

CUIDADORES Y TRABAJO DE CUIDADO: LO PÚBLICO, LO PRIVADO Y LO ÍNTIMO

CAREGIVERS AND CARE WORK: THE PUBLIC, THE PRIVATE AND THE INTIMATE

¹Alexandra Caballero Guzmán.

¹Médica cirujana. Catedrática en Universidad el Rosario, Bogotá, Colombia.

alexandracaballeropinto@gmail.com

RESUMEN

PALABRAS CLAVE:

Cuidadores;
Ajuste emocional;
Sexualidad.

Introducción. El cuidado es un trabajo compuesto por actividades y relaciones que solucionan necesidades de servicio y apoyo del otro. Cuidar a otro, el sentimiento de compasión y responsabilidad ante la vulnerabilidad tiene dimensiones públicas, privadas e íntimas. En este sentido, se puede movilizar a los ciudadanos en pro de personas con necesidades. **Desarrollo.** El cuidado es la vida misma, se expresa en el área pública, es llevado a cabo en la privacidad e involucra la intimidad de las personas. La relación cuidador-cuidado pone de manifiesto una intrincada red de aspectos políticos, sociales, culturales, emocionales que deben encontrar un equilibrio casi mágico para que el trabajo de cuidado pueda llevarse a cabo de manera exitosa. La persona que cuida se enfrenta a sus emociones y su propia sexualidad durante el trabajo del cuidado, que implica situaciones que no están presentes en otro tipo de labor profesional y visibilizarlas es un gran paso en el reconocimiento de la importancia de su labor. **Conclusiones.** Es importante llevar la reflexión a la comunidad académica sobre la manera en que las personas que cuidan acompañan a los cuidados en condiciones de vulnerabilidad, dolor y sufrimiento en las dimensiones públicas, privadas e íntimas.

ABSTRACT

KEYWORDS:

Caregivers;
Emotional adjustment;
Sexuality.

Introduction. Caring is a work composed of activities and relationships that meet other's needs for service and support. Caring for another, the feeling of compassion and responsibility in the face of vulnerability has public, private and intimate dimensions. In this sense, citizens can be mobilized on behalf of people in need. **Development.** Care is life itself; it is expressed in the public area; it is carried out in privacy and involves people's intimacy. The caregiver-care relationship reveals an intricate network of political, social, cultural, and emotional aspects that must find an almost magical balance so that the work of care can be accomplished successfully. The caregiver is confronted with their emotions and their own sexuality during the work of caregiving, which involves situations that are not present in other types of professional work and making them visible is a great step in recognizing the importance of their work. **Conclusions.** It is important to make the academic community reflect on the way in which caregivers accompany those in conditions of vulnerability, pain and suffering in public, private and intimate dimensions.

CITAR COMO:

Caballero A. Cuidadores y trabajo de calidad: lo público, lo privado y lo íntimo. Cuidarte. 2023; 12(23).
doi:10.22201/fesi.23958979e.2023.12.23.82580

Recibido: 05/05/2022

Enviado a pares: 21/06/2022

Aceptado por pares: 25/07/2022

Aprobado: 09/09/2022

Volumen: 12 Número: 23 Año: 2023 FEBRERO



CuidArte "El Arte del Cuidado" por Universidad Nacional Autónoma de México se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Basada en una obra en <http://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/index>

ISSN: 2395-8979



ALEJANDRA CABALLERO GUZMÁN



Médica y Cirujana Universidad de Caldas-Colombia, Magíster en Salud Sexual y Reproductiva, especialista en Políticas de Cuidado con perspectiva de género CLACSO-Argentina, especialista en calidad de servicios de salud, diplomada en cuidados paliativos, catedrática en Universidad el Rosario- Bogotá-Colombia, investigadora en temas de salud-género-cuidado.

AUTORIA

INTRODUCCIÓN

El cuidado está presente en la totalidad de lo que el ser humano emprende, proyecta y hace. El cuidado sirve de suelo para la experiencia humana, como lo presenta Martin Heidegger¹. Entonces, y como lo afirma Leonardo Boff² el cuidado es el cimiento para la interpretación del hombre. Desde esta perspectiva, la emergencia de una persona que cuida es fundamental para la existencia del otro, “el cuidado”. La persona que cuida es entonces, quien se dedica al otro, se dispone a colaborar en mejorar las condiciones del “cuidado”, de atender sus necesidades, sus sufrimientos, angustias y logros, esto es: de su vida². La persona que cuida es el responsable de mantener la vida del hombre¹.

Partiendo de la idea de Helena Hirata³ el cuidado tiene distintos protagonistas: aquellos que demandan cuidados, los beneficiarios, las personas que cuidan, los que lo prescriben y los que lo supervisan. En estos actores se “trabajo material, técnico y emocional configurado por las relaciones sociales de sexo, clase, raza/etnia. Desde este punto de vista, el cuidado es un trabajo constituido por actividades y relaciones que prestan una solución a las necesidades de servicio y apoyo del otro. El cuidado es ante todo una profunda responsabilidad con la vida y el bienestar de los demás.

Mantener la vida y cuidarla es un trabajo de todos. Sin embargo, las primeras personas que ejercen el cuidado están al interior de la familia, donde es llevado a cabo principalmente por las mujeres, quienes lo realizan de manera no remunerada como una expresión de amor y afecto o como responsabilidad familiar⁴.

DESARROLLO

El Cuidado como trabajo

Continuando con Helena Hirata³, el trabajo del cuidado es una actividad económica que ha tenido un gran desarrollo en los últimos años, debido principalmente al envejecimiento de la población, la feminización del mercado laboral y la disminución de los jóvenes. Cada vez hay más demandantes de cuidado que requieren de respuestas por parte del Estado y la familia, entonces emerge el mercado como una solución para el cuidado de las personas dependientes, para quienes la calidad del cuidado como servicio desempeña un papel importante. Por tanto, cuando el cuidado es un trabajo remunerado, significa un saber hacer: la técnica³. La persona trabajadora del cuidado debe dominar conocimientos, procedimientos y prácticas para responder adecuadamente a las necesidades de servicio y apoyo del cuidado. Además, en el trabajo del cuidado convergen aspectos políticos, económicos, raciales, culturales y de género que configuran el capital del cuidado de una sociedad y que puede transferirse como capital social de una familia a otra o de una nación a otra⁵.

El Cuidado: Dimensiones pública y privada

El cuidado ocurre en la esfera pública y en la privada como lo presenta Molinier⁶; cuidamos de nosotros mismos, de los otros y del mundo. No hay vida posible sin el cuidado, esto implica la vulnerabilidad y la interdependencia. Cada uno debe ser consciente de esto, pensándolo como una responsabilidad con nuestra condición humana ante la vulnerabilidad propia y de los otros. El cuidado debe estar puesto al servicio del bienestar de otros, los necesitados y vulnerables, incluyendo los espacios de poder, para administrarlos en libertad, dignidad y respeto⁷. Entonces, el cuidado entendido de esta manera debe ser una forma de vivir dentro de una ética política en lo privado y lo público⁸.

En este sentido Paperman⁹ plantea que el cuidado va más allá del acto de pensar en el otro, preocuparse por él o apoyarlo a realizar sus necesidades primordiales. Es contribuir directamente al mantenimiento de la vida del otro, que se sienta seguro y que pueda desarrollar sus intereses y capacidades. El cuidado junta a las personas alrededor de necesidades físicas, psicológicas, sociales, educativas y culturales comunes en lo público y lo privado. Se debe ser responsable en cada una de las actividades diarias del cuidado, y dar lo mejor de cada uno de a manera más ética.

El trabajo de cuidado incluye el cuidar de la vida y del mundo en una sociedad más humana, en la que en el centro esté el bienestar de todos en lo público y en lo privado; donde los Estados contemplen los recursos necesarios para proveerlo a todos sus integrantes en condiciones de igualdad; se eduque desde la infancia en la responsabilidad del cuidado de sí mismo y de los otros; se valore a las personas que realizan este trabajo; se convenga hacerlo al interior de las familias sin sesgo de género; se garantice universalmente como reconocimiento de un derecho humano. El cuidado debería ser contemplado como un fruto de todas las interacciones humanas: las estatales, las locales, las comunitarias, las familiares y las interpersonales como lo expresa Araújo- Guimarães¹⁰.

Cuidar y ser cuidado son necesidades inevitables que conllevan responsabilidad y acción por parte de todos los integrantes de una sociedad; desde elegir sistemas de gobierno justos, realizar aportes a los sistemas de seguridad social, participar políticamente en el diseño de sistemas de cuidado inclusivos y justos; educar para el cuidado a cercanos y lejanos; reflexionar e investigar sobre las necesidades de cuidados de quienes lo requieren y quienes lo ejercen.

Un cuidado ideal debe plantearse como político y público, tiene que ver principalmente con la justicia social para el beneficio de todos sus integrantes¹¹. La existencia de la vida depende del cuidado del mismo desde la dimensión pública.

Pero es en la esfera de lo privado, en la intimidad de los hogares donde se perpetúa la vida y se satisfacen las necesidades más básicas para el cuidado de la vida misma, como lo sugiere Hanna Arendt¹². El cuidado es entonces, un modelo de las relaciones complejas de lo público-privado, en las cuales se teje el mantenimiento de la vida.

La diferencia entre la esfera pública y la privada pone en el centro del cuidado a la familia, como institución social y política básica. Esta diferenciación, obliga a los miembros de la familia a distribuir sus recursos y sus oportunidades laborales para asegurar el cuidado de los suyos; en este sentido como lo menciona Nussbaum¹³, el reconocimiento de la naturaleza política de la familia hace que sean porosos los límites de las responsabilidades en el cuidado al interior del núcleo familiar y las del Estado. Dentro de la esfera privada del cuidado llama poderosamente la atención reflexionar sobre dos aspectos que son los más íntimos de lo privado: las emociones y la sexualidad y cómo éstas se asocian, transforman y afectan la relación cuidador-cuidado.

Según el estudio de Mier¹⁴ las cuidadoras son en su mayoría mujeres casadas, con una edad media de 52 años, sin ocupación laboral remunerada y cuya relación con la persona cuidada es en el 57% de los casos paterno filial, en el 16% de pareja y en el 10% de los casos es la nuera de la persona dependiente. El hecho, que sean las mujeres quienes se encargan mayoritariamente del cuidado de los enfermos crónicos en el domicilio, se fundamenta en la división sexual discriminatoria del trabajo, por cuanto la sociedad lo entiende como natural y determinado dentro de un contexto de patriarcado dominante¹⁵. Esta división sexual discriminatoria del trabajo implica menores oportunidades para las mujeres de acceder al poder, a la riqueza y la autonomía financiera; además, es una forma de vincular el cuidado a una categoría afectiva que infravalora todo tipo de tareas desempeñadas mayoritariamente por las mujeres¹⁶.

Con este panorama, se puede intuir que las mujeres de la familia son las principales y casi únicas cuidadoras as, sometidas a largas jornadas diarias de trabajo. Entre las personas que cuidan hay niveles altos de incertidumbre, además, de un alto grado de estrés de tipo espiritual y psicológico que grava la situación de la persona cuidadora. Esta realidad se refleja en la sobrecarga de responsabilidades en el cuidado del paciente, las dificultades financieras, el auto abandono y la falta de tiempo libre, que hacen más difícil las actividades propias del cuidado.

Cuidado íntimo y trabajo emocional

La pionera en la sociología de las emociones Hochschild¹⁷, definió el trabajo emocional “como el control de las

emociones para crear manifestaciones corporales y faciales observables públicamente” y lo separó en dos categorías: “emotion work” o control de emociones y “emotional labor” o trabajo emocional. Por un lado, el control de las emociones es la intención de modificar de forma consciente la expresión del sentimiento de una emoción. Y por el otro, el trabajo emocional es el control de la emoción requerida para desempeñar una actividad laboral.

La relación cuidador-cuidado es una relación entre humanos en los que están presentes afectos, sentimientos y emociones. El afecto representa “el elemento emocional de cualquier estado doloroso o placentero, por estimulación interna o externa”¹⁷. Partiendo de lo anterior, toda interacción del cuidado conlleva una emoción. Es así, que la persona que cuida participa de manera afectiva en el cuidado, y difiere según sus motivaciones profesionales y personalidad, así como del tipo positivo o negativo de las emociones. No todas las emociones relacionadas con el cuidado son iguales; según Borgeaud-Garciandía¹⁸ depende de la intensidad, la duración, frecuencia y la variedad. Desde este punto de vista las actividades de cuidado representan mayor o menor esfuerzo por parte de la persona que cuida, siendo mayores en los que se presentan con más frecuencia o durante periodos de tiempo prolongados.

De esta manera, si un trabajador a domicilio cuida a una persona que le produce emociones positivas (ternura, empatía) y ha estado con él durante un periodo prolongado, es muy probable que desarrolle una relación interpersonal y afectiva. Por el contrario, si las emociones que se producen son negativas (disgusto, enfado, frustración o furia) se puede producir un desajuste en las emociones y dar como resultado el evitar involucrarse emocionalmente con el anciano³.

De manera similar, Angelo Soares¹⁹ contempla en la relación profesional cuidador- cuidado una “dimensión emocional”. La expresión de las emociones que genera esta relación está medida por reglas de expresión emocional laboral: del cómo y cuándo expresarlas, similar a la labor emocional de Hochschild¹⁷, pero va más lejos al tratar de definir lo adecuado dentro de una relación profesional de cuidado. Lo ideal sería “aprender a controlar mejor sus emociones, a contenerlas y, con experiencia, sentirlos sin manifestarlos”²⁰. En esta mirada, la persona que cuida se enfrenta a sus propias emociones derivadas de la relación con el cuidado y las transforma para neutralizarlas.

Es importante indicar que la cualidad de permanecer en una posición neutral y objetiva como persona que cuida es una característica personal, depende de la capacidad para manejar los propios afectos, el carácter, los antecedentes personales y profesionales o incluso los valores individuales²¹. Sin embargo, como lo advierten Bonneville y Sicotte²² la

persona que cuida es ante todo, una persona que se comunica con el otro y establece con él un vínculo mental, emocional y físico, esta es una visión idealizada de la persona cuidadora quien para estos autores procura sus mejores emociones con el objetivo de ayudar y mitigar el sufrimiento físico, emocional y social del cuidado, olvidando la subjetividad de la interrelación cuidador-cuidado.

Por otra parte, Helena Hirata³ expone que el cuidado es una actividad compleja, en la que existe una gama de interrelaciones personales que dan lugar a expresiones emocionales con características propias al proveedor y al beneficiario de los cuidados. Cada experiencia de cuidado es individual y única, como los seres humanos. Entonces, como lo presenta Molinier⁶, la persona que cuida puede no entablar una relación interpersonal con el cuidado y ser esto una decisión personal válida; por tanto, depende de su motivación, personalidad y del tipo de emociones que genere la persona cuidada, la duración del cuidado, así como del entrenamiento en “gestión emocional” que la persona que cuida haya recibido.

Retomando al profesor Soares¹⁹ esta “gestión emocional” se aprende en la práctica de cuidados o durante el proceso de socialización de género; es muy difícil medirla o aproximarse a lo que debería ser debido a su intangibilidad. En síntesis, la dimensión “emocional” expone y reconoce que el trabajo de cuidado requiere por parte del cuidador la gestión de las propias emociones, así como de las emociones del otro.

Otro aspecto importante que genera emociones negativas en la persona que cuida es el llamado “trabajo sucio” que debe realizar dentro de sus actividades. Ashforth y Kreiner²³ lo describen como un trabajo que se percibe como físico, social o moralmente menos valioso que otras ocupaciones. Este “trabajo sucio” tiene un pobre estatus laboral, con bajos salarios, poco reconocimiento social en el que se debe estar en contacto con fluidos corporales o realizar actividades como la limpieza de secreciones y excrementos de las personas cuidadas²⁴.

Desde otro punto de vista, la emoción de la persona que cuida se relaciona con la compasión; según Martha Nussbaum²⁵, la conciencia de la propia vulnerabilidad, la posibilidad de una desgracia personal o el dejar de ser autosuficiente, hace que se desarrolle un reconocimiento de la vulnerabilidad común ante el dolor y el sufrimiento del otro. Por tanto, es la forma que tienen los humanos, para conectar el bienestar de los otros al propio: “Para que se despierte la compasión se debe considerar el sufrimiento de otra persona como una parte significativa del propio esquema de objetivos y metas. Se deben tomar las penurias de otra persona como algo que afecta el propio florecimiento”. Entonces, el cuidar al otro implica

un trabajo bidireccional en el que se asegura el mantenimiento de la estructura social y política de la sociedad y al mismo tiempo mejora las posibilidades propias de realización y la dignidad como persona.

Las políticas públicas deberían reconocer económicamente la dimensión emocional de la persona que cuida, para que el encontrar recursos económicos para mantenerse no suponga ansiedad adicional. Por otra parte, se hace necesario explorar la pérdida de posibilidades de realización propia de la persona que cuida, ya que al realizar su trabajo de cuidado dedica en ello la mayor parte de su tiempo impidiendo tener un proyecto de vida, además, otro punto importante de este reconocimiento económico es disminuir la carga de culpa dentro de los miembros de la familia que no pueden contribuir al cuidado de su familiar²⁶.

Reconocer las emociones que implica la relación cuidador-cuidado es un gran avance, que permite ver a la persona que cuida como un ser humano que es paciente, no pierde la calma, tolera hechos no deseados, inesperados, incómodos, es perseverante, pero que también rechaza, siente asco, se angustia, se enfada, se frustra ante el otro o las circunstancias que lo rodean, sin que por esto deje de cuidar, acompañar y ayudar al otro en sus vulnerabilidades o en sus fragilidades.

La dimensión más íntima del cuidado: La sexualidad

La sexualidad es una dimensión del ser humano que incluye el sexo, el género, el erotismo, la intimidad y las relaciones sexuales²⁷. Existe el sexo biológico y este se expresa socialmente y culturalmente mediante los roles de género². Con respecto a los roles de género, en el imaginario social existe la percepción de que el cuidar se confunde con la femineidad al identificar a la mujer con atributos emocionales, relacionales y de entrega a los otros²⁸. De igual manera, como lo señala Molinier⁶ el cuidado se vincula con un don moral, con una cualidad de género inherente al ser mujer y se pasa por alto el componente técnico (El saber-hacer mediante la experiencia); es indudable que hombres y mujeres tienen la capacidad técnica y la sensibilidad ante el sufrimiento del otro para cuidar adecuadamente, sin que haya mayores diferencias entre ellos. Con respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, la obra de Carol Gilligan²⁸ presenta como el cuidado y la asistencia son intereses humanos más allá de los roles de género; para ella es inadmisibles creer que los hombres están desinteresados por los demás y que las mujeres tienen una disposición a renunciar a sus derechos a fin de preservar a las relaciones y mantener la paz. Las diferencias de género parten de modelos binarios y jerárquicos heredados culturalmente que reproducen un orden patriarcal, que refuerza las divergencias, lo que conlleva a olvidar la voz humana, que se puede interpretar como un «punto de vista moral». Esta ética del cuidado rescata la humanidad común, encontrando en ella la

ciudadanía democrática y el amor como fundamento universal²⁸.

Es claro entonces, que en el cuidado se presentan múltiples actividades físicas, psicológicas y emocionales que están circunscritas en relaciones de género; dentro de las cuales la intimidad se revela como un elemento de vulnerabilidad, no solo para la persona que cuida sino para el cuidado. Entonces, puede que haya preferencias por parte de la persona que cuida o de la que es cuidada para hacer o recibir estas actividades por personas del mismo sexo, con las que pudieran sentirse más cómodas o menos vulnerables en su intimidad⁶.

La sexualidad al ser una dimensión del ser humano, envuelve a las personas en su subjetividad, su intimidad, creencias, emociones y afectos. La manipulación del cuerpo del otro puede movilizar emociones, repulsiones o atracciones; así mismo puede existir la idealización de la persona que cuida y esto puede afectar las relaciones de cuidado²⁹. Es por tanto, que al ser una relación entre humanos se pueden generar sentimientos o atracción, en efecto la relación que se establece no está exenta de la erotización o de la generación de vínculos afectivos.

Como se expuso anteriormente, el cuidado ocurre mayormente en lo corporal; se expresa en una relación intercorporal e intracorporal mediada por las necesidades del cuerpo del cuidado. En la investigación realizada por Borgeaud-Garciandía y Helena Hirata³⁰, la persona cuidadora comúnmente asimila el cuerpo de la persona cuidada en su conjunto, como material de trabajo, objeto de higiene y de actividades físicas y emocionales de cuidado. La persona que es cuidada se “deserotiza” dentro de la relación profesional; no tiene cabida el erotismo propio o el ajeno. Es así que para una persona que cuida de manera profesional el sexo del otro pasa a un segundo plano por temas de privacidad y el respeto. Por otra parte, la relación con el cuerpo del otro también implica un desafío para la persona que cuida³⁰. Las emociones que se generan pueden tener diferentes intensidades; por ejemplo, suelen ser más intensas en personas de edad avanzada, por cuanto es común encontrar actitudes de rechazo a las manifestaciones de índole sexual en la vejez. Los prejuicios hacia el cuerpo de los mayores se relacionan con símbolos negativos como la descomposición, el desecho y la muerte³¹.

Este análisis lo sintetiza Ángel Soares³², planteando que el cuidado contempla distintos atributos presentes de forma simultánea. Entre ellos está la dimensión “sexual”; poco explorada y difícil de analizar. Este componente del cuidado alude a la utilización del cuerpo de la persona que cuida, quien debe efectuar actividades que requieren de contacto directo con el cuerpo del otro. Este componente “relacional” requiere por parte de la persona que cuida la capacidad de asegurar un equilibrio adecuado en la interrelación. La dimensión sexual abarca actitudes y comportamientos que pueden afectar el trabajo del cuidado y el vínculo emocional entre cuidador-cuidado. Es importante reconocer aquí como no todas

las relaciones son iguales, aunque en las instituciones de capacitación se sugiera la neutralidad, es claro que esta no es fácilmente alcanzable por parte de la persona que cuida.

Es innegable que la sexualidad es parte del trabajo del cuidado³, por un lado, la persona que cuida (mujer en la mayoría de los casos) debe garantizar el respeto por la intimidad del cuidado, evitando herir su dignidad, teniendo en cuenta que una gran parte de las personas cuidadas son incapaces de defenderse. Un aspecto muy poco explorado es la existencia del erotismo propio del cuidador³. La persona que cuida debe enfrentarse en muchas ocasiones con su propia sexualidad, lo cual representa un terreno arriesgado. Teniendo en cuenta que la persona que cuida puede experimentar deseo por el cuidado, aun cuando esto no se considere “profesional”. En ocasiones en la tarea del cuidado se desarrolla una relación estrecha de índole emocional que se puede extender al aspecto físico; sin embargo, este no es un tema estudiado desde el punto de vista científico. Pudiendo existir deseo en la dupla cuidador-cuidado, las condiciones de la relación no permiten que se puedan expresar debido a la ética del profesional, pudiendo aumentar la carga afectiva y social del tema.

Otro aspecto relacionado con la sexualidad que involucra a las personas que cuidan y el trabajo de cuidado son las necesidades de cuidado de la población con orientaciones sexuales diversas o géneros no heteronormativos (LGBTIQ+). Existen investigaciones recientes, principalmente enfocadas en el paciente en las que se presentan como problemas específicos de este colectivo la escasa red de apoyo familiar³³ y las dificultades económicas para acceder al cuidado³⁴. Las personas de este colectivo, además, experimentan discriminación en la atención y cuidado de sus problemas de salud; lo que se traduce en una situación de mayor vulnerabilidad como lo exponen Bristowe et al³⁵. Otro punto de reflexión, es la persona que cuida heteronormativa y que por su trabajo de cuidado debe atender o enfrentarse a un cuerpo transgénero, distinto, intervenido quirúrgicamente; por ejemplo, un cuerpo que tenga senos y genitales masculinos. Este hecho puede confrontarlo con su propia sexualidad, incluso chocar con sus ideas de normalidad sexual y plantea preguntas como: ¿qué tipo de emociones le genera?, ¿cómo las gestiona?, ¿cuáles mecanismos de afrontamiento utiliza?

Por otra parte, existen personas que cuidan con orientaciones sexuales diversas o géneros no heteronormativos, lo que conlleva una reflexión sobre: ¿pueden acceder a la formación académica de cuidadores?, ¿son discriminados en su formación?, ¿se contratan laboralmente?, ¿dónde se les contrata?, ¿son víctimas de maltrato laboral?, ¿cuáles son sus fortalezas laborales? Estos temas deberían ser abordados para poder tener una visión aproximada de este fenómeno, hacerlos visibles y ser involucrados en los temas de perspectiva de género en el cuidado.

CONCLUSIÓN

Cuidar a otro, el sentimiento de compasión y responsabilidad ante la vulnerabilidad tiene una dimensión pública y privada. En este sentido, el primer paso es reconocer estas dimensiones del cuidado para movilizar a los ciudadanos en pro de las personas que necesitan ser cuidadas. El cuidado es la vida misma; por tanto, se expresa en lo público, pero es llevado a cabo en la privacidad de los hogares o de las instituciones de salud; en consecuencia, involucra la intimidad de las personas. La relación cuidador-cuidado pone de manifiesto una intrincada red de aspectos políticos, sociales, culturales, emocionales que deben encontrar un equilibrio casi mágico para que el trabajo de cuidado pueda llevarse a cabo de manera exitosa.

Por otra parte, la persona que cuida y la cuidada se enfrentan a sus emociones y a su propia sexualidad durante el acto del cuidado, visibilizarlas es un gran paso en el reconocimiento de la importancia de su labor. Es importante llevar la reflexión a la comunidad académica sobre la manera en que las personas que cuidan acompañan a aquellos que son cuidados en condiciones de vulnerabilidad, fragilidad, dolor y sufrimiento en las dimensiones públicas, privadas e íntimas.

Referencias

1. MC. Heidegger M. Ser y tiempo. Petrópolis: Ed Vozes; 1989.
2. Boff L. Saber cuidar. Etica do humano-compaixao pela terra. Petrópolis: Ed Vozes; 1999.
3. Hirata H. Subjetividad y sexualidad en el trabajo de cuidado. En Borgeaud-Garciandia N., El Trabajo de Cuidado, Buenos Aires: Fundación Medifé Ed.; 2018. p 105-115.
4. Pineda J. Trabajo de cuidado: mercantilización y desvalorización. Revista CS ¿Mujeres al margen? Estudios empíricos en trabajo y derecho. 2019; 111-136. doi: <https://doi.org/10.18046/recs.iEspecial.3653>
5. Isaksen LW, Devi SU, Hochschild AR. Global care crisis: a problem of capital, care chain, or commons? *American Behavioral Scientist*. 2008; 52(3): 405-425. doi: <https://doi.org/10.1177%2F0002764208323513>
6. Molinier P. El cuidado puesto a prueba por el trabajo Vulnerabilidades cruzadas y saber-hacer discreto. En Borgeaud-Garciandia N. El Trabajo de Cuidado, Buenos Aires: Fundación Medifé Ed.; 2018. p 187-210.
7. Foucault M. La ética del cuidado de si como práctica de la libertad. París: Gallimard; 1984.
8. Batthyány K. Las políticas y el cuidado en América Latina: Una mirada a las experiencias regionales, Serie Asuntos de Género. 2015; 124: 9-43. Disponible en: <https://bit.ly/3J79arQ>
9. Paperman P. La ética del cuidado y las voces diferentes de la investigación. En Borgeaud-Garciandia N., El Trabajo de Cuidado, Buenos Aires: Fundación Medifé Ed.; 2018. p 211-230.
10. Araújo-Guimarães N, Hirata HS, Sugita K. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. *Sociologia & Antropologia*. 2011; 1 (1):151-180. doi: <https://doi.org/10.1590/2238-38752011v117>
11. Castoriadis C. Un mundo fragmentado. Buenos Aires: Altamira; 1990.
12. Arendt H. La condición humana. Buenos Aires: Paidós; 1996.
13. Nussbaum M. Las fronteras de la Justicia: Consideraciones de la exclusión. Barcelona: Paidós; 2018.
14. Mier N. The caregiving experience among Hispanic caregivers of dementia patients. *Journal of Cultural Diversity*. 2007; 14(1): 12-18.
15. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin J, Valderrama M, Arregi B. Impacto del cuidado Informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit*. 2008; 22 (5):443-50. doi: <https://doi.org/10.1157/13126925>
16. Jiménez I, Moya N. La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfermería Global*. 2017; 17(1): 420-447. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.1>.
17. Hochschild AR. The managed heart. Berkeley, CA: University of California Press; 1983.
18. Borgeaud-Garciandía N. Intimidad, sexualidad, demencias. La relación subjetiva con el trabajo de cuidado en contextos desestabilizantes. En Borgeaud-Garciandia N. El Trabajo de Cuidado, Buenos Aires: Fundación Medifé Ed.; 2018. p 81-102.
19. Soares A. O preço de um sorriso: as emoções no trabalho, desafios para a saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores. O trabalho emocional eo trabalho de cuidado. São Paulo: Fundacentro; 2014.
20. Soares A. As emoções do care. En H. Hirata y N. Araujo Guimares (orgs.), Cuidado e cuidadoras As várias faces do trabalho do care. São Paulo: Editora Atlas; 2012.
21. Huillier D. Compétences émotionnelles: de la proscription à la prescription des émotions au travail. *Psychologie du travail et des organisations*. 2006; 12 (2): 91-103. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2006.01.002>
22. Bonneville L, Sicotte C. Les défis posés à la relation soignant-soigné par l'usage de l'ordinateur portable en soins à domicile. *Communication. Information médias théories pratiques*. 2008; 26(2): 75-107. <https://doi.org/10.4000/communication.839>

23. Ashforth B, Kreiner G. How can you do it? Dirty work and the challenge of constructing a positive identity. *Academy of Management Review*. 1999; 24 (3): 413-434. <https://doi.org/10.5465/amr.1999.2202129>
24. Clarke M, Ravenswood K. Constructing a career identity in the aged care sector: overcoming the "taint" of dirty work. *Personnel Review*. 2019; 48 (1),76-97. <https://doi.org/10.1108/PR-08-2017-0244>
25. Nussbaum M. Paisajes del pensamiento: la inteligencia de las emociones. Barcelona: Paidós; 2008.
26. Borghetti E. Sexualidad e Identidad de Género: lo que seguro debes saber. e625; 2018 [consultado 28 ab 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3QcYQ2q>
27. Boff L, Muraro, R. Femenino y Masculino. Madrid: Ed Trotta; 2004.
28. Gilligan C, Utrilla J. La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica; 1994.
29. Kergoat D. De la relación social de sexo al sujeto sexuado. *Revista mexicana de sociología*. 2003; 65(4): 841-861. Disponible en: <https://bit.ly/3XLogHj>
30. Borgeaud-Garciandia N, Hirata H. Tacto y tabú: la sexualidad en el trabajo de cuidado. *Sociología del Trabajo*. Siglo XXI de España, 2017: p. 47-61.
31. Villanueva J, Jiménez GJ, Hernández CI. Estereotipos sobre la sexualidad en la adultez mayor: un análisis desde la perspectiva de género. *Revista Electrónica en Educación y Pedagogía*. 2020; 4(7): 27-38. doi: <https://doi.org/10.15658/rev.electron.educ.pedagog20.11040703>
32. Soares A. Les émotions dans le travail. *Revue Travailler*. 2002; 1(9): 9-18. Disponible en: <https://bit.ly/3J805yS>
33. Cloyes K, Davis A. Palliative and end-of-life care for lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) cancer patients and their caregivers. *Seminars in oncology nursing*. 2018; 34(1): 60-71. doi: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.12.003>
34. Borja L. Factores que intervienen en la atención integral de salud a la comunidad LGBTI, hospital San Vicente de Paúl 2018-2019 Norte [Tesis licenciatura]. Universidad Técnica del; 2019. [consultado 28 ab 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3R05Xwc>
35. Bristowe K. Access to health care for LGBT people. *innovation in aging*. 2019; 3(1):624. doi: <https://dx.doi.org/10.1093%2Fgeron%2F38.2324>