

Research Article

USING CRITICAL REFLEXIVITY TO DECOLONISE COMMUNITY RESEARCH: LISTENING TO THE VOICES OF MOTHERS NAVIGATING AN EARLY CHILDHOOD SUPPORT SYSTEM IN CHILE

Rodrigo Quiroz-Saavedra*

Community psychology has advanced in questioning the colonial biases embedded in its practices—biases that continue to reproduce power inequalities between the Global North and the Global South and impose specific notions of identity and the self. However, further methodological guidance is still needed to operationalize research that challenges the hegemony of Western knowledge and colonial ways of thinking, while offering alternative approaches for the co-production of knowledge committed to social change in favor of oppressed and marginalized groups. This study contributes to this effort through a first-person account of the researcher’s embodied experience during a 15-month follow-up of a low-income mother classified as high psychosocial risk and a user of the Chile Grows with You system. A narrative autoethnographic strategy is employed to analyze how the reflexive strategies adopted shaped the research process and outcomes. The findings reveal that critical reflexivity enabled the researcher to recognize and overcome individualistic biases, integrate an ecological and situated understanding of motherhood in contexts of oppression, and transform their role toward ethical psychosocial accompaniment aligned with the principles of critical community psychology. The study underscores the importance of training reflexive researchers and promoting contextualized epistemologies that make visible power dynamics and oppression in work with marginalized communities.

Keywords: community psychology, critical reflexivity, decolonization, child support systems, psychosocial accompaniment.

1. Introduction

In recent years, significant theoretical efforts have been made to decolonize research in community psychology (Dutta, 2022; Fernández, 2022; Stevens & Sonn, 2021). As several authors have noted, it is essential to interrogate the colonial biases of mainstream psychology that persist within community psychology itself (Bulhan, 1985; Dutta, 2018; Martín-Baró, 1994; Smith, 2012), as these continue to reproduce power inequalities between the Global North and the Global South and impose specific notions of identity and selfhood (Bhatia, 2020). For instance, most psychological studies are conducted with participants from WEIRD societies—Western, Educated, Industrialized, Rich, and Democratic—that represent only a tiny fraction of the world’s population, yet serve as the basis for constructing “universal” theories of human behavior (Apicella et al., 2020). This colonial bias limits the external and cultural validity of research findings by disregarding the contextual, historical, and

* Department of Psychology, University of Chile

epistemological diversity of other populations, thereby reinforcing a hegemonic psychology centered in the Global North and underestimating situated forms of subjectivity and knowledge within non-Western or Global South contexts (Arnett, 2008)

Adopting a decolonial perspective in Latin American community psychology entails recognizing that psychological knowledge has historically been shaped by the *coloniality of power* (Quijano, 2000)—that is, by a global structure of domination that articulates racial, epistemic, and economic hierarchies inherited from European colonialism. From this standpoint, categories and models produced in the Global North are not neutral; rather, they reproduce forms of cognitive dependence that render invisible the experiences, knowledge systems, and ways of life of peoples in the Global South. Mignolo (2011) expands on this idea by proposing the need for *border thinking*, understood as a critical practice situated at the margins of the modern/colonial world system, where alternative epistemologies emerge from subaltern memories, languages, and territorialities. Incorporating this perspective into community psychology involves questioning the universalist canons of scientific knowledge and opening space for a relational, affective, and situated epistemology rooted in struggles for dignity, autonomy, and collective well-being within Latin American communities. From this position, community practice ceases to be a technical exercise in social intervention and becomes a process of epistemic disobedience aimed at reconstructing the relationships among knowledge, power, and territory through cognitive justice and liberation.

Despite the relevance of this theoretical work, additional methodological guidance is still needed for conducting community-based research that challenges the hegemony of Western knowledge and colonial modes of thinking, while offering alternative approaches for the co-production of knowledge (Suffla et al., 2015) and the promotion of social change in favor of oppressed and marginalized groups (Denscombe, 2024).

This article seeks to contribute to bridging this gap by providing a first-person account of the researcher's embodied experience as part of a study on low-income mothers navigating an integrated early childhood support system in Chile. The narrative focuses on the researcher's interactions with a mother classified as "high psychosocial risk" by the national child protection system, from her eighth month of pregnancy through the first year of her child's life.

The main purpose of this article is to highlight the usefulness of systematically adopting *critical reflexivity* (Castell et al., 2018; Reyes Cruz & Sonn, 2015) as a tool for becoming aware of, examining, and questioning our colonized worldviews (Thambinathan & Kinsella, 2021) when conducting research from an ecological perspective within community psychology.

2. Context

Latin America and the Caribbean remain the most unequal region in the world in terms of income, wealth distribution, educational opportunities, and access to public services (UNDP, 2021). These inequalities also affect children and their families. According to recent studies, 42.5% of the population aged 0 to 17 live in poverty in the region (ECLAC, 2023). When comparing children from low-income families with those from high-income families, substantial gaps are observed in linguistic, cognitive, and socioemotional development, consistently disadvantaging the former (Attanasio et al., 2023).

To address this reality, countries in the region have increasingly adopted comprehensive early childhood policies and plans that have led to the creation of *Child Protection Systems*

(CPS), aimed at guaranteeing the full exercise of the rights of children and adolescents (Morlachetti, 2013).

In the Chilean case, it is important to note that the origins of these protection systems lie in the neoliberal model consolidated during the civic-military dictatorship (1973–1990), a period in which the State was deeply restructured under the principles of market economics and subsidiarity. The reforms of that era reduced the role of the State to regulation and targeted compensation, promoting the privatization of health, education, and social security systems, and transferring the responsibility for well-being to families and individuals (Harvey, 2007; French-Davis, 2018). This ideological framework transformed the notion of social protection into a mechanism for poverty management based on targeting, control, and outcome evaluation, rather than on the guarantee of universal rights (Raczynski, 1999; Larrañaga & Contreras, 2010).

Regarding the Chilean child protection system, this policy reproduces forms of neoliberal governmentality focused on poor children (Calquín-Donoso & Guerra-Arrau, 2018), operating more as a population management instrument than as a universal social right (Ribeiro de Souza et al., 2024). Through the “social control or regulation of life projects,” ChGY holds low-income women responsible for both child care and well-being as well as for their own insertion into the labor market, while obscuring the structural conditions of precarity (Caro, 2009). Furthermore, Calquín-Donoso and Yañez-Urbina (2020) argue that the system consolidates a state imaginary that “reinforces motherhood as a social and biological function that excludes fathers and idealizes motherhood by concealing the inequalities under which it is exercised, as well as women’s status as autonomous subjects with their own health needs and desires, even suggesting the subordination of women’s health to that of the child” (p. 55).



Figure 1. Levels of management of Chile Grows with You subsystem.

(Adapted from the World Bank, 2018)

This framework, inherited from the targeted policies of the dictatorial period, redefines poverty as an individual deficit of capabilities, thereby depoliticizing the structural causes of

inequality. In this way, childhood becomes a privileged terrain for moral and technical intervention, where the State assumes the role of accompanying, controlling, and correcting family behaviors in the name of child development. Thus, child social protection in Chile, far from being a neutral field, constitutes a space of political and symbolic struggle where hierarchies of gender, class, and morality are reproduced—highlighting the need to rethink care and protection from a perspective of social and decolonial justice.

From a technical standpoint, in 2007 the Chilean government established the *Integrated Social Protection System Chile Grows with You* (hereafter, ChGY) with the goal of accompanying, protecting, and supporting the development of children and adolescents from gestation through age 18, alongside their families. To address the diverse and complex needs of children and their families, ChGY integrates the efforts of multiple sectors (e.g., health, education, social development) and operates across three levels of governance: a national level, led by the Ministry of Social Development and Family, which provides strategic direction, designs policies, and oversees implementation; a regional level, responsible for adapting the policy to local contexts and coordinating actions with municipal governments; and a local level, which manages individual cases and delivers services through community networks (see Appendix A).

ChGY offers a range of universal services and programs (e.g., as well as targeted support for children in situations of socioeconomic vulnerability (MIDESO, 2015).

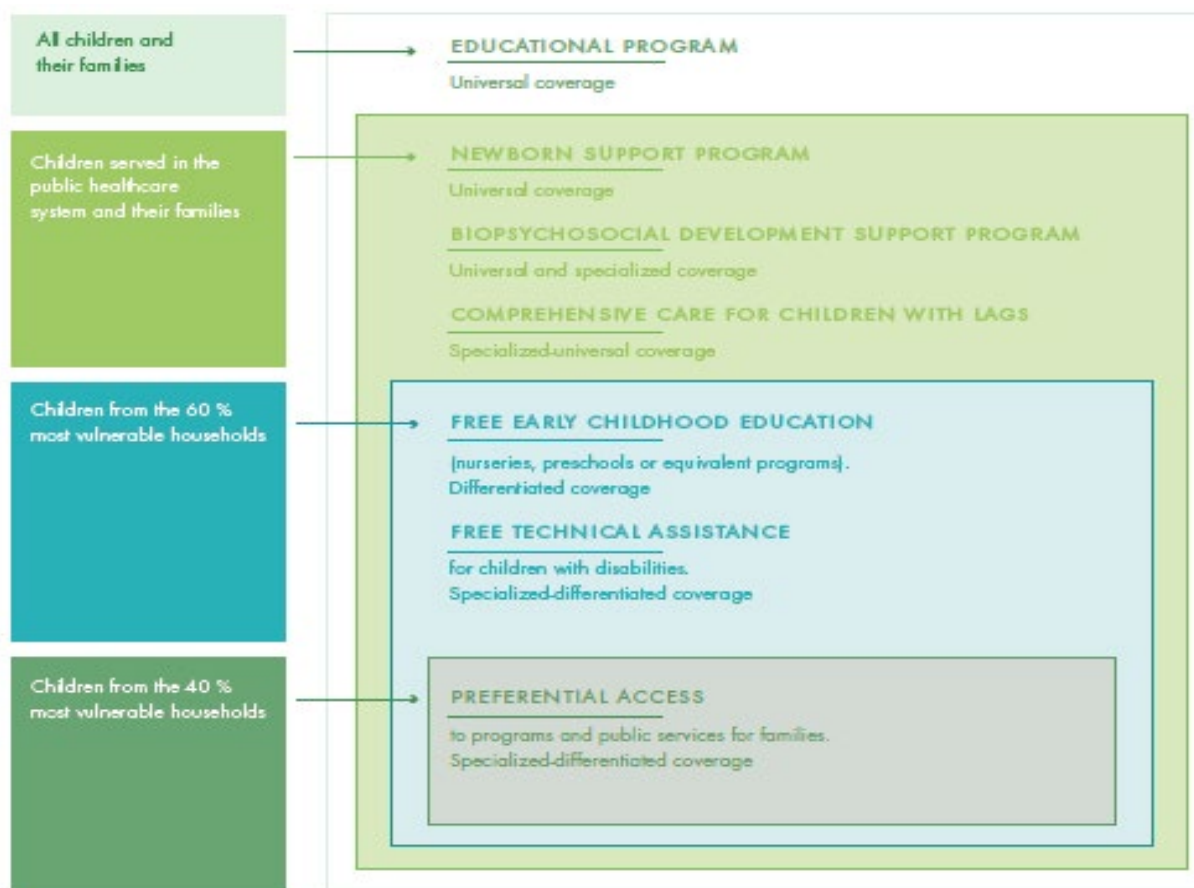


Figure 2. Services and target group of Chile Grows with You subsystem.
(Adapted from the World Bank, 2018)

It is important to note that most of the services offered by ChGY are primarily directed at individuals—most commonly mothers or children—and, in certain cases, families (e.g.,

fathers). For instance, the *Biopsychosocial Development Support Program* (PADBP), which serves as the entry point to ChGY, aims to accompany, protect, and comprehensively support children from gestation until their entry into the school system, together with their families, to ensure adequate early childhood development. To achieve this objective, the PADBP implements an intervention strategy based on follow-up by professionals from the *Family Health Center* (CESFAM), through clinical monitoring from the prenatal period (e.g., maternal health, detection of biopsychosocial risk) to the child's first three years of life (e.g., assessment of psychomotor development), along with home visits. When specific needs are identified during these follow-ups, personalized interventions are activated for children (e.g., early stimulation), and psychosocial interventions are offered for families (e.g., parenting workshops, access to social benefits).

The socioeconomic profile of ChGY users shows that, while the program is formally universal, it is particularly oriented toward populations facing high levels of social, economic, and psychosocial vulnerability. Economically, these families typically fall between the first income decile—earning around 260,000 CLP per month, below the poverty line—and the sixth decile, with an approximate monthly income of 1,000,000 CLP. This targeting pattern arises because ChGY operates within the public health system, which primarily serves lower-income populations, whereas the private health system predominantly serves higher-income groups.

This article focuses on a ChGY user living in conditions of extreme socioeconomic precarity.

3. Researcher Positionality

In selecting this research topic, I must acknowledge the influence of my own personal experiences. I grew up in a working-class family in a low-income neighborhood in the southern area of Santiago, the capital of Chile. Being born with a male gender identity and raised by my paternal grandmother during my early years granted me privileges that are often inaccessible to girls (e.g., parental expectations of success in life) or to children from nuclear families or households headed by single mothers (e.g., greater care and economic support).

Most of my friends in the neighborhood belonged to families living in material precarity that made their survival and well-being difficult. In contrast, my family had three sources of income—two stable ones from my father and grandmother, and one informal from my mother—and we owned our home. This positioned us above the poverty line and provided me with better living conditions and greater opportunities during my childhood and adolescence. I had access to private healthcare through my father's job and attended the best school in the district, administered by a religious congregation, which, along with a small home library, paved the way for my entry into higher education.

Throughout my professional career, I have conducted multiple studies related to public programs that are part of neoliberal, targeted, and assistance-based policies directed toward so-called poor and vulnerable populations. These programs tend to focus on services aimed at individuals (e.g., medical care in consultation rooms) or families (e.g., parenting skills workshops), while neglecting the community dimension (e.g., informal support networks). These life experiences have been pivotal in my decision to specialize in community psychology and in my commitment to developing critical community-based research.

4. Objectives

In this study, I systematically applied critical reflexivity to examine specific aspects of a three-year research project that used interviews, direct observation, and field notes to explore processes of multilevel collaboration within service systems and programs supporting child development. The objectives guiding this analysis were: (i) to describe how the researcher employed reflexive strategies throughout the research process, and (ii) to identify the effects these reflexive strategies had on both the research process and its outcomes.

5. Method

For this study, I adopted a narrative autoethnographic approach (Berger, 2015), grounded in autobiographical writing and research that incorporates reflexivity through self-knowledge and self-awareness of my role as a researcher at all stages of the research process (Davies, 2012). Since this method recognizes that the personal and the political are intertwined, as a researcher I must remain aware of the power relations that exist between myself and the participants. To reduce these power imbalances during the research process, I must be attentive to and critically examine how power operates across social divisions such as class, gender, ethnicity, race, age, or professional status (Davies, 2012).

Reflexivity constitutes a central tradition in community psychology, understood as an ethical, epistemological, and political practice that enables researchers to acknowledge their own position within the power relations that shape social processes and the production of knowledge. Since its origins, community psychology has promoted critical self-awareness regarding the professional's role in contexts of inequality, emphasizing that every intervention implies taking a stance toward historical structures of oppression (Prilleltensky, 1997; Martín-Baró, 1986). In recent decades, reflexivity has evolved from an individual and introspective focus toward a dialogical and relational reflexivity, in which knowledge is co-constructed with communities through participatory and horizontal processes (Reyes Cruz & Sonn, 2011; Kagan et al., 2019).

This study was funded by the National Agency for Research and Development (ANID) and required authorization from the ChGY team at the Ministry of Social Development (MIDESO) prior to its implementation. Subsequently, I contacted the local ChGY team in a low-income municipality in the southern area of Santiago, who connected me with the ChGY team working in the local *Family Health Center* (CESFAM) (see Appendix A). This team provided a list of ChGY users in the area, from which we reached out to several potential participants. Ultimately, we were able to access only two users, one of whom is included in this study.

The analysis focuses on the intensive follow-up I conducted over a 15-month period with a mother classified as “high risk,” who was receiving services from the ChGY system—from her eighth month of pregnancy until her child was one year and two months old. This mother was selected using a convenience sampling strategy from among ChGY users, according to the following criteria: (i) having enrolled in ChGY from the start of pregnancy, (ii) having presented multiple risk factors (e.g., low education level, lack of support networks, gender-based violence) in the psychosocial assessment, and (iii) having consented to participate in the study. The participant was one of two ChGY users who agreed to participate, while the others declined, citing lack of time or interest.

I acknowledge that having access to only two participants constitutes a limitation for the study and this reflexive analysis, as I do not know the experiences and life contexts of other ChGY users. However, the depth and duration of the follow-up, combined with the fact that

the participant belonged to the 40% most socioeconomically vulnerable group, allow me to hypothesize that this case offers insights that may represent the experiences of other women in similar contexts.

5.1 Analytical Strategy

The strategy employed combined introspection and cultural analysis in an iterative manner (Hokkanen, 2017). The first component consisted of a careful examination of the author's thoughts and perceptions throughout the study, documented in detailed case notes. The second involved a thorough analysis of the cultural and social context of the participant, her family, and her community.

I began by repeatedly rereading the material obtained through both in-person and remote interviews with the participant. I also considered field notes that were systematically recorded in a research notebook used during all research activities. These included analytical, reflexive, and methodological notes, which were analyzed together with my supervisor. In particular, the analytical and reflexive notes received feedback from the participant, often in the form of questions or hypotheses.

Next, I identified key moments in my interactions with the participant that elicited intense emotional experiences that I had not been able to process independently. I then described and analyzed these significant moments, which also served as field notes containing analytical, methodological, and experiential memos. In this way, I incorporated an introspective perspective to deepen my understanding of my personal experience during these interactions.

Subsequently, I reconstructed these key moments by combining both "objective" and "subjective" perspectives in a descriptive analysis. Finally, I developed interpretations regarding the emotional intensity and the difficulties in emotional expression that I experienced during these interactions.

5.2 Ethical Considerations

The participant was informed about the study—its objectives, duration, activities, risks, and benefits—through an informed consent form that was read aloud and provided in printed form for her review. Participation began only after the consent form was accepted and signed by the participant.

6. Results of the Reflexive Analysis

The results of this study are presented in three moments corresponding to fieldwork activities in which significant interactions occurred between myself, as the researcher, and the participant. For each of these moments, I describe, on the one hand, the research technique applied and the information generated through that technique, and on the other hand, the reflexivity strategy employed and the resulting insights regarding factors that influenced the research, as well as the adjustments made to the study in response to this increased awareness. To begin, the case of Mrs. D. is presented.

6.1 Ms. D.: A Case of 'Complex Family and High-Risk User'

Ms. D., a 27-year-old woman with three children, is categorized by professionals from the national ChGY team as a case of a '*complex family*,' as she belongs to the subset of severe psychosocial cases that accumulate three or more psychosocial risks. According to an analysis conducted by the health sector team at the central level, this group of subsystem users faces '*the most unfavorable structural [e.g., socioeconomic level] and intermediate determinants [e.g., employment, housing, social support]*' (Y. Opazo, personal communication, November 21, 2018). The same analysis highlights that when confronted with this category of cases, the ChGY shows signs of weak intersectorality and of a perceived lack of trust from families toward professionals.

At the local level, data from the CESFAM where Ms. D. receives care indicate that she belongs to the high-risk group, which corresponds to the 17% of cases presenting more than three psychosocial risks.

Table 1. Distribution of risk levels among pregnant women enrolled in ChGY.

Category	Number	Percentage
Pregnant women with 1 risk	80	54%
Pregnant women with 2 risks	43	29%
Pregnant women with 3 or more risks	25	17%
Total number	147	100%

In turn, according to Ms. D.'s age group, the risk distribution is as follows:

Table 2. Distribution of risk levels among female users aged 25 to 29.

Type of risk	Number of users
Victim of gender-based violence	3
Depressive symptoms	20
Economic hardship	4
Substance abuse	6
Foreign national without national ID number	1
Conflict on motherhood	5
Low educational attainment	2
Poor housing conditions	1
Lack of social support	4
Late enrollment in ChGY	4
Vulnerable employment	1
Smoking	2
Incarcerated father	2
Mental health disorder	2

This is the information I had as a researcher before directly interacting with Ms. D., as described below.

6.2 Act 1: an inquisitive stance about a difficult pregnancy

Users enter the ChGY system through the biopsychosocial development program implemented by the FHC during pregnancy, ideally before 14 weeks of gestation.

An initial round of telephone calls was made by the researcher in July 2019 to recruit ChGY high-risk mothers to invite them to participate in the study. The only mother who met the

selection criteria and with whom I was also able to make contact was Mrs. D. who was eight months pregnant at the time of the first interview in September 2019 at the family health center (FHC). She appeared smiling and healthy on the day of the interview. We walked to the second floor and headed to the office of the midwife in charge of the ChGY program at CESFAM. After taking a seat, I gave her detailed information on the study along with the informed consent. She read it, signed it, and we began the interview.

Interviewer: Mrs. D., to begin the interview, I wanted to ask you how your pregnancy has gone over these eight months.

Mrs. D.: The most difficult one.

Interviewer: The most difficult?

Mrs. D.: Yes.

Interviewer: Why?

Mrs. D.: Because... I've had problems mostly with my family. So, I've practically been living on the street... out there on a sofa outside of the house, but practically outdoors.

Interviewer: This means like... in the house, but on the patio?

Mrs. D.: On the patio. So, it has been hard because I've fought with my mom, my mother-in-law, and the ones who have been there with me have been my daughter, my partner... [a long pause], so it's been difficult.

Interviewer: The house you live in, is that your mother-in-law's house?

Mrs. D.: Yes.

Interviewer: Your partner's mom.

Mrs. D.: Yes. I also have issues with his brother.

Interviewer: His brother? Your partner's brother?

Mrs. D.: Yeah, that's the way it is.

6.2.1 Reflexivity practice: field notes and supervision of a senior researcher

After finishing the interview, I take analytical notes about the situation described by the participant, which include certain hypotheses that could explain it, as well as reflective notes regarding my mood during and after the interview.

Having asked her the first question, Mrs. D's face changes. Her smile disappears and her facial expression grows stern. Her abrupt and unexpected response unnerves me since what I had expected to hear was the narrative of a pregnant woman discussing physical discomfort or hormonal changes. As I looked at her face, I saw someone "containing" herself. I told myself that she probably did not wish to keep discussing the topic or she was trying not to lose control and start crying. However, instead of asking her how she felt to test this hypothesis, I decided to continue with the interview questions. During the remaining 40 minutes of the interview, the dynamic stayed the same. I would launch one question after another, and she would reply with short answers that were sometimes monosyllabic followed by long and persistent periods of silence. When I felt that I was putting too much pressure on her with my questioning, I would change the topic to defuse the atmosphere and continue on with what by that point was a true interrogation. Once the interview was finished, I accompanied Mrs. D to the CESFAM exit. I now felt sad and helpless while deeply questioning the utility of ChGY and this

study for women like Mrs. D who live in situations that are so completely precarious that I cannot fully understand. I realized that I need more support to elaborate on this persistent feeling.

In my search for answers, I brought this experience of a direct encounter with a ChGY “high-risk mother” to supervision with a senior researcher. During this meeting we held a lengthy discussion on the limitations of the subsystem vis-à-vis extremely precarious cases like Mrs. D's. My supervisor and I both got the impression that ChGY programs and services adequately respond to low-risk profiles, but are unable to adapt to the demands posed by high-risk profile mothers who present such an accumulation of disadvantaged conditions and pressing needs. At the time of the interview Mrs. D and her son were in good health. Nevertheless, at 29 years of age she was part of the 40% most vulnerable group according to the Social Household Registry which means that the average family income was about \$208.000 Chilean pesos or U\$D 260 per month. She had completed one year of secondary education and was living in her mother-in-law's house. She was in her eighth month of pregnancy with her third child and had no social protection (e.x.: maternity leave; unemployment insurance).

Moreover, I realized that I was observing Ms. D.'s situation from the perspective of a male researcher from a high socioeconomic background, who had only experienced pregnancy indirectly and as a beneficiary of the private healthcare system.

6.2.2 Reflexivity outcomes: recognizing economic vulnerability

Considering these contextual factors, I reinterpreted Mrs. D.'s narrative and our interaction. On the one hand, I gained a deeper understanding of the precarious living conditions under which she performed her maternal role, as well as the meaning that experiencing a “difficult pregnancy” held for her. On the other hand, I realized that Mrs. D.'s monosyllabic responses did not reflect a personal deficit or a lack of cooperation with the study, but rather a defensive stance toward my inquisitive posture and my own ignorance. This new understanding led me to establish financial compensation for the mothers participating in the study, as a way to acknowledge their time and to prevent the research process from becoming an additional source of oppression.

During the three weeks following that initial interview, I tried in vain to communicate with Mrs. D. She did not answer the telephone or my WhatsApp messages, which confirmed to me the negative nature of the interaction from her perspective. Once I was given confirmation regarding the compensation from the Department of Psychology and the Research Ethics Committee, I shared the news with her with hope that she would remain in the study.

The following day, I confirmed this information with her via telephone, specifying that she would receive 15,000 pesos after each of the interviews and direct observations. A few days later she sent me a message sharing the news that she had given birth to her son, and they were both doing well. She then confirmed that she had an appointment scheduled at the CESFAM for her first postpartum check-up on the 30th of October at 9:00 AM, so we scheduled a direct observation.

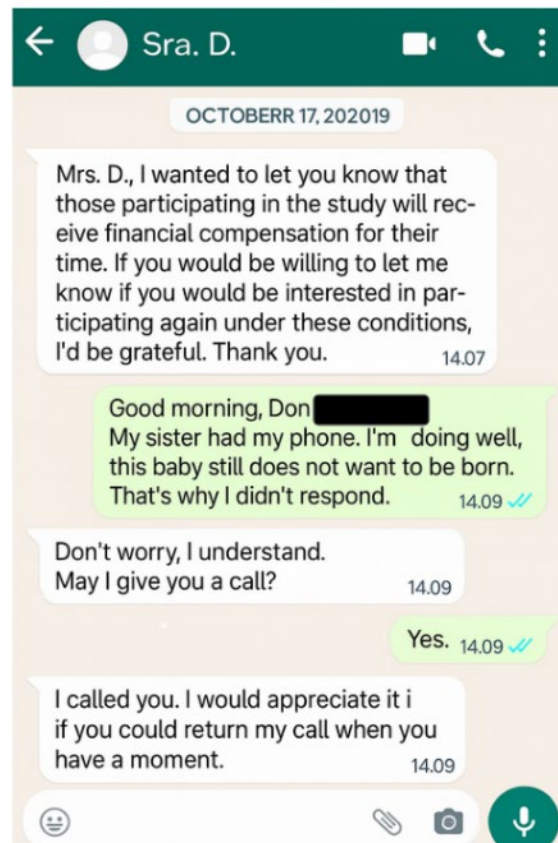


Figure 3. Screenshot of a conversation with the participant via WhatsApp.

6.3 Act 2: From postnatal depression to the maternal ecology

The first postpartum follow-up for ChGY participants is conducted by a midwife from the FHC and lasts for one hour. It consists of a full review of both mother's and baby's health status. During this time, I am standing inside the healthcare room, silently taking notes on my observations.

My first impression was that Mrs. D seemed attentive, yet emotionally removed. She was seated and holding her nine-day old baby in her left arm resting on her leg. She took out the FONASA [National Healthcare Fund public health system] Healthy Child Check-up record book from inside a plastic bag. She answered the questions that the midwife read from the computer screen in monosyllables, as shown in these field notes (October 30, 2019).

Midwife: Is everything fine? Are you breastfeeding only?

Mrs. D.: Yes.

Midwife: He didn't have any yellow jaundice?

Mrs. D.: No.

Midwife: Was the birth normal?

Mrs. D.: Yes.

Midwife: Third child?

Mrs. D.: Yes.

Midwife: Does he live with both parents?

Mrs. D.: Yes.

Midwife: Did your first two children breastfeed?

Mrs. D.: Yes.

Midwife: Let's check your baby. [The midwife gets up from the chair and moves toward the exam table. Mrs. D follows her]. Undress him and just leave his diaper on.

6.3.1 Reflexivity practice: participant feedback and emergent hypothesis formation

Watching this interaction, my attention remained fixed on what to me seemed to be inadequate behavior on the part of Mrs. D toward her baby. I had been expecting to see a caring mother that would smile every time she looked at her baby with a permanent happy expression on her face because her son had been born. What I witnessed instead appeared to be a response of flat affect by the mother toward her newborn. This understanding led me to hypothesize that such conduct could be due to postpartum depression, which could affect her connection with her baby and his subsequent development.

This time, and in contrast to what took place at the first interview, I explicitly defined and then questioned my initial hypothesis by contrasting it with competing hypotheses. For example, I thought about the fact that this was the first time I was observing an interaction between a mother and her third child, as well as a mother living in an extremely precarious situation with a healthcare professional in a "consulting" room.

Therefore, the mother's behavior may have been shaped both by the midwife's lack of empathy within the context of a normative health intervention and by an approach that attributes the responsibility for social problems to individuals belonging to oppressed groups -as defined by the concept of the Blaming the Victim proposed by Ryan, 1972-, or by the perception of an experienced mother that the check-up was irrelevant in the context of the adverse living conditions she was experiencing during her pregnancy. These competing hypotheses are supported by other observations made during the same check-up appointment.

Midwife: Have you massaged your belly?

Mrs. D.: No... I got my tubes tied the day after delivery.

Midwife: Did they put him on your chest skin-to-skin?

Mrs. D.: Yes.

Midwife: Was your partner at the birth?

Mrs. D.: I was all alone.

In a conversation held after the check-up, I decided to contrast the assumption I made during the direct observation with Mrs. D's perspective so that I would not make the same mistake as I had in the first interview. She tells me that her "head was elsewhere" because she was worried about her oldest son who lives with his grandparents near the massive "social outburst" protests that were going on, and that much of what the midwife was saying she already knew because this was her third child.

6.3.2 Reflexivity outcomes: new theoretical insights and methodological shifts

Refuting, or at least, questioning the first assumption of postpartum depression enabled me to stop seeing Mrs. D as a threat to her son and refocus the analysis on the contextual

conditions weighing on her and her role as a mother. To do this, I had to make methodological shifts in the research design, adding a follow-up of the intervention activities carried out by the CESFAM professionals.

Following this line of research, I met with the midwife in charge of ChGY at the CESFAM on the 4th of October. When I asked how "cases" are defined that are addressed at the ChGY team meeting, she responded that it is done based on identified risks, but in the case of Mrs. D her colleague had made a mistake. She had forgotten to ask about the mother's emotional health and living situation during the dyad health check-up (the first postpartum one described above). In other words, the healthcare system also appears to operate using hypotheses that focus on individual variables (e.g., the health status of mother and child), with little appreciation of the broader emotional health and the impacts on motherhood created by the context (e.g., poverty, lack of social support).

This hypothesis is also supported by the observations made in early December at a ChGY team meeting at CESFAM in which a midwife, social worker, educator, psychologist, nurse, doctor and department supervisor all participated in Mrs. D's case assessment of six minutes duration. In it the team made a diagnosis that identified a risk of being homeless in her housing situation because the mother lives as an extended family member that had been kicked out of the mother-in-law's house. They also called for intervention measures and the administration of a second EPSA (abbreviated scale for the assessment of psychosocial risks in pregnancy and postpartum) to fix the mistake made by the first midwife as well as the Edinburgh test of mental status.

On December 19th I participated in the Home Visit conducted by a social worker, a nurse and an educator from the CESFAM team. Once again, I took notes on the verbal exchanges between the professionals and Mrs. D as well as the physical characteristics of the place. We went to Mrs. D's house in a municipal vehicle. The visit took place between 11:52 AM and 12:05 PM. Mrs. D welcomed us in, and we entered her living space via a narrow side walkway that leads to the back area of the primary house, which is a structure of two independent floors measuring approximately 8 feet in width by 32 feet meters in length. Mrs. D lives on the first floor, which is divided into three sections that each measure approximately 8 feet x 10 feet: a bedroom on one side, a multipurpose space in the center (dining, sleeping, playing, and living space) with the kitchen on the other side.

Despite having visited similar dwellings with this kind of interior construction in the weeks prior, I am equally struck by the living conditions that Mrs. D is forced to endure while raising her children. Many concerns come up for me about how housing overcrowding could affect her mental health, her capacity to respond to and interact with her baby, her children's wellbeing, and her relationships with neighbors and the homeowners, but I remain in observer mode so as not to interrupt the questions and advice posed by the professionals with Mrs. D.

After having observed the second and third follow up checks at the health center taking place in December and January respectively, I made contact once more with Mrs. D at the start of March 2020. The fourth check-up happens to be on the same date that the state of emergency was declared in the country and confinement measures issued due to the pandemic. CESFAM cancelled her appointment and the study was put on hold in April.

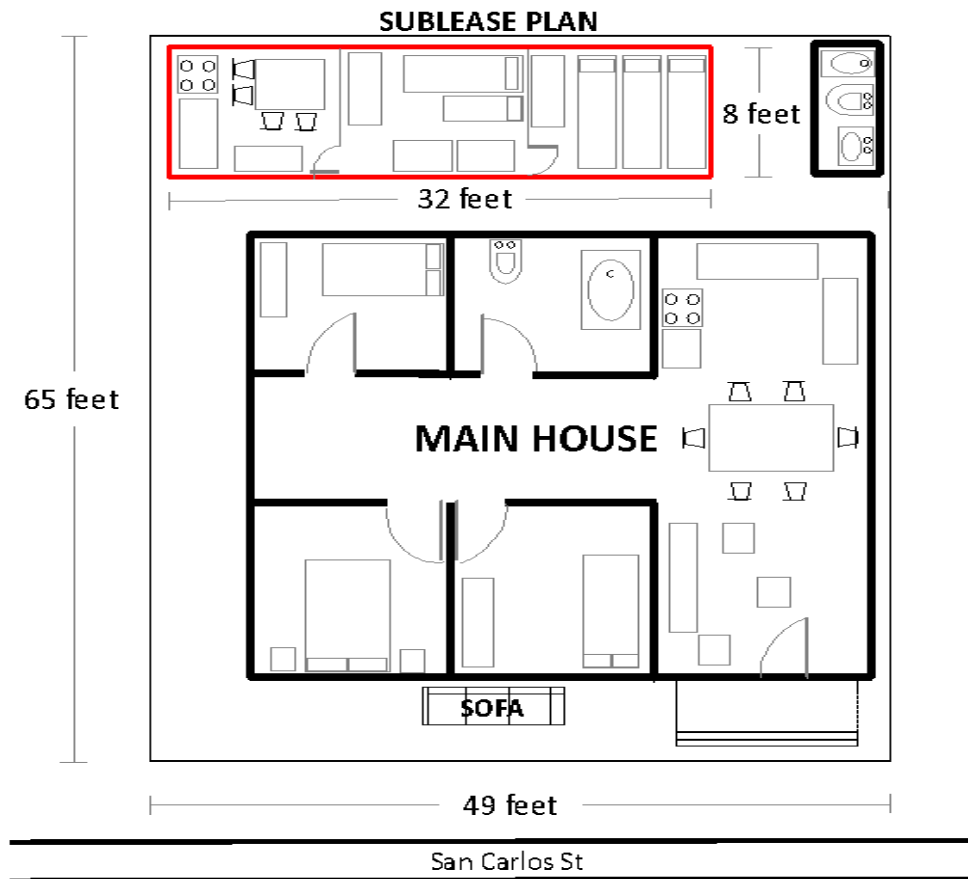


Figure 4. Floor plan of the dwelling sublet by the participant.

6.4 Act 3: between research and psychosocial accompaniment

The pandemic outbreak not only temporarily interrupted the planned research process, it also required that I adapt it to the conditions imposed by the health crisis. Over the intervening weeks, the supervisory team agreed we would modify the follow-up strategy with mothers to a remote modality with monthly phone calls and weekly WhatsApp communication. Every Monday I would ask Mrs. D to report the most important events of the prior week in terms of her ecology of maternity. The information would be systematized and reviewed in depth in our next monthly phone interview. Bearing in mind the economic consequences of the pandemic on these high-risk mothers, we decided to increase the financial compensation from CLP 15,000 (approximately 20 U.S. dollars) to CLP 20,000 (approximately 26 U.S. dollars) for each interview.

On June 1st, I resumed in person visits to Mrs. D and I accidentally rang the bell of another house in the area where the neighbor who answered told me she knows Mrs. D. This neighbor stated that she has information concerning the family violence, child maltreatment, and illicit drug consumption that Mrs. D might be involved in. She finished her story by stressing that I share this information because she wishes to protect the children.

While still in a state of shock in response to this new information, I went to Mrs. D's house, but she was not home. I was obligated under law (e.g., Convention on the Rights of the Child based on the principle of "the best interests of the child") and the conditions of the Ethics Panel to call the leader of the municipal ChGY team, who told me she would submit a report to the Children's Rights Protection Office (OPD in Spanish) tasked with looking after children's and youths' rights at the local level. As of that moment I was in a new role; sharing information

about potential child maltreatment concerning a case with the CESFAM health team, the ChGY municipal team, and the OPD team.

6.4.1 Reflexivity practice: supervision and becoming a mentee

In the meantime, I suggested to my supervisor that it seemed inappropriate to provide financial compensation to a mother who might be using it to buy drugs. My supervisor said that we had to question our prejudice toward Mrs. D and view her as an autonomous individual who is free to make decisions for herself. This meant considering the possibility that the neighbor woman may have been misinterpreting Mrs. D's conduct, and that we must understand her daily living conditions before turning to victim blaming.

This space for self-criticism and reflection helped me be more objective and replace the assumption focused on Mrs. D toward one that would bear the context in mind. This led to new questions. Which behaviors of Mrs. D does the neighbor define as child maltreatment and drug addiction? Do these definitions reflect any type of bias or lack of understanding by the neighbor? If they are, in what way do Mrs. D's everyday living conditions influence her conduct? What are potential behavioral influences spurred by overcrowding, a lack of social protection, economic dependence, family conflicts, a lack of social support, the responsibility of caring for two children, the heightened demands of motherhood, and mandatory pandemic confinement? This merely describes the primary concerns. How do poverty, inequality, urban segregation, discrimination and a sexist culture affect Mrs. D's experience of motherhood? In what way does a lack of territorial collaboration among sectors and organizations affect the timeliness, relevance and quality of services offered to mothers like Mrs. D who pertains to the 40% of the population with the most precarious living conditions and to whom the CGwY subsystem is targeted? This final question is directly linked with the focus of the broader study on professional collaboration for implementing ChGY and highlights the need for expanding the concept of collaboration to include the perspective of mothers who have been labeled a "high risk" case.

During what continued to be an unclear situation, I was participating in a mentoring program with a community psychologist from the US with a long career in collaborative work. After describing the experience I had had over recent weeks to him, he made a point about three aspects: i) dysfunction is not situated in "high risk" mothers, rather in intervention systems that have not learned how to collaborate; ii) the importance of moving from a treatment focus to a prevention approach that views the community as a resource; and iii) the need to create an alliance with Mrs. D that help to reduce her worry of being at risk of punitive sanctions, including losing her children (e.g., explaining why I notified the Children's Rights Protection Office, describing what the inquiry about suspected maltreatment is, listening to her perspective of the situation), and thus promoting a help-seeking behavior and increasing her motivation for receiving support.

6.4.2 Reflexivity outcome: adapting my researcher's role

This conversation gave me the clarity I needed to make the decision to consciously broaden the traditional researcher role I was playing to one of accompanying Mrs. D. This decision led me to adapt the research design as described in the text below.

On July 14th Mrs. D and I had a conversation that would redefine our relationship. First, I gave her a short report of what had happened during the weeks in which our communication had stopped, including the sensitive information given me by the neighbor. I told her about the information I shared with the OPD due to my role as a psychologist and the reason I was

contacting her once again. Her response was as follows: *"I was stunned because I never knew people around here talked such nonsense. I treat my children well, and I try to give them the best possible. Right now I can't take them to school... because of the pandemic, but as far as I'm concerned, I don't treat them poorly. Do you know what I mean? So I mean I was... it left me speechless.* I told her that I understood how difficult it could be for her to fulfill her role as a mother in the precarious situation that she was living in. I also said that from then onward I promised I would not be judging her but supporting her as much as I was able to help her meet her duties as a mother. She accepted what I said.

In the ensuing months the study produced an ecological analysis of Mrs. D's situation and several concrete measures were taken to support her as a mother. For example, I put her in touch with the coordinator of a municipal ChGY team who then directed her to various resources available in the area including a kindergarten for her son. I also spontaneously used an individual-level community counseling strategy to address Mrs. D. 's experience of distress through education, problem-solving support, and connection with local services. While trying to ensure that she was in charge of the conversation, we talked about her relationship with her daughter, partner and especially with herself. During the final interview she stated how helpful our efforts had been for her in reducing stress and positively affecting her mental health.

7. Discussion

The results of this reflexive analysis of the follow-up process with a high-risk mother participating in the ChGY early childhood support subsystem have illuminated underexplored dimensions of the challenge of decolonizing community psychology research.

A critical examination of the research process reveals that the interpretations researchers tend to make intuitively when observing participants' behaviors stem from an individualistic ideology. This is what Shinn and Toohey (2003) refer to as the "error of context minimization," which consists of attributing individual outcomes to personal differences (for example, in motivation, intelligence, or personality) while ignoring the influence of immediate social contexts that affect human well-being in neighborhoods and community settings. Committing this error may lead community psychology researchers to develop reductionist models and theories that blame the victims (Ryan, 1972), attributing to individuals the sole responsibility for their problems while overlooking the role of the economic, social, and political forces that oppress them (Seidman & Rappaport, 2013).

Yet, decolonizing community psychology requires more than recognizing and challenging the individualistic biases underlying our conceptual frameworks. It also demands the use and development of conceptual tools that reveal the contradictions embedded in social realities (Beals et al., 2021). In this case, it involved understanding how multilayered oppression shaped the participant's experience of motherhood and impacted both her well-being and that of her child. To achieve this, community psychologists can draw on qualitative methods that identify and conceptualize forms of oppression at the individual, interpersonal, community, and structural levels, grounded in the lived experiences of participants like Ms. D. as mothers in marginalized communities (Beeber et al., 2014; Heaman et al., 2015). In doing so, community psychology can contribute to the development of intervention strategies aimed at dismantling the social injustices and inequalities that particularly affect these communities (Palmer et al., 2019).

Among these structural oppressive forces is the very logic of intervention embedded in the intersectoral system under examination. Indeed, ChGY offers a wide range of programs and services that are, for the most part, individually centered on mothers. Conducted within clinical consultation rooms and focused predominantly on biomedical and psychological aspects, these procedures compel users to navigate various intervention mechanisms individually. As McCabe (2016) points out, these are neoliberal governance health policies that employ professional expertise-based techniques to reinforce mothers' individual responsibility and to shape maternal identities around ideals of intensive motherhood. This process of the subjectivation of motherhood promotes the construction of a moralized maternal identity for white and economically privileged women, while reinforcing stigmatized maternal identities among low-income mothers within healthcare systems. In this way, the neoliberal governance model in which ChGY operates shapes the participant's experience in multiple ways—for instance, by centering the intervention on her and her child while excluding the father (e.g., care provided within consultation rooms); subjecting her motherhood to constant monitoring and scrutiny by professionals (e.g., questions about how she breastfeeds her third child); subordinating her health to that of her child (e.g., disregard for her mental health); and overlooking the woman's precarious living conditions that act as barriers to motherhood and self-care (e.g., lack of income, overcrowding, COVID-19 pandemic). This operational logic of ChGY reveals its colonial roots not only by focusing on "population management" (Ribeiro de Souza et al., 2024) but also by reproducing a state imaginary that idealizes motherhood while disregarding the structural inequalities within which it is exercised (Calquín-Donoso & Yañez-Urbina, 2020), particularly in the case of women like Mrs. D.

A key dimension of this study was the reflexive strategies employed to move from individualistic assumptions toward more ecological and critical approaches. One such strategy was the reflexive and self-critical analysis conducted collaboratively with my supervisor and mentor. Other studies suggest that these types of relationships positively influence less experienced researchers, particularly regarding ethical understanding and conduct (Sorkness et al., 2017). In this case, gaining a deeper understanding of the mother's living conditions led me to adopt actions more aligned with the values of community psychology. For example, offering appropriate financial compensation to high-risk mothers proved more suitable than responding solely with compassion to conditions of extreme precarity and urgent needs (Nelson et al., 2001).

Another useful strategy during direct observation was the generation of alternative hypotheses as a learned response by the researcher. On one hand, these alternative hypotheses help to explain and question the implicit assumptions of individualistic hypotheses that fail to take into account the contextual and collective dimensions of well-being (Bulhan, 2015; Prilleltensky, 2008; Shinn & Toohey, 2003). On the other hand, the construction of alternative hypotheses reinforces the adoption of a contextualist epistemology in community psychology—one that is not limited to the verification of hypotheses but also seeks to develop them (Tebes, 2005).

More generally, reflexive processes should be considered an integral part of the collaborative work that underpins research in community psychology (Trickett & Espino, 2004). One dimension of this work involves building collaborative relationships between researchers and communities, particularly when working with marginalized populations (Langhout, 2006). The adoption of such strategies can lead to the development of preventive

approaches that take into account the range of contextual factors influencing the problems experienced within these communities (Allen et al., 2014).

Despite its potential contributions, this study also has limitations. Critical reflexivity in a research process as complex as this one may be successful, but it does not always guarantee sufficient or bias-free understanding. For example, in the analysis conducted, my epistemic authority may have prevailed through control over data interpretation, thereby confirming dominant theoretical frameworks or silencing certain participant voices and narratives. This may have occurred during the period in which my analysis of Mrs. D's exercise of motherhood managed to take contextual factors into account, yet remained focused on her relationship with her baby without considering other familial (e.g., older daughter, mother) or neighborhood relationships (e.g., community organizations, neighbors). Following Smith (2012), one way to address these difficulties is to carry out co-analysis and co-interpretation alongside participants themselves and to reread the data through alternative theoretical frameworks that help avoid reproducing dominant or Eurocentric categories.

Concerns also exist regarding generalization and the researcher's subjectivity in autoethnography. This can be addressed by reframing the validity of autoethnography through qualitative research criteria, such as the *transferability* of findings to similar contexts rather than focusing on statistical generalization (Ellis et al., 2011). Likewise, adopting the criterion of *reflexive integrity* through systematic self-inquiry and thick description in autoethnography allows researchers to critically interrogate their own positions and the sociocultural contexts that shape interpretation throughout the research process, thereby strengthening the transparency and trustworthiness of the data produced (Finlay, 2002). Based on these criteria, autoethnography can generate theoretical insights that extend beyond the researcher's self, offering analytical approaches to broader social phenomena and transforming subjectivity into an epistemological resource rather than a source of bias (Anderson, 2006).

Another important dimension concerns collaboration within the research team itself. Tebes et al. (2014) argue that 21st-century science is no longer defined by individual researchers but is increasingly understood as a relational process in which knowledge is constructed through uni-, multi-, or transdisciplinary research networks. Having team members who can help counter individualistic narratives is also invaluable. Students, in particular, can serve as co-researchers within these collaborative models, engaging in reflexive processes that foster research competencies and reshape educator-student relationships (Timmis & Williams, 2013).

Finally, these reflections lead to a broader question: should we, as critical community psychologists, limit ourselves to learning and understanding, or should we also act to promote transformation? That is, we must ask whether we want to use research—particularly qualitative methods—to give voice to and support marginalized groups, rather than reproducing relations of domination and oppression (Brodsky et al., 2017). The new understanding I gained of Mrs. D's situation prompted me to expand my role as a researcher by incorporating a psychosocial accompaniment strategy (Watkins, 2015) into the original design of the study. This meant that the follow-up interviews evolved into a close dialogue grounded in listening, testimony, and a flexible yet committed form of support (Edge et al., 2003). As a result, the mother expressed that she felt accompanied throughout the research process and that she had established a relationship of trust with me.

However, from a decolonial perspective, it is essential to critically reflect on the structural gender and class inequalities that traverse the relationship of accompaniment, in order to

avoid reproducing paternalistic or welfare-oriented relations between researcher and participant. Critical community psychology research requires redistributing power between researcher and participant, primarily by promoting *epistemic justice*, in which the experience of a woman participant from a low socioeconomic background is valued, and by creating the conditions for her to have the necessary resources to interpret her own reality (Fricker, 2007).

8. Conclusions

The findings of this study demonstrate that critical reflexivity is an indispensable tool for decolonizing research practices in community psychology, particularly when working with oppressed and marginalized communities, such as the users of the ChGY subsystem.

The case analyzed demonstrates that critical reflexivity—understood as an ethical, emotional, and epistemological practice—constitutes a concrete path toward the decolonization of research in community psychology. By situating the researcher’s body, emotions, and privileges as part of the field of analysis, reflexivity transforms the research process into a space of relational dialogue, where participants’ voices—such as that of Mrs. D—emerge not as “objects of study” but as co-producers of situated knowledge. From a decolonial perspective, this practice enables a shift in the locus of enunciation from a universalist and masculine gaze toward an embodied, contextual, and affective one. In this sense, the researcher’s reflexive experience challenges the colonial logics of distance and scientific neutrality, promoting a form of knowing that is committed to the everyday lives of oppressed people, such as low-income women who receive services from child protection systems.

More specifically, the researcher’s experience highlights how practices such as reflexive writing, critical supervision, the generation of alternative hypotheses, and collaborative work with mentors can illuminate the ideological and emotional assumptions that guide the production of dominant knowledge in psychology. Throughout the research process, these strategies made it possible to move from initial individualistic interpretations toward more contextualized and relational understandings of the maternal experiences observed.

The study shows that the deliberate use of critical reflexivity had a significant impact on the course of the fieldwork. It not only enabled the researcher to avoid reproducing victim-blaming discourses toward the participant but also supported an expansion of the traditional research role toward practices of psychosocial accompaniment, aligned with a vision of community psychology committed to social justice. Moreover, it contributed to methodological adjustments that enhanced the ethical sensitivity and relevance of the study.

The results confirm that critical reflexivity should not be conceived as an isolated introspective exercise, but rather as a relational and situated process that enables the dismantling of colonial dynamics and the advancement toward contextualist epistemologies capable of transforming the very conditions of the encounter between researcher and participant. In this case, the reflexive process allowed the participant—a low-income mother labeled and classified by the protection system as “high risk”—to cease being viewed through a deficit-based and paternalistic lens and instead to be recognized in her full complexity as an active subject of knowledge and agency. Critical reflexive practice fostered a more horizontal and humane research process in which the participant was not only listened to but also legitimized as a person capable of re-signifying her own experience. In this way, autoethnography not only enriched the researcher’s understanding but also produced

tangible effects of well-being and recognition for the participant, who was able to feel seen, understood, and accompanied rather than evaluated or judged. From a decolonial perspective, this research demonstrates that decentering the researcher's gaze and restoring protagonism to historically silenced voices constitutes a concrete pathway toward building a community psychology committed to epistemic justice, holistic well-being, and the dignity of the people with whom we work.

Therefore, to move from a transformative vision to concrete practice, community psychology training programs can integrate critical and decolonial reflexivity through changes at three levels. At the curricular level, it is recommended to incorporate courses or transversal modules dedicated to decolonial epistemology, situated ethics, and power analysis in community research, inviting students to explore their own positionality in processes of knowledge production and intervention through experiential learning that connects personal reflection with historical and structural contexts. At the pedagogical level, it is suggested to strengthen models of reflexive and dialogical supervision in which instructors accompany students in exploring their emotions, values, and privileges in relation to communities, generating spaces for horizontal conversation and co-learning. At the institutional level, it is necessary to promote academic policies that recognize reflexivity as a criterion of quality and ethical commitment, granting formal value to training in critical research and community accompaniment. Universities can facilitate inter-institutional spaces for dialogue with social organizations, participatory research networks, and local communities, so that the training of community psychologists is grounded in collaborative practices and a pedagogy committed to social and epistemic justice.

Acknowledgement

This study received financial support from the National Agency for Research and Development (ANID), postdoctoral scholarship /2018 – no 3180771.

References

- Allen, J., Mohatt, G. V., Beehler, S., & Rowe, H. L. (2014). People Awakening: Collaborative research to develop cultural strategies for prevention in community intervention. *American Journal of Community Psychology*, 54, 100–111. <https://doi.org/10.1007/s10464-014-9647-1>
- Anderson, L. (2006). *Analytic autoethnography*. *Journal of Contemporary Ethnography*, 35(4), 373–395. <https://doi.org/10.1177/0891241605280449>
- Apicella, C. L., Norenzayan, A., & Henrich, J. (2020). Beyond WEIRD: A review of the last decade and a look ahead to the global laboratory of the future. *Evolution and Human Behavior*, 41(5), 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2020.07.015>
- Arnett, J. J. (2008). The neglected 95%: Why American psychology needs to become less American. *American Psychologist*, 63(7), 602–614. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/14805-008>
- Attanasio, O. P., Lopez Boo, F., Perez-Lopez, D., & Reynolds, S. A. (2023). Inequality in the Early Years in LAC: A Comparative Study of Size, Persistence, and Policies. <https://doi.org/10.18235/0005359>

-
- Bhatia, S. (2020). Decolonizing psychology: Power, citizenship and identity. *Psychoanalysis, Self and Context*, 15(3), 257-266. <https://doi.org/10.1080/24720038.2020.1772266>
- Beals, A. M., Thomas, D., Fernández, J. S., Wilson, C. L., & Palmer, G. (2021). Resisting the coloniality and colonialism of a westernized community psychology: Toward a critical racial justice praxis. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 12(2), 1-2. Retrieved 11/06/25, <https://www.gjcpp.org/en/article.php?issue=39&article=231>
- Beeber, L. S., Schwartz, T. A., Martinez, M. I., Holditch-Davis, D., Bledsoe, S. E., Canuso, R., & Lewis, V. S. (2014). Depressive symptoms and compromised parenting in low-income mothers of infants and toddlers: Distal and proximal risks. *Research in Nursing & Health*, 37(4), 276-291. <https://doi.org/10.1002/nur.21604>
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: Researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), 219-234. <https://doi.org/10.1177/1468794112468475>
- Brodsky, A. E., Mannarini, T., Buckingham, S. L., & Scheibler, J. E. (2017). Kindred spirits in scientific revolution: Qualitative methods in community psychology. In M. A. Bond, C. B. Keys, & I. Serrano-García (Eds.), *APA handbook of community psychology* (pp. 75-90). American Psychological Association.
- Bulhan, H. A. (1985). *Frantz Fanon and the psychology of oppression*. Plenum Press.
- Calquín-Donoso, C. C., & Arrau, R. G. (2018). Gobernando la infancia pobre. Familiarización y neuropsicologización en el programa Chile Crece Contigo. En J. Arce (Ed.), *El Estado y las mujeres: el complejo camino hacia una necesaria transformación de las instituciones*, (pp. 135-153). RiL Editores.
- Calquín-Donoso, C., & Yáñez-Urbina, C. (2020). Metáforas de la maternidad en un sistema de atención sanitaria de la infancia en Chile: entre la naturaleza y el capital humano. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 5(2), 44-59. <https://doi.org/10.1344/musas2020.vol5.num2.3>
- Caro, P. (2009). Análisis del programa Chile Crece Contigo desde los ideales normativos y la noción de prueba. *Revista de Trabajo Social*, (77), 25-37. <https://doi.org/10.7764/rts.77.25-37>
- Castell, E., Bullen, J., Garvey, D., & Jones, N. (2018). Critical reflexivity in indigenous and cross-cultural psychology: A decolonial approach to curriculum? *American Journal of Community Psychology*, 62(3-4), 261-271. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12291>
- CEPAL (2023), Panorama Social de América Latina y el Caribe 2023: la inclusión laboral como eje central para el desarrollo social inclusivo (LC/PUB.2023/18-P), Santiago.
- Davies, C. A. (2012). *Reflexive ethnography: A guide to researching selves and others*. Routledge.
- Denscombe, M. (2024). Decolonial research methodology: An assessment of the challenge to established practice. *International Journal of Social Research Methodology*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/13645579.2024.2357558>
- Dutta, U. (2018). Decolonizing "community" in community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 62(3-4), 272-282. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12281>
- Dutta, U. (2022). Decentering "community" in community psychology: Towards radical relationality and resistance. In Kessi, S., Suffla, S., & Seedat, M. (Eds.), *Decolonial enactments in community psychology* (pp. 53-72). Springer.
- Edge, I., Kagan, C., & Stewart, A. (2003). *Living poverty in the UK: Community psychology as accompaniment*. Retrieved from www.compsy.org.uk/LivingPoverty5b.pdf
-

-
- Ellis, C., Adams, T. E., & Bochner, A. P. (2011). *Autoethnography: An overview*. *Forum: Qualitative Social Research*, 12(1), Artículo 10. <https://doi.org/10.17169/fqs-12.1.1589>
- Fernández, J. S. (2022). Decolonising participatory action research in community psychology. In Kessi, S., Suffla, S., & Seedat, M. (Eds.), *Decolonial enactments in community psychology* (pp. 29-51). Springer.
- French-Davis, R. (2018). *Reformas económicas en Chile, 1973–2017: Del neoliberalismo a un crecimiento inclusivo*. Santiago: LOM Ediciones.
- Finlay, L. (2002). "Outing" the researcher: The provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531–545. <https://doi.org/10.1177/104973202129120052>
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Harvey, D. (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal.
- Heaman, M. I., Sword, W., Elliott, L., Moffatt, M., Helewa, M. E., Morris, H., ... & Cook, C. (2015). Barriers and facilitators related to use of prenatal care by inner-city women: perceptions of health care providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0431-5>
- Hokkanen, S. (2017). Analyzing personal embodied experiences: Autoethnography, feelings, and fieldwork. *Translation & Interpreting Research*, 9(1), 24-35. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.986707436737917>
- Kagan, C., Burton, M., Duckett, P., Lawthom, R., & Siddiquee, A. (2019). *Critical Community Psychology: Critical Action and Social Change*. Routledge.
- Langhout, R. D. (2006). Where am I? Locating myself and its implications for collaborative research. *American Journal of Community Psychology*, 37(3), 267-274. <https://doi.org/10.1007/s10464-006-9052-5>
- Larrañaga, O., & Contreras, D. (2010). *Políticas sociales en Chile: Desafíos y propuestas para la equidad*. Santiago: PNUD–Universidad de Chile.
- Martín-Baró, I. (1986). Hacia una psicología de la liberación. *Boletín de Psicología*, 22, 219–231 [disponible en <http://www.uca.edu.sv/deptos/psicolog/hacia.htm>].
- Martín-Baró, I. (1994). *Writings for a liberation psychology*. Harvard University Press.
- McCabe, K. (2016). Mothercraft: Birth work and the making of neoliberal mothers. *Social Science & Medicine*, 162, 177-184. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.021>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). ¿Qué es Chile Crece Contigo?. Gobierno de Chile. Ministerio de Desarrollo Social, Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo.
- Mignolo, W. D. (2011). *The darker side of Western modernity: Global futures, decolonial options*. Duke University Press.
- Morlachetti, A. (2013). Comprehensive national child protection systems: legal basis and current practice in Latin America and the Caribbean (No. 35884). Naciones Unidas y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Nelson, G., Prilleltensky, I., & MacGillivray, H. (2001). Building value-based partnerships: Toward solidarity with oppressed groups. *American Journal of Community Psychology*, 29(5), 649-677. <https://doi.org/10.1023/A:1010406400101>
- Palmer, G. L., Fernández, J. S., Lee, G., Masud, H., Hilson, S., Tang, C., Tomás, D., Clark, L., Guzmán, B. & Bernai, I. (2019). Oppression and power. In Jason, L. A., Glantsman, O.,

-
- O'Brien, J. F., & Ramian, K. N. (eds.), *Introduction to community psychology*, chapter 9 (pp. 160-182). Rebus Press.
- Prilleltensky, I. (1997). Values, assumptions, and practices: Assessing the moral implications of psychological discourse and action. *American Psychologist*, 52(5), 517–535. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.517>
- Prilleltensky, I. (2008). The role of power in wellness, oppression, and liberation: The promise of psychopolitical validity. *Journal of Community Psychology*, 36(2), 116–136. <https://doi.org/10.1002/jcop.20225>
- Quijano, A. (2000). *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.
- Reyes Cruz, M., & Sonn, C. C. (2011). (De)colonizing culture in community psychology: Reflections from critical social science. *American Journal of Community Psychology*, 47(1–2), 203–214. <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9378-x>
- Reyes Cruz, M., & Sonn, C. C. (2015). (De) colonizing culture in community psychology: Reflections from critical social science. In Goodman, R. D., & Gorski, P. C. (Eds.), *Decolonizing "Multicultural" Counseling Through Social Justice* (pp. 127-146). Springer Science + Business Media.
- Ribeiro de Souza, J. T., Mok-Aravena, C., Baleriola-Escudero, E., Morales-Muñoz, K., Núñez-Parra, L., & Sisto-Campos, V. (2024). Managerialización en políticas de protección a infancia en Chile: perspectiva de trabajadores. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 22(2), 154-179. <https://doi.org/10.11600/rlicsnj.22.2.5990>
- Ryan, W. R. (1972). *Blaming the victim*. Random House.
- Seidman, E., & Rappaport, J. (Eds.). (2013). *Redefining social problems*. Springer Science & Business Media.
- Shinn, M., & Toohey, S. (2003). Community contexts of human welfare. *Annual Review of Psychology*, 54, 427–459. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145052>
- Smith, L. T. (2012). *Decolonizing methodologies: Research and Indigenous peoples* (2nd ed.). Zed Books.
- Sorkness, C. A., Pfund, C., Ofili, E. O., Okuyemi, K. S., Vishwanatha, J. K., Zavala, M. E., ... & Womack, V. (2017). A new approach to mentoring for research careers: the National Research Mentoring Network. *BMC Proceedings*, 11(12), 171-182. <https://doi.org/10.1186/s12919-017-0083-8>
- Stevens, G., & Sonn, C. C. (Eds.). (2021). *Decoloniality and epistemic justice in contemporary community psychology*. Springer Nature.
- Suffla, S., Seedat, M., & Bawa, U. (2015). Reflexivity as enactment of critical community psychologies: Dilemmas of voice and positionality in a multi-country photovoice study. *Journal of Community Psychology*, 43(1), 9-21. <https://doi.org/10.1002/jcop.21691>
- Tebes, J. K. (2005). Community science, philosophy of science, and the practice of research. *American Journal of Community Psychology*, 35(3-4), 213-230. <https://doi.org/10.1007/s10464-005-3399-x>
- Tebes, J. K., Thai, N. D., & Matlin, S. L. (2014). Twenty-first century science as a relational process: From Eureka! to team science and a place for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 53, 475-490. <https://doi.org/10.1007/s10464-014-9625-7>
- Thambinathan, V., & Kinsella, E. A. (2021). Decolonizing Methodologies in Qualitative Research: Creating Spaces for Transformative Praxis. *International Journal of Qualitative Methods*, 20. <https://doi.org/10.1177/16094069211014766>
-

-
- Timmis, S., & Williams, J. (2013). Students as co-researchers: a collaborative, community-based approach to the research and practice of technology enhanced learning. *The student engagement handbook, practice in higher education*, (pp. 509-525). Emerald.
- Trickett, E. J., & Espino, S. L. R. (2004). Collaboration and social inquiry: Multiple meanings of a construct and its role in creating useful and valid knowledge. *American Journal of Community Psychology*, 34(1-2), 1-69. <https://doi.org/10.1023/B:AJCP.0000040146.32749.7d>
- UNDP (2021). Atrapados: Alta desigualdad y bajo crecimiento económico en América Latina y el Caribe. Informe Regional de Desarrollo Humano.
- Watkins, M. (2015). Psychosocial accompaniment. *Journal of Social and Political Psychology*, 3(1), 324-341. <https://doi.org/10.5964/jspp.v3i1.103>
- World Bank (2018). 10 Years of Chile Grows With You (Chile Crece Contigo) : Key Components and Lessons Learned for the Setting Up of Comprehensive Child Development Support Systems (English). Washington, D.C. <http://documents.worldbank.org/curated/en/992351537159031673>

APPENDIX A

GLOSSARY

Chile Grows with You subsystem (ChGY): A comprehensive social protection system for early childhood that supports the development of children and their families from pregnancy through nine years of age, through coordinated health, education, and social programs and services.

CESFAM: Family Health Center within Chile's public healthcare system that provides direct, community-based care at the local level.

Psychosocial accompaniment: A relational and ethical practice that seeks to accompany personal and collective processes of transformation, prioritizing listening, the acknowledgment of lived experiences, and the strengthening of agency in contexts of oppression or vulnerability.

Context minimization error: The tendency to interpret behaviors without considering community and structural factors, thereby holding individuals responsible for problems that have collective or systemic roots.

Intersectorality: A management and public policy strategy that promotes coordination among different sectors (e.g., health, education) to address complex problems affecting people's and communities' well-being in an integrated manner.

Ecological understanding: A perspective that analyzes human phenomena by considering interactions across multiple levels—individual, relational, community, institutional, and structural—to understand how contexts influence well-being and possibilities for social change.

USANDO LA REFLEXIVIDAD CRÍTICA PARA DECOLONIZAR LA INVESTIGACIÓN COMUNITARIA: ESCUCHANDO LAS VOCES DE MADRES QUE NAVEGAN UN SISTEMA DE APOYO INFANTIL EN CHILE

Rodrigo Quiroz Saavedra *

La psicología comunitaria ha avanzado en el cuestionamiento de los sesgos coloniales presentes en sus prácticas, los cuales continúan reproduciendo desigualdades de poder entre el Norte Global y el Sur Global, e imponen nociones específicas de identidad y del yo. No obstante, aún se requiere orientación metodológica adicional para operacionalizar una investigación que desafíe la hegemonía del conocimiento occidental y los modos coloniales de pensar y ofrezca enfoques alternativos para la co-producción de conocimiento comprometido con el cambio social a favor de los grupos oprimidos y marginados. Este estudio aporta a este desafío mediante un relato en primera persona de la experiencia corporalizada del investigador durante un seguimiento de 15 meses a una madre de bajos ingresos clasificada como de alto riesgo psicosocial, usuaria del sistema Chile Crece Contigo. Se adopta una estrategia de autoetnografía narrativa para analizar cómo las estrategias reflexivas adoptadas impactaron en el proceso y los resultados de la investigación. Los hallazgos revelan que la reflexividad crítica permitió al investigador reconocer y superar sesgos individualistas, integrar una comprensión ecológica y situada de la maternidad en contextos de opresión, y transformar su rol hacia un acompañamiento psicosocial ético y coherente con los principios de la psicología comunitaria crítica. El estudio subraya la importancia de formar investigadores reflexivos y de promover epistemologías contextualizadas que visibilicen las dinámicas de poder y opresión en el trabajo con comunidades vulneradas.

Palabras clave: *psicología comunitaria, reflexividad crítica, descolonización, sistema apoyo infantil, acompañamiento psicosocial.*

1. Introducción

En los últimos años, se han realizado esfuerzos teóricos significativos para descolonizar la investigación en psicología comunitaria (Dutta, 2022; Fernández, 2022; Stevens & Sonn, 2021). Como han señalado diversos autores, es necesario interrogar los sesgos coloniales de la psicología dominante que se encuentran en la psicología comunitaria (Bulhan, 1985; Dutta, 2018; Martín-Baró, 1994; Smith, 2012), los cuales continúan reproduciendo desigualdades de poder entre el Norte Global y el Sur Global e imponen nociones específicas de identidad y del yo (Bhatia, 2020). Por ejemplo, la mayoría de los estudios psicológicos se realizan con

*Department of Psychology, University of Chile

participantes provenientes de sociedades WEIRD —occidentales, educadas, industrializadas, ricas y democráticas—, que representan una fracción mínima de la población mundial pero sirven como base para construir teorías “universales” del comportamiento humano (Apicella et al., 2020). Este sesgo colonial limita la validez externa y cultural de los hallazgos, al ignorar la diversidad contextual, histórica y epistemológica de otras poblaciones, reforzando una psicología hegemónica centrada en el Norte global, subestimando los modos de subjetividad y conocimiento situados en contextos no occidentales o del Sur Global (Arnett, 2008).

Adoptar una perspectiva decolonial en la psicología comunitaria latinoamericana implica reconocer que el conocimiento psicológico ha sido históricamente moldeado por la colonialidad del poder (Quijano, 2000), es decir, por una estructura global de dominación que articula jerarquías raciales, epistémicas y económicas heredadas del colonialismo europeo. Desde esta perspectiva, las categorías y modelos producidos en el Norte global no son neutros, sino que reproducen formas de dependencia cognitiva que invisibilizan las experiencias, saberes y modos de vida de los pueblos del Sur. Mignolo (2011) amplía esta idea al proponer la necesidad de un “pensamiento de frontera”, entendido como una práctica crítica situada en los márgenes del sistema-mundo moderno/colonial, donde se generan alternativas epistémicas desde las memorias, lenguajes y territorialidades subalternizadas. Incorporar esta mirada en la psicología comunitaria implica cuestionar los cánones universales del conocimiento científico y abrir espacios para una epistemología relacional, afectiva y situada, enraizada en las luchas por la dignidad, la autonomía y el bienestar colectivo de las comunidades latinoamericanas. Desde esta posición, la práctica comunitaria deja de ser un ejercicio técnico de intervención social y se convierte en un proceso de desobediencia epistémica orientado a reconstruir vínculos entre saber, poder y territorio desde la justicia cognitiva y la liberación.

A pesar de la relevancia de estos trabajos teóricos, se requiere orientación metodológica adicional para la realización de investigaciones comunitarias que desafíen la hegemonía del conocimiento occidental y los modos coloniales de pensar, y que ofrezcan enfoques alternativos para la co-producción de conocimiento (Suffla et al., 2015) y la promoción del cambio social en favor de grupos oprimidos y marginados (Denscombe, 2024).

Este artículo busca contribuir a llenar esta brecha proporcionando un relato en primera persona de la experiencia corporalizada del investigador como parte del proceso de investigación sobre madres de bajos ingresos que transitan por un sistema integral de apoyo a la infancia en Chile. El relato se centra en las interacciones del investigador con una madre clasificada como de alto riesgo psicosocial por el sistema de protección infantil, desde el octavo mes de embarazo hasta un año después del nacimiento de su hijo.

El propósito principal de este artículo es resaltar la utilidad de adoptar sistemáticamente la reflexividad crítica (Castell et al., 2018; Reyes Cruz & Sonn, 2015) como una herramienta para tomar conciencia, examinar y cuestionar nuestras visiones colonizadas (Thambinathan & Kinsella, 2021) al realizar investigaciones desde un enfoque ecológico en psicología comunitaria.

2. Contexto

América Latina y el Caribe sigue siendo la región más desigual del mundo¹ en términos de ingresos, distribución de la riqueza, oportunidades de educación, y barreras de acceso a

¹ <https://www.iadb.org/en/news/complexities-inequality-latin-america-and-caribbean>

servicios públicos (PNUD, 2021). Estas desigualdades afectan también a la población infantil y a sus familias. Según estudios recientes, un 42,5% de la población de niñas, niños, y adolescentes entre 0 a 17 años vive en situación de pobreza en la región (CEPAL, 2023), y al comparar niños de familias con ingresos bajos con los de familias con altos ingresos, se observan brechas sustantivas en el desarrollo lingüístico, cognitivo y socioemocional que van en detrimento de los primeros (Attanasio et al., 2023).

Para enfrentar esta realidad, los países de la región han crecientemente adoptado planes y políticas integrales orientadas a la primera infancia, que han dado paso a la construcción de sistemas de protección a la Niñez (SPN) destinados a garantizar el pleno ejercicio de derechos de niños, niñas y adolescentes (Morlchetti, 2013).

Es importante señalar que en el caso chileno, el origen de los sistemas de protección se encuentra en el modelo neoliberal que se consolida durante la dictadura cívico-militar (1973–1990), periodo en el cual se reestructuró profundamente el Estado bajo los principios de la economía de mercado y la subsidiariedad. Las reformas impulsadas en aquella época redujeron el rol estatal a funciones de regulación y compensación focalizada, promoviendo la privatización de los sistemas de salud, educación y previsión social, y trasladando la responsabilidad del bienestar a las familias y los individuos (Harvey, 2007; French-Davis, 2018). Este marco ideológico transformó la noción de protección social en un mecanismo de gestión de la pobreza basado en la focalización, el control y la evaluación de resultados, más que en la garantía de derechos universales (Raczynski, 1999; Larrañaga & Contreras, 2010).

En cuanto al sistema de protección a la Niñez chileno, esta política reproduce formas de gubernamentalidad neoliberal enfocada en la infancia pobre (Calquín-Donoso & Guerra-Arrau, 2018) que opera como un instrumento de gestión poblacional más que como un derecho social universal (Ribeiro de Souza et al., 2024). A través del “control o regulación social de proyectos vitales”, ChCC responsabiliza a las mujeres de bajo nivel socioeconómico del cuidado y el bienestar infantiles así como de su propia inserción en el mercado laboral invisibilizando las condiciones estructurales de precariedad (Caro, 2009). Además, Calquín-Donoso & Yañez-Urbina (2020) señalan que, el sistema consolida un imaginario estatal que “afianza la maternidad como una función social y biológica que excluye al padre y una forma de idealizar la maternidad ocultando las condiciones de desigualdad en que se ejerce, así como a las mujeres como sujetos autónomos, con sus propias necesidades en salud y deseos, sugiriendo inclusive la subordinación de la salud de las mujeres a la salud del niño/a” (p. 55). Este marco, heredero de las políticas de focalización del periodo dictatorial, redefine la pobreza como un déficit individual de capacidades, despolitizando las causas estructurales de la desigualdad. De este modo, la infancia deviene un terreno privilegiado de intervención moral y técnica, donde el Estado asume el rol de acompañar, controlar y corregir comportamientos familiares en nombre del desarrollo infantil. Así, la protección social a la infancia en Chile, lejos de ser un campo neutral, constituye un espacio de disputa política y simbólica donde se reproducen jerarquías de género, clase y moralidad, evidenciando la necesidad de repensar el cuidado y la protección desde una perspectiva de justicia social y decolonial.

Desde un punto de vista técnico, en 2007 se creó el sistema de protección social integral *Chile Crece Contigo*² (en adelante, ChCC) con el objetivo de acompañar, proteger y apoyar el desarrollo de niños, niñas y adolescentes (NNA) desde la gestación hasta los 18 años, junto a sus familias.

² Para ver video, ingresar al siguiente link: <https://www.youtube.com/watch?v=RkItHCgsW68&t=61s>

Para abordar las diversas y complejas necesidades de los niños y sus familias, ChCC integra esfuerzos de múltiples sectores (ej.: salud, educación, desarrollo social), operando en tres niveles de gobierno: nivel **nacional** liderado por el *Ministerio de Desarrollo Social y Familia*, que provee dirección estratégica, diseña políticas y supervisa su implementación; **nivel regional** para adaptar la política a los contextos locales, y supervisar la implementación y coordinan acciones con los gobiernos municipales; y nivel **local** que cuenta con un equipo que coordina la gestión de casos individuales y la entrega de servicios a través de redes comunitarias (ver Apéndice A).



Figura 1. Niveles de gestión del subsistema Chile Crece Contigo.
(Adaptado del Banco Mundial, 2018)

ChCC ofrece una serie de servicios y programas de carácter universal para todos los niños y niñas (ej.: jardín infantil, apoyo al recién nacido, apoyo al desarrollo biopsicosocial), así como apoyos focalizados para aquellos niños y niñas en situación de vulnerabilidad socioeconómica (Ministerio de Desarrollo Social, 2015).



Figura 2. Servicios y población objetivo del Chile Crece Contigo.
(Adaptado del Banco Mundial, 2018)

Es importante notar que la mayoría de los servicios del ChCC están dirigidos principalmente a individuos, en este caso a las madres o a los niños y niñas, y en ciertos casos a las familias (ej.: padres). Por ejemplo, el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) que es la puerta de entrada a ChCC, tiene por objetivo acompañar, proteger y apoyar integralmente a niños y niñas, desde la gestación hasta su ingreso al sistema escolar, junto con sus familias, para asegurar un desarrollo infantil temprano adecuado. Para alcanzar este objetivo, el PADBP implementa una estrategia de intervención que consiste en un seguimiento realizado por profesionales del Centro de Salud Familiar (CESFAM) a través de controles clínicos desde el periodo prenatal (ej.: salud de la gestante; detección de riesgo biopsicosocial) hasta los primeros tres años de vida del niño o niña (ej.: evaluación del desarrollo psicomotor del niño o niña), y visitas a domicilio. Cuando se identifican necesidades específicas en estos controles, se activan intervenciones personalizadas para los niños (ej.: estimulación temprana), y se ofrecen intervenciones psicosociales para las familias (ej.: taller sobre estilos de crianza; beneficios sociales).

El perfil socioeconómico de los usuarios del sistema ChCC revela que, si bien el programa tiene un carácter universal, se orienta de manera particular hacia poblaciones que enfrentan altos niveles de vulnerabilidad social, económica y psicosocial. En términos económicos, se trata de familias que se encuentran entre el primer decil con un ingreso mensual de aproximadamente \$260.000 que las ubica bajo la línea de la pobreza, y hasta el sexto decil con un ingreso aproximado de \$1.000.000 mensuales. Esto se debe a que ChCC es parte del sistema público de salud, el cual atiende a la población con menores ingresos, mientras que el sistema privado de salud concentra a los grupos de mayor nivel socioeconómico.

Este artículo se centra en una usuaria de ChCC que vive en condiciones de extrema precariedad socioeconómica.

3. Posicionamiento del investigador

Al seleccionar este tema de investigación, debo reconocer la influencia que han tenido en mí mis propias experiencias personales. Crecí en una familia de clase trabajadora en una comuna de bajos ingresos de la zona sur de Santiago, la capital de Chile. . El hecho de haber nacido con una identidad de género masculina y haber sido criado por mi abuela paterna durante mis primeros años de vida me permitieron gozar de privilegios que no son accesibles para las niñas (ej.: expectativas parentales de éxito en la vida), o para hijas e hijos de familias nucleares o de madres jefas de hogar (ej.: más cuidados y apoyo económico).

La mayor parte de mis amigos y amigas del barrio pertenecían a familias que vivían en una precariedad material que dificultaba su supervivencia y bienestar. En cambio, mi familia disponía de tres ingresos -dos estables de mi padre y abuela y uno informal de mi madre- y una casa propia, lo que nos situaba por encima de la línea de la pobreza y me otorgó mejores condiciones de vida y oportunidades en mi infancia y adolescencia.

Tuve acceso a salud privada por el trabajo de mi padre, y a una educación escolar en la mejor escuela de la comuna administrada por una congregación religiosa, que junto con una pequeña biblioteca casera, me encaminaron hacia la educación superior.

A lo largo de mi carrera profesional, he realizado múltiples estudios relacionados con programas públicos que son parte de políticas neoliberales focalizadas y asistencialistas en los sectores denominados pobres y vulnerables. Estos programas tienden a enfocarse en servicios dirigidos a individuos (ej.: atención médica en box) o familias (ej.: talleres de habilidades parentales), sin considerar la dimensión comunitaria (ej.: redes de apoyo informal). Estas experiencias de vida han sido clave en mi decisión de especializarme en psicología comunitaria, y en mi búsqueda de desarrollar una investigación comunitaria crítica.

Objetivos

En este estudio aplicó sistemáticamente la reflexividad crítica para examinar aspectos específicos de un proyecto de investigación de tres años que utilizó entrevistas, observación directa, y notas de campo para indagar en procesos de colaboración multinivel en sistemas de servicios y programas de apoyo al desarrollo infantil. Los objetivos que guiaron este análisis fueron: i) describir el uso que hace el investigador de estrategias reflexivas a lo largo del proceso de investigación, y ii) Identificar los efectos que estas estrategias reflexivas tienen sobre el proceso y los resultados de la investigación.

4. Metodología

Para este estudio adopté un enfoque de autoetnografía narrativa (Berger, 2015), basado en la escritura autobiográfica y la investigación que incorpora la reflexividad bajo la forma del autoconocimiento y la autoconciencia de mi rol como investigador en todos los niveles del proceso de investigación (Davies, 2012). Dado que este método reconoce que lo personal y lo político están vinculados, como investigador debo ser consciente de las relaciones de poder que tengo con los participantes. Para reducir los desequilibrios de poder durante el proceso de investigación, debo ser sensible y examinar las relaciones de poder basadas en divisiones sociales tales como clase, género, etnia, raza, edad o estatus profesional (Davies, 2012).

La reflexividad constituye una tradición central en la psicología comunitaria, entendida como una práctica ética, epistemológica y política que permite al investigador reconocer su propia posición dentro de las relaciones de poder que configuran los procesos sociales y de

producción de conocimiento. Desde sus orígenes, la psicología comunitaria ha promovido una autoconciencia crítica sobre el rol del profesional en contextos de desigualdad, destacando que toda intervención implica una toma de posición frente a estructuras históricas de opresión (Prilleltensky, 1997; Martín-Baró, 1986). En las últimas décadas, la reflexividad ha evolucionado desde un enfoque centrado en la autorreflexión individual hacia una reflexividad dialógica y relacional, donde el conocimiento se co-construye con las comunidades a través de procesos participativos y horizontales (Reyes Cruz & Sonn, 2011; Kagan et al., 2019).

Este estudio fue financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), y tuvo que recibir la autorización del equipo responsable del ChCC en el Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO) para ser implementado. Posteriormente, tomé contacto con el equipo responsable del ChCC a nivel local en una comuna de la zona sur de la ciudad de Santiago, quienes me pusieron en contacto con el equipo de ChCC que trabaja en el CESFAM (ver Apéndice A). Este equipo me entregó un listado de usuarias del ChCC en el territorio, a partir del cual contactamos a varias usuarias. Logramos acceder únicamente a dos usuarias, una de las cuales es considerada en este estudio.

El análisis se centró en el seguimiento intensivo que realicé como investigador durante un período de 15 meses a una madre denominada de alto riesgo que recibía servicios del sistema *Chile Crece Contigo* (ChCC), desde el octavo mes de embarazo hasta que su hijo cumplió un año y dos meses. Esta madre fue seleccionada mediante una estrategia de muestreo por conveniencia a partir de un grupo de usuarias del ChCC de acuerdo a los criterios siguientes: i) Haber ingresado al sistema *ChCC* desde el inicio del embarazo, ii) Haber presentado múltiples factores de riesgo (ej.: baja escolaridad, falta de redes de apoyo, violencia de género) en la evaluación psicosocial³, y, iii) Haber aceptado participar en el estudio. La participante fue una de las dos usuarias del ChCC contactadas que aceptó participar en el estudio. Las otras usuarias contactadas desistieron participar aludiendo no tener interés en el estudio o falta de tiempo para participar. Asumo que el hecho de acceder únicamente a dos participantes impone limitaciones al estudio, y a este análisis reflexivo, ya que desconozco la experiencia y contextos de vida de otras usuarias del ChCC. Sin embargo, la extensión y profundidad del seguimiento realizado, y el que la participante perteneciera al grupo de usuarias del 40% más vulnerable en términos socioeconómicos, me permite hipotetizar que este caso nos ofrece datos que pueden representar a más mujeres.

4.1 Estrategia de análisis

La estrategia utilizada combinó de manera iterativa introspección y análisis cultural (Hokkanen, 2017). La primera consistió en un análisis cuidadoso de los pensamientos y percepciones del autor a lo largo del estudio, documentados en notas de caso detalladas. La segunda implicó un examen minucioso del contexto cultural y social de la participante, su familia y su comunidad.

Comencé releendo repetidamente el material obtenido mediante entrevistas presenciales y remotas con la participante. También fueron consideradas las notas de campo que fueron realizadas de forma sistemática en un cuaderno de campo utilizado en todas las actividades de investigación. Entre estas notas se encontraban notas analíticas, notas reflexivas, y notas metodológicas, las cuales eran analizadas junto a mi supervisor. En

³ Para conocer la pauta de evaluación hacer click en el siguiente link: <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Pauta-de-Riesgo-Psicosocial.pdf>

particular, las notas analíticas y reflexivas recibían retroalimentación de la participante en forma de pregunta o hipótesis.

A continuación, identifiqué hitos en las interacciones con la participante que provocaron en él una experiencia emocional intensa que no había logrado procesar de forma autónoma. Luego describí y analicé estos momentos destacados, que sirvieron además como notas de campo en las que se registraron memorandos analíticos, metodológicos y experienciales. De este modo, incorporé una perspectiva introspectiva para profundizar en la experiencia personal durante estas interacciones.

Posteriormente, reconstruí los hitos combinando perspectivas "objetivas" y "subjetivas" en un análisis descriptivo. Finalmente, formulé interpretaciones acerca de la intensidad emocional y de las dificultades en la expresión emocional que experimenté durante estas interacciones.

4.2 Consideraciones éticas

La participante fue informada del estudio -objetivos, duración, actividades, riesgos y beneficios- a través de un consentimiento informado que fue leído y entregado en papel para su revisión. Se dió inicio a la participación una vez que el consentimiento fue aceptado y firmado por la participante.

5. Resultados del análisis reflexivo

Los resultados de este estudio se presentan en tres momentos que corresponden a actividades de trabajo de campo en que se produjeron interacciones significativas entre yo como investigador y la participante. Para cada uno de estos momentos, se describe, por una parte, cuál fue la técnica de investigación aplicada y qué información se produjo con esta técnica, y por otra parte, qué estrategia de reflexividad se utilizó, y qué resultados se obtuvieron en términos de visibilizar aspectos que influyen sobre la investigación y de ajustes hechos al estudio en coherencia con esta toma de consciencia. Para comenzar, se presenta el caso de la Sra. D.

5.1 La Sra. D.: un caso de “familia compleja y usuaria de alto riesgo”

La Sra. D., mujer de 27 años con 3 hijos, es categorizada por los profesionales del equipo nacional del ChCC como un caso de “familia compleja”, ya que pertenece al subconjunto de casos psicosociales severos que acumulan 3 o más riesgos psicosociales. Según un análisis conducido por el equipo del sector salud del nivel central, este es el grupo de usuarias del subsistema que enfrenta “determinantes estructurales [ej.: nivel socioeconómico] e intermedios [ej.: empleo, vivienda, apoyo social] más desfavorables” (Y. Opazo, comunicación personal, 21 de noviembre, 2018). El mismo análisis destaca que enfrentado a esta categoría de casos, el ChCC da muestras de una intersectorialidad débil y de una percepción de falta de confianza de parte de las familias hacia los profesionales.

Desde el nivel local, las cifras del CESFAM en el que se atiende la Sra. D. indican que ella pertenece al grupo de *alto riesgo* que corresponde al 17% de casos que presentan más de tres riesgos psicosociales:

Tabla 1. Distribución de riesgos en gestantes usuarias del ChCC.

Categoría	Cantidad	Porcentaje
Gestantes con 1 riesgo	80	54%
Gestantes con 2 riesgos	43	29%
Gestantes con 3 o más riesgos	25	17%
Número total	147	100%

Nota. Elaboración propia a partir de datos del CESFAM del año 2018.

A su vez, de acuerdo al tramo etario en el que se encuentra la Sra. D., la distribución de riesgos es la siguiente:

Tabla 2. Distribución de riesgos para usuarias del tramo etario 25 a 29 años.

Tipo de riesgo	Número de usuarias
Violencia de género	3
Síntomas depresivos	20
Dificultad económica	4
Abuso de sustancias	6
Extranjera sin rut	1
Conflicto con la maternidad	5
Baja escolaridad	2
Condiciones de habitabilidad	1
Insuficiente apoyo social	4
Ingreso tardío	4
Problemas laborales	1
Tabaquismo	2
Padre privado de libertad	2
Patología salud mental	2

Nota. Elaboración propia a partir de datos del CESFAM del año 2018.

Esta es la información con la que yo contaba como investigador antes de interactuar directamente con la Sra. D. según se relata a continuación.

5.2 Acto 1: una postura inquisitiva sobre un embarazo difícil

Las usuarias ingresan al sistema *ChCC* a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, implementado por el centro de salud familiar (CESFAM) durante el embarazo, idealmente antes de las 14 semanas de gestación.

En julio de 2019, realicé una primera ronda de llamadas telefónicas para reclutar madres de alto riesgo del sistema *ChCC* y así invitarlas a participar en el estudio. La única madre que cumplía los criterios de selección y con quien logré establecer contacto fue la Sra. D., quien se encontraba en el octavo mes de embarazo en el momento de la primera entrevista, realizada en septiembre de 2019 en el CESFAM.

La Sra. D. se mostró sonriente y saludable el día de la entrevista. Caminamos hacia el segundo piso y nos dirigimos a la oficina de la matrona encargada del programa en el CESFAM.

Tras informarle detalladamente sobre el estudio y obtener su consentimiento informado, comenzamos la entrevista.

— Entrevistador: Sra. D., para comenzar la entrevista, quería preguntarle cómo ha sido su embarazo durante estos ocho meses.

— Sra. D.: El más difícil.

— Entrevistador: ¿El más difícil?

— Sra. D.: Sí.

— Entrevistador: ¿Por qué?

— Sra. D.: Porque... he tenido problemas principalmente con mi familia. Así que prácticamente he estado viviendo en la calle... afuera, en un sillón, prácticamente al aire libre.

— Entrevistador: ¿Esto significa que... en la casa, pero en el patio?

— Sra. D.: En el patio. Entonces, ha sido difícil porque he peleado con mi mamá, con mi suegra, y quienes han estado conmigo han sido mi hija, mi pareja... [pausa larga], así que ha sido complicado.

— Entrevistador: ¿La casa en la que vive es de su suegra?

— Sra. D.: Sí.

— Entrevistador: ¿La mamá de su pareja?

— Sra. D.: Sí. También tengo problemas con su hermano.

— Entrevistador: ¿Con el hermano de su pareja?

— Sra. D.: Sí, así es.

5.2.1 Práctica de reflexividad: notas de campo y supervisión de un investigador senior

Después de finalizar la entrevista, tomo notas analíticas sobre la situación descrita por la participante, que incluyen algunas hipótesis que podrían explicarla, así como notas reflexivas sobre mi estado de ánimo durante y después de la entrevista.

Después de hacerle la primera pregunta, el rostro de la señora D cambia. Su sonrisa desaparece y su expresión facial se vuelve seria. Su respuesta abrupta e inesperada me desconcierta, ya que lo que había esperado escuchar era la narración de una mujer embarazada hablando sobre molestias físicas o cambios hormonales. Al mirar su rostro, vi a alguien que se estaba “conteniendo”. Me dije a mí mismo que probablemente no deseaba seguir hablando del tema o que estaba intentando no perder el control y ponerse a llorar. Sin embargo, en lugar de preguntarle cómo se sentía para poner a prueba esta hipótesis, decidí continuar con las preguntas de la entrevista. Durante los 40 minutos restantes de la entrevista, la dinámica se mantuvo igual. Yo lanzaba una pregunta tras otra, y ella respondía con frases cortas, a veces monosilábicas, seguidas de largos y persistentes silencios. Cuando sentía que la estaba presionando demasiado con mis preguntas, cambiaba de tema para distender el ambiente y continuaba con lo que, a esas alturas, era un verdadero interrogatorio.

Una vez finalizada la entrevista, acompañé a la señora D hasta la salida del CESFAM. En ese momento me sentía triste e impotente, mientras cuestionaba profundamente la utilidad de ChCC y de este estudio para mujeres como la señora D, que viven en condiciones tan completamente precarias que no puedo llegar a comprender del todo. Me di cuenta de que necesitaba más apoyo para elaborar este sentimiento persistente.

En mi búsqueda de respuestas, llevé esta experiencia de encuentro directo con una madre de “alto riesgo” del ChCC a supervisión con un investigador sénior. Durante esa reunión sostuvimos una larga conversación sobre las limitaciones del subsistema frente a casos extremadamente precarios como el de la señora D. Mi supervisor y yo tuvimos la impresión de que los programas y servicios de ChCC responden adecuadamente a perfiles de bajo riesgo, pero son incapaces de adaptarse a las demandas que plantean las madres de alto riesgo, quienes presentan una acumulación de condiciones de vida desventajosas y necesidades apremiantes.

Al momento de la entrevista, la señora D y su hijo gozaban de buena salud. Sin embargo, con 29 años de edad, ella formaba parte del 40% más vulnerable según el Registro Social de Hogares, lo que significaba que el ingreso familiar promedio era de aproximadamente \$208.000 pesos chilenos, o 260 dólares estadounidenses al mes. Había completado un año de educación secundaria y vivía en la casa de su suegra. Se encontraba en el octavo mes de embarazo de su tercer hijo y no contaba con protección social (ej.: licecia postnatal; seguro de desempleo). Además, me di cuenta de que estaba observando la situación de la señora D desde la perspectiva de un investigador hombre, perteneciente a un nivel socioeconómico alto, que solo había experimentado el embarazo de manera indirecta y como beneficiario del sistema privado de salud.

5.2.2 Resultados de la reflexividad: reconocimiento de la vulnerabilidad económica

Considerando estos factores contextuales, reinterpreté la narrativa de la Sra. D. y la interacción que habíamos tenido. Por una parte, comprendí mejor las precarias condiciones de vida en las que ella ejercía su rol materno, y el significado que tenía para ella vivir un "embarazo difícil". Por otra parte, me di cuenta de que las respuestas monosilábicas de la Sra. D no correspondía a un déficit personal o a falta de colaboración con el estudio, sino que reflejaban una postura defensiva frente a postura inquisitiva y a mi propia ignorancia. Este nuevo entendimiento me llevó a establecer una compensación económica para las madres participantes en el estudio, como forma de reconocer su tiempo y evitar que la investigación se convirtiera en una fuente adicional de opresión.

Durante las tres semanas siguientes, intenté comunicarme con la Sra. D. sin éxito. Finalmente, tras confirmar la autorización para la compensación económica, le informé y logramos retomar el contacto.

Al día siguiente, le ratifiqué vía telefónica esta información⁴, especificando que después de cada una de las entrevistas y observaciones directas ella recibiría \$15.000. Algunos días después, ella me envía un mensaje anunciando que su hijo había nacido, y que ambos se encontraban bien. Luego me confirma que tiene hora en el Cesfam para el primer control postparto el día 30 de octubre a las 9h00. Coordinamos la observación directa.

⁴ La solicitud fue primero aceptada por la decana de la Facultad de Psicología, y luego por el Comité de Ética en Investigación.

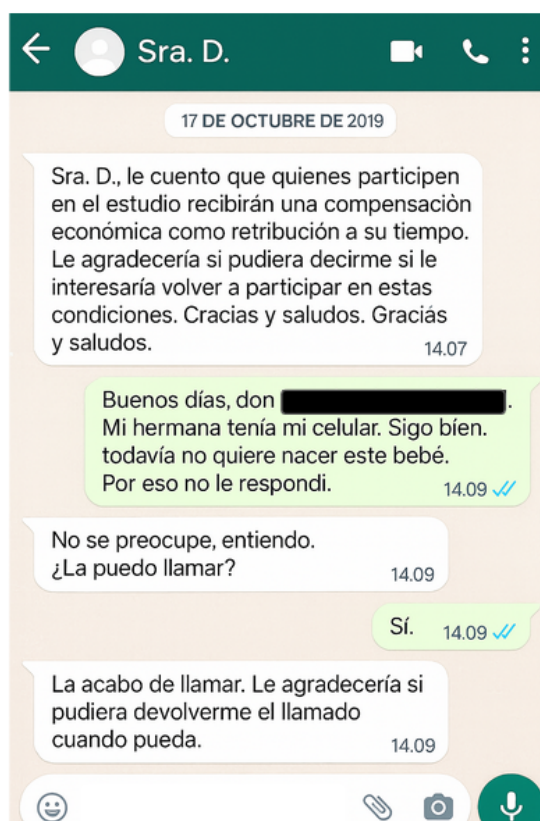


Figura 3. Captura de pantalla de conversación con la participante vía Whatsapp.

5.3 Acto 2: de la depresión postnatal a la ecología materna

El primer seguimiento postparto para las participantes de *Chile Crece Contigo* es realizado por una matrona del CESFAM y tiene una duración de una hora. Consiste en una revisión completa del estado de salud de la madre y del bebé. Durante este control, observé que la Sra. D. parecía atenta, pero emocionalmente distante. Estaba sentada, sosteniendo a su bebé de nueve días con el brazo izquierdo apoyado sobre la pierna. Respondía a las preguntas de la matrona en forma monosilábica, como lo muestran estas notas de observación (30 de octubre, 2019).

- *Matrona*: ¿Todo bien? ¿Está dando pecho exclusivo?
- *Sra. D.*: Sí.
- *Matrona*: ¿No presentó ictericia?
- *Sra. D.*: No.
- *Matrona*: ¿El parto fue normal?
- *Sra. D.*: Sí.
- *Matrona*: ¿Tercer hijo?
- *Sra. D.*: Sí.
- *Matrona*: ¿Viven ambos padres con el niño?
- *Sra. D.*: Sí.
- *Matrona*: ¿Los dos primeros hijos fueron amamantados?

— Sra. D.: Sí.

5.3.1 Práctica de reflexividad: retroalimentación de la participante y formación de hipótesis emergentes

Al observar esta interacción, mi atención permaneció fija en lo que, para mí, parecía ser un comportamiento inadecuado por parte de la Sra. D hacia su bebé. Esperaba ver a una madre afectuosa que sonriera cada vez que mirara a su hijo, con una expresión de felicidad permanente en el rostro por su reciente nacimiento. En cambio, lo que presencié pareció ser una respuesta de afecto plano por parte de la madre hacia su recién nacido. Esta interpretación me llevó a formular la hipótesis de que dicha conducta podría deberse a una depresión posparto, la cual podría afectar su vínculo con el bebé y su desarrollo posterior.

Esta vez, y en contraste con lo ocurrido durante la primera entrevista, definí explícitamente y luego cuestioné mi hipótesis inicial al contrastarla con hipótesis alternativas. Por ejemplo, reflexioné sobre el hecho de que esta era la primera vez que observaba la interacción entre una madre y su tercer hijo, así como la interacción entre una madre que vivía en una situación extremadamente precaria y una profesional de la salud en una “sala de consulta”. Por ejemplo, reflexioné sobre el hecho de que esta era la primera vez que observaba la interacción entre una madre y su tercer hijo, así como la interacción de una madre que vivía en una situación de extrema precariedad con una profesional de la salud en una *sala de consulta*.

Por lo tanto, el comportamiento de la madre podría haber estado moldeado tanto por la falta de empatía de la matrona en el contexto de una intervención sanitaria normativa que atribuye la responsabilidad de problemas sociales a las personas de grupos oprimidos —tal como lo conceptualiza la noción de *culpar a la víctima* propuesta por Ryan (1972)— como por la percepción, propia de una madre con experiencia, de que el control resultaba irrelevante ante las condiciones de vida adversas que estaba enfrentando durante su embarazo. Estas hipótesis contrapuestas se ven respaldadas por otras observaciones realizadas durante la misma consulta:

Matrona: ¿Te has masajado el vientre?

Sra. D.: No... me ligaron las trompas al día siguiente del parto.

Matrona: ¿Te pusieron al bebé en el pecho, piel con piel?

Sra. D.: Sí.

Matrona: ¿Estaba tu pareja presente en el parto?

Sra. D.: Estaba completamente sola.

Posteriormente, conversé con la Sra. D. sobre sus percepciones. Me explicó que su "cabeza estaba en otra parte", preocupada por su hijo mayor que vivía cerca de las protestas del estallido social, y que además ya conocía la mayoría de los contenidos del control, al ser su tercer hijo.

5.3.2 Resultados de la reflexividad: nuevos aprendizajes teóricos y ajustes metodológicos

Refutar, o al menos cuestionar, la primera suposición de depresión posparto me permitió dejar de ver a la Sra. D como una amenaza para su hijo y reenfocar el análisis en las condiciones contextuales que pesaban sobre ella y su rol como madre. Para ello, tuve que realizar ajustes metodológicos en el diseño de la investigación, incorporando un seguimiento de las actividades de intervención realizadas por las y los profesionales del CESFAM.

Siguiendo esta línea de investigación, me reuní con la matrona encargada del ChCC en el CESFAM el 4 de octubre. Cuando le pregunté cómo se definen los “casos” que se abordan en la reunión del equipo del ChCC, respondió que se hace en función de los riesgos identificados, pero que en el caso de la Sra. D su colega había cometido un error. Había olvidado preguntar sobre la salud emocional y la situación de vida de la madre durante el control de salud de la díada (el primer control posparto descrito anteriormente). En otras palabras, el sistema de salud también parece operar a partir de hipótesis centradas en variables individuales (por ejemplo, el estado de salud de la madre y del hijo), con escasa consideración por la salud emocional en un sentido más amplio y por los impactos que el contexto (como la pobreza o la falta de apoyo social) tiene sobre la experiencia de la maternidad.

Esta hipótesis también se ve respaldada por las observaciones realizadas a comienzos de diciembre durante una reunión del equipo del ChCC en el CESFAM, en la que participaron una matrona, una trabajadora social, una educadora, una psicóloga, una enfermera, un médico y la jefa del departamento. En dicha reunión, el equipo llevó a cabo una evaluación del caso de la Sra. D que tuvo una duración de seis minutos. En ella, el equipo elaboró un diagnóstico que identificó un riesgo de situación de calle en su contexto habitacional, debido a que la madre vive como integrante de una familia extendida y había sido expulsada de la casa de su suegra. Asimismo, se acordó implementar medidas de intervención y aplicar una segunda EPSA (Escala Abreviada para la Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Embarazo y Posparto) para corregir el error cometido por la primera matrona, además de administrar el test de Edimburgo para evaluar su estado mental.

El día 19 de diciembre participo en la Visita Domiciliaria realizada por una trabajadora social, una enfermera y una educadora del equipo del Cesfam. Nuevamente tomo notas sobre las interacciones verbales entre las profesionales y la Sra. D. y sobre las características del lugar. Nos dirigimos hacia la casa de la Sra. D. en un vehículo municipal. La visita se desarrolla entre las 11h52 y las 12h05. La Sra. D. nos recibe y accedemos al lugar en donde vive a través de un estrecho pasillo lateral, que conduce a la parte trasera de la vivienda principal en donde se emplaza una construcción de dos pisos independientes. La Sra. D. vive en el subarriendo del primer piso, el cual se encuentra dividido en 3 partes cada una de 2,5x10 metros aproximadamente: 1 habitación en un ala, al centro un espacio multifuncional (living-comedor, habitación, sala de juegos, sala de estar), y en la otra ala una cocina.

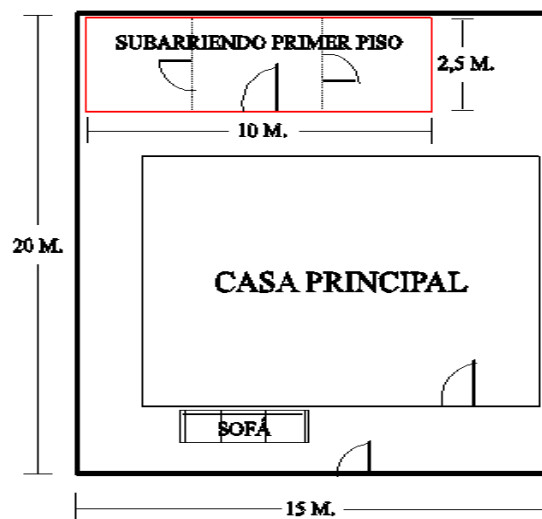


Figura 4. Plano de la vivienda que subarrienda la participante.

A pesar de haber visitado viviendas similares con este tipo de construcción interior en las semanas previas, me impactan igualmente las condiciones de vida que la Sra. D se ve obligada a soportar mientras cría a sus hijos. Surgen en mí muchas inquietudes sobre cómo el hacinamiento habitacional podría afectar su salud mental, su capacidad para responder e interactuar con su bebé, el bienestar de sus hijos y sus relaciones con los vecinos y los dueños de casa; sin embargo, me mantengo en modo observador para no interrumpir las preguntas y consejos que los profesionales le formulan a la Sra. D.

Después de haber observado el segundo y tercer control de seguimiento en el centro de salud, realizados en diciembre y enero respectivamente, volví a contactar a la Sra. D a comienzos de marzo de 2020. El cuarto control coincidió con la fecha en que se declaró el estado de emergencia en el país y se impusieron las medidas de confinamiento debido a la pandemia. El CESFAM canceló su cita y el estudio quedó suspendido en abril.

5.4 Acto 3: entre la investigación y el acompañamiento psicosocial

El estallido de la pandemia no solo interrumpió temporalmente el proceso de investigación planificado, sino que también exigió que lo adaptara a las condiciones impuestas por la crisis sanitaria. Durante las semanas siguientes, el equipo supervisor acordó modificar la estrategia de seguimiento con las madres a una modalidad remota, mediante llamadas telefónicas mensuales y comunicación semanal por WhatsApp. Cada lunes le pedía a la Sra. D que me informara sobre los eventos más importantes de la semana anterior en relación con su ecología de la maternidad. La información era sistematizada y analizada en profundidad durante la siguiente entrevista telefónica mensual.

Teniendo en cuenta las consecuencias económicas de la pandemia para estas madres en situación de alto riesgo, decidimos aumentar la compensación económica de 15.000 CLP (aproximadamente 20 dólares estadounidenses) a 20.000 CLP (aproximadamente 26 dólares estadounidenses) por cada entrevista.

El 1 de junio reanudé las visitas presenciales a la Sra. D, y accidentalmente llamé al timbre de otra casa en el sector, donde la vecina que me atendió dijo conocer a la Sra. D. Esta vecina afirmó tener información relacionada con violencia intrafamiliar, maltrato infantil y consumo de drogas ilícitas en los que la Sra. D podría estar involucrada. Concluyó su relato enfatizando que compartía esta información porque deseaba proteger a los niños.

Aún en estado de conmoción por esta nueva información, me dirigí a la casa de la Sra. D, pero ella no se encontraba. Estaba legalmente obligada (por ejemplo, en virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño y del principio del “interés superior del niño”), así como por las condiciones establecidas por el Comité de Ética, a comunicarme con la líder del equipo municipal del ChCC, quien me informó que presentaría un reporte a la Oficina de Protección de Derechos de la Infancia (OPD), encargada de velar por los derechos de niños, niñas y adolescentes a nivel local. A partir de ese momento, asumí un nuevo rol: compartir información sobre un posible caso de maltrato infantil con el equipo de salud del CESFAM, el equipo municipal del ChCC y el equipo de la OPD.

5.4.1 Práctica de reflexividad: supervisión y devenir aprendiz

Mientras tanto, le planteé a mi supervisora que me parecía inapropiado entregar una compensación económica a una madre que podría estar utilizando ese dinero para comprar drogas. Mi supervisora respondió que debíamos cuestionar nuestro prejuicio hacia la Sra. D y verla como una persona autónoma, libre para tomar decisiones por sí misma. Esto implicaba

considerar la posibilidad de que la vecina hubiera malinterpretado la conducta de la Sra. D, y que antes de recurrir a la culpabilización de la víctima debíamos comprender sus condiciones de vida cotidianas.

Este espacio de autocrítica y reflexión me ayudó a ser más objetiva y a sustituir la suposición centrada en la Sra. D por una que tuviera en cuenta su contexto. Esto dio lugar a nuevas preguntas: ¿Qué comportamientos de la Sra. D define la vecina como maltrato infantil y adicción a las drogas? ¿Reflejan estas definiciones algún tipo de sesgo o falta de comprensión por parte de la vecina? Si es así, ¿de qué manera las condiciones de vida cotidianas de la Sra. D influyen en su conducta? ¿Qué influencias conductuales potenciales pueden derivarse del hacinamiento, la falta de protección social, la dependencia económica, los conflictos familiares, la ausencia de apoyo social, la responsabilidad de cuidar a dos hijos, las crecientes demandas de la maternidad y el confinamiento obligatorio por la pandemia? Estas son solo las preocupaciones principales. ¿Cómo inciden la pobreza, la desigualdad, la segregación urbana, la discriminación y la cultura sexista en la experiencia de maternidad de la Sra. D? ¿De qué manera la falta de colaboración territorial entre sectores y organizaciones afecta la oportunidad, pertinencia y calidad de los servicios ofrecidos a madres como la Sra. D, pertenecientes al 40% de la población con condiciones de vida más precarias y a quienes se dirige el subsistema ChCC? Esta última pregunta se vincula directamente con el foco del estudio más amplio sobre la colaboración profesional en la implementación del ChCC y subraya la necesidad de ampliar el concepto de colaboración para incluir la perspectiva de las madres catalogadas como “de alto riesgo”.

Durante lo que seguía siendo una situación poco clara, participé en un programa de mentoría con un psicólogo comunitario estadounidense con una amplia trayectoria en trabajo colaborativo. Tras describirle la experiencia vivida en las semanas recientes, me señaló tres aspectos clave: i) la disfunción no se encuentra en las madres “de alto riesgo”, sino en los sistemas de intervención que no han aprendido a colaborar; ii) la importancia de pasar de un enfoque centrado en el tratamiento a uno preventivo que considere a la comunidad como un recurso; y iii) la necesidad de crear una alianza con la Sra. D que contribuya a reducir su temor frente a eventuales sanciones punitivas, como la pérdida de la custodia de sus hijos (por ejemplo, explicándole por qué se notificó a la Oficina de Protección de Derechos de la Infancia, describiéndole en qué consiste la investigación sobre el posible maltrato y escuchando su propia perspectiva de la situación), promoviendo así una conducta de búsqueda de ayuda y aumentando su motivación para recibir apoyo.

5.4.2 Resultados de la reflexividad: adaptación de mi rol como investigador

Esta conversación me dio la claridad que necesitaba para tomar la decisión de ampliar conscientemente el rol tradicional de investigadora que estaba desempeñando, hacia uno de acompañamiento a la Sra. D. Esta decisión me llevó a adaptar el diseño de la investigación, como se describe en el texto a continuación.

El 14 de julio, la Sra. D y yo tuvimos una conversación que redefiniría nuestra relación. En primer lugar, le entregué un breve informe sobre lo ocurrido durante las semanas en que nuestra comunicación había estado interrumpida, incluyendo la información sensible proporcionada por la vecina. Le conté sobre la información que compartí con la OPD debido a mi rol como psicóloga y el motivo por el cual volvía a contactarla. Su respuesta fue la siguiente: “Me quedé helada porque nunca supe que la gente por aquí hablara tantas tonteras. Yo trato bien a mis hijos y trato de darles lo mejor posible. Ahora mismo no puedo

llevarlos al colegio... por la pandemia, pero por mi parte, no los trato mal. ¿Me entiende? O sea, quedé... sin palabras”. Le respondí que entendía lo difícil que podía resultarle cumplir su rol de madre en la situación de precariedad en la que vivía. También le dije que, desde ese momento, me comprometía a no juzgarla, sino a apoyarla en la medida de mis posibilidades para ayudarla a cumplir con sus responsabilidades como madre. Ella aceptó lo que le dije.

En los meses siguientes, realicé un análisis ecológico de la situación de la Sra. D e implementé diversas medidas concretas para apoyarla en su maternidad. Por ejemplo, la puse en contacto con la coordinadora del equipo municipal del ChCC, quien la derivó a distintos recursos disponibles en la zona, incluido un jardín infantil para su hijo. Además, de manera espontánea, utilicé una estrategia de tipo consejería comunitaria de nivel individual para abordar el estrés vivido por la Sra. D. a través de educación, apoyo en la resolución de problemas, y conexión con servicios locales. Procurando siempre que ella dirigiera la conversación, hablamos sobre su relación con su hija, su pareja y, especialmente, consigo misma. En la entrevista final, manifestó lo útil que había sido este proceso para reducir su nivel de estrés y cómo había tenido un impacto positivo en su salud mental.

6. Discusión

Los resultados de este análisis reflexivo del proceso de seguimiento con una participante de investigación clasificada como madre de alto riesgo, usuaria del subsistema de apoyo a la primera infancia *Chile Crece Contigo*, han permitido iluminar aspectos poco explorados en relación con el desafío de descolonizar la investigación en psicología comunitaria.

El examen crítico del proceso de investigación revela que las interpretaciones que el investigador tiende a realizar intuitivamente al observar las conductas de los participantes provienen de una ideología individualista. Esto es lo que Shinn y Toohey (2003) denominan el “*error de minimización del contexto*”, que consiste en atribuir resultados individuales a diferencias personales (por ejemplo, en motivación, inteligencia o personalidad), ignorando la influencia de los contextos sociales inmediatos que afectan el bienestar humano en los barrios y entornos comunitarios. Cometer este error puede llevar a los investigadores en psicología comunitaria a desarrollar modelos y teorías reduccionistas que culpabilizan a las víctimas (Ryan, 1972), atribuyendo a los individuos la responsabilidad exclusiva de sus problemas y omitiendo el papel que juegan las fuerzas económicas, sociales y políticas que los oprimen (Seidman & Rappaport, 2013).

Ahora bien, para descolonizar la psicología comunitaria no basta con tomar consciencia y desafiar los sesgos individualistas que subyacen a los conceptos que usamos para observar la realidad. Es necesario utilizar y desarrollar herramientas conceptuales que revelen las contradicciones presentes en dicha realidad (Beals et al., 2021). En este caso, se trata de comprender cómo la opresión que opera en múltiples niveles modela la forma en que la participante ejerce su rol de madre e impacta en su bienestar y en el de su hijo. Para ello, el investigador en psicología comunitaria puede apoyarse en métodos cualitativos que permitan identificar y conceptualizar formas de opresión a nivel individual, interpersonal, comunitario y estructural, basándose en la experiencia de participantes como la Sra. D. en su rol de madre en comunidades marginadas (Beeber et al., 2014; Heaman et al., 2015). De este modo, la psicología comunitaria también puede desarrollar estrategias de intervención orientadas a desmontar las injusticias sociales y las desigualdades que afectan particularmente a estas comunidades (Palmer et al., 2019).

Entre estas fuerzas opresivas estructurales se encuentra la propia lógica de intervención del sistema intersectorial examinado. En efecto, *Chile Crece Contigo* ofrece un conjunto amplio de programas y servicios, que en su mayoría están centrados en las madres de manera individual. Al realizarse en un box de atención y enfocarse predominantemente en aspectos biomédicos y psicológicos, los procedimientos obligan a la usuaria a atravesar de forma individual distintos dispositivos de intervención. Como señala McCabe (2016), estas son políticas de gobernanza neoliberal en salud que utilizan diversas técnicas basadas en la experticia profesional para reforzar la responsabilidad individual de las madres y moldear identidades maternas a partir de ideales de maternidad intensiva. Este proceso de subjetivación de la maternidad promueve la construcción de una identidad maternal moralizada para mujeres blancas y económicamente privilegiadas, mientras que refuerza identidades maternas estigmatizadas para madres de bajos ingresos en el contexto de los sistemas de salud. De este modo, el modelo de gobernanza neoliberal en que se sitúa el ChCC moldea la experiencia de la participante en distintas formas, por ejemplo, centrando la intervención en ella y su hijo y excluyendo al padre (ej.: atenciones en box), sometiendo su maternidad a un control y escrutinio permanente de parte de los profesionales (ej.: preguntas sobre cómo da de mamar a su tercer hijo), supeditando su salud a la salud de su hijo (ej.: despreocupación de su salud mental), y dejando de lado las precarias condiciones de vida de esta mujer que operan como obstáculos para la maternidad y el cuidado de sí misma (ej.: falta de ingresos; hacinamiento; pandemia por Covid-19). Esta lógica de funcionamiento del ChCC revela sus raíces coloniales no solo al centrarse en la “gestión poblacional” (Ribeiro de Souza et al., 2024), sino que al reproducir un imaginario estatal que idealiza la maternidad desconociendo las condiciones de desigualdad estructurales en que se ejerce (Calquín-Donoso & Yañez-Urbina, 2020), especialmente en el caso de mujeres como la Sra. D.

Otro aspecto relevante se refiere a las estrategias reflexivas necesarias para pasar de premisas individualistas a enfoques ecológicos y críticos durante el proceso de investigación. Una estrategia clave fue el análisis reflexivo y autocrítico realizado en conjunto con mi supervisor y mi mentor. Otros estudios sugieren (Sorkness et al., 2017) que este tipo de relaciones tiene efectos positivos para investigadores menos experimentados, en aspectos como la comprensión y la conducta ética. En este sentido, un mayor entendimiento de las condiciones de vida de la madre me condujo a acciones coherentes con los valores que orientan la psicología comunitaria. Por ejemplo, la inclusión de una compensación económica adecuada para las madres de alto riesgo resultó más apropiada que una actitud simplemente compasiva frente a condiciones de extrema precariedad y necesidades urgentes (Nelson et al., 2001).

Otra estrategia útil durante la observación directa fue la generación de hipótesis alternativas como respuesta aprendida por parte del investigador. Por un lado, estas hipótesis alternativas ayudan a explicar y cuestionar los supuestos implícitos de hipótesis individualistas que no consideran el contexto y la dimensión colectiva del bienestar (Bulhan, 2015; ; Prilleltensky 2008; Shinn & Toohey, 2003). Por otro lado, la construcción de hipótesis alternativas refuerza la adopción de una epistemología contextualista en psicología comunitaria, que no se limita a la verificación de hipótesis, sino que también busca desarrollarlas (Tebes, 2005). En términos más generales, los procesos reflexivos deben considerarse parte del trabajo colaborativo que sustenta la investigación en psicología comunitaria (Trickett & Espino, 2004). Una faceta de este trabajo es la construcción de relaciones colaborativas entre investigadores y comunidades, especialmente cuando se trabaja con comunidades marginadas (Langhout, 2006). La adopción de tales estrategias

puede conducir al desarrollo de estrategias de prevención que consideren la gama de factores contextuales que influyen en los problemas experimentados en estas comunidades (Allen et al., 2014).

Pese a sus potencialidades, este estudio también tiene sus limitaciones. La reflexividad crítica en una investigación tan compleja como esta puede ser exitosa, pero no siempre garantiza una comprensión suficiente o libre de sesgos. Por ejemplo, en el análisis conducido pudo haber prevalecido mi autoridad epistémica a través del control sobre la interpretación de los datos que confirma marcos teóricos dominantes o silencia ciertas voces o narrativas de los participantes. Este podría haber sido el caso durante el periodo en que mi análisis del ejercicio de la maternidad de la Sra. D. logra tomar en consideración factores de contexto, pero se mantiene centrado en la relación con su bebé, sin considerar otras relaciones familiares (ej.: hija mayor, madre) o barriales (ej.: organismos comunitarios, vecinas). Siguiendo a Smith (2012), una forma de enfrentar estas dificultades es realizar un co-análisis y co-interpretación junto a los mismos participantes y releer los datos desde marcos teóricos alternativos que eviten reproducir categorías dominantes o eurocéntricas.

Existen preocupaciones sobre la generalización y el rol de la subjetividad del investigador en la autoetnografía. Esto puede abordarse reformulando la validez de una autoetnografía a partir de criterios propios de la investigación cualitativa, como la transferibilidad de los hallazgos a contextos similares más que enfocándose en la generalización estadística (Ellis et al., 2011). Asimismo, la adopción del criterio de la integridad reflexiva través de la autoindagación sistemática y la descripción densa en la autoetnografía permite a los investigadores interrogar críticamente sus propias posiciones y los contextos socioculturales que moldean la interpretación a lo largo del proceso de investigación, fortaleciendo así la transparencia y la confiabilidad de los datos producidos (Finlay, 2002). En base a este tipo de criterios, la autoetnografía puede producir comprensiones teóricas que se extienden más allá del yo del investigador, ofreciendo así aproximaciones analíticas a fenómenos sociales más amplios transformando la subjetividad en un recurso epistemológico más que en un sesgo (Anderson, 2006).

Otra dimensión importante es la colaboración dentro del equipo de investigación. Tebes et al. (2014) sostienen que la ciencia del siglo XXI ha dejado de definirse como una actividad de investigadores individuales, para concebirse como un proceso relacional en el que el conocimiento se construye a través de redes de investigación uni-, multi- o transdisciplinarias. También es útil contar con miembros del equipo que ayuden a contrarrestar las narrativas individualistas. Los estudiantes pueden desempeñar el rol de coinvestigadores dentro de estos modelos colaborativos, comprometiéndose con procesos reflexivos que les permitan desarrollar competencias investigativas y redefinir las relaciones entre educadores y estudiantes (Timmis & Williams, 2013).

Finalmente, estas reflexiones conducen a una pregunta más amplia: ¿deberíamos, como psicólogos comunitarios críticos, limitarnos a aprender y comprender, o también actuar para promover la transformación? Es decir, debemos preguntarnos si queremos aprovechar la investigación —especialmente los métodos cualitativos y decoloniales— para dar voz y apoyar a los grupos marginados, en lugar de reproducir relaciones de dominación y opresión (Brodsky et al., 2017). El nuevo entendimiento que adquirí de la situación de la Sra. D. me impulsó a ampliar mi rol como investigador, incorporando una estrategia de acompañamiento psicosocial (Watkins, 2015) al diseño original del estudio. Esto implicó que las entrevistas de seguimiento evolucionaron hacia un diálogo cercano, basado en la escucha, el testimonio y un apoyo flexible pero comprometido (Edge et al., 2003). Como resultado, la madre expresó

que se sintió acompañada durante el proceso de investigación y que había establecido una relación de confianza conmigo. Ahora bien, desde una perspectiva decolonial es necesario que reflexionemos críticamente sobre las desigualdades estructurales de género y de clase que atraviesan el vínculo de acompañamiento, de manera de evitar que este reproduzca relaciones paternalistas o asistencialistas entre el investigador y la participante. La investigación en psicología comunitaria crítica requiere redistribuir el poder entre investigador y participante, principalmente promoviendo la justicia epistémica en que la experiencia de una participante mujer de nivel socioeconómico bajo sea valorada, y creando las condiciones para que ella disponga de los recursos necesarios para interpretar su propia realidad (Fricker, 2007).

7. Conclusión

Los resultados de este estudio muestran que la reflexiva crítica constituye una herramienta indispensable para descolonizar las prácticas de investigación en psicología comunitaria, especialmente cuando se trabaja con comunidades oprimidas y marginadas como es el caso de la usuaria del sistema ChCC.

El caso analizado demuestra que la reflexividad crítica —entendida como una práctica ética, emocional y epistemológica— constituye una vía concreta para avanzar hacia la descolonización de la investigación en psicología comunitaria. Al situar el cuerpo, las emociones y los privilegios del investigador como parte del campo de análisis, la reflexividad transforma el proceso investigativo en un espacio de diálogo relacional, donde las voces de las participantes —como la de la Sra. D.— emergen no como “objetos de estudio”, sino como co-productoras de conocimiento situado. Desde una perspectiva decolonial, esta práctica permite desplazar el locus de enunciación de la mirada universalista y masculina hacia una mirada encarnada, contextual y afectiva. En este sentido, la experiencia reflexiva del investigador cuestiona las lógicas coloniales de distancia y neutralidad científica, promoviendo una forma de saber comprometida con la vida cotidiana de personas oprimidas como las mujeres de nivel socioeconómico bajo que reciben los servicios de sistemas de protección a la infancia.

Más específicamente, la experiencia del investigador pone en evidencia cómo prácticas tales como la escritura reflexiva, la supervisión crítica, la generación de hipótesis alternativas y el trabajo colaborativo con mentores, permiten iluminar los supuestos ideológicos y emocionales que guían la producción de conocimiento dominante en psicología. A lo largo del proceso investigativo, estas estrategias posibilitaron transitar desde lecturas iniciales individualistas hacia comprensiones más contextualizadas y relacionales de las experiencias maternas observadas.

El estudio muestra que el uso deliberado de la reflexividad crítica impactó de manera significativa en el curso del trabajo de campo. No solo permitió al investigador evitar la reproducción de discursos culpabilizadores hacia la participante, sino que también favoreció una ampliación del rol tradicional de investigación hacia prácticas de acompañamiento psicosocial, coherentes con una psicología comunitaria comprometida con la justicia social. Asimismo, contribuyó a la generación de ajustes metodológicos que mejoraron la pertinencia y sensibilidad ética del estudio.

Los resultados confirman que la reflexividad crítica no debe concebirse como un ejercicio introspectivo aislado, sino como un proceso relacional y situado que permite desmontar dinámicas coloniales y avanzar hacia epistemologías contextualistas capaces de transformar

las propias condiciones del encuentro entre investigadora/or y participante. En este caso, el proceso reflexivo permitió que la usuaria —una madre de bajos ingresos etiquetada y clasificada por el sistema de protección como de alto riesgo— dejara de ser vista desde un enfoque deficitario y asistencialista, para ser reconocida en su complejidad como sujeto activo de saber y de agencia. La práctica reflexiva crítica favoreció un proceso investigativo que generó un vínculo más horizontal y humano, en el que la participante no solo fue escuchada, sino también legitimada como persona capaz de resignificar su propia experiencia. De este modo, la autoetnografía no solo enriqueció la comprensión del investigador, sino que también produjo efectos concretos de bienestar y reconocimiento para la usuaria, quien pudo sentirse vista, comprendida y acompañada en lugar de evaluada o juzgada. Desde una perspectiva decolonial, esta investigación demuestra que descentrar la mirada del investigador y devolver protagonismo a las voces históricamente silenciadas constituye una vía concreta para construir una psicología comunitaria comprometida con la justicia epistémica, el bienestar integral y la dignidad de las personas con quienes trabajamos.

Por tanto, para avanzar desde una visión transformadora hacia una práctica concreta, los programas de formación en psicología comunitaria pueden integrar la reflexividad crítica y decolonial a través de cambios en tres niveles. En el nivel curricular, se recomienda incorporar asignaturas o módulos transversales dedicados a la epistemología decolonial, la ética situada y los análisis de poder en la investigación comunitaria que inviten a los estudiantes a explorar su propia posición en los procesos de producción de conocimiento e intervención a través de un aprendizaje experiencial que conecte la reflexión personal con los contextos históricos y estructurales. En el nivel docente, se sugiere fortalecer modelos de supervisión reflexiva y dialógica, en los cuales los docentes acompañen a los estudiantes en la exploración de sus emociones, valores y privilegios frente a las comunidades, generando espacios de conversación horizontal y co-aprendizaje. En el nivel institucional, es necesario promover políticas académicas que reconozcan la reflexividad como un criterio de calidad y de compromiso ético, otorgando valor formal a la formación en investigación crítica y al acompañamiento comunitario. Las universidades pueden facilitar espacios interinstitucionales de diálogo con organizaciones sociales, redes de investigación participativa y comunidades locales, de modo que la formación de psicólogos comunitarios se enraíce en prácticas colaborativas y en una pedagogía comprometida con la justicia social y epistémica.

Agradecimientos

Este estudio recibió apoyo económico de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), beca postdoctoral /2018 – no 3180771..

Referencias

- Allen, J., Mohatt, G. V., Beehler, S., & Rowe, H. L. (2014). People Awakening: Collaborative research to develop cultural strategies for prevention in community intervention. *American Journal of Community Psychology*, 54, 100–111. <https://doi.org/10.1007/s10464-014-9647-1>
- Anderson, L. (2006). *Analytic autoethnography*. *Journal of Contemporary Ethnography*, 35(4), 373–395. <https://doi.org/10.1177/0891241605280449>

-
- Apicella, C. L., Norenzayan, A., & Henrich, J. (2020). Beyond WEIRD: A review of the last decade and a look ahead to the global laboratory of the future. *Evolution and Human Behavior*, 41(5), 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2020.07.015>
- Arnett, J. J. (2008). The neglected 95%: Why American psychology needs to become less American. *American Psychologist*, 63(7), 602–614. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/14805-008>
- Attanasio, O. P., Lopez Boo, F., Perez-Lopez, D., & Reynolds, S. A. (2023). Inequality in the Early Years in LAC: A Comparative Study of Size, Persistence, and Policies. <https://doi.org/10.18235/0005359>
- Bhatia, S. (2020). Decolonizing psychology: Power, citizenship and identity. *Psychoanalysis, Self and Context*, 15(3), 257-266. <https://doi.org/10.1080/24720038.2020.1772266>
- Beals, A. M., Thomas, D., Fernández, J. S., Wilson, C. L., & Palmer, G. (2021). Resisting the coloniality and colonialism of a westernized community psychology: Toward a critical racial justice praxis. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 12(2), 1-2. Retrieved 11/06/25, <https://www.gjcpp.org/en/article.php?issue=39&article=231>
- Beeber, L. S., Schwartz, T. A., Martinez, M. I., Holditch-Davis, D., Bledsoe, S. E., Canuso, R., & Lewis, V. S. (2014). Depressive symptoms and compromised parenting in low-income mothers of infants and toddlers: Distal and proximal risks. *Research in Nursing & Health*, 37(4), 276-291. <https://doi.org/10.1002/nur.21604>
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: Researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), 219-234. <https://doi.org/10.1177/1468794112468475>
- Brodsky, A. E., Mannarini, T., Buckingham, S. L., & Scheibler, J. E. (2017). Kindred spirits in scientific revolution: Qualitative methods in community psychology. In M. A. Bond, C. B. Keys, & I. Serrano-García (Eds.), *APA handbook of community psychology* (pp. 75–90). American Psychological Association.
- Bulhan, H. A. (1985). *Frantz Fanon and the psychology of oppression*. Plenum Press.
- Calquín-Donoso, C. C., & Arrau, R. G. (2018). Gobernando la infancia pobre. Familiarización y neuropsicologización en el programa Chile Crece Contigo. En J. Arce (Ed.), *El Estado y las mujeres: el complejo camino hacia una necesaria transformación de las instituciones*, (pp. 135-153). RiL Editores.
- Calquín-Donoso, C., & Yáñez-Urbina, C. (2020). Metáforas de la maternidad en un sistema de atención sanitaria de la infancia en Chile: entre la naturaleza y el capital humano. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 5(2), 44-59. <https://doi.org/10.1344/musas2020.vol5.num2.3>
- Caro, P. (2009). Análisis del programa Chile Crece Contigo desde los ideales normativos y la noción de prueba. *Revista de Trabajo Social*, (77), 25-37. <https://doi.org/10.7764/rts.77.25-37>
- Castell, E., Bullen, J., Garvey, D., & Jones, N. (2018). Critical reflexivity in indigenous and cross-cultural psychology: A decolonial approach to curriculum? *American Journal of Community Psychology*, 62(3-4), 261-271. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12291>
- CEPAL (2023), Panorama Social de América Latina y el Caribe 2023: la inclusión laboral como eje central para el desarrollo social inclusivo (LC/PUB.2023/18-P), Santiago.
- Davies, C. A. (2012). *Reflexive ethnography: A guide to researching selves and others*. Routledge.
-

-
- Denscombe, M. (2024). Decolonial research methodology: An assessment of the challenge to established practice. *International Journal of Social Research Methodology*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/13645579.2024.2357558>
- Dutta, U. (2018). Decolonizing “community” in community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 62(3-4), 272-282. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12281>
- Dutta, U. (2022). Decentering “community” in community psychology: Towards radical relationality and resistance. In Kessi, S., Suffla, S., & Seedat, M. (Eds.), *Decolonial enactments in community psychology* (pp. 53-72). Springer.
- Edge, I., Kagan, C., & Stewart, A. (2003). *Living poverty in the UK: Community psychology as accompaniment*. Retrieved from www.compsy.org.uk/LivingPoverty5b.pdf
- Ellis, C., Adams, T. E., & Bochner, A. P. (2011). Autoethnography: An overview. *Forum: Qualitative Social Research*, 12(1), Artículo 10. <https://doi.org/10.17169/fqs-12.1.1589>
- Fernández, J. S. (2022). Decolonising participatory action research in community psychology. In Kessi, S., Suffla, S., & Seedat, M. (Eds.), *Decolonial Enactments in Community Psychology* (pp. 29-51). Springer.
- French-Davis, R. (2018). *Reformas económicas en Chile, 1973–2017: Del neoliberalismo a un crecimiento inclusivo*. Santiago: LOM Ediciones.
- Finlay, L. (2002). “Outing” the researcher: The provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531–545. <https://doi.org/10.1177/104973202129120052>
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Harvey, D. (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal.
- Heaman, M. I., Sword, W., Elliott, L., Moffatt, M., Helewa, M. E., Morris, H., ... & Cook, C. (2015). Barriers and facilitators related to use of prenatal care by inner-city women: perceptions of health care providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0431-5>
- Hokkanen, S. (2017). Analyzing personal embodied experiences: Autoethnography, feelings, and fieldwork. *Translation & Interpreting Research*, 9(1), 24-35. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.986707436737917>
- Kagan, C., Burton, M., Duckett, P., Lawthom, R., & Siddiquee, A. (2019). *Critical Community Psychology: Critical Action and Social Change*. Routledge.
- Langhout, R. D. (2006). Where am I? Locating myself and its implications for collaborative research. *American Journal of Community Psychology*, 37(3), 267-274. <https://doi.org/10.1007/s10464-006-9052-5>
- Larrañaga, O., & Contreras, D. (2010). *Políticas sociales en Chile: Desafíos y propuestas para la equidad*. Santiago: PNUD–Universidad de Chile.
- Martín-Baró, I. (1986). Hacia una psicología de la liberación. *Boletín de Psicología*, 22, 219–231 [disponible en <http://www.uca.edu.sv/deptos/psicolog/hacia.htm>].
- Martín-Baró, I. (1994). *Writings for a liberation psychology*. Harvard University Press.
- McCabe, K. (2016). Mothercraft: Birth work and the making of neoliberal mothers. *Social Science & Medicine*, 162, 177-184. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.021>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). ¿Qué es Chile Crece Contigo?. Gobierno de Chile. Ministerio de Desarrollo Social, Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo.

-
- Mignolo, W. D. (2011). *The darker side of Western modernity: Global futures, decolonial options*. Duke University Press.
- Morlachetti, A. (2013). Comprehensive national child protection systems: legal basis and current practice in Latin America and the Caribbean (No. 35884). Naciones Unidas y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Nelson, G., Prilleltensky, I., & MacGillivray, H. (2001). Building value-based partnerships: Toward solidarity with oppressed groups. *American Journal of Community Psychology*, 29(5), 649-677. <https://doi.org/10.1023/A:1010406400101>
- Palmer, G. L., Fernández, J. S., Lee, G., Masud, H., Hilson, S., Tang, C., Tomás, D., Clark, L., Guzmán, B. & Bernai, I. (2019). Oppression and power. In Jason, L. A., Glantsman, O., O'Brien, J. F., & Ramian, K. N. (eds.), *Introduction to community psychology*, chapter 9, (pp. 160-182). Rebus Press.
- PNUD (2021). Atrapados: Alta desigualdad y bajo crecimiento económico en América Latina y el Caribe. Informe Regional de Desarrollo Humano.
- Prilleltensky, I. (1997). Values, assumptions, and practices: Assessing the moral implications of psychological discourse and action. *American Psychologist*, 52(5), 517–535. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.517>
- Prilleltensky, I. (2008). The role of power in wellness, oppression, and liberation: The promise of psychopolitical validity. *Journal of Community Psychology*, 36(2), 116–136. <https://doi.org/10.1002/jcop.20225>
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. Buenos Aires: CLACSO .
- Reyes Cruz, M., & Sonn, C. C. (2011). (De)colonizing culture in community psychology: Reflections from critical social science. *American Journal of Community Psychology*, 47(1–2), 203–214. <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9378-x>
- Reyes Cruz, M., & Sonn, C. C. (2015). (De) colonizing culture in community psychology: Reflections from critical social science. In Goodman, R. D., & Gorski, P. C. (Eds.), *Decolonizing Multicultural Counseling Through Social Justice* (pp. 127-146). Springer Science + Business Media.
- Ribeiro de Souza, J. T., Mok-Aravena, C., Baleriola-Escudero, E., Morales-Muñoz, K., Núñez-Parra, L., & Sisto-Campos, V. (2024). Managerialización en políticas de protección a infancia en Chile: perspectiva de trabajadores. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 22(2), 154-179. <https://doi.org/10.11600/rlcsnj.22.2.5990>
- Ryan, W. R. (1972). *Blaming the victim*. Random House.
- Seidman, E., & Rappaport, J. (Eds.). (2013). *Redefining social problems*. Springer Science & Business Media.
- Shinn, M., & Toohey, S. (2003). Community contexts of human welfare. *Annual Review of Psychology*, 54, 427–459. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145052>
- Smith, L. T. (2012). *Decolonizing methodologies: Research and Indigenous peoples* (2nd ed.). Zed Books.
- Sorkness, C. A., Pfund, C., Ofili, E. O., Okuyemi, K. S., Vishwanatha, J. K., Zavala, M. E., ... & Womack, V. (2017). A new approach to mentoring for research careers: the National Research Mentoring Network. *BMC Proceedings*, 11(12), 171-182. <https://doi.org/10.1186/s12919-017-0083-8>
- Stevens, G., & Sonn, C. C. (Eds.). (2021). *Decoloniality and epistemic justice in contemporary community psychology*. Springer Nature.
-

-
- Suffla, S., Seedat, M., & Bawa, U. (2015). Reflexivity as enactment of critical community psychologies: Dilemmas of voice and positionality in a multi-country photovoice study. *Journal of Community Psychology*, 43(1), 9-21. <https://doi.org/10.1002/jcop.21691>
- Tebes, J. K. (2005). Community science, philosophy of science, and the practice of research. *American Journal of Community Psychology*, 35(3-4), 213-230. <https://doi.org/10.1007/s10464-005-3399-x>
- Tebes, J. K., Thai, N. D., & Matlin, S. L. (2014). Twenty-first century science as a relational process: From Eureka! to team science and a place for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 53, 475-490. <https://doi.org/10.1007/s10464-014-9625-7>
- Thambinathan, V., & Kinsella, E. A. (2021). Decolonizing Methodologies in Qualitative Research: Creating Spaces for Transformative Praxis. *International Journal of Qualitative Methods*, 20. <https://doi.org/10.1177/16094069211014766>
- Timmis, S., & Williams, J. (2013). Students as co-researchers: a collaborative, community-based approach to the research and practice of technology enhanced learning. *The student engagement handbook, practice in higher education*, (pp. 509-525). Emerald.
- Trickett, E. J., & Espino, S. L. R. (2004). Collaboration and social inquiry: Multiple meanings of a construct and its role in creating useful and valid knowledge. *American Journal of Community Psychology*, 34(1-2), 1-69. <https://doi.org/10.1023/B:AJCP.0000040146.32749.7d>
- Watkins, M. (2015). Psychosocial accompaniment. *Journal of Social and Political Psychology*, 3(1), 324-341. <https://doi.org/10.5964/jspp.v3i1.103>
- World Bank (2018). 10 Years of Chile Grows With You (Chile Crece Contigo) : Key Components and Lessons Learned for the Setting Up of Comprehensive Child Development Support Systems (English). Washington, D.C. <http://documents.worldbank.org/curated/en/992351537159031673>

APÉNDICE A

GLOSARIO

Chile Crece Contigo (ChCC): Sistema de protección social integral a la infancia que acompaña el desarrollo de niños, niñas y sus familias desde la gestación hasta los 9 años de edad a través de programas y servicios de salud, educación, y sociales.

CESFAM: Centro de salud familiar del sistema público de salud chileno que entrega atención directa a las comunidades en el nivel local.

Acompañamiento psicosocial: Práctica relacional y ética que busca acompañar procesos personales y colectivos de transformación, priorizando la escucha, el reconocimiento de las experiencias vividas y el fortalecimiento de la agencia frente a contextos de opresión o vulnerabilidad.

Error de minimización del contexto: Tendencia a interpretar los comportamientos sin considerar factores comunitarios y estructurales, responsabilizando al individuo por problemas que tienen raíces colectivas o sistémicas.

Intersectorialidad: Estrategia de gestión y política pública que busca la coordinación entre distintos sectores —como salud, educación, trabajo y desarrollo social— para abordar de manera integrada problemas complejos que afectan el bienestar de las personas y comunidades.

Comprensión ecológica: Perspectiva que analiza los fenómenos humanos considerando la interacción entre múltiples niveles —individual, relacional, comunitario, institucional y estructural—, para comprender cómo los contextos influyen en el bienestar y en las posibilidades de cambio social.