2002) afirma que las resonancias emergen como emociones, pensamientos y recuerdos que surgen en el terapeuta a partir del diálogo, de los temas tratados y de la interacción con los consultantes.

Así, las resonancias pueden ser un elemento clave para identificar estos puntos de atrapamiento, ya que permiten al terapeuta y al supervisor reflexionar sobre los patrones comunes que surgen en el sistema terapéutico y supervisivo, promoviendo una integración

consciente de dichas dinámicas en el trabajo clínico. De este modo, trabajar con resonancias en la SCPDT no solo enriquece el proceso de autoexploración, sino que también fortalece la capacidad del terapeuta para gestionar su “yo” de manera más ética y efectiva en la relación terapéutica.

Por lo tanto, la posibilidad de que el terapeuta integre su propio “self” de manera reflexiva y controlada en el proceso terapéutico permite que, sin importar el marco teórico específico, pueda identificar y redirigir las emociones y experiencias que emergen en cada caso, adaptándolas a las metas y objetivos de cada enfoque. Este tipo de supervisión, al fomentar una introspección y diferenciación consciente, logra que los terapeutas se adapten mejor al dinamismo de los modelos sistémicos.

Finalmente, se puede plantear que el énfasis en la PDT en supervisión permite identificar y trabajar con habilidades más o menos desarrolladas en cada terapeuta, tomando en cuenta quiénes son y cómo su historia personal influye en sus competencias clínicas. De forma beneficiosa, entonces, no solo permite reconocer las fortalezas individuales que ya están presentes, sino también aquellas áreas que necesitan ser desarrolladas. En este sentido, la SCPDT no se limita a un trabajo introspectivo, sino que abre un espacio para la adquisición de habilidades concretas en función de los procesos y desafíos particulares que surgen en la práctica clínica. Así, esta supervisión fomenta un desarrollo integral en el terapeuta, combinando aspectos técnicos y personales, y promoviendo una evolución profesional que se alinea con los principios sistémicos de adaptación y cambio.

CONCLUSIONES

La supervisión centrada en la persona del terapeuta (SCPDT) se presenta como un enfoque supervisivo que puede enmarcarse en los

modelos de factores comunes de supervisión y que se enfoca en integrar el autoconocimiento y la autoobservación en la práctica clínica,

fomentando un cambio de segundo orden en los terapeutas a través de la reflexión sobre su propio “yo”. El trabajo con resonancias y aspectos personales del terapeuta en este tipo de supervisión fortalece la autoconciencia, la capacidad de gestión emocional y la flexibilidad terapéutica, aspectos clave para una práctica ética y efectiva.

Al terminar, cabe señalar que esta revisión enfrenta limitaciones relacionadas con la escasez de investigaciones de habla hispana sobre este tema, ya que solo se encontraron evidencias de este tipo de supervisión en autores norteamericanos. Tal como señalamos previamente, es probable que este vacío refleje la hegemonía de los modelos clínicos desarrollados en contextos anglosajones, cuyas realidades institucionales y socioculturales difieren del contexto latinoamericano.

Por lo mismo, surge la necesidad de una literatura situada que no solo traduzca los conceptos, sino que también los resignifique a partir de las particularidades de cada realidad territorial. En este sentido, tenemos un campo fértil para continuar explorando esta forma de supervisión, para que en un futuro pueda consolidarse su reconocimiento.

Sumado a lo anterior, no podemos olvidar que desde la sistémica el contexto es fundamental y, por lo mismo, el generar aportes que permitan conceptualizar la práctica de la SCPDT desde una mirada latinoamericana podría resultar nutritivo y significativo para nuestro territorio.

Si este tipo de supervisión requiere el trabajo con la propia historia, necesariamente implica la incorporación del telón de fondo donde se desarrolló, es decir, su contexto sociocultural.

Así, entonces, se trata de desarrollar una postura culturalmente sensible, favoreciendo la co-construcción de espacios de supervisión y de trabajo clínico que comprendan la complejidad humana desde una mirada respetuosa, situada en la singularidad de los contextos socioculturales (Castro & Jerez, 2025). Una supervisión que incorpore el pensamiento de tercer orden, considerando factores socioculturales, políticos e históricos, como elementos constitutivos de la realidad en la que como terapeutas estamos inmersos (Medina, 2022).

En este sentido, los aportes latinoamericanos podrían ofrecer elementos distintivos para la práctica de una SCPDT, por lo que resulta pertinente preguntarse de qué manera esta supervisión puede contribuir a la formación y práctica supervisiva en nuestra diversa América Latina y, a la vez, dialogar con desarrollos internacionales anglosajones que han profundizado en este modelo.

Futuras investigaciones podrían centrarse en desarrollar estudios empíricos que evalúen la efectividad y el impacto en los terapeutas que apliquen este enfoque de supervisión en países de Latinoamérica. Asimismo, sería interesante explorar diferencias en su aplicación en modalidades individuales y grupales, así como su impacto en el desarrollo profesional de terapeutas en distintas etapas formativas.

Por ello, se invita a continuar desarrollando este campo tan característico para los terapeutas sistémicos, fomentando el avance desde una mirada situada en el contexto latinoamericano, con el propósito de enriquecer la práctica clínica y, de ese modo, ampliar las herramientas disponibles para los supervisores y terapeutas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aponte, H. & Carlsen, J. (2009). An instrument for person-of-the-therapist supervision. *Journal of Marital and Family*

Therapy, 35(4), 395-405. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00127.x>

- Aponte, H. & Ingram, M. (2018). Person of the Therapist supervision: Reflections of a therapist and supervisor on empathic-identification and differentiation., *Journal of Family Psychotherapy*, (1), 43-57. <https://doi.org/10.1080/08975353.2018.1416233>
- Aponte, H. & Kissil, K. (2017). *The Person of the Therapist Training Model*. En Springer eBooks (pp. 1-8). https://doi.org/10.1007/978-3-319-15877-8_544-1.
- Bernard, J.M. & Goodyear, R.K. (2016). *Fundamentals of Clinical Supervision* (5th ed.). Pearson. <https://dokumen.pub/fundamentals-of-clinical-supervision-5th-ed-pearson-new-international-ed-1292042079-1269374508-9781292042077-9781269374507.html>
- Botero-García, C., Giovanni, I. y Morales Arias, C. (2022). Supervisión en psicología clínica: Una revisión sobre estudios empíricos. *Universitas Psychologica*, 21(1-XX). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy21.spcr>
- Castro, A. y Jerez, R. (2025). Supervisión culturalmente sensible y competente como herramienta de trabajo clínico. *De Familias y Terapias*, 34(58), 104-115. <https://doi.org/10.29260/DFYT.2025.58F>
- Ceberio, M. (2002). Confesiones de las resonancias de un terapeuta. *Revista Perspectivas sistémicas*, 70.
- Daskal, A. (2023). Desde ser psicoterapeuta, a ser supervisor clínico. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 19-36. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38693>
- De la Harpe, C. y Santibáñez, P. (2021). Apego en el encuentro terapéutico: Nuevas integraciones teóricas y clínicas. En R. Córdoba y J. Silva (Eds.), *Apego y Parentalidad* (pp. 137-147). <https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/download/207/179/412>
- Díaz, D. (2021). *Sobre la persona del terapeuta: Incidencia de su experiencia subjetiva en el acompañamiento psicoterapéutico* [Tesis de maestría, Universidad CES]. <https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5700/Daniela%20D%C3%ADaz%20Arroyave.%20Tesis%20Noviembre%202021.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Elkaïm, M. (1989). *Si me amas, no me ames. Psicología con enfoque sistémico*. Gedisa.
- Fernández, H. y Grazioso, M. (2023). Desafíos de la supervisión en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 1-8. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38692>
- Hernández, A. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3(2), 227-238. <https://www.redalyc.org/pdf/679/67930204.pdf>
- Jara, C. & Vidal, C. (2004). La formación de terapeutas familiares y la familia de origen del terapeuta: el trabajo en el taller de la persona del terapeuta en el IChTF. *De Familias y Terapias*, 18, 85-93.
- Manterola, C., Rivadeneira, J., Delgado, H., Sotelo, C. y Otzen, T. (2023). ¿Cuántos tipos de revisiones de la literatura existen? Enumeración, descripción y clasificación. Revisión cualitativa. *International Journal of Morphology*, 41(4), 1240-1253. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022023000401240>
- McDaniel, S., Weber, T., & McKeever, J. (1983). Multiple theoretical approaches to supervision: Choices in family therapy training. *Family Process*, 22(4), 491-500. https://www.academia.edu/22712251/Multiple_Theoretical_Approaches_to_Supervision_Choices_in_Family_Therapy_Training

- Medina, R. (2022). *La terapia familiar de tercer orden: Del amor indignado al diálogo solidario*. Ediciones Morata.
- Moreno, A. (2014). *Manual de terapia sistémica: Principios y herramientas de intervención*. Desclée De Brouwer.
- Moreno, D. & Bautista, M. (2024). La supervisión clínica: Una guía práctica basada en competencias. *Educación y Salud: Boletín Científico del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 13(25), 77-83. <https://doi.org/10.29057/icsa.v13i25.13527>
- Olabarriá, B., Jiménez, A. y García, M. (2025). La supervisión: Tercer eje de la capacitación y el ejercicio de la clínica psicoterapéutica. Propuestas para la reflexión y el debate desde la sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 105-113. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.45656>
- Orbegoza, M. y Zunino, B. (2022). *Modelos de supervisión clínica: Una revisión narrativa*. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional de Mar del Plata. <https://rpsico.mdp.edu.ar/server/api/core/bitstreams/6ec0eea7-eb22-4b8b-9c51-01311129ffe0/content>
- Orellana, F., Martín, A., Marín, A., Ibaceta, F., Penna, V. y Rodríguez, M. (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. *Revista Redes: Revista de Psicoterapia Sistémica y Familiar*, 34, 107-126. <https://redesdigital.com/index.php/redes/article/view/160/120>
- Parada, G. Y Cuevas, S. (2020). El taller de la persona del terapeuta en la formación de terapeutas familiares sistémicos en la Universidad de La Frontera. [Tesis para optar al grado de Magíster]. Universidad de La Frontera. Documento interno no publicado.
- Peralta, T. (2025). Reflexiones en torno a la presencia y la compasión en la supervisión clínica. *Revista de Familias y Terapias*, 34(57), 65-84. https://terapiafamiliar.cl/wp-content/uploads/2025/06/N57_4-presencia-y-la-compasion-en-la-supervision_OK.pdf
- Ríos, A. & Santibáñez, P. (2024). La consideración de la persona del terapeuta en centros de salud pública. *Revista Redes: Revista de Psicoterapia Sistémica y Familiar*, 49-50, 135-152. <https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/207/179>
- Rivas, K., Rojo, A., Santibáñez, P. y Zavala, A. (2020). Secuencia del uso de la resonancia: desde la historia invisible a la intervención. *Revista Redes: Revista de Psicoterapia Sistémica y Familiar*, 41, 31-48. <https://redesdigital.com/index.php/redes/article/view/47>
- Rober, P. (2016). Addressing the person of the therapist in supervision: The therapist's inner conversation method. *Family Process*, 56(2), 487-500. <https://doi.org/10.1111/famp.12220>
- Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: Eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 51(1), 61-69. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100008>
- Valenzuela, F. (2022). Supervisión a distancia: el principal desafío impuesto por la pandemia de Covid-19 al ejercicio de la supervisión clínica. *Revista De Familias y Terapias*, 53, 103-118. <https://doi.org/10.29260/DFYT.2022.53G>
- Villafuerte, A. (2020). Modelos contemporáneos de supervisión clínica: nuevas direcciones. *Multidisciplinary Health Research*, 5(1), 1-12. <https://doi.org/10.19136/mhr.a5n1.4210>