



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Revista Trabajo Social

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Análisis crítico de la teoría de cambio en intervenciones de visitas domiciliarias

en el programa
Chile Crece Contigo

KENICHI HARAMOTO
PAULA VERDUGO

Visita domiciliaria en Trabajo Social:

¿cómo la valoran y utilizan un grupo
de estudiantes de la profesión?

PAULA CHAMORRO
ALICIA RAZETO

Propuesta de un modelo de supervisión reflexiva de visitas domiciliarias

realizadas en un programa dirigido a
familias de recién nacidos

MARÍA CAROLINA VELASCO HODGSON
DANIELA TUMA IBIETA
CLAUDIA ALDANA PEREIRA

Formación continua en visita domiciliaria.

Análisis cualitativo de una
metasupervisión reflexiva

CLAUDIA CERFOGLI
PAULINA CONTRERAS

Experiencias sobre el uso de *eHealth* en educación para la salud, gestación y primera infancia:

una revisión bibliográfica

BENJAMIN CHARLES NIELSEN GUZMÁN

J U L I O
89 | 20
16

Propuesta de un modelo de supervisión reflexiva de visitas domiciliarias realizadas en un programa dirigido a familias de recién nacidos¹

Proposal of a Reflective Supervision Model for Home Visits of a Program addressed for Families with Newborns

MARÍA CAROLINA VELASCO HODGSON

Académica Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile, psicóloga Universidad Diego Portales y magister en Trabajo Social Boston College, EE.UU. mvelascoh@uc.cl

DANIELA TUMA IBIETA

Psicóloga Pontificia Universidad Católica de Chile. dptuma@uc.cl

CLAUDIA ALDANA PEREIRA

Psicóloga Pontificia Universidad Católica de Chile, candidata a Magister en Psicología de la Salud, supervisora en terreno en proyecto de la UC "Visita domiciliaria a gestantes en contextos de vulnerabilidad psicosocial". csaldanp@uc.cl

Resumen

La atención primaria ha recibido una gran influencia desde el campo de la psicología y neurociencia respecto a la relación interpersonal como motor de cambio y aprendizaje. Esto se puede observar, por ejemplo, en la inclusión de la supervisión reflexiva. Las características principales de este modelo son la incorporación, por parte del supervisor, de una mirada reflexiva acerca del quehacer de la visitadora domiciliaria² y la experiencia particular de cada niño y su familia. Asimismo, se trabaja en función de las habilidades/competencias necesarias para desarrollar en la visitadora domiciliaria de manera que posibilite una mirada reflexiva para trabajar con la familia/niño. Por último, la implementación del modelo de supervisión requiere de un encuadre y modalidad específica, ya sea de carácter grupal o individual. A partir de los principales puntos mencionados, se propone una adaptación de los conceptos teóricos al modelo de supervisión de la investigación, que sea factible de implementar dadas las particularidades de los programas con visita domiciliaria en Chile.

Palabras claves: *Supervisión reflexiva, Visita domiciliaria, Atención primaria, Intervención.*

Abstract

In primary care, reflective supervision can be incorporated, and this supervision model has kept pace with psychology and neuroscience findings related to interpersonal relationship as a change and learning motivation. The main features of this model are the inclusion of a reflective approach regarding home visiting and the incorporation of the particular experience of each child and family. It also works on the basis of skills/competencies needed to develop for home visits so as to enable a thoughtful way of working with the family and child. Finally, implementing this supervision model requires a specific mode frame and either character group and/or individual. Based on the main points of reflective supervision, the theoretical concepts were adapted to propose a specific model for this investigation, intended to be feasible to implement given the particularities of home visiting programs in Chile.

Keywords: *Reflective Supervision, Home Visits, Primary Care Intervention.*

1 En este documento se ha decidido utilizar algunos términos en masculino cuando hacen referencia a hombre y mujeres, de manera de facilitar la lectura. A pesar de lo anterior, las autoras adhieren y consideran importante la incorporación de la perspectiva de género.

2 Dado que la mayor parte de las personas que realizan las visitas domiciliarias son mujeres es que se decide usar el término en femenino, lo cual no excluye la posibilidad que estas visitas sean realizadas por hombres.

Introducción

A raíz del diseño e implementación del proyecto de investigación de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica de Chile, que consiste en una intervención a través de visitas domiciliarias a madres de recién nacidos pertenecientes al centro de salud Juan Pablo II, se constató la necesidad de identificar y sintetizar las prácticas de supervisión a visitadoras domiciliarias desarrolladas en programas dirigidos a infancia temprana. Asimismo, se identificó la necesidad de proponer una adaptación a los modelos de supervisión revisados en esta bibliografía para su aplicación en un programa que se realiza en Chile, en el que se utilizó la visita domiciliaria como eje central de la intervención con madres gestantes, y sus familias, durante un año. Para esto, se llevó a cabo una revisión bibliográfica respecto al tema de supervisión en el ámbito de los programas que utilizan la visita domiciliaria como herramienta central en la intervención en familias con niños pequeños y respecto a la incorporación de la supervisión reflexiva en programas de dicha naturaleza.

La revisión bibliográfica llevada a cabo entre mayo y octubre de 2013 concluyó en una síntesis de los modelos de supervisión encontrados en los artículos/capítulos seleccionados. En este artículo se ahondará en el modelo de supervisión reflexiva propiamente tal, presentando las características principales, modalidades de implementación, bases epistemológicas, entre otros. Posterior a esto, se presentará la propuesta elaborada para implementar la supervisión reflexiva dentro del marco de la investigación antes mencionada y, finalmente, se hará una reflexión en torno a las consecuencias identificadas luego de la implementación llevada a cabo.

1. Supervisión reflexiva en el contexto de programas de intervención en infancia temprana

Según Wasik y Bryant (2001), a mayor calificación profesional de las visitadoras, menor es la necesidad de capacitación y supervisión. Por tanto, al incluir personas que posean menor grado académico, mayor es la necesidad de planificar e implementar un proceso de capacitación y supervisión permanente y de mayor regularidad.

La supervisión es “una relación con un profesional experimentado del servicio que provee retroalimentación, consejo, y apoyo para alcanzar el crecimiento profesional y permite a las visitadoras servir de mejor manera a las familias” (Wasik y Bryant, 2001, p. 98); esta aproximación refiere que la supervi-

sora incluye como elementos necesarios: soporte, enseñanza, gestión del programa y evaluación. Los formatos de supervisión son variados, y van desde lo individual, grupal o in situ. Asimismo, se han planteado diversos modelos de esta instancia, algunos basados en la toma de decisiones y otros basados en la resolución de problemas. También puede darse la coyuntura de que la instancia de evaluación se incluya en el contexto de supervisión, y su impacto dependerá de si se da en un espacio de contención adecuado (Wasik y Bryant, 2001).

La supervisión reflexiva emerge como una respuesta frente a la mirada más tradicional de supervisión que alude a una relación de poder en el que un profesional va fiscalizando lo que hace el otro (Bernstein, 2002-03).

Desde la emergencia de la concepción de intervención en salud mental en infancia temprana, centrada en la *relación* como principio orientador de la consecución de cualquier intervención, es que se comienza a dar espacio a la idea de que la persona de la visitadora domiciliaria es la que debe ponerse en el centro de cualquier instancia de supervisión (Gilkerson, 2004).

La supervisión reflexiva es considerada un elemento fundacional en programas destinados a bebés e infancia temprana (Eggbeer, Shahmoon-Shanok y Clarck, 2010; Weatherston, Weigand & Weigand, 2010). Dado que las interacciones son previstas por las características personales de la persona que provee los servicios, este tipo de supervisión ayuda a reflexionar sobre la práctica y las reacciones personales para evaluar las intervenciones realizadas y planificar las próximas acciones. Se funda en una relación apoyadora, donde se exploran los sentimientos y experiencias que emergen por el trabajo realizado con las familias y sus niños. (Shahmoon-Shanok en Heller & Gilkerson (Ed), 2009; Watson & Neilsen, 2012)

Las características y supuestos centrales de este modelo de supervisión aluden a los siguientes factores fundamentales. En primer lugar, este modelo promueve que las personas que trabajan con familias y niños pequeños desarrollen una comprensión más profunda de sus propias vivencias, creencias y valores culturales, de manera de que esta comprensión pueda convertirse en herramienta en la práctica (Tomlin, Sturm, & Koch, 2009). El uso del *sí mismo* es uno de los aspectos cruciales para la efectividad de la intervención, donde la relación debe ser la base para el cambio (Kubiak & Sandberg, 2011).

La supervisión reflexiva ofrece un tiempo fuera de

lo inmediato y una toma de perspectiva diferente de los problemas. En esta instancia se pone atención no sólo al contenido, sino que se promueve la toma de conciencia sobre las reacciones y emociones personales de las visitadoras domiciliarias; específicamente las que emergen de las experiencias de la familia, con la que están trabajando, e impactan la relación con ellas (Early Head Start, s/f).

Este modelo también propone trabajar con el supuesto de que la relación de apoyo entre supervisor y visitadora domiciliaria modela la relación establecida entre la visitadora y los padres, que a su vez favorecería que los padres incorporen/mantengan una mirada reflexiva en la relación con su propio hijo. Según Tomlin *et al.* (2009), la función reflexiva requiere de cuatro elementos: escuchar, observar, responder y reflexionar. Para estos autores, el proceso de modelamiento es el que permite fomentar el funcionamiento reflexivo parental (PRF, por sus siglas en inglés), que definen como la capacidad de mentalización (o de mentalizar) en el contexto de la relación con el hijo. Se trata de desarrollar la conciencia sobre sus propios pensamientos, sentimientos e intenciones y a la vez de las de sus hijos, y la capacidad de los padres para tratar de entender cómo estos estados mentales afectan el comportamiento del niño y su propia conducta parental. El PRF es considerado una base para poder desarrollar la capacidad de los padres para responder de manera sensible frente a los hijos y a la vez es visto como una herramienta clave para desarrollar el apego infantil seguro. Durante las interacciones cotidianas, la madre funciona como ‘espejo de las emociones del niño’, las re-presenta, lo cual ayuda a que el niño pueda reconocerlas y manejarlas, permitiendo regular en el niño las experiencias y emociones desreguladas. Entre las estrategias clínicas para aumentar PRF se incluyen: fomentar la observación del niño, promover el juego y las interacciones positivas, preguntarse en voz alta sobre la experiencia del niño y ayudar a los padres a generar interpretaciones adecuadas y apropiadas acerca de la conducta del niño (McCallister & Thomas, 2007; Tomlin *et al.*, 2009).

En la supervisión reflexiva, el cambio y la prevención en las familias en situación de riesgo ocurre mediante la provisión de una relación de apoyo entre cuidador y profesionales que trabajan con familias. Si se sabe que las habilidades reflexivas de los padres permiten la formación de un apego seguro en sus hijos, sería razonable considerar el desarrollo de las habilidades reflexivas de las visitadoras domiciliarias (profesionales u otras personas

involucradas en la atención a la familia) al examinar qué aspectos de la relación interventor-padres permiten el cambio. (Tomlin *et al.*, 2009). Es por esto que se enfatiza en el proceso el pensar juntos (entre supervisor y visitadora), mirar las experiencias y requerimientos desde distintos puntos de vista, elevar la conciencia sobre las emociones y promover la comunicación hacia arriba y abajo en las jerarquías de la organización. A este tipo de supervisión también puede pensárselo como: sostener a la persona que trabaja con la familia/niño para que ella pueda, a su vez, sostener a otros (Shahmoon-Shanok, 2009), lo que permitiría que el supervisado se sienta acogido y dispuesto a compartir su experiencia. La habilidad del supervisor de aportar una nueva forma de pensar ayudará a los esfuerzos del supervisado de renovar su propia habilidad para hacer eso mismo con otros. Mientras que el supervisor pueda sostener al supervisado y sus dilemas, esto permitirá que el supervisado pueda hacer lo mismo en su trabajo (Shahmoon-Shanok, 2009). Este “proceso paralelo” (Searles, 1955, p. 135), concepto traído desde la psicoterapia clínica que alude a que aquello que sucede en la relación entre paciente y terapeuta también se refleja en la relación entre terapeuta y supervisor, es el mismo fenómeno que se da en la práctica y supervisión reflexiva (McCallister & Thomas, 2007; Shahmoon-Shanok, 2009). Este tipo de supervisión permite a las visitadoras domiciliarias mirarse a sí mismas y sus emociones, a asistir a los padres en la exploración de sus sentimientos y reacciones, así como facilitar que los padres desarrollen la habilidad necesaria para comprender los sentimientos y comportamientos de su propio hijo. En esta lógica de supervisión, se hace necesario que la persona que supervisa reciba la tutoría de la dirección del programa (McCallister & Thomas, 2007). La supervisión reflexiva se planifica teniendo en cuenta el nivel de entrenamiento de las personas que realizan las visitas a las familias y al mismo tiempo depende de las características de estas familias (Azzi-Lessing, 2011), es decir, se debe proveer un espacio de supervisión teniendo en cuenta el nivel de desarrollo del supervisado (competencias y experticia profesional). Para los profesionales clínicos, estos niveles se divide en: novicios, intermedios y avanzados (Franklin, 2011).

La promoción de la supervisión no sólo sería importante para el trabajo de la visitadora con la familia visitada sino que también algunos autores afirman que de la supervisión depende la permanencia de los profesionales y continuidad de los servicios ofrecidos a las familias (Azzi-Lessing, 2011). Dentro

de las estrategias consignadas por un programa de abogacía con paraprofesionales, se señala que para la satisfacción y retención del personal es necesaria la presencia de capacitación comprensiva y sistemática, supervisión individual y retroalimentación consistente con la evaluación, así como profesionales administrativos, grupo de apoyo, el incentivo a la creatividad y el reconocimiento de la comunidad (Grant, Ernst & Streissguth, 1999).

Bernstein (2002-03) menciona que en ocasiones se produce la circularidad en los programas sociales y, por ejemplo, cuando los monitores se sienten incapaces, el programa se hace inefectivo. Por ello, el autor recalca que hay que proteger al equipo para ayudar a los visitadores a mejorar la ejecución. Asimismo, Bernstein alude al concepto “fuerzas de riesgo” (p. 13), que hace mención a que los supervisores pueden caer en la debilidad de dar soluciones cuando lo necesario es que la visitadora busque las respuestas y alternativas y esta misma tendencia se puede replicar entre la visitadora y la familia.

Es importante recalcar que la efectividad de los servicios prestados a las familias no se puede medir exclusivamente por las características de los profesionales que ejecutan las visitas, sino también por el ambiente del lugar de trabajo, las condiciones socioculturales, entre otros (Kubiak & Sandberg, 2011).

Los programas Early Head Start en EE.UU. identificaron cuatro elementos cruciales respecto a la incorporación e implementación de un enfoque de salud mental de niños pequeños en el trabajo con las familias de la comunidad. Estos son: trabajo en equipo (especialmente la revisión de casos en equipos interdisciplinarios), supervisión reflexiva, desarrollo de una comprensión integrada y empática de las necesidades del niño, así como de los desafíos de los padres en satisfacer esas necesidades y, por último, una comprensión ecológica dinámica de los niños, familias y comunidad en donde los factores psicosociales y socioeconómicos son vistos como mutuamente importantes e interrelacionados (McCallister y Thomas, 2007). En cuanto a la relevancia que se le otorga a la supervisión reflexiva como modelo de supervisión (Early Head Start, Program Strategies, 1999), se sostiene que el énfasis no sólo está en la relación entre el profesional y los atendidos, sino que también entre los supervisados y sus supervisores (Franklin, 2011). La supervisión reflexiva (Gilkerson, 2004) involucra una integración de apoyo familiar y salud mental de niños pequeños en donde la relación entre el supervisor y la visitadora provee de un modelo de relación en-

tre la visitadora y la familia, así como ofrece una mirada de salud mental que ayuda a la visitadora a examinar reflexivamente sus propias experiencias y sentimientos, los que emergen desde, y a su vez impactan, el trabajo con las familias del programa (McCallister & Thomas, 2007).

A. Rol del supervisor en el modelo de supervisión que incorpora una mirada reflexiva

El aprendizaje ocurre en un contexto de relaciones, tanto para niños como para adultos. Las bases de la supervisión reflexiva se sustentan en el “proceso paralelo” (Searles, 1955, p. 135) entre supervisado-supervisor, supervisado-padres-bebé y padres-bebé. Todas las relaciones son recíprocas, por tanto lo que ocurre en una relación puede provocar impacto en otras. Las características de la primera relación descrita del proceso paralelo se verá reflejada en las otras relaciones, por tanto el supervisor tiene que ofrecer discusiones y colaboración en un espacio seguro, nutritivo y cálido. Este espacio permitirá la exploración de los sentimientos y pensamientos evocados desde distintos puntos de vista. Es por esto que en primera instancia recae en el supervisor la tarea de explorar, comprender y extraer las emociones negativas y difíciles elicítadas, en la visitadora, por el trabajo con familias y niños (Shahmoon-Shanok, citado en Heller & Gilkerson (Ed), 2009).

Según el manual de supervisor de los programas Head Start, las principales características que debe tener un supervisor aluden a dos funciones principalmente: la primera tiene relación con el rol de apoyo que permite que las visitadoras se sientan cuidadas y apoyadas en su trabajo, proporcionando confianza y al mismo tiempo que se posicionen como figuras de autoridad. La segunda función alude a la capacidad de organización del programa, ligada al diseño y la mejora continua de los servicios que se ofrecen a las familias y a los niños en el hogar. Este rol requiere que los supervisores mantengan la integridad del programa a través del ejercicio de garantizar que las visitadoras encargadas de la prestación entreguen un servicio de alta calidad (Head Start, s/f).

En cuanto a las habilidades de un supervisor reflexivo, algunos autores hacen referencia a la necesidad de que estos profesionales puedan potenciar en los supervisados la habilidad de plantearse preguntas y participar en conversaciones y actividades que ayuden a cuestionar sus propios supuestos y prácticas generales. Esto favorecería que los visitadores pue-

dan desarrollar y mantener habilidades reflexivas sobre las prácticas y los problemas diarios encontrados en las intervenciones (Lasley, 1992; Zeichner & Liston, 1987). La toma de perspectiva es inherente al ejercicio reflexivo, y se fomenta la capacidad de ver las propias prácticas a través de diferentes lentes (Clifford, Macy, Albi, Bricker, & Rahn, 2005). Así también se promueve desarrollar habilidades de *pensamiento global* que permite generar perspectivas que van más allá de lo inmediato (Clifford *et al.*, 2005).

Así también se fomenta que los supervisados puedan mirar de una manera más clínica sus relaciones con la familia, así como desarrollar una introspección autorreflexiva, que provee una oportunidad para comprender sus propios sentimientos y reacciones hacia el trabajo (McCallister & Thomas, 2007).

Frente a la necesidad de generar la capacidad reflexiva en los supervisados, se trabaja con la experiencia traída por el propio personal que interviene, para examinar su significado y contenido relacional, y así promover -en el supervisado- la “reflexión en acción” (Franklin, 2011, p. 206) y no sólo a posteriori. Para Franklin (2011) es importante considerar el nivel de desarrollo del supervisado, en términos de competencias y experticia profesional, para considerar el abordaje de la supervisión. Asimismo, este autor propone considerar que el desarrollo de un clínico en supervisión sigue las etapas de desarrollo de E. Erikson, por lo que debe estar asentada la confianza en la relación supervisado-supervisor para avanzar a las otras etapas.

B. Habilidades/competencias necesarias de desarrollar en la visitadora domiciliaria de manera que posibilite una mirada reflexiva al trabajar con la familia/niño

Se ha descrito un cierto perfil que sería deseable que las visitadoras que realizan visitas domiciliarias pudieran desarrollar. Entre las habilidades descritas se encuentran: habilidades interaccionales, capacidad de interpretación y observación; necesidad de tolerancia a la frustración y establecimiento de límites personales (ya que cumplen un rol de protección frente a las necesidades de los usuarios); no sobreinvolucrarse, mantener separada la vida personal de la laboral; capacidad de distinguir las temáticas que no debieran ser abiertas en las intervenciones; así como otras actitudes de trato, horizontalidad, colaboración y respeto; asimismo posicionarse desde la humildad para entender al otro y que esto también se replique a nivel organizacional, en cuanto a

la relación de las visitadoras con los profesionales del centro desde el cual se desarrolla la intervención (Cuadra, 2011).

En tanto, el programa Early Head Start propone el siguiente perfil para las visitadoras familiares: tener genuina calidez y respeto por las personas a las que asisten; capacidad de formar auténticas relaciones de apoyo con los niños; estar emocionalmente seguras, con límites personales claros; tener capacidad de reflexión sobre sí mismas y su trabajo; flexibilidad; capacidad de mantenerse ‘conectada a la tierra’ en situaciones difíciles; tener una perspectiva sin prejuicios; tener un sólido sentido de la ética; tener sensibilidad y respeto por las diferencias culturales y la diversidad (Early Head Start, 1999).

Para lograr el desarrollo de dichas habilidades y competencias, Azzi-Lessing (2011) refiere que la capacitación inicial en cualquier programa debería permitir a las visitadoras identificar, evaluar y abordar una serie de desafíos experimentados por las familias vulnerables: salud mental, aislamiento social, violencia intrafamiliar, necesidades de vivienda, entre otros (Chaffin, 2004). Es fundamental que las visitadoras puedan adaptarse a las necesidades de cada familia y dentro de aquello, es importante considerar el nivel de riesgo, incluyendo depresión materna, violencia doméstica y abuso de drogas. Asimismo, se debería capacitar a las visitadoras para desarrollar relaciones respetuosas con las familias, especialmente aquellas en mayor riesgo y aquellas más difíciles de involucrar; es necesario saber cómo trabajar con familias de diferentes culturas, niveles socioeconómicos, etc. Por último, debieran estar al tanto de todos los servicios disponibles para la familia en la comunidad (Azzi-Lessing, 2011).

El énfasis en una mirada reflexiva espera contribuir al desarrollo de algunas habilidades personales e interaccionales que, a su vez, se espera puedan contribuir a mejorar la intervención con las familias a las cuales asisten. Este proceso de supervisión ha sido aplicado a programas no-clínicos (Heller, Jozefowicz & Weinstock, 2004). “A través del proceso reflexivo, los no-clínicos desarrollan su capacidad para comprender el mundo interpersonal y aprender a adoptar múltiples perspectivas, volverse más cómodos al pensar sobre su contribución a la interacción y desarrollar su capacidad para autococonocimiento” (Gilkerson, 2004, p.428).

Se espera que en el trabajo conjunto, y a partir del ya mencionado proceso paralelo, las modalidades aprendidas en la situación de supervisión puedan ser extrapoladas y llevadas al contexto de intervención. Es en este contexto en que la supervisada

puede generar estrategias para desarrollar la capacidad de establecer un vínculo nutritivo y a través de éste, contribuir a desarrollar/potenciar en los padres la capacidad de observación, cuestionamiento y modificación de los patrones de relación con sus propios hijos. Se espera que permita a los padres responder de manera sensible frente a las necesidades de sus hijos, de manera integrada y empática (McCallister, Thomas, 2007).

La relación entre visitadora y la familia propiamente tal es fundamental en la intervención dado que es en esta instancia donde se posibilita el desarrollo de las habilidades reflexivas (Gilkerson, 2004). Esto implica que es necesario que las visitadoras tengan un autoconocimiento, es decir, sean capaces de mirarse a sí mismos y sus propias emociones para poder ayudar a los padres a explorar sus propios sentimientos y reacciones en la relación con sus hijos (McCallister & Thomas, 2007). El autoconocimiento a la vez implica ser capaces de reconocer las preconcepciones y juicios personales sobre las propias creencias y valores culturales.

Es importante que las habilidades reflexivas y de autoconocimiento no sólo se desarrollen en las instancias de supervisión sino que en las situaciones de intervención misma, lo que permite tener una genuina calidez y respeto por las personas a las que asisten (Franklin, 2011). Se recalca la importancia de que el supervisor pueda acompañar a la visitadora en la búsqueda de soluciones, más de que imponga soluciones a los problemas sin mediar reflexión por parte de ella (Bernstein, 2002-03).

II. Implementación de la supervisión reflexiva: encuadre y requerimientos específicos

En cuanto a las características de la supervisión, éstas varían en la literatura, ofreciendo distintas posibilidades de acuerdo a la diversidad de programas encontrados. En general, los autores coinciden en que la instancia de supervisión tiene que tener un encuadre estable, es decir, definir el lugar, regularidad y horario, y sostener éstos durante todo el proceso de intervención (Shahmoon-Shanok, en Heller & Gilkerson, 2009; Head Start, s.f.; Bernstein, 2002-03; Grant *et al.*, 1999). En la mayoría de los programas revisados, la secuencia de las intervenciones se establece con un mínimo de una sesión semanal. Esto sucede dado que la cantidad de familias asignadas a cada una de las visitadoras es alta, por lo que requieren de más instancias de supervisión y apoyo sobre los casos particulares de cada familia (Early Head Start, 1999; Bernstein,

2002-03). Para Grant *et al.* (1999), la supervisión debe tener una frecuencia de una vez a la semana, con una duración de una hora a una hora y media cada vez. Ésta debe establecerse con un supervisor clínico experimentado en términos experienciales y académicos. Así también se sugiere la generación de reuniones grupales, en las que se potencia el apoyo entre pares, intercambio activo de información, ideas y sobre todo se presenta como una instancia de retroalimentación de pares.

Los programas de Early Head Start (1999) plantean que las supervisiones se presentan de diversas maneras complementarias. Una modalidad son las reuniones individuales mensuales (“uno a uno”) en las cuales se prioriza principalmente la supervisión reflexiva. También se utiliza la modalidad grupal, una vez por semana, en la que se trabaja el intercambio y apoyo mutuo entre visitadoras.

Según el programa Early Head Start, el plan de formación debe incluir un espacio para el desarrollo personal que puede presentarse en: conversaciones uno a uno, talleres de grupo, relaciones de tutorías, supervisión grupal e individual, cursos formales en instituciones educativas, conferencias de formación, materiales escritos y audiovisuales (Early Head Start, 1999).

Para los programas Head Start, la instancia de supervisión implica colaboración: reciprocidad, respeto y comunicación abierta entre el supervisor y la visitadora. Debe tener un encuadre claro, donde el poder es compartido. Este poder se manifiesta en la toma conjunta de decisiones sobre el trabajo de la visitadora. La supervisión es un proceso en desarrollo en el que el equilibrio de poder se desplaza a medida que la visitadora se convierte en alguien con más experiencia sobre el hogar (Head Start, s.f.). El espacio de supervisión se describe como un lugar predecible en frecuencia, cálido, seguro y no enjuiciador (Shahmoon-Shanok, 2009).

Bernstein (2002-03) propone cinco etapas en una relación de supervisión. En primer lugar la *orientación*, la cual alude a la definición de expectativas, discusión de objetivos, propuestas, entre otros. Luego existe una etapa de aceptación, que corresponde a una actitud de respeto y apoyo a pesar de las diferencias que puedan existir en las prácticas de las visitadoras. En tercer lugar hay una etapa de *compartir el conocimiento*, es decir, se plantea la supervisión como una instancia de mutuo aprendizaje, en la cual ambos -supervisor y visitadora- son expertos en su propio campo. La cuarta etapa es el *acuerdo*, en la cual se genera el plan de acción para cada familia a modo general y a la vez se establecen

los pasos a seguir para cada sesión. La última etapa corresponde a la *responsabilidad*, la cual incentiva al supervisor a tener 'en mente' a la visitadora, lo que potencia la sensación de agencia y responsabilidad en ella. Adicionalmente se menciona que la relación en supervisión provee un espacio seguro y confiable caracterizado por un interés genuino en la exploración conjunta de la relación establecida entre supervisada y la familia y las respuestas emocionales experimentadas por el supervisado (Shahmoon-Shanok, 2009).

Según Shahmoon-Shanok (2009), las características centrales del proceso de supervisión son las siguientes:

1. Relación: El supervisor y supervisada están inmersos en un proceso recíproco en el que construyen la confianza entre sí en el tiempo, la empatía del supervisor y la validación de la persona supervisada conduce a una relación sólida de supervisión; una relación que se base en la confianza, donde la escucha, disponibilidad emocional, guía y apoyo sean centrales (Weatherston *et al.*, 2010).
2. Reflexiva: La supervisión se utiliza como una oportunidad para reflexionar sobre lo que los visitantes están haciendo durante las visitas domiciliarias, sus reacciones y sentimientos en relación con su trabajo y sus retos y logros (Head Start, *s/f.*). Requiere de la capacidad del supervisor y supervisado de explorar sentimientos, pensamientos y observaciones desde diversas perspectivas. Asimismo, se pone en juego la integración emocional y cognitiva, se explora el proceso en paralelo que facilita la reflexión personal (Weatherston *et al.*, 2010).
3. Regular: La supervisión tiene que ocurrir con un encuadre, el mismo lugar a la misma hora, etc. (Head Start, *s/f.*). Adicionalmente, consiste en la frecuencia predecible de los encuentros de manera de explorar fortalezas y áreas que requieren apoyo.
4. Colaborativo: El supervisado y el supervisor tienen respeto mutuo el uno al otro y se benefician de la experiencia de cada uno (Head Start, *s/f.*). Implica un intercambio sin enjuiciamiento dependiente en la atención completa entre supervisado y supervisor.
5. Seguro: Es necesario proporcionar un entorno propicio para el supervisado, responder a los visitantes de una manera libre de prejuicios y mantener la confidencialidad (Head Start, *s/f.*).

Algunas recomendaciones para resguardar la imple-

mentación del espacio de supervisión, para proteger el trabajo emocional y de autocuidado de un grupo, en unos programas orientados a infancia temprana del Hospital de Niños de Boston, son principalmente: (a) establecer un horario regular y seguro para la supervisión, dado que la protección de tiempo del personal para la reflexión alienta a los individuos para llevar las lecciones aprendidas a través del proceso de reflexión en su trabajo diario; (b) compartir el poder, es decir, ofrecer una oportunidad para que el personal reflexione sobre qué tipo de relación de supervisión les gustaría tener y cómo negociar las necesidades en conjunto; (c) acentuar lo positivo en el personal y en el trabajo que hacen, dado que para la supervisión del personal es importante generar la sensación de que son un valioso miembro de un equipo, lo que facilita que el personal reflexione sobre sus propias competencias y objetivos profesionales; (d) escuchar sin juzgar lo que su personal está experimentando (estado de ánimo, concentración, motivación, capacidad de conectarse con los demás y capacidad de responder a las exigencias del supervisor, entre otros); (e) proponer maneras saludables para manejar el conflicto mediante la creación de un espacio seguro y profesional donde el personal puede hablar de conflictos, lo que ayuda a los demás a comprender mejor las raíces de los problemas y pensar en estrategias acerca de cómo abordarlos; (f) tomarse un tiempo para la reflexión dentro y fuera de la supervisión, lo que permite considerar nuestras reacciones, respuestas y opciones; (g) recordar que el espacio de supervisión no está solo para que el personal trabaje con mayor eficacia; y por último (h) establecer límites sanos de tiempo y contenido (Watts, Ayoub, Watson, Beardslee & Knowlton-Young, 2008).

Se plantea que diversos autores han propuesto el uso de videgrabaciones de las sesiones de intervención con las familias, para luego revisarlas en las sesiones de supervisión entre la visitadora y el supervisor. Esta metodología tiene la finalidad de identificar interacciones positivas entre la visitadora y los padres y a la vez de los padres con los hijos, como también poder profundizar en situaciones conflictivas, sentimientos y emociones fuertes que emergen en las visitas (Bernstein, 2002-03; Bondas, 2010).

III. Propuesta de modalidad y encuadre de supervisión a implementar en el programa para familias con recién nacidos

El modelo de supervisión reflexiva ha sido avalado por diversas organizaciones que trabajan con infancia temprana y sus familias y, por tanto, merece la pena hacer un esfuerzo que permita su incorporación en contextos de programas para familias y niños pequeños de Chile, especialmente en aquellos que cuentan con la visita domiciliaria como herramienta de intervención. Estas visitas surgen como una estrategia que facilita una relación de cercanía entre los servicios de salud y las familias, fortaleciendo así el enfoque promocional y preventivo de las políticas públicas en salud (Ministerio de Salud, Chile, 1998).

A partir del material expuesto en este documento, la modalidad mayormente difundida y analizada es la supervisión individual con frecuencia semanal y duración de una hora a una hora y media. Con respecto a la factibilidad de llevar a la práctica esta modalidad de supervisión, se considera necesario repensar la implementación del modelo de supervisión reflexiva en programas sociales que cuentan con escasos recursos monetarios y de tiempo de profesionales.

La implementación debe considerar los antecedentes respecto a la supervisión reflexiva descritos en este documento, especialmente poniendo énfasis en el tipo de relación necesaria de establecer entre supervisor y supervisada. Asimismo, sería importante hacer un esfuerzo para que las instancias de supervisión cuenten con una frecuencia regular, horario constante, duración predecible, espacio adecuado, entre otros elementos de encuadre, lo que requiere del respaldo de la organización de manera de llevar a cabo su implementación (Durlak & DuPre, 2008, Watson & Neilsen, 2012).

Considerando las características del Programa de Intervención Temprana con visitadoras familiares que se realizó en el marco de la investigación de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica de Chile (contó con 2 visitadoras de salud y 11 familias), se propuso una alternativa de modelo de supervisión. Esta alternativa contenía tanto instancias de supervisión individual como grupal.

Respecto a la estructura, se contó con dos supervisoras en terreno (psicóloga perteneciente al Centro de Salud y psicóloga integrante del equipo ejecutor del proyecto de la Universidad Católica) y una supervisora, psicóloga, quien supervisa a las supervisoras de las visitadoras.

A continuación se presenta el modelo de supervisión acordado entre el centro de salud y el equipo de investigación:

1. La implementación de la instancia de supervisión reflexiva fue de una hora semanal, cada quince días supervisión grupal y cada quince días supervisión individual “uno a uno”. Por tanto, las visitadoras participaron de instancias de supervisión semanalmente y la modalidad intercaló una semana grupal y otra individual.
2. Durante las sesiones de supervisión grupal bimensual participaron ambas visitadoras y supervisoras en terreno. En esta instancia se trabajaron temáticas compartidas por las visitadoras de salud, se analizó y reflexionó en torno a los pensamientos y emociones comunes que evocaron las visitadoras al trabajar con las familias participantes del programa.
3. En las sesiones de supervisión individual bimensual, las cuales fueron implementadas por la supervisora en terreno perteneciente al proyecto ejecutor de la Universidad Católica, se promovió la revisión y repaso de aspectos más delicados e individuales que elicitaban las visitas con las familias. Esta revisión no sólo puso énfasis en el contenido y en las intervenciones realizadas por las visitadoras, sino que más bien priorizó la reflexión en torno al tipo de relaciones establecidas, las emociones elicitadas, los conflictos generados, entre otros, de la visitadora con las familias intervenidas. En esta instancia fue necesario que el supervisor desarrollara el autoconocimiento de la visitadora y por lo tanto, la supervisión reflexiva fue la herramienta principal para ello.
4. Una de las técnicas que se propuso para complementar el trabajo en supervisión fue el uso de grabaciones audiovisuales, que permitió la reflexión en torno a las intervenciones hechas por las visitadoras, además de la posibilidad de reconocer los estilos de relación entre visitadoras y padres y al mismo tiempo entre padres e hijos. Aún cuando en la literatura se propone la utilización de ésta técnica en instancias grupales, en esta ocasión se dejó a criterio del supervisor la utilización de esta herramienta a nivel individual o grupal, considerando las características del grupo y resguardando en todo momento la integridad de las visitadoras.
5. Asimismo, se plantearon otras técnicas posibles de ser incorporadas en las instancias de supervisión, tales como:

- a. Trabajo a través de cartillas: obtener conversaciones que otorguen información teórica y de la red.
 - b. Técnicas de autoconocimiento: como dibujo, río de vida, fotolenguaje, línea de tiempo, entre otras.
6. Uno de los aspectos a considerar en la implementación de este modelo de supervisión para las visitadoras en el centro de salud, fue fijar, con la visitadora, los límites de la instancia de supervisión y las temáticas que podrían ser abordadas en este contexto. Asimismo, se recalcó la importancia de proveer capacitación continua a las visitadoras, hasta que ellas alcanzaran el nivel de conocimientos necesarios para ejercer su labor. Dentro de esta lógica se consideró importante transmitir a las visitadoras los protocolos de atención, protocolos en situaciones riesgosas, así como promover la coordinación entre las visitadoras y el equipo en las instancias de derivación frente a detección de situaciones riesgosas como depresión materna, violencia intrafamiliar, uso/abuso de drogas, entre otras.
 7. Tal como la supervisión reflexiva contribuye a mejorar el trabajo y la intervención de las visitadoras, fue necesario implementar al mismo tiempo un espacio reflexivo para los supervisores. Para aquello se propuso una reunión mensual de una a dos horas como instancia de supervisión para las supervisoras en terreno, de manera de promover el proceso circular, en el que cada instancia de reflexión contribuye a mejorar las otras instancias que dependen de ella. Se sugirió que las supervisoras contarán con una formación académica y experiencia previa en supervisión.
 8. Fue indispensable que a nivel institucional se presentara el programa de intervención, así como el modelo de capacitación y acompañamiento a las visitadoras, dado que esta presentación favorecería la comprensión del trabajo planificado en la organización, así como promovería la colaboración del personal en el desarrollo de la intervención.
 9. Por último, se incluyó el contexto de la comunidad en la que se llevó a cabo el programa. Como consecuencia, el trabajo comunitario desplegado en esta intervención se tuvo que promover. Esto es relevante ya que la participación de la comunidad aumenta la probabilidad de que los programas eficaces se mantengan (Durlak & Du-Pre, 2008).

IV. Implementación del modelo de supervisión reflexiva en el programa para familias con recién nacidos

El proyecto en el cual se implementó este modelo contó con financiamiento de la Vicerrectoría de Investigación y la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y con la aprobación del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la misma universidad.

A continuación se presentan algunas consideraciones y sugerencias emanadas de la experiencia en la implementación del modelo de supervisión. A partir de ellas se espera facilitar el diseño, planificación e implementación de modelos de supervisión reflexiva en programas cuya metodología principal de intervención sea la visita domiciliaria.

La intervención consistió en un programa de 10 sesiones de visitas domiciliarias a 11 díadas madre-hijo en contexto de vulnerabilidad psicosocial, reclutadas entre las familias actualmente inscritas en el centro de salud Juan Pablo II de la comuna de La Pintana, Santiago. Dichas visitas fueron realizadas una vez al mes y llevadas a cabo por dos visitadoras (monitoras comunitarias en salud) que fueron previamente entrenadas en temas de infancia por el centro de salud Juan Pablo II, por lo que estaban sensibilizadas con la intervención, además de presentar alta motivación y factibilidad para la realización del programa. Existió un adecuado criterio de selección de las visitadoras, el cual se basó en su experiencia, habilidades de relación y pertenencia al sector. Además, dichas visitadoras participaron en una instancia de capacitación inicial de 18 horas, la cual se orientó a preparar a las visitadoras respecto a su rol de representante del proyecto y del centro de salud frente a las madres visitadas, entrenamiento en habilidades de relación, así como conocimiento y manejo del material que se usaría en las visitas.

Es importante mencionar que las visitadoras de salud recibieron un incentivo económico por visita domiciliaria realizada. Asimismo, la facilitadora del acompañamiento proveniente del equipo del centro de salud Juan Pablo II también recibió un incentivo económico por cantidad de horas dedicadas al desarrollo de dicha instancia. El monto de ambos incentivos fue de común acuerdo entre las partes participantes del proyecto y se basó en las indicaciones de la normativa nacional para visitas domiciliarias ya establecidas.

Las visitadoras, paralelo a la realización de las visitas, participaron semanalmente en un espacio de acompañamiento, poniendo en práctica la metodo-

logía de la supervisión reflexiva, con el objeto de generar una instancia de apoyo y contención, y así favorecer la realización de las visitas domiciliarias. El acompañamiento fue facilitado por una psicóloga perteneciente al centro de salud Juan Pablo II y una psicóloga externa, integrante del proyecto de la universidad, con experiencia previa en primera infancia y visita domiciliaria. A su vez, esta última recibió supervisión de una psicóloga clínica acreditada y con amplia experiencia en atención clínica y supervisión. Se enfatizaron e hicieron acuerdos sobre criterios fundamentales con la administración y dirección del centro de salud y con el equipo de investigación. Hubo reuniones y visitas a terreno previas a la intervención, de manera de establecer negociaciones respecto a las necesidades, expectativas y recursos del centro de salud y del equipo de investigación. Se estableció un trabajo en conjunto con la jefatura psicosocial del centro de salud y se chequeó que los promotores del programa (supervisores) contarán con experiencia y formación en visita domiciliaria.

Los espacios de acompañamiento se ejecutaron semanalmente y se intercalaron las modalidades grupal e individual, cada una ejecutada de manera bimensual. Las sesiones tuvieron una duración entre 50 y 60 minutos aproximadamente y fueron grabadas en video o audio.

El foco de las supervisiones fue variando y se flexibilizó según las necesidades del momento, tanto de las visitadoras como las propias de la intervención. En cuanto a la estructura de supervisión, ésta no tuvo objetivos planificados a priori. Cada visitadora traía espontáneamente algún tema del que quería hablar y un resumen de cómo iban las visitas domiciliarias. A su vez, en algunas ocasiones, la supervisora fue quien planteó algún tema.

La metasupervisión, consistente en la instancia de reflexión entre la supervisora en terreno con la supervisora clínica acreditada, se llevó a cabo una vez al mes, con una duración de 60 minutos. Al igual que la instancia con las visitadoras, estas también fueron grabadas en audio.

La metasupervisión buscó profundizar aquello que transcurría durante el desarrollo de la supervisión reflexiva, espacio donde la literatura señala que la relación supervisora-supervisada es fundamental para la obtención de resultados efectivos en la intervención (McCallister & Thomas, 2007).

A continuación se presenta una síntesis de los objetivos y contenidos abordados en el proceso de supervisión con las visitadoras domiciliarias:

- A. **Reflexión y posicionamiento en el rol de visitadora**, el cual incluyó la realización de las visitas, llenado del registro de la misma, detección de casos específicos de participantes que requerían atención, supervisión de dichas problemáticas e información -a la dupla psicosocial del consultorio- sobre las necesidades de la familia visitada y participación en todas las instancias de supervisión. Por último, este rol también considera el trabajo de acercamiento e involucramiento de las familias al centro de salud.
- B. **Relación de las visitadoras con las madres visitadas**. Esto consistió en identificar las necesidades de las familias y con esto generar la elaboración de planes de intervención. Se abordaron temas tales como los sentimientos emanados frente a las visitas frustradas, la incorporación de psicoeducación en las visitas, rivalidad de miembros de la familia por la cercanía establecida entre la visitadora y la madre visitada, resonancia emocional de los temas abordados en la visita, tales como: rol de madre y relación de parejas, entre otros.
- C. **Relación entre las visitadoras en la instancia de supervisión grupal**. La cual evolucionó desde una postura más competitiva, por las diferencias individuales al inicio hacia una actitud o inclinación más colaborativa.
- D. **Desafíos propios de cada momento del proceso de las visitas domiciliarias**. En un comienzo fue importante apoyar a las visitadoras para que se sintieran cómodas en su rol y pudieran desarrollar las habilidades necesarias para escuchar y contener a las familias (díadas), ayudarlas a encontrar sus propias respuestas y compartir información útil para las madres. Durante la fase media de las visitas emergen las preocupaciones de las visitadoras respecto de lo que observaban en algunas madres, como por ejemplo: una relación distante de la madre con su bebé y, por tanto, la necesidad de derivación al consultorio u otro programa, de manera de que la familia pudiera recibir atención especializada. La fase final de las visitas se centró en el proceso de término de las visitas (cuándo empezar a hablar del término, cómo evaluar el proceso, cierre simbólico, etc.), las dificultades de las visitadoras y participantes para realizar el cierre, las necesidades de derivación, entre otros temas. A su vez, en esta fase se revisó cómo se sentían las visitadoras con relación al cierre y la evaluación que tenían ambas del proceso y su impacto tanto en ellas como en las familias.

Conclusiones y lineamientos futuros

A partir de la implementación de la supervisión emergieron algunas reflexiones generales en torno al proceso llevado a cabo, el cual según Durlak y Dupre (2008) se inscribe dentro de una perspectiva ecológica, que toma en cuenta cuatro categorías principales en un proceso de implementación: proveedores, comunidad, funcionamiento de la organización, y formación y asistencia técnica.

En primer lugar, fue posible constatar la complejidad del rol del supervisor en terreno, ya que a medida que fueron transcurriendo las sesiones se pudo identificar que no sólo puede conllevar supervisar las visitas domiciliarias realizadas por las visitadoras comunitarias sino que también puede haber funciones administrativas a su cargo. Si bien el tener una persona a cargo de diversas funciones puede ser más eficiente, se piensa que también implica algunos desafíos o dilemas. La instancia de supervisión requiere de un vínculo emocional positivo entre supervisora y visitadora, el cual pudiese verse afectado negativamente si las funciones administrativas tienen algún impacto negativo en la visitadora. Por lo anterior, es importante considerar el funcionamiento de la organización en el cual está inserto este programa de intervención para que las funciones se logren facilitar. Otra de las reflexiones que surgieron de este proceso, fue la necesidad de estandarizar los procedimientos de intervención para las visitadoras domiciliarias. Esto se constató a partir de inquietudes surgidas en las supervisiones sobre cómo realizar derivaciones dentro del consultorio y fuera de éste, cómo abordar situaciones familiares complejas o cómo finalizar los procesos de intervención, entre otros. Durante el proceso, en la medida que algunas de las visitadoras terminaban sus intervenciones, eso contribuía a apoyar el trabajo de otras, lo que puede ser considerado dentro del plan de formación y asistencia técnica. A partir de esta experiencia se desarrollaron conocimientos que pueden ser de ayuda para futuras implementaciones de las visitas.

Con relación a posibles efectos producidos por la incorporación de la supervisión reflexiva en el proyecto, se pueden identificar los siguientes: En primer lugar, en relación con el impacto en los participantes, es decir, las madres visitadas, sus hijos y familias, se aprecia un incremento de apoyo social recibido por las familias, mejoramiento de la salud mental en las madres, y una mayor vinculación en la díada madre-hijo. Asimismo, se pudo observar un impacto positivo también en las visitadoras, producto tanto del rol desempeñado en relación con las familias visitadas como por la connotación social positiva

asignada a su labor. Dada la experiencia positiva en la incorporación de paraprofesionales en el contexto de visitas domiciliarias, se podría evaluar la incorporación de mujeres de la comunidad en la realización de estas visitas (en vez de profesionales), no sólo por consideraciones económicas, sino porque se posiona a mujeres de la comunidad, que tienen una cercanía privilegiada con las madres, en un rol que puede favorecer a las familias visitadas y empodera e incrementa la sensación de autoeficacia de las visitadoras. Lo anterior sólo será posible si asegura capacitación continua y supervisión permanente, lo que permitirá que las visitadoras realicen un acompañamiento adecuado con las familias.

El empoderamiento de los miembros de la comunidad puede ser una manera eficaz de resolver los problemas locales y puede facilitar que se fortalezca el tejido social y que se empodere a la comunidad como tal. Lo anterior fue posible identificarlo durante el transcurso del acompañamiento, dado que, mediante la supervisión reflexiva, las visitadoras adquirieron destrezas que implementaron en su rol de visitadoras, así como en sus propias vidas.

A diferencia de las visitas domiciliarias realizadas por profesionales, en que se comunica implícitamente que alguien de otra realidad social (generalmente con mayor educación e ingresos) es necesaria para ayudar a la familia, las visitadoras comunitarias transmiten el mensaje de que la ayuda entre pares es valiosa y necesaria.

En cuanto a la implementación de un modelo de supervisión reflexiva en atención primaria, cabe destacar el posible impacto positivo que este puede tener en los usuarios que reciben la atención de visitadoras que experimentan el proceso paralelo desde la relación con su supervisora y, por tanto, pueden transmitir esta misma experiencia a nivel de la intervención que realizan en las familias, la que es vivenciada posteriormente por el niño en la relación con sus padres. Este modelo favoreció que las visitadoras pudieran desarrollar ciertas habilidades necesarias para establecer una relación e intervención ajustadas a las necesidades de cada familia.

En un principio puede suceder que la supervisora en terreno requiera mayor tiempo para implementar las características de este modelo en la relación con las visitadoras, pero en la medida que esto se va internalizando, las visitadoras logran mayor autonomía en su rol.

Para futuras implementaciones de programas similares, es fundamental que se consideren a cabalidad los aspectos centrales del modelo de supervisión reflexiva señalados en el artículo (tales como características par-

ticulares de la relación, proceso en paralelo, reflexión constante, encuadre, regularidad, relación basada en la confianza, seguridad, entre otros), lo que permitirá actualizar los beneficios de este tipo de supervisión en programas destinados a familias con niños pequeños en el contexto de atención primaria en salud.

Referencias

- AZZI-LESSING, L. (2011). Home visitation programs: Critical issues and future directions. *Early Childhood Research Quarterly*, 26(4), 387-398.
- BERNSTEIN, V. (2002-03). Standing firm against the forces of risk: Supporting Home Visiting and Early Intervention Workers through Reflective Supervision. *IDA News*, 31(2), 1, 13-19,
- BONDAS, T. (2010) Nursing leadership from the perspective of clinical group supervision: a paradoxical practice. *Journal of Nursing Management*, 18 (4); 477-486.
- CLIFFORD, J., MACY, M., ALBI, L. & RAHN, N. (2005). A model of clinical supervision for preservice professionals in early intervention and early childhood special education. *Topics in early childhood special education*. 25 (3); 167-176.
- CUADRA, V. (2011). Visitas Domiciliarias: perfil de competencias de agentes no- profesionales en intervenciones en maternidad adolescente. *Tesis para optar al grado académico de Magister en Psicología Social Comunitaria Pontificia Universidad Católica*. Santiago, Chile.
- CHAFFIN, M. (2004). Is it time to rethink Healthy Start/Healthy Families?. *Child Abuse & Neglect*, 28, 589-595.
- DURLAK, J. & DUPRE, E. (2008). Implementation Matters: A review of research on the influence of implementation on Program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J. Community Psychology*, 41, 327-350.
- EARLY HEAD START. (s/f) Supervisor's Manual for the Head Start Home-Based Program Option. Recuperado de: https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/hs/resources/ECLKC_Bookstore/PDFs/0BC3AD7C913FF5F8F72D3F733610AE3B.pdf
- EARLY HEAD START (1999) *Early Head Start Program Strategies: Staff Development*. Zero to three. Recuperado de: http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/tta-system/ehsnrc/Early%20Head%20Start/supervision/professional-development/intodd_pub_00027a_071305.html
- EGGBEER, L., SHAHMOON-SHANOK, R. & CLARK, R. (2010). Reaching toward an evidence base for reflective supervision. *Zero to three Journal*, Noviembre, 39-45.
- FRANKLIN, L. D. (2011). Reflective supervision for the green social worker: Practical applications for supervisors. *The Clinical Supervisor*, 30(2), 204-214.
- GRANT, T., ERNST, C. & STREISSGURTH, A. (1999). Intervention with high-risk alcohol and drug-abusing mothers: Administrative strategies of the Seattle model of paraprofessional advocacy. *Journal of Community Psychology*, 27(1); 1-18.
- GILKERSON, L. (2004). Irving B. Harris distinguished lecture: Reflective supervision in infant-family programs: Adding clinical process to nonclinical settings. *Infant Mental Health Journal*, 25(5), 424-439.
- HELLER, S., JOZEFOWICZ, F. & WEINSTOCK, J. (2004). Starting where the program is: Three infant mental health consultants discuss reflective practice. *Zero to Three Journal*, 24(6); 10-17.
- KUBIAK, C. & SANDBERG, F. (2011). Paraprofessionals and caring practice: Negotiating the use of self. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 653-660.
- LASLEY, T.J. (1992). Promoting teacher reflection. *Journal of Staff Development*, 13(1), 24-29.
- MCCALLISTER, C.L. & THOMAS, T. (2007). Infant mental health and family support: Contributions of Early Head Start to an integrated model for community-based early childhood programs. *Infant Mental Health Journal*, 28(2), 192-215.
- MINISTERIO DE SALUD, CHILE (1998). *La satisfacción del usuario. Concepto y medición: una herramienta de gestión en el sistema de salud*. Programa de evaluación y mejoramiento de calidad. Módulo N°13. Santiago, Chile.
- SEARLES, H.F. (1955). The informational value of supervisor's emotional experiences. *Psychiatry*, 18, 135-146.
- SHAHMOON-SHANOK, R. (2009) What is Reflective Supervision? In Sherryl Scott Heller and Linda Gilkeron (Eds.), *A Practical Guide to Reflective Supervision* (pp. 7 – 20). Washington DC: ZERO TO THREE.
- TOMLIN, A.M., STURM, L., & KOCH, S.M. (2009). Observe, listen, wonder, and respond: A preliminary exploration of reflective function skills in early care providers. *Infant Mental Health Journal*, 30(6), 634-647.
- WASIK, B.H. & BRYANT, D.M. (2001). *Home visiting: procedures for helping families* (2nd Edition). Sage Publication: California.
- WATSON, C. & NEILSEN, S. (2012). Professional development through reflective consultation in early intervention. *Infants & Young Children*, 25 (2); 109-121.
- WATTS, C., AYOUB, C., WATSON, M., BEARDSLEE, W. & KNOWLTON-YOUNG, K. (2008). Supportive supervision: Promoting staff and family growth through positive relationships. January. Boston: Children's Hospital.
- WEATHERSTON, D., WEIGAND, R. & WEIGAND, B. (2010). Reflective Supervision. Supporting reflection as a cornerstone for competency. *Zero to three*. 22-30.
- ZEICHNER, J.M. & LISTON, D.P. (1987). Teaching student teachers to reflect. *Harvard Educational Review*, 57(1), 23-48.