

La sostenibilidad de la vida y la ética del cuidado: análisis y propuestas para imaginar la intervención de los programas sociales en Chile

The Sustainability of Life and the Ethics of Care: Analysis And Proposals for Imagining the Intervention of Social Programmes in Chile

RESUMEN

Las intervenciones de los programas sociales en Chile, aunque han incluido la noción de cuidados en su formulación, no han abordado la lógica –neoliberal y patriarcal- que está a la base de las mismas. Recuperando el vínculo entre cuidados, precariedad, vulnerabilidad e interdependencia desde un enfoque de sostenibilidad de la vida, en este artículo analizamos los hallazgos de un estudio cualitativo que consistió en la realización de 26 entrevistas semi-estructuradas con trabajadoras sociales que implementan un programa de salud mental en Chile. Exploramos la construcción de la posición profesional de estas mujeres y las resistencias en clave de co-cuidado que ellas desarrollan para sostener la vida al mismo tiempo que implementan el programa en medio de la pandemia del Covid-19. A partir de los hallazgos, proponemos re-organizar la intervención de los programas sociales en clave de cuidados y reconsiderar las formas en que construimos las articulaciones locales para poner la sostenibilidad de la vida y la dignidad de las personas al centro.

Palabras clave: sostenibilidad de la vida; ética del cuidado; intervención social; programas sociales; Chile.

ABSTRACT

Although social programme interventions in Chile have included the notion of care in their formulation, they have not addressed the neoliberal and patriarchal logic that underlies them. Recovering the link between care, precariousness, vulnerability and interdependence from the sustainability of life approach, in this article we analyse the findings of a qualitative study that consisted of 26 semi-structured interviews with female social workers implementing a mental health programme in Chile. We explored the construction of the professional position of these women and the resistances in terms of co-care that they develop to sustain life while implementing the programme in the midst of the Covid-19 pandemic. Based on the findings, we propose to re-organise the intervention of social programmes in terms of care and to reconsider the ways in which we construct local articulations to put the sustainability of life and the dignity of people at the centre.

Keywords: Sustainability of life; ethics of care; social intervention; social programmes; Chile.

1 Mitzi Duboy-Luengo: Integrante del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Trabajo Social de la Universidad de Chile. Correo electrónico: mitziduboy@gmail.com. Gianinna Muñoz-Arce: Profesora Asociada del Departamento de Trabajo Social, Universidad de Chile. Correo electrónico: gianinna.munoz@uchile.cl.

Este artículo recoge resultados de la investigación financiada por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo, Chile. Proyecto Fondecyt Regular No. 1201685 – ANID/CONICYT «Resistencia profesionales en la primera línea de implementación de programas sociales» (2020-2023).

SUMARIO

1.- Introducción. 2.- Sostenibilidad de la vida como enfoque. 3.- El estudio. i.- La invisibilización de los cuidados en la intervención. ii.- Clave productiva como horizonte vital. iii.- De la dicotomía dependencia/independencia... hacia la interdependencia. iv.- La vulnerabilidad como potencia. v.- La ética del cuidado como resistencia. 4.- Reflexiones finales: Imaginar la intervención de los programas sociales desde la sostenibilidad de la vida. - Referencias bibliográficas.

1.- Introducción

Ya en los orígenes de la noción de política, en el siglo V antes de Cristo, los cuidados eran comprendidos como tareas propias del orden doméstico, asumiendo que su organización no constituía una responsabilidad pública sino una misión atávica para las mujeres. En el pensamiento de Aristóteles, la *polis* era concebida como un espacio de libertad, donde se puede poner en práctica el discutir y todo lo vinculado a la intelectualidad. La *polis* entonces, tenía como par dicotómico el *oikos*, es decir, la economía o el espacio donde había que ocuparse de la gestión de lo privado, de las posesiones (dentro de las que se contaban la casa, los animales, las mujeres, esclavos e hijos) y de la reproducción en general (de Miguel, 2015). Tal como la acción de lo doméstico tenía organizadoras asignadas, la política también. No había espacio ahí para toda la humanidad, y por lo tanto, se fue gestando desde estos orígenes ese lugar privilegiado en la realización de la *polis* para el «BBVAh: el sujeto blanco, burgués, varón, adulto, con funcionalidad normativa y heterosexual» (Pérez-Orozco, 2017:39), el *andrós*, en palabras de Maffía (2005).

Así, y como ha planteado Silvia Federici (2018:35),

desde que el término mujer se ha convertido en sinónimo de ama de casa, cargamos, vayamos donde vayamos, con esta identidad y con las 'habilidades domésticas' que se nos otorgan al nacer mujer. Esta es la razón por la que el tipo de empleo femenino es habitualmente una extensión del trabajo reproductivo y que el camino al trabajo asalariado a menudo nos lleve a realizar más trabajo doméstico,

como es el caso de trabajadoras sociales, educadoras, enfermeras, entre otras profesionales. Estas vinculaciones entre trabajo reproductivo y asalariado en las vidas de las mujeres está estrechamente relacionado con los estereotipos construidos sobre la propia idea del amor, un atributo/emoción propia del «ser mujer», donde amar y cuidar son homologados como si uno fuese condición de existencia del otro (Longo, 2019). Desde esta concepción estereotipada, se produce una valoración altamente positiva hacia las mujeres que dedican tiempo de su vida al cuidado de sus seres amados, inclusive con una obligatoriedad implícita. Así lo dijo Kate Millet, «que el amor ha sido el opio de las mujeres como la religión de las masas. Mientras nosotras amábamos, ellos gobernaban.» (Falcon, 1984:2).

Recién en la década del 60, aquello que se resolvía en el ámbito doméstico comenzó también a ser levantado como una demanda política gracias al trabajo histórico de las feministas. Las palabras de Carol Hanisch (1969), permitieron transparentar con mucha

fuerza esta dimensión que hasta entonces no había sido evidente. Estas palabras comenzaron a tener sentido en la forma en que se diversificó la historia contada: en las cosas que tenían valor o no para ser consideradas en el campo de lo político. Porque antes de que levantaran la bandera de lucha de «lo personal es político» (Hanisch, 1969), la escisión público/privado mantenía su identificación aristotélica, y el trabajo doméstico no remunerado era algo vinculado con «lo natural» y, por lo tanto, carecía de carácter político. Esta rebelión tuvo también sentido porque, aunque las mujeres estaban cada vez más insertas en el mundo público, debían seguir haciéndose cargo de lo privado, detectando una gran fuente de desigualdad - la «doble presencia» (Balbo, 1978)- un problema que persiste hasta el día de hoy.

Las mujeres que trabajan en la primera línea de implementación de programas sociales viven de manera intensa esta doble presencia. El cuidado de la propia familia, al mismo tiempo que el desarrollo de prácticas de cuidado para las usuarias de los programas sociales -muchas de ellas en situaciones altamente complejas- se vuelve una carga especialmente pesada. Esto ha sido intensificado en el periodo de la pandemia del Covid-19, donde las escuelas dejaron de recibir estudiantes y muchas mujeres trabajadoras tuvieron que sortear las exigencias laborales y las de cuidado de integrantes de la familia al mismo tiempo.

Particularmente en Chile, la revuelta popular iniciada el 18 de octubre de 2019, puso en el tapete de la discusión la racionalidad neoliberal que atraviesa toda la institucionalidad chilena y todas las formas de sociabilidad, incluyendo las discusiones sobre la mercantilización del cuidado. Los reclamos por dignidad, por el despertar del sueño neoliberal (bajo lemas como «hasta que la dignidad se haga costumbre», «Chile despertó», o «El neoliberalismo nace y muere en Chile») se fundió con las demandas feministas que venían irrumpiendo con fuerza desde el «Mayo Feminista» de 2018, un movimiento que desató profundos cuestionamientos a las raíces patriarcales del neoliberalismo y que sentó las bases de muchas de las propuestas que hoy han marcado la agenda de la creación de una Nueva Constitución Política para el país, proceso actualmente en curso. El cuidado y la sostenibilidad de la vida empiezan entonces a ser puestos al centro del debate, en tanto nodos sensibles para un cambio de modelo de desarrollo: un modelo que no solucione el cuidado sólo con pagos y subsidios que permitan comprar cuidado en el mercado (Darat, 2021), sino que cuestione de raíz la manera en que sostenemos la vida, quién es responsable de sostener la vida y cómo debemos organizarnos como sociedad para poner la vida en el centro, en tanto tarea que implica colaboración, interdependencia y reconocimiento en nuestra fragilidad en el acto de habitar el mundo.

En este artículo hemos querido recuperar el enfoque de la sostenibilidad de la vida para analizar específicamente la manera en que mujeres, trabajadoras sociales que implementan un programa de salud mental que tiene a su base la dimensión del cuidado, construyen su propia posición profesional y desarrollan prácticas de resistencia basadas en el co-cuidado y en la solidaridad como modo de sostener la vida. A continuación presentamos algunas claves conceptuales para situar el enfoque de la sostenibilidad de la vida, las coordenadas del estudio, el contexto del

programa en que se desempeñan las trabajadoras sociales, y los principales hallazgos del mismo. A partir de ellos, y a modo de conclusiones, elaboramos algunas orientaciones para desafiar la racionalidad neoliberal y patriarcal de los programas sociales en Chile, las cuales, a pesar de estar contextualmente situadas, pueden ofrecer sugerencias para la intervención de los servicios sociales en otros países.

2.- Sostenibilidad de la vida como enfoque

Vivimos diversas crisis multidimensionales, intersectadas unas con otras: económicas, medioambientales, políticas, de salud, de exclusión, discriminación y violencia contra poblaciones subalternizadas (Pérez-Orozco, 2011), dónde lo que finalmente se ha puesto en juego es la vida: la vida humana, la vida de los animales, la vida del planeta. La forma extractivista en que nos hemos venido relacionando con el medioambiente, con las personas, con el conocimiento y con los territorios, ya no resiste más, y dichas crisis son prueba de ello. Necesitamos hacernos preguntas sobre cómo se mantiene la vida en el mundo de hoy y dejar de asumir que el hacerse cargo de ello es una herencia de algunas. ¿Quiénes se ocupan de mantener la vida y cómo lo hacen?, ¿cuáles son los recursos posibles para esto?, ¿qué rol cumple el Estado en la resolución de estas interrogantes?

Para posicionarnos frente a ello, acuñamos el concepto de sostenibilidad de la vida (Carrasco, 2003). Se trata de una noción que deslocaliza el debate sobre los trabajos de cuidado de aquellos dominios únicamente económicos y mercantiles. Desde el enfoque de la sostenibilidad de la vida, las crisis que están viviendo el mundo entero se explican al integrar las dimensiones ecológicas, de salud, de reproducción social incluyendo de trabajo de cuidado, entendiendo estos últimos como «las formas en que cada sociedad resuelve sus problemas de sostenimiento de la vida humana» (Carrasco, 2003:5).

La sostenibilidad de la vida, según Carrasco (2009:53), permite dar cuenta de la profunda relación entre lo económico y lo social, que sitúa a la economía desde una perspectiva diferente, que considera la estrecha interrelación entre las diversas dimensiones de la dependencia y, en definitiva, que plantea como prioridad las condiciones de vida de las personas, mujeres y hombres.

En este sentido, el enfoque comprende que la sostenibilidad de la vida es posible en condiciones de humanidad basadas en una red de relaciones, haciendo visible la aportación-recepción desigual de energías amorosas y cuidadoras entre mujeres y hombres. En otras palabras, y como han planteado Bosch et al. (2005), «si el patriarcado capitalista ignora la existencia de ambas, es porque niega la dependencia humana, ya sea dependencia de las relaciones afectivas o dependencia de la naturaleza.» (Bosch, Carrasco, y Grau, 2005:337).

Así, la sostenibilidad de la vida está planteada en clave colectiva e integrada, comprendiendo que la humanidad es sólo una de las especies que habitan el mundo. En este sentido, entendemos entonces la interdependencia como determinante, como la comprensión básica que permite articularnos en sociedad, abandonando

la pretensión de poder existir sin depender de otras personas y dejando de subvalorar a quienes son etiquetadas como dependientes (Pérez-Orozco, 2006). Es decir, asume que todas las personas dependemos de otras para existir. Esto nos lleva a cuestionar las ideas dicotómicas de dependencia/independencia tan propias del discurso del neoliberalismo/patriarcado, debido a que ambas –dependencia e independencia– son posibles de manera integrada, pero no lo son por separado. Nunca ocurre la una sin la otra, y el criterio que las pone en articulación es la interdependencia (Pujal & Amigot, 2010).

En este marco, la vulnerabilidad deja de ser una condición de minoridad atribuible a una persona (que es la manera en que tradicionalmente los programas sociales comprenden a sus sujetos de intervención: vulnerables en tanto carentes y en riesgo permanente). En lugar de ello, la vulnerabilidad es comprendida más bien como «la posibilidad de sentirnos afectadxs por lo que le ocurre al resto, y la constatación de que la vida es siempre vida en común, en interdependencia; y en ecoddependencia [que] dependemos de los recursos naturales y energéticos que nos sustentan» (Pérez-Orozco, 2011:44).

Desde esta perspectiva, la vulnerabilidad deja de ser condición atribuible para convertirse en condición de existencia, en una posibilidad, en una potencia (Butler, 2018). La presentamos como un componente articulador entre las precarizaciones vitales presentes en los tiempos que corren y entendemos esa precariedad como «una determinada ontología en la que no es posible la plenitud ni la autosuficiencia del sujeto. El ser precario es un ser atravesado por lo otro, por lo diferente» (Gil, 2014:293). Creemos que este entramado de conceptos nos permite dar un vuelco en cómo venimos desarrollando nuestras prácticas de vinculación en el mundo, en cómo ponemos los cuidados en el centro (Vega, 2009), a la vez que nos invita a dar un giro en el entendimiento estratégico que podemos hacer del rol del Estado en la sociedad y de cómo se materializa esto en las políticas públicas y sociales.

Tomando como referencia esta propuesta sobre la sostenibilidad de la vida, que enlaza los conceptos de cuidados, precariedad, vulnerabilidad e interdependencia, nos hemos propuesto analizar los procesos de intervención social desde esta clave. En un contexto en donde las personas que implementan programas de intervención social se encuentran implicadas en situaciones de alta complejidad y precarización, que se han agudizado en el periodo de pandemia, nos propusimos explorar las implicancias que el propio mandato de la intervención social va generando en la experiencia de construcción de la posición profesional de quienes implementan programas sociales en Chile.

3.- El estudio

Las inquietudes que dieron origen a la discusión que aquí presentamos surgieron en el marco del proyecto de investigación Fondecyt «Resistencias profesionales en la implementación de programas sociales» donde, al realizar el primer levantamiento de información cualitativa durante el año 2020, identificamos que la gran

mayoría de las profesionales que implementaban uno de los programas sociales estudiados –el programa Acompañamiento Psicosocial en la Atención Primaria de Salud– eran trabajadoras sociales, mujeres jóvenes, con hijos en edad escolar, muchas de ellas responsables únicas de la crianza y otras labores de cuidado, y que en medio de la pandemia, sorteaban el cuidado en casa y en su propio rol como implementadoras de programas. Como contrapunto, los varones entrevistados nunca evidenciaron tareas de cuidado, crianza ni domésticas en las entrevistas. Su trabajo con otras mujeres y niños que vivían situaciones altamente complejas de pobreza y de salud mental, entre las que se cuentan problemáticas asociadas al embarazo adolescente, consumo de sustancias, intentos de suicidio, violencia y abuso, generaba un escenario de intervención profesional altamente extenuante para las profesionales. En este marco, decidimos profundizar una veta del análisis sobre las resistencias profesionales –entendidas como aquellas prácticas que las profesionales llevan a cabo para desafiar las lógicas de los mandatos institucionales de los programas sociales (Strier y Breshtling, 2016) desde la perspectiva de la sostenibilidad de la vida: ¿cómo viven estas trabajadoras sociales la experiencia de implementar el programa de salud mental? ¿Cómo enfrentan los propios desafíos de sostener la vida en medio de la implementación del programa y sus propias responsabilidades de cuidado? ¿Qué estrategias de resistencia desarrollan para hacer más vivible la vida en este contexto?

3.1 Contexto de intervención: el programa de Acompañamiento Psicosocial

El programa de Acompañamiento Psicosocial en la Atención Primaria de Salud es impulsado por el Ministerio de Salud desde el año 2016, y tiene como propósito «mejorar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental» (MINSAL, 2018:10). Según indican las Orientaciones Técnicas, el programa se propone disminuir barreras e inequidades a las que se ven enfrentadas las familias con integrantes con alto riesgo psicosocial que les impide tanto acceder a una atención de salud mental integral o bien mantenerse en tratamiento, poniendo especial atención en mujeres con depresión perinatal, personas que han intentado suicidarse, niños, niñas y adolescentes (en adelante, NNA) y mujeres adultas que han sido víctimas de violencia.

La labor de las profesionales que implementan este programa apunta principalmente a lograr una vinculación de la persona y su familia con los servicios propios de la Atención Primaria en Salud y otros dispositivos de la red de salud local según su necesidad, como también la coordinación con los servicios sociales en cada territorio donde se ejecuta el programa. Los productos que las profesionales deben cumplir en el proceso de intervención están asociados a los tres componentes del programa: i) vinculación de usuarias con la atención de salud mental, de salud y la red comunitaria, ii) articulación de redes de apoyo en el barrio y comuna en que viven las usuarias, y iii) acompañamiento comunitario o seguimiento.

3.2 La metodología del estudio

La fase cualitativa de la investigación fue desarrollada entre mayo 2020 y enero 2021, y consistió en la realización de 75 entrevistas semi-estructuradas con profesionales que implementaban programas sociales de salud, educación y asistencia social en seis comunas de Chile. De este corpus de datos seleccionamos las 26 entrevistas a profesionales del Programa de Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria de Salud para examinar en detalle la construcción de la posición profesional y las resistencias que desde el rol que desarrollaban al implementar la intervención del programa.

El perfil de participantes fue diseñado teóricamente (Creswell y Poth, 2018) poniendo énfasis en que se desempeñaran como profesionales de primera línea del programa al momento de la entrevista y que cumplieran con diversas funciones profesionales en los territorios focalizados por el estudio.

Debido a la pandemia, las entrevistas se realizaron por vía telemática. La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Chile y cada participante firmó un consentimiento informado.

Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad, y para su análisis utilizamos los pasos descritos en el análisis temático (Clarke y Braun, 2017). En una primera fase de análisis, ambas autoras analizamos las entrevistas por separado, codificando el texto de manera manual. Luego de reuniones de discusión de los hallazgos, se organizaron los datos utilizando el software Atlas.ti 9, donde se codificó y se organizó por categorías la información obtenida.

A partir del análisis desarrollado, han emergido cinco nodos discursivos que discutiremos en los siguientes apartados: i) la invisibilización de los cuidados como foco de la intervención de los programas sociales, ii) clave productiva como horizonte vital iii) De la dicotomía dependencia/independencia... hacia la interdependencia, iv) la vulnerabilidad como potencia, y v) la ética del cuidado como posibilidad resistencia.

Hemos incorporado el uso de seudónimos para identificar a las participantes de la investigación, con la intención de mantener su anonimato al presentar fragmentos de sus relatos.

i.- La invisibilización de los cuidados en la intervención

Cuando hablamos de cuidados, los entendemos como una experiencia enraizada que no sólo integra dimensiones físicas, sino también emocionales, mentales y espirituales que construyen la vida de los seres vivos y del mundo. «Los cuidados ponen en el centro tanto la dimensión afectivo-relacional –componente subjetiva, imprevisible, irreductible a momentos o tareas concretas y preestablecidas–, como lo más carnal de la experiencia vivida» (Pérez-Orozco, 2006:11).

Históricamente ha sido una acción feminizada e invisibilizada, ocupando gran parte del «tiempo de vida: un tiempo que no responde a los requerimientos del mer-

cado, sino que está atento a las necesidades de las personas» (Legarreta, 2014:10). Este es un discurso que aparece recurrentemente en las entrevistas realizadas a mujeres implementadoras del programa. Un ejemplo de ello surge cuando Claudia (28 años) nos menciona que no le queda tiempo para nada, ni siquiera para participar en actividades recreativas o políticas de su interés: «Por cuestiones de tiempo y de madre, no», cuestión que también refuerza Tamara (42 años) acerca de su experiencia: «No, no porque no quiera, sino por tiempo. Trabajo en otra comuna y me demoro dos horas en ir y volver, tengo tres hijos adolescentes, no me da el tiempo».

Así entonces, cuando pensamos en cómo se sostiene la vida, los cuidados son un eje fundamental a considerar, y sin embargo, su invisibilización suele traducirse en vulneraciones dirigidas a quienes ejercen estas labores. Así lo señala Lorena (38 años) cuando se refiere a la situación de las mujeres usuarias del programa:

El sistema te vulnera porque te hace trabajar 12 horas seguidas, porque tú como mamá tienes que llegar a cocinar, a ver tareas, cosas y no tienes tiempo para ti y es como: Es que yo no me quería enfermar y tampoco quería enfermar a mi hijo, pero ¿me entiende? Yo tengo que cocinar todos los días, tengo que tener comida diaria, tengo que pedirle al niño que cuide a su hermana porque yo no tengo plata para contratar a alguien (Lorena, 38 años).

Ella menciona múltiples acciones que estaría a cargo de la misma persona, la mujer de la casa (Federici, 2018). Lo continúa problematizando Paula (31 años), cuando indica lo que una usuaria y sus hijas están vivenciando: «Esta mamá no puede dejar a los niños a cargo de nadie, entonces el niño se queda con la hermana de 13 años. Y la hermana de 13 años no le habla en todo el día a ese niño porque está en el celular, están atrapados. ¿Cómo le digo a la niña que lo cuide bien, que le estimule?, no puedo porque está difícil». Son cadenas de cuidado donde las niñas, a muy corta edad, deben hacerse cargo de la reproducción de los mismos, porque no existe una mirada estatal que acompañe ni incorpore los cuidados en su foco de cobertura.

Pensando en ello, algunas de las profesionales participantes de la investigación mencionan los arreglos que deben hacer para compatibilizar los cuidados de sus propias familias con el trabajo como implementadoras del programa. Todas las entrevistadas que mencionaron esta situación tienen algo en común: debieron gestionar el cuidado con otras mujeres cercanas. Por ejemplo Karina (29 años), quien nos contó los arreglos que hacía con una amiga que también tenía un hijo que criaba sola: «Entonces ella se quedaba a dormir conmigo acá en la casa, como yo vivo sola, a veces venía con su hijo. Yo le cuidaba a su hijo cuando ella iba al CESFAM², y ella cuidaba a los míos cuando yo tenía que trabajar». Esta experiencia también fue vivida por Andrea (36 años):

[una vecina] me dijo ‘yo dejo mi trabajo y le cuido su guagua’. Y dejó su trabajo y se vino a mi casa a cuidar a mi hijo. Y ella lo cuida como si fuera de ella. Mejor

2 Los Centros de Salud Familiar (CESFAM) son parte de la red de Atención Primaria en Salud. Su trabajo está orientado a proveer cuidados básicos a la población de forma ambulatoria.

que yo. Así que a ella le debo todo. Si le duele un hueso, si le duele algo corro a un médico y le digo deme lo que sea para tenerla bien. Porque si ella está bien, yo puedo trabajar. Si ella está bien, yo estoy bien. Así que cuido a mi vecina que tiene 65 años. Ella es como mi madre. No la tengo viva así que la tengo a ella. La cuido como hueso santo.

Ambas integran en sus relatos la idea de que los cuidados son responsabilidades personales y de mujeres, y que las alianzas entre mujeres que han desarrollado son las que han posibilitado responder a la lógica del sistema de trabajo extenuante y con pocos recursos a la base. Se trata de una forma de resistencia, basada en la solidaridad del co-cuidado, pero que mantiene las reglas del neoliberalismo patriarcal: la labor de cuidado sigue recayendo en las mujeres. Esto nos recuerda la idea que traía Lorde (2003), cuando señala que utilizando las estrategias del amo, nunca se desmontará su casa.

Es particularmente notorio que ninguno de los entrevistados varones participantes de este estudio mencionó a hijas u otras personas dependientes, ni la necesidad de destinar tiempo a cuidar como parte de sus preocupaciones.

ii.- Clave productiva como horizonte vital

Los relatos de las entrevistadas grafican claramente cómo el cumplimiento de metas se prioriza por sobre el bienestar de las personas -tanto de quienes son consideradas usuarias del servicio, como de ellas mismas, las implementadoras del programa. Así lo señala Paula (31 años), cuando señala que «muchas veces la intervención se realiza de manera mecánica, donde prima el hacer las cosas por cumplir, sin orientarse al objetivo principal, que es la persona».

Lorena (38 años) argumenta en la misma línea, indicando que además del énfasis en el cumplimiento de metas en detrimento del bienestar integral de las personas -cumplir con las metas a cualquier costo-, debía atender a las personas en lugares inapropiados y sin la privacidad necesaria, lo que afectaba el proceso de intervención: «Antes atendíamos en los casinos de los centros de salud, ese era nuestro espacio de atención, donde entraba y salía gente a cada rato independiente si estabas atendiendo».

Respecto de las condiciones de trabajo para cumplir las exigencias del mismo, las profesionales de todas las comunas destacan las precarizaciones que vivencian, identificando entre ellas que no les informan respecto de su continuidad en el programa cada fin de año, y, en ocasiones, ni siquiera tienen información sobre la fecha de pago de sus remuneraciones. Esto fortalece un sentimiento marcado por la falta de valoración de las personas en oposición a una sobrevaloración a las metas institucionales. Claudia (28 años) indica que «hay inestabilidad laboral, nadie te dice si vas a seguir [trabajando en el programa al año siguiente]». En cuanto a los pagos de las remuneraciones «pagaban cuando se les ocurría, cambiaban la fecha de pago todos los meses».

Las profesionales destacan que hay varias funciones que no están incluidas en su rol en términos formales, pero que deben ser cumplidas de igual manera sin

considerar tiempo extra para ellas. Esto se acentuó aún más durante la urgencia desatada por la pandemia del Covid-19, tal como señala Lorena (38 años):

Nosotras planificamos la semana, ponemos los casos más puntuales, dejamos espacio para las urgencias, espacio para los casos nuevos, para ir a reuniones con la red, diferentes cosas [...] pero no queda registrado que tuviste que cumplir otras funciones. Pasó este año con la pandemia, mi compañera tuvo que ponerse en la puerta recibiendo a las personas y yo a repartir medicamentos, y de repente llega un e-mail del Servicio preguntando por qué teníamos nuestros indicadores tan bajos y nos llaman otra vez preguntando porque no estábamos haciendo nuestro trabajo, y eso que ellos mismos nos destinaron a estas nuevas funciones. Después cuando llega la supervisión [te dicen] que no cumpliste con tu planificación.

iii.- De la dicotomía dependencia/independencia... hacia la interdependencia

La dicotomía dependencia/independencia se diluye al observar la importancia que tiene el trabajo en colaboración, en tanto nos ayuda a comprender que no existimos sin la vida en común. Así lo expresa Karina (29 años) cuando habla de cómo concibe el trabajo con sus compañeras de equipo: «En el fondo es todo retroalimentación. Lo que ella hace me puede servir a mí, y lo que yo hago le puede servir a la otra persona». También lo refuerza Alejandra (35 años), dando cuenta de la necesidad de integrar a otras personas de diversas disciplinas en el abordaje de su acción profesional: «Tú no puedes trabajar sola, necesitas de tu compañera en este caso técnico social, tienes que estar trabajando directamente con psicólogos, con médicos. Eso también te permite ampliar la mirada de las cosas.»

Las profesionales destacan que el programa tiene una mirada que integra la interdependencia y que las usuarias logran visualizar sus potencialidades: «yo siento que las familias que han pasado por el programa lo han recepcionado de muy buena manera porque ya no es solo la persona, sino es el grupo familiar completo el que ha sido intervenido, porque la situación individual de un integrante los afecta como familia». Señalan también que han logrado vincular a las usuarias con más profesionales pero desde una mirada más integral de la intervención: «Ellos han conocidos las redes, los médicos y las nutricionista, a través del programa. Antes era una intervención muy basada en lo clínico, ahora es más integral.» (Claudia, 28 años). Potencia que también observa Pilar (32 años), quien señala que:

la relación que generamos con el área de salud es distinta. Ya no es esta área tan fría, donde vamos al médico y él me va a dirigir, sino que es mucho más amigable: nos conecta con diversos departamentos del área de salud, no solamente con el CESFAM sino con COSAM³, el hospital, el instituto psiquiátrico, y abrimos redes

3 El Centro de Salud Mental (COSAM) que brinda atención específica en el área de Salud Mental, siendo clasificado en nivel secundario en la oferta programática, pues entrega atenciones de Especialidad, a diferencia de los CESFAM que explicamos en la referencia anterior.

de apoyo, ahora participa la municipalidad, la red de SENAME⁴ y la comunidad que trabaja alrededor de ellos, entonces la familia no se ve tan sola, va viendo que tiene un apoyo mucho más amplio (Pilar, 32 años).

La mayoría de las entrevistadas señalan que se sienten consideradas en su rol profesional por otras profesionales, algo especialmente valioso en el ámbito de la salud donde las profesiones sociales son menos valoradas que las profesiones de salud. Hay una creciente valoración desde los médicos, por ejemplo, hacia la labor de las profesionales del programa: «nos buscan harto porque saben que tenemos conocimiento del sector. Saben que conocemos la red, nos llegan muchas derivaciones, en el correo personal, por pandemia, nos llegan derivaciones de los colegios. Ellos saben que conocemos la red, que tenemos el dominio, entre nosotras vamos articulándonos súper bien. Tenemos un buen vínculo de red.» (Carolina, 35 años), destacando su capacidad de agencia para el desarrollo del trabajo en salud (Duboy-Luengo and Muñoz-Arce, 2020).

iv.- La vulnerabilidad como potencia

Entender la vulnerabilidad como potencia significa afectarnos con las demás para vivir en interdependencia y ecoddependencia (Pérez-Orozco, 2011), haciéndonos cargo de la precariedad que nos atraviesa y preguntándonos cómo queremos vivir en un mundo común desde la diferencia (Gil, 2014).

En las comprensiones de las profesionales, aparecen acercamientos a estas ideas expresadas de diferentes maneras. Por ejemplo, Antonia (28 años), menciona la necesidad de cambiar la mirada en torno a la construcción del vínculo para pensar en cómo desplegar estrategias de intervención conjuntas, donde el encuentro sea posible: «creo que eso es lo positivo, como acompañar a las familias desde una mirada no punitiva sino entender por qué se alejan un poco del sistema de salud y de alguna otra forma poder encontrarnos con ellos a partir de las necesidades que presenten, viéndolos como sujetos, sujetas activas, sea de sanación con su proceso de desarrollo humano». Laura (56 años), en la misma línea, señala la importancia de reconfigurar las nociones en torno a las etiquetas en la salud mental: «Las mamás generalmente se sienten bastante sobrepasadas con un niño que tiene cierta patología, entonces ahí a mí no me gusta hablar de patologías, porque patologizar es bien complejo en el área de salud porque uno como que les pone un cartelito, tratamos de no hacer eso». Visualizamos aquí la importancia que la profesional otorga a cómo se configura la idea de vivir juntas en la diferencia, intencionando una mirada donde la singularidad tiene posibilidad de existir.

Otra experiencia compartida por Karina (29 años), destacaba una iniciativa que, desde nuestro punto de vista, opera integrando la vulnerabilidad para desarrollar estrategias de acción que potencien la vida de las usuarias:

4 El Servicio Nacional de Menores (SENAME) es un organismo dentro de la institucionalidad de Chile, que se encarga de la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, a la vez que de las jóvenes entre 14 y 17 años, además de regular lo referido a las temáticas de adopción del país.

O sea yo hasta el día de hoy tengo el grupo de autoayuda de mujeres migrantes del CESFAM en el cual, si bien es cierto, no se puede participar de ninguna actividad debido a la pandemia, pero estamos en el WhatsApp conversando, realizan consultas con respecto a situación migratoria, o de salud, o situaciones laborales. [Yo les recuerdo] cuáles son sus deberes y derechos, para que no se sientan solas.

Andrea (36 años), comparte en su relato su lucha por reivindicar la vulnerabilidad, exigiendo un trato en dignidad para las personas que se atienden en el programa:

He estado al otro lado de la mesa. Sé lo que significa ser usuario con un hijo con una discapacidad severa, ejemplo. Sé lo que es eso. Entonces, cuando yo llego a reunión con el médico, lo trato por su nombre, no le digo señor doctor. No, porque ellos no me dicen 'trabajadora social', me dicen 'Andrea' no más. Entonces yo le llamo por su nombre, le digo: me gustaría hablar con usted con este pequeño problemita porque se ha acentuado en demasiadas formas y porque usted no ha tenido quizás la manera apropiada de hablarle a la persona.

v.- La ética del cuidado como resistencia

Al analizar los relatos de las entrevistadas, visualizamos que existe una demanda explícita por incorporar una mirada ética diferente que conduzca el quehacer de las instituciones que operacionalizan la política pública, una ética del cuidado (Cubillos y Zarallo, 2021), tanto hacia las usuarias como hacia las profesionales que implementan el programa. En este sentido, se requiere comenzar por identificar la sobrecarga de trabajo y el nivel de estrés al que están expuestas las profesionales, así como la necesidad de reflexión crítica y colectiva en el espacio de trabajo. Julia (33 años) señala:

los equipos están estresados, no tenemos espacios de catarsis entre nosotros, de hecho, cuando tenemos las reuniones semestrales con nuestro referente del Servicio de Salud para nosotros es un alivio, porque hacemos estos procesos de catarsis. Pero son reuniones técnicas, que nosotros las transformamos en otra cosa. Pero estructuralmente, no tenemos espacios de autocuidado, y esa sí es una desventaja, porque yo me he visto con niveles de estrés bastante elevados, con insomnio, y dice relación con lo mismo. Que la carga que tienes diaria es altísima.

Asimismo, Carolina (35 años) explicita los efectos de estas experiencias, relatando que:

en un momento tuve que ir a terapia por esto, porque me costaba mucho sacarme 'los casos' de encima, pero me lo tuve que pagar yo, porque no hay una política de cuidado, me llevaba mucha carga, estaba muy agotada. De hecho, desde que yo estoy trabajando en esto desarrollé una enfermedad autoinmune, yo creo que fue toda la presión también de atender casos tan complejos.

Aquí, la noción de acuerpamiento que construyen las feministas comunitarias (Cabnal, 2018), nos permite reflexionar en torno a cómo vivencian las profesionales la precarización laboral en sus cuerpos.

Paula (31 años) reflexiona sobre cómo los temas de salud mental son difíciles de intervenir, pues implican asumir la vulnerabilidad y la fragilidad, y con ello, la disminución de la funcionalidad de los individuos promovida por el neoliberalismo: «No es que alguien vaya y te diga: Quiero ir al psicólogo porque me estoy sintiendo sobrepasada, tengo que apoyarme porque estoy desajustada y no puedo funcionar. Es como que tú tienes que seguir y seguir. La gente se castiga cuando ya no puede seguir funcionando: el problema lo tengo yo porque soy débil, porque no tengo capacidad.» Este relato nos muestra como esta racionalidad neoliberal está tan internalizada en las formas de vivir, que inclusive está presente al validar o invalidar las vivencias que tenemos. Esto, asociado a la falta de cuidado institucional y a la responsabilización individual (propia debilidad e incapacidad) impide comprender que las afecciones en salud mental son resultado de una forma de dominación con múltiples aristas, que se producen a nivel estructural y en la subjetividad misma.

En la lógica de hacer frente a esta racionalidad neoliberal, las profesionales han generado algunas estrategias de resistencia que contribuyen, de una u otra manera, a que puedan compatibilizar el cumplimiento de metas y exigencias planteadas por la institucionalidad y las labores de co-cuidado que ejercen, tanto entre ellas como con familias usuarias del programa e integrantes de sus propios núcleos familiares. Un ejemplo de ello es lo que menciona Andrea (36 años):

Nosotras [las tres profesionales que implementan el programa en su comuna] somos súper aclanadas⁵. Tú me dices que está enfermo tu hijo, yo te digo: ni se te ocurra venir. Te quedas con tu hijo, dime tú lo que te tocaba hacer. Yo te ayudo. Si tú necesitas que vaya a tu casa a retirarte los informes, yo te los retiro, yo te los voy a dejar a la Municipalidad. Así nos ayudamos, y entre todas, no sólo las del programa. Yo estuve muy mal una semana. Muy mal. Y ellas cubrieron todo. Ellas vinieron a verme, me ayudaron con medicamentos, cubrieron a la puerta, cubrieron el turno de emergencia.

Son estrategias de resistencia frente a la intensidad del trabajo de implementación del programa, pero como hemos mencionado anteriormente, si bien permiten enfrentar de manera solidaria y colaborativa los embates de la vida diaria, reproducen la responsabilidad del auto-cuidado y del co-cuidado, reforzando, paradójicamente, la falta de cuidado institucional que debiese ser provisto como marco de condiciones de operación para el programa.

5 Expresión coloquial para expresar la unión y compenetración entre personas, en este caso, entre colegas que trabajan en la implementación del mismo programa.

4.- Reflexiones finales:

Los análisis realizados nos permiten identificar algunas orientaciones para imaginar que la intervención social puede ser concebida de una manera inédita, donde la pregunta por cómo se sostiene la vida esté puesta al centro. Nos esperanzamos especialmente esta posibilidad hoy, cuando estamos creando una nueva Constitución Política, donde podrían materializarse los impulsos anti-neoliberales, anti-coloniales y anti-patriarcales que desde la revuelta del 18 de octubre de 2019 se vienen instalando como nuevos sentidos comunes en Chile.

Así, y a modo de reflexión final, proponemos tres orientaciones para pensar las intervenciones de los programas sociales desde la perspectiva de sostenibilidad de la vida aquí presentada:

i) Organización de la intervención en clave de cuidados

Aunque observamos una incorporación de la noción de cuidado en los programas sociales en Chile, esta lógica no ha sido la central en la forma de concebirlos. Organizar la intervención de los programas sociales en clave de cuidados significa dejar de omitir el cuidado como base fundamental de reproducción de la vida, y asumir que sin los cuidados no podríamos existir. Requiere dejar de pensar a las personas como receptáculos de categorías que las inmovilizan, como ocurre por ejemplo con la noción tradicional de vulnerabilidad, la cual es asociada a una condición vital. Sostenemos que es necesario hacernos cargo de la producción y reproducción de la vida, no sólo abordadas por políticas de natalidad y gestión de cuidados para que las mujeres se integren de mejor manera al mundo laboral, sino analizando que lógicas movilizan las estrategias que hemos puesto en juego en este sistema y generando un vuelco que permita reorientar la forma en que pensamos la vida en sociedad. Sin duda, hablamos de una mirada que radicaliza la crítica al modelo neoliberal/patriarcal y al enfoque gerencialista que ha primado en los programas sociales.

Con esta base, y pensando siempre el ejercicio del cuidado como una tarea colectiva, nos parece importante desmarcarnos de las visiones que promueven el autocuidado en los programas sociales debido a que este sólo aumenta la carga de las profesionales que intervienen, sin plantear una salida colectiva ni institucional al respecto (Daher, Tomicic, y Rosati, 2021). Pensar el cuidado en la intervención social, especialmente el cuidado de quienes implementan los programas sociales, va a requerir, entonces, analizar los silencios en torno a ellos: hacernos preguntas que apunten a desentramar quiénes se hacen cargo de cuidar en la sociedad; cuánto cuesta cuidar y cuánto aporta el cuidado -especialmente el que ha sido invisibilizado- a la economía del país (Poblete, 2019); qué formas tienen los cuidados y cómo se enraízan y organizan en los territorios. No basta pagar por el cuidado: necesitamos desafiar las lógicas desde las cuáles este es comprendido. En lo concreto, esto significa dejar de responsabilizar a la familia y en particular,

a las mujeres, como las responsables de proveerlos. Esto implica que los varones transiten hacia otras formas de masculinidad que les permitan habitar lo doméstico (Delgado, 2019) y que el Estado promueva y de soporte a la colectivización de estas posibilidades.

ii) Enredarnos o enmarañarnos de maneras múltiples

Hemos visto que una de las prácticas de resistencia frente al peso de la intervención profesional, y que aparece de manera más recurrente en el relato de las entrevistadas, refiere a la colaboración y apoyo colectivo solidario (co-cuidado), que les permite cotidianamente sostener la vida al mismo tiempo que cumplen con sus responsabilidades profesionales. Estas son iniciativas individuales que se van colectivizando de manera atomizada, en grupos pequeños que tienen en común opresiones que necesitan enfrentar y vínculos de afecto que les permiten hacerlo. Gracias a esas opresiones comunes, mediadas por los afectos, se producen propuestas de acción basadas en la solidaridad y la sororidad, que permiten la existencia y mayor bienestar para las involucradas. Se trata de una manera distinta de hacer red, de «enredarnos» unas con otras e interdepender unas de otras en el proceso vital.

Ciertamente, y como ya hemos mencionado, a pesar de que estas prácticas dan cuenta de la interdependencia, no son suficientes como alternativa de cuidado: se requiere una lógica y mecanismos de cuidado institucional transversales. Sabemos que esto implica un giro radical, pues requiere abandonar la idea de que las personas son portadoras de credenciales específicas que las habilitan para recibir determinados beneficios, en este caso, el cuidado como política. Implica un giro radical porque requiere volver a mirar el rol del Estado, y transitar hacia políticas de carácter universal, donde tanto usuarias como profesionales deben tener acceso al cuidado como derecho social, no como servicio transable en el mercado.

iii) La vida y la dignidad en el centro

Poner el enfoque de la sostenibilidad de la vida como matriz de intervención de los programas sociales implica pensar los propósitos de estos desde un horizonte de justicia social donde la preservación de la dignidad de las personas es central. Por ello, estos principios se tendrían que materializar no solo en la creación de mecanismos estructurales, como legislación y protocolos que pongan la dignidad humana –de usuarias y profesionales– al centro, sino también en los vínculos, relaciones y gestos cotidianos que se desarrollan en el día a día de la intervención de los programas sociales. Esto implica recuperar el valor de los afectos en la intervención, dejando de situarlos en el espacio de lo privado (Lara y Enciso, 2013). Esta articulación entre los mecanismos estructurales y la promoción de relaciones humanas dignificantes la entendemos como el corazón de una perspectiva crítica en la intervención profesional (Ioakimidis, 2021).

Finalmente, quisiéramos plantear estas tres orientaciones en una clave práxica, como plantea Lugones (2021). Esperamos que contribuyan a profundizar la mirada sobre cómo vamos construyendo los vínculos de cuidado en el marco de la implementación de programas sociales, en la perspectiva de inspirar estrategias prácticas, acciones concretas y gestos explícitos que permitan avanzar en hacia una ética del cuidado que haga sostenible y vivible la vida en estos tiempos convulsos.

Referencias / bibliografía

- BALBO, Laura. 1978. «La doppia presenza». *Inchiesta*.
- BOSCH, Anna, Cristina CARRASCO, y Elena GRAU. 2005. «Verde que te quiero violeta. Encuentros y desencuentros entre feminismo y ecologismo». Pp. 321–46 en *En-ric Tello, La historia cuenta*. Barcelona: El Viejo Topo.
- BUTLER, Judith. 2018. «Resistencias: repensar la vulnerabilidad y repetición.» México: Paradiso.
- CABNAL, Lorena. 2018. «Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala». Pp. 116–34 en *Momento de paro, tiempo de rebelión. Miradas feministas para reinventar la lucha*. Minervas.
- CARRASCO, Cristina. 2003. «La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres?» En *Mujeres y trabajo: Cambios impostergables* (p. 22). Veraz Comunicación.
- CARRASCO, Cristina. 2009. «Tiempos y trabajos desde la experiencia femenina.» *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global* 108:45–54.
- CLARKE, Victoria, y Virginia BRAUN. 2017. «Thematic Analysis». *The Journal of Positive Psychology* 12(3):297–98. doi: 10.1080/17439760.2016.1262613.
- CRESWELL, John W., y Cheryl N. POTH. 2018. «Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches». Fourth edition. Los Angeles: SAGE.
- CUBILLOS, Javiera, y Carlos ZARALLO. 2021. «Contrapuntos feministas en el debate ético y sus posibilidades para el Trabajo Social» (en prensa). *Propuestas Críticas en Trabajo Social - Critical Proposals in Social Work* 1(2).
- DAHER, Marianne, Alemka TOMICIC, y Antonia ROSATI. 2021. «Care in Social Policies from a Comprehensive Perspective: A Proposal to Conceptualize and Address It Based on Community and Psychosocial Praxis». *Journal of Community Psychology* 49(1):30–43. doi: 10.1002/jcop.22307.
- DARAT, Nicole. 2021. «Autonomía y vulnerabilidad. La ética del cuidado como perspectiva crítica». *Isegoría* (64):e03. doi: 10.3989/isegoria.2021.64.03.
- DELGADO, Lionel Sebastián. 2019. «Locus de género: Masculinidades y espacios urbanos en contextos de cambio». *Asparkia. Investigació feminista* (35):45–66. doi: <http://dx.doi.org/10.6035/Asparkia.2019.35.3>.
- FALCÓN, Lidia. 1984. «Kate Millet: 'El amor ha sido el opio de las mujeres»». *El País*, mayo 20.
- FEDERICI, Silvia. 2018. «El patriarcado del salario: críticas feministas al marxismo».

- GIL, Silvia. 2014. «Ontología de La Precariedad En Judith Butler. Repensar La Vida En Común.» *ENDOXA* 0(34):287.
- HANISH, Carol. 1969. «Lo personal es político». *The personal is political*. Recuperado 22 de mayo de 2020 (<http://www.carolhanisch.org/CHwritings/PIP.html>).
- IOAKIMIDIS, Vasilios. 2021. «Trabajo Social en el contexto neoliberal global: solidaridad y resistencia desde una perspectiva radical». *Propuestas críticas en trabajo social - Critical Proposals in Social Work* (1):1-12. doi: 10.5354/2735-6620.2021.61229
- LARA, Alí, y Giazú ENCISO. 2013. «The Affective Turn». *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social* 13(3):101. doi: 10.5565/rev/athenead/v13n3.1060.
- LEGARRETA, Matxalen. 2014. «Cuidados y sostenibilidad de la vida: Una reflexión a partir de las políticas de tiempo». *Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research* (1):93–128.
- LONGO, Mariana. 2019. «El amor romántico declinado según el género: una experiencia de auto-renuncia, otra de autocentramiento / Romantic Love and Gender Patterns: Self-Denial and Self-Centered Experiences». *Asparkia. Investigación feminista* (34):49–68.
- LORDE, Audre. 2003. «La hermana, la extranjera: artículos y conferencias.» (1973).
- LUGONES, Maria. 2021. «Peregrinajes: Teorizar una coalición contra múltiples opresiones.» Buenos Aires: Ediciones del Signo.
- MAFFÍA, Diana. 2005. «El contrato moral». en *Búsquedas de sentido para una nueva política. Elisa Carrió y Diana Maffía (comps)*. Buenos Aires: Instituto Hannah Arendt - Paidós.
- DE MIGUEL, Ana. 2015. «Neoliberalismo sexual: el mito de la libre elección.» 1a. edición. Madrid : [Valencia, Spain]: Ediciones Cátedra ; Universitat de València.
- DUBOY-LUENGO, Mitzi y Gianinna MUÑOZ ARCE. 2020. «Habitar el hospital en tiempos de pandemia. Historias profesionales de trabajadoras/es sociales en la primera línea de intervención en salud». *Rumbos Trabajo Social*. (23):41-61. doi: 10.51188/rrts.num23.421
- MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento Modelo de Atención. 2018. «Orientación técnica administrativa Programa Acompañamiento Psicosocial en la Atención Primaria de Salud.»
- MORA, Enrico, y Margot PUJAL. 2018. «El cuidado: más allá del trabajo doméstico». *Revista Mexicana de Sociología* 25.
- PÉREZ-OROZCO, Amaia. 2006. «Amenza tormenta: La crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico.» 31.
- 2011. «Crisis multidimensional y sostenibilidad de la vida.» *Investigaciones Feministas* 2(0):29–53. doi: 10.5209/rev_INFE.2011.v2.38603.
- Amaia. 2017. «Subversión feminista de la economía: aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida.» Madrid: Traficantes de Sueños.
- POBLETE, Paula. 2019. «¿Cuánto aportamos al PIB? Primer Estudio Nacional de Valoración Económica del Trabajo Doméstico y de Cuidado No Remunerado en Chile. Comunidad Mujer.»

- PUJAL LLOMBART, Margot y Patricia AMIGOT LEACHE. 2010. « The gender binarism as a social, corporal and subjective «dispositif» of power ». *Quaderns de Psicologia* (12):131-148. doi: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.770>
- RIVERA CUSICANQUI, Silvia. 2018. «*Un mundo ch'ixi es posible: ensayos desde un presente en crisis*». Buenos Aires, Argentina: Tinta Limón.
- STRIER, Roni, y Orit BRESHTLING. 2016. «Professional Resistance in Social Work: Counterpractice Assemblages». *Social Work (United States)* 61(2):1157-83. doi: 10.1093/sw/sww010.
- VEGA, Cristina. 2009. «*Culturas del cuidado en transición: espacios, sujetos e imaginarios en una sociedad de migración*». Barcelona: UOC.

Recibido el 28 de septiembre de 2021

Aceptado el 22 de enero de 2022

BIBLID [1132-8231 (2022): 151-168]