

Artículos seleccionados

Reflexiones en torno a la intervención del trabajo social en las instituciones de salud: El cuidado a los que cuidan y el atravesamiento de las concepciones hegemónicas de familia y cuidado

Vanina Garibaldi*, María Laura Incocciati y Luciana Schultheis*****

Fecha de recepción: 17 de marzo de 2014
Fecha de aceptación: 20 de agosto de 2014
Correspondencia a: María Laura Incocciati
Correo electrónico: mlauraincocciati@gmail.com

*. Licenciada en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

** . Licenciada en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

***. Estudiante avanzada de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

El artículo procura reflexionar en torno a las prácticas de cuidado informales, desarrollando diversas aristas vinculadas a esta temática. En este sentido, se plantea el atravesamiento de la concepción hegemónica de familia, su vinculación con los espacios de cuidado formal, y la intervención profesional desde el Trabajo Social en relación a estas prácticas específicas.

Mucho se ha conceptualizado sobre la familia a lo largo de la historia. Estas conceptualizaciones son socialmente creadas y reproducidas y atraviesan a las familias, condicionando modos de constituirse, vincularse, y acompañar los procesos específicos de salud-enfermedad vinculados, en este artículo en particular, con la cronicidad de determinados padecimientos.

Las concepciones hegemónicas de familia la ubican como ámbito principal del cuidado de los sujetos que padecen la enfermedad, y principalmente otorgándole una feminización al cuidado. Se presenta una naturalización del cuidado como práctica familiar no remunerada y obligatoria, donde las políticas en torno al tema, están dirigidas a familias de bajos recursos o en situaciones adversas, reproduciendo criterios de focalización.

Desde la intervención del Trabajo Social se plantea, poder desarrollar intervenciones orientadas no sólo al sujeto que padece la enfermedad crónica, sino también al entorno del mismo, y específicamente a quien se desarrolle como cuidador principal, teniendo en cuenta la sobrecarga y cambios que trae esta situación para la vida cotidiana de este sujeto que ahora se define por esta actividad.

Por esto se plantea: ¿La creación de nuevos servicios públicos que respondan a estas necesidades, re direccionaría las prácticas de cuidado que sobrecargan a la familia, o las mismas seguirían haciéndose cargo reproduciendo las valoraciones internalizadas socialmente?

En este sentido, se pretende reflexionar sobre la importancia de los conceptos desde los cuales se construyen las intervenciones, y a su vez las distintas prácticas y espacios desde los cuales el Trabajo Social puede intervenir en la tarea de cuidar a los que cuidan.

Palabras clave: Familia - Cuidado - Intervención profesional.

Resumo

O artigo busca refletir sobre as práticas de cuidado informal, desenvolvendo diversos aspectos relacionados a este assunto. Neste sentido, o percurso da concepção hegemônica de família, sua relação com os espaços de cuidados formais e intervenção profissional do Serviço Social em relação a essas práticas específicas surge.

Muito tem sido conceituada na família ao longo da história. Estas concepções são socialmente criadas e famílias cruzadas propagadas, modos de condicionamento constituído, rede e monitorar os processos específicos de saúde e doença relacionados neste artigo, em particular, com certas condições crônicas.

Concepções hegemônicas da família como o campo localizado principal cuidado dos indivíduos com a doença e proporcionando uma feminização cuidar principalmente. Cuidado Naturalização é apresentado como prática familiar não remunerado e obrigatório que as políticas sobre o tema são direcionados para famílias de baixa renda ou em situações adversas, jogando critérios de segmentação.

Desde a intervenção do próprio trabalho social para desenvolver intervenções orientadas não apenas o sujeito que sofre de doença crônica, mas também para o mesmo ambiente e, especificamente, que se envolve como um cuidador principal, tendo em conta a sobrecarga e mudanças trouxeram esta situação para o dia a dia deste assunto agora é definido por essa atividade.

Daí surge: Será que a criação de novos serviços públicos que atendam a essas necessidades, re direccionaria práticas de cuidados que fardo para a família, ou o mesmo continuaria assumindo jogando valorizações sociais internalizadas?

Neste sentido, algumas reflexões sobre a importância dos conceitos de que as intervenções são construídas. E por sua vez, as diversas práticas e espaços a partir do qual o trabalho social pode participar da tarefa de cuidar de quem cuida.

Palabras chave: Família - Cuidado - Interferência profissional.

Introducción

El presente artículo consiste en una reflexión sobre las intervenciones de los Trabajadores Sociales en Instituciones de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, vinculadas a una temática específica, “el cuidado provisto por quienes se desempeñan en el ámbito familiar, como cuidadores principales de sujetos con algún tipo de enfermedad crónica”.

El desarrollo del mismo se constituyó a partir de las experiencias, observaciones y análisis dados desde las prácticas pre- profesionales que hemos realizado en diversas instituciones de salud de CABA, como estudiantes de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires. A su vez, a partir de los aportes del Trabajo de Investigación Final de dicha Carrera, en el ciclo lectivo 2012- 2013, en el que participaron dos de las co-autoras.

El eje central del artículo hace hincapié, en las distintas posibilidades de intervención desde el Trabajo Social en la tarea de “cuidar a los que cuidan”. Para el abordaje conceptual de estas posibles intervenciones, desarrollaremos dos nociones centrales: Familia y Cuidado. En relación a la primera, daremos cuenta de la importancia de las representaciones sociales construidas en torno a la misma, así como su vinculación, en este sentido, con el Estado, el mercado y la comunidad, así como con las relaciones de poder y de género que las atraviesan.

Para adentrarnos en la noción de cuidado, nos detendremos en el proceso salud- enfermedad, vinculando su conceptualización con las particularidades que conlleva una enfermedad crónica en la biografía tanto de quien la padece, como de su red social más cercana. Es este aspecto, el que le otorga tintes particulares a la tarea de cuidado, es la familia por lo cual resulta fundamental establecer relaciones con la noción de familia, en tanto se la considere como el principal ámbito de cuidado socialmente construido, así como con las representaciones configuradas en torno al mismo, dejando entrever cómo se conforman las prácticas de cuidado y de gestión de la enfermedad. En este sentido, es que ponemos en primer

plano la importancia de cuidar a los que cuidan, para que sea considerada como una intervención clave para alivianar la sobrecarga que tiene lugar en el seno familiar, y para establecer relaciones con el sistema formal de salud, no sólo a nivel de las prácticas institucionales, sino también a nivel de elaboración de políticas públicas.

Nociones orientadoras para el debate en torno a la categoría familia

Instalar un debate en torno a posibles campos de intervención profesional supone, entre otros aspectos, poner en cuestión las categorías que se manejan, para poder construir alternativas en la lectura de las problemáticas que los atraviesan, así como de las líneas de acción a llevar a cabo. Como parte central del artículo que nos convoca, se encuentra un concepto clave, como lo es el de familia. En este sentido, entendemos a la familia como una unidad compleja que adopta formas diversas a lo largo de la historia y en cada contexto particular, constituyéndose en una institución a la que se le atribuyen y, a la vez, produce y reproduce diversos significados y valoraciones sobre sí misma y sobre los procesos que le afectan. Se manifiesta de esta forma una posible mirada de la familia en sentido amplio, tomándola como una construcción variable, que no depende necesariamente de lazos de consanguinidad o de parentesco, sino, más bien, de un conjunto de factores tales como de un tiempo y contexto determinado, de una cultura y sociedad o grupo particular, es decir, que se configura como una construcción intersubjetiva (realizada con otros), en el espacio- tiempo de la vida cotidiana. Debemos mencionar que, sin embargo, persiste una representación hegemónica de la familia, en tanto institución construida socialmente, erigida sobre un tipo “ideal”, que instaura una determinada forma, un “modo de ser” (Bourdieu, 1994: 135), regulado legalmente en cuanto obligaciones conyugales y paterno-filiales. Dichas obligaciones y responsabilidades, encuentran expresión en determinantes tanto morales como legales que se ponen en juego, ejerciendo una influencia clave, al momento de establecer participaciones de también de otros diversos actores, tales como el Estado, el mercado, la sociedad civil y lo propios

grupos familiares, en los procesos que afectan a los sujetos. Esta idealización estereotipa las funciones de cada uno de ellos y sus vínculos, caracterizándolos como estáticos, con roles definidos, ausencia de conflictos y, particularmente, de una obligación de cuidado y apoyo incondicional que debe darse en el ámbito familiar. Estos estereotipos y representaciones sociales de dicho ámbito "invisibilizan" su carácter de construcción social, sosteniendo discursos e intervenciones desde concepciones que la visualizan como "célula básica de la sociedad", "natural" y "universal". Esas ideas surgen históricamente desde la ruptura producida hacia la segunda mitad del siglo XIX, que determinó la separación entre la esfera de lo público y de lo privado, tendiente a la reproducción de un orden social y de relaciones sociales determinadas. En la actualidad, este ordenamiento dicotómico se sostiene, y es reproducido desde las políticas públicas e intervenciones estatales, como así también desde las prácticas desarrolladas en las propias familias. En las propuestas de políticas, se considera a la familia como expresión del comportamiento individual, y se recomienda la adopción de medidas para que actúe como barrera de contención de diversos problemas sociales. Sin embargo lo que parece resultar, es la subordinación de los derechos fundamentales de las personas, al sostenimiento y fortalecimiento de la familia como institución y símbolo.

Estas relaciones se complejizan cuando se introduce en el debate la cuestión de género, en cuanto se le otorgan particularmente a las mujeres, determinadas características y atribuciones dentro del grupo familiar. En este sentido resulta decisiva la "influencia de la socialización por género de los miembros de la familia, y cómo esta asunción de roles diferenciados genera lógicas de género que moldean las actitudes, opiniones y estrategias de los distintos miembros frente a la necesidad de asistencia a un familiar dependiente, creando de este modo, una normatividad refrendada en el entorno social y familiar más próximo" (Caramés, 2010:129). De estos procesos resulta la feminización de determinadas tareas dentro del ámbito doméstico, en tanto ámbito privilegiado para la reproducción de las desigualdades de género.

Reconfiguraciones familiares en torno a procesos de salud - enfermedad crónicos

Frente a los procesos de salud- enfermedad que transitan los sujetos, la irrupción de un padecimiento en la biografía, suele derivar en que parte de su red de apoyo social comience a llevar adelante prácticas de cuidado que le permitan acompañar el tránsito del mismo. Esto conlleva una reorganización de la vida cotidiana, no sólo del sujeto que padece, sino de toda su red, especialmente en la más próxima, como lo es el ámbito familiar. Por otro lado, las significaciones puestas en juego, así como el modo de afrontar esta irrupción y su desarrollo, se darán de manera única en cada trayectoria vital, a partir de las particularidades de cada grupo y también de la especificidad de la enfermedad. Es que estas concepciones socialmente creadas y reproducidas, atraviesan a las familias, y en cuanto al campo de la salud, condicionan modos de constituirse, vincularse, y acompañar los procesos de salud- enfermedad, determinando sus propias experiencias y singularidades. Asimismo, no hay que desconocer que, en este sentido, cada sujeto desarrolla a lo largo de su trayectoria vital, un proceso de salud-enfermedad particular, que por esto, no deja de estar atravesado por el contexto social, histórico, cultural, político y económico en el que el encuentra inserto.

En este sentido, el proceso salud- enfermedad se desarrolla, en un nivel estructural, en un sistema capitalista que tiene como una de sus características centrales generar desigualdades, y que, "en el fondo de esta desigualdad, están las formas de reproducción social que resultan de la manera específica en que los grupos sociales, se insertan en la economía capitalista y de las formas de dominación que se ejercen sobre ellos" (Laurell, 1986: 8). Por lo tanto, el acceso al sistema de salud y la gestión de la enfermedad, que se lleva adelante, no pueden ser descontextualizados y aislados de esta perspectiva.

En relación a la particularidad que conllevan los procesos de salud- enfermedad en torno a las enfermedades crónicas, los mismos se caracte-

rizan por diferenciarse de un esquema preestablecido de diagnóstico, tratamiento y curación, presentando, en cambio, un esquema abierto, y por lo tanto, dinámico e incierto, “más complejo, donde el objetivo curación es sustituido por la gestión de la cronicidad, del cómo vivir con la enfermedad” (Domínguez Mon y otros, 2012: 37). La incertidumbre que rodea estos procesos, sus constantes redefiniciones en términos de síntomas, tratamientos y expectativas, se conjugan, a su vez, con el desarrollo vital de cada sujeto. En este tipo de procesos “hay un borramiento de límites, la enfermedad invade la vida cotidiana del enfermo y de todo su entorno, tiñe todas las esferas de la vida social y requiere de negociación entre todos los actores” (Domínguez Mon y otros, 2012: 37). Implica, por todo esto, una generación y movilización diferencial de recursos materiales y afectivos, así como de cuidados específicos que producen una sobrecarga particular, en aquellos que se constituyen como cuidadores principales, y que se desarrollarán de manera única en cada proceso y tratamiento.

Por todo esto es necesario reconocer el carácter social del cuidado, y las desigualdades que lo atraviesan: “la distribución desigual de los costos del cuidado entre hombres y mujeres, y el reparto de la responsabilidad de cuidar entre familia y Estado. Las cargas diferenciales del cuidado entre hombres y mujeres, plantean una desigualdad de género. La desigual capacidad real de elegir sobre el cuidado y de acceder a los recursos de ayuda para cuidar (fundamentalmente procedentes del mercado), según el nivel económico y educativo, plantea una desigualdad de clase social” (García-Calvente y otros, 2004: 133).

El cuidado informal: atravesamientos sociopolíticos y su vinculación con el sistema formal de cuidado

Para dar cuenta del proceso de configuración de prácticas de cuidado en el ámbito familiar en torno a procesos de salud-enfermedad, resulta particularmente importante considerar, en el plano de lo simbólico, las producciones de sentido otorgadas a este concepto, en tanto campo pro-

picio de disputas y conflictos desde diferentes ámbitos, fundamentales para nuestra discusión.

En primera instancia, la distribución de las responsabilidades de cuidar se realiza entre las esferas de lo público y lo privado. Dentro de esta separación, el cuidado queda relegado al ámbito privado, respondiendo a lo que se denomina “organización social del cuidado” (Domínguez Mon y otros, 2012: 93), es decir al modo en que se organizan y distribuyen las tareas referidas a las prácticas de cuidado, a partir de significaciones socialmente construidas, reproduciendo ideas estereotipadas sobre las características y responsabilidades atribuidas a uno y otro ámbito. A partir de esta configuración dicotómicamente organizada, surge una separación que implícitamente nos lleva a preguntarnos respecto a las implicancias que tienen estas configuraciones hegemónicamente establecidas, en el proceso de afrontamiento por parte de los sujetos, de un proceso de salud-enfermedad con estas características.

En este sentido, el cuidado es socialmente atribuido al seno familiar, donde a través de las características emocionales y de lazos afectivos, son quienes deben proveer el espacio de contención y atención necesario en procesos de este tipo. De esta forma se da una naturalización del cuidado como práctica familiar no remunerada y obligatoria, que recae sobre el género femenino. Retomando, en este sentido, los interrogantes que realiza Kromptic: “Tiene sentido preguntarse si esta relocalización del cuidar, no colabora de alguna, con una despolitización del problema de la reproducción social. La palabra cuidados, además de ser por momentos inespecífica, es también un potente símbolo político, en el que subyace el lazo entre amor, altruismo y cuidados, lo que puede ocultar las cuestiones económicas y políticas. En la medida que el amor y el cuidado no son temas estrictamente políticos, se convierten en recursos a-políticos, neutrales e incuestionables.” (Kromptic y otros, 2012: 3).

El Estado promueve a la familia como seno fundamental de su constitución, pero las políticas que promueven una contención a las mismas sólo resultan dirigidas a aquellas familias

de bajos recursos o en situaciones adversas, es decir, reproduciendo criterios de focalización, ya sea tanto por situaciones de necesidad directa, como el mencionado, o por criterios étáreos o generacionales. Esto lleva a desconsiderar otras perspectivas que permiten superar estas visiones fragmentadas de la realidad, si se sostiene que el cuidado es un derecho de todo ser humano, en sentido amplio.

De esta forma, se busca ampliar el concepto más allá del ámbito familiar o privado, considerando, de este modo, la atención recibida por parte de las redes sociales y comunitarias por un lado (cuidado informal), y las profesionales e institucionales existentes por otro (cuidado formal), desde una perspectiva dialéctica y de complementariedad, entendiendo a estos espacios como generadores de relaciones sociales específicas que responden a la lógica del cuidado, pero desde roles, vínculos y prácticas distintas. Como sostiene la CEPAL, en su estudio sobre políticas de familia en el año 2006, la "desfamiliarización", en relación a los sistemas familiares de cuidados y protección, da cuenta del grado de reducción de la dependencia del individuo respecto de la familia o, en su formulación inversa, el aumento de la capacidad de control del individuo de recursos económicos, independientemente de las reciprocidades familiares o conyugales. Es decir, que desfamiliarizar el cuidado puede ser un paso en la reflexión y puesta en marcha de nuevos modos de intervención, que redefinan y amplíen el acompañamiento y sostén, tanto en lo material como emocional, que debe brindarse a todos los actores involucrados en el proceso de gestión de la enfermedad; descentrando, de este modo, la figura del sujeto que la padece.

Por otro lado, resulta imprescindible tener en cuenta que las prácticas que engloba el cuidado, no se limitan o no se centran necesariamente en aspectos meramente instrumentales (hábitos de higiene, alimentación, ejercicios de rehabilitación, transporte, etc.), sino que abarcan también, y principalmente, aspectos emocionales, de sostén, apoyo, reconocimiento de habilidades, de progresos, etc. Es importante en este sentido, reconocer que "los servicios formales (profesiona-

les) participan de forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas dependientes que viven en la comunidad, y constituyen sólo la punta del iceberg de este sistema invisible de atención a la salud, de modo que «el conjunto de las familias constituyen un sector de prestación de servicios de salud que supera con creces el volumen de trabajo a todas las restantes instituciones sanitarias». (García-Calvente y otros, 2004: 84).

Estas desigualdades que se han mencionado, impactan también en la salud de quienes se convierten en cuidadores principales, quienes por cumplir este rol relegan otras funciones y realizan cambios en actividades cotidianas o personales que venían llevando a cabo hasta el momento. En palabras de Pearlin y otros, se describe a la sobrecarga que comienzan a padecer estos sujetos como "el impacto que el cuidado tiene sobre la salud mental, la salud física, otras relaciones familiares, el trabajo y los problemas financieros del cuidador" (Pearlin et al., 1990; Gaugler, Kane y Langlois, 2000: 335). Es decir, que la atribución cultural y moralmente incuestionable de responsabilidades que esto genera en ciertos miembros de la familia encuentra expresión, por un lado, en lo que respecta a una dimensión material, que se traduce en la necesidad de dejar de trabajar, o complementar lo laboral con las tareas domésticas (retomando la cuestión de género que atraviesa al cuidado), con estas nuevas tareas de atención a un familiar enfermo. Por otro lado, también tiene impacto en lo emocional, siendo común entre los cuidadores síntomas de stress, depresión, disminución de expectativas y a su vez una dificultad para acceder para ellos mismos a tratamientos o consultas con profesionales de la salud.

Un aporte para repensar el concepto de cuidado, lo constituye la consideración de los múltiples cuidadores secundarios que surgen esporádicamente de las redes de apoyo social que se van configurando en torno al proceso de salud-enfermedad. Los mismos contribuyen, en determinadas ocasiones, a paliar la sobrecarga que el mismo supone, sin estar exentos de reproducir representaciones idealizadas de quienes deben llevar adelante este tipo de tareas, sobre todo si

se encuentran conformadas principalmente por mujeres.

Estas redes conforman el tejido de sostén, tanto emocional como instrumental, a nivel de las prácticas de cuidado, que el cuidador principal construye y articula estratégicamente, y al que recurre para redistribuir las tareas relacionadas al cuidado. Sin embargo, el uso de estas redes no responde a una práctica meramente individual, sino a una reorganización a nivel familiar, planteado de forma colectiva en tanto modo estratégica, de afrontar el proceso salud-enfermedad, al implicar la participación activa de otros sujetos y ámbitos relevantes.

En este sentido, nuestra reflexión centra su análisis en las posibilidades que, como Trabajadores Sociales, tenemos para intervenir no sólo para mejorar la calidad de vida del sujeto que padece una enfermedad crónica, sino también para una posible reorganización y reconfiguración de sus recursos, principalmente de su red de apoyo, que tienda a equilibrar los costos que implica desarrollar tareas de cuidado en estos casos. Teniendo como eje la premisa de que los cuidadores informales, y específicamente los del ámbito familiar, necesitan de los mismos soportes instrumentales y emocionales que ellos brindan al sujeto que cuidan.

La intervención profesional: cuidando a los que cuidan

Refiriéndose específicamente a las posibles intervenciones que, en tanto Trabajadores Sociales podemos desarrollar en Instituciones de Salud de CABA, consideramos fundamental tener en cuenta, que resulta necesario reconocer y reflexionar sobre el modo en el que construimos teóricamente las bases conceptuales que fundamentan la actuación profesional, para poder reflexionar críticamente sobre la misma. De esta forma podemos contribuir a reforzar las representaciones sociales hegemónicamente establecidas sobre estos conceptos, o a favorecer a la re-conceptualización de los mismos desde otras perspectivas.

Entendemos a la intervención social como una construcción artificial, intersubjetiva, atravesada

por múltiples variables, tomando las palabras de Foucault, la entendemos “como *dispositivo*, es decir, desde su constitución y movilidad como una red o trama, conformada por discursos, disposiciones, reglamentos, leyes, enunciados, proposiciones filosóficas y morales.” (Foucault en Carballada 2010: 52). En este sentido, aparecen atravesando esta construcción, las representaciones sociales dominantes, el contexto socio-histórico actual, la historicidad de la profesión, las reglamentaciones y lineamientos institucionales; las conceptualizaciones que se sostienen sobre las problemáticas sociales y los sujetos que demandan una intervención, así como también la formación profesional y sus vivencias personales. La intervención también se construye en la relación social concreta del sujeto y las expectativas que posee; cada situación es particular y el sujeto presenta una historia social única, en relación al contexto socio-económico y cultural al que pertenece. Otro aspecto a tener en cuenta es lo que espera la institución del profesional; y el impacto de ese espacio en la construcción de la subjetividad de quien padece la enfermedad y de su entorno, y, por lo tanto, en toda relación social con un otro. No debemos dejar de mencionar que toda intervención tiene una intencionalidad y, como tal, traerá consecuencias en los sujetos que se acercan con su demanda concreta: nuestra intervención puede promover y garantizar derechos, o puede dificultar el acceso a los mismos, y reproducir las concepciones que estigmatizan y sobrecargan a las familias, y específicamente a las mujeres que se convierten en cuidadoras principales. Carballada refiere que (...) “la discusión acerca de la noción del sujeto de intervención que una práctica utiliza, su relación con el marco conceptual que le da forma y el diálogo e interacción con el contexto histórico social, construirá diferentes formas de intervenir, en distintos momentos históricos, apoyados en una gran diversidad de paradigmas” (Carballada, 2010: 50). En este sentido, es importante ejercer una vigilancia epistemológica sobre los conceptos, frases estereotipadas y adjetivos que se utilizan al momento de dirigirse a los sujetos, ya que, como hemos señalado, los mismos pueden ser desde un primer momento los que profundicen la estigmatización, la responsabilidad “moral y/o natural” por parte de la familia o la feminización del cuidado.

Orientando la reflexión en otra dirección, sabemos que las familias que tienen algún miembro con una enfermedad, se acercan a una determinada institución de salud con una demanda concreta, una necesidad sentida, que específicamente tiene que ver con la el tratamiento de la enfermedad de este miembro. En cuanto a la intervención del Trabajo Social, la derivación se realiza normalmente cuando la familia, o el médico al momento de la consulta, visualizan una necesidad específica que puede ser resuelta o por lo menos guiada para su satisfacción desde el Servicio Social. Este acercamiento de una demanda concreta, abre el abanico a múltiples posibilidades de intervención. Una de ellas es limitarnos a la garantización del acceso a la resolución de esa demanda, que muchas veces tiene que ver con derivación a otros espacios institucionales, gestión de recursos económicos, y/o guía en trámites específicos. Pero es otra posibilidad que esta demanda permita construir la historicidad y complejidad de la misma, considerándola expresión de la cuestión social, como una de las tantas situaciones problemáticas (Cavalleri, 2008: 2) que atraviesan a este sujeto y a su familia, entendiendo a todos sus miembros como sujetos inmersos en un sistema que los engloba, supera y atraviesa. Darle esta contextualización socio- histórica, vinculando la demanda particular con la historicidad familiar, la particularidad de estos sujetos que se presentan, e indagar en el entramado en el que los mismos se encuentran, permite construir una intervención con líneas de acción que abarquen aspectos que surgen de esta construcción de "una lógica del acontecimiento fundante de la demanda desde cierto marco teórico o campo de saber" (Carballeda, 2004: 15), pero que guarden relación con la particularidad de los sujetos que se presentan ante nosotros. Y es a partir de esta mirada desde donde el Trabajador Social encuentra un campo propicio para desarrollar intervenciones orientadas, no sólo al sujeto que padece la enfermedad crónica, sino también al entorno del mismo, y específicamente a quien se desarrolle como cuidador principal, teniendo en cuenta la sobrecarga y cambios que trae esta situación para la vida cotidiana de este sujeto que ahora se define por esta actividad.

Consideramos pertinente mencionar que esta construcción de múltiples líneas de acción que involucren a todos los sujetos, en pos de cuidar a los que cuidan y favorecer el acceso a los derechos de quien padece la enfermedad crónica, pero, a su vez, garantizando una buena calidad de vida a sus cuidadores, implica la conjunción de diverso planos de intervención. En relación a esto, además de abordar aspectos individuales y del grupo familiar que se presente en cada caso, creemos que un punto fundante de las intervenciones debe ser la búsqueda de construir redes sociales de apoyo y sostén que impliquen y pongan en juego lo comunitario, lo grupal, lo barrial y lo institucional, en las múltiples variables que atraviesan a los sujetos ya sean económicas, culturales, de accesibilidad, sociales, políticas, etc. A esas intervenciones incumbe tender a generar espacios, vínculos y estrategias de afrontamiento de la gestión de la enfermedad y de las prácticas de cuidado, garantizando, de este modo el acceso y puesta en práctica de los derechos de cada sujeto que conforma este entramado.

Desde esta perspectiva, podemos poner en cuestión aquellas prácticas que se centran sólo en la ejecución de políticas públicas, dado que como profesionales estamos capacitados para su planificación. Sería, pensar políticas dirigidas a disminuir la sobrecarga en el ámbito familiar en relación a las prácticas de cuidado, favoreciendo la vinculación con espacios formales de cuidado e intervenciones profesionales que tiendan a generar líneas de acción integrales, desde una perspectiva de derechos. Reconociendo, que las políticas públicas producen y reproducen representaciones sociales, creemos que es fundamental que desde ellas se busque favorecer una mirada amplia de la familia, lejos de la naturalización de sus prácticas y roles genéricos, generando políticas dirigidas a las familias desde una perspectiva de género: "Entiendo por ellas, en un sentido general, el conjunto de normas, procedimientos, programas y mecanismos públicos, que operan sinérgicamente y producen como resultado la igualdad de mujeres y hombres, tanto en la esfera pública como en la privada, es decir, en el interior de las familias en todas sus expresiones" (Caramés, 2010:140).

Consideraciones finales

Pensamos que es necesario puntualizar en determinadas ideas que contribuyan a abrir el debate en torno a lo desarrollado, con el objetivo de repensar las temáticas planteadas desde perspectivas no hegemónicas.

En este sentido, resulta central para la intervención profesional, poder ampliar los campos de intervención más allá de los tradicionalmente establecidos, instalando la temática del “cuidado” en la agenda pública. Imaginamos que deben llevarse a cabo, la planificación de políticas públicas que permitan la creación de nuevas líneas de abordaje, tanto para el sujeto que se debe cuidar, como para el cuidador. A la vez, consideramos que la existencia de más y diversos servicios, no garantiza necesariamente que se rompa con la concepción hegemónica de familia y el cuidado, si la responsabilidad sigue recayendo en la familia.

Generalmente las tareas de cuidado quedan relegadas a un segundo plano, no son mencionadas como eje central en el espacio de cuidado, siendo central el lugar que ocupa muchas veces la enfermedad en sí, para el sujeto que lo padece como para su entorno. Del mismo modo, a la intervención profesional le corresponde apuntar a ampliar la red de contención, no solo en el seno de la familia sino las redes que pueden llegar a tener los sujetos, como clubes, vecinos, escuelas, entre otros.

Por todo esto, reflexionamos que los ámbitos formales de intervención deberían tender a la disminución de las desigualdades que atraviesa la distribución del cuidado, buscando ampliar redes de apoyo social, y a hacer más accesibles y provechosos los recursos con lo que cuentan los espacios públicos de salud.

Estas ampliaciones de servicios, tienen que ir en complementariedad con modificaciones en los espacios de formación y de toma de decisiones en forma puntual, es decir, no sólo en cuanto a dimensiones materiales, sino también en el plano de lo simbólico.

En este sentido, consideramos que la intervención desde el Trabajo Social en este tipo de contextos, puede realizarse desde un lugar potencial, desde un punto de vista crítico, constituyéndose como un profesional que contribuya a de construir e interpelar aquellos discursos y representaciones que se tienen, tanto de los sujetos hacia quienes dirige su acción, así como del propio rol puesto en juego al abordar complejos proceso de salud- enfermedad.

De la misma manera, es fundamental repensar continuamente las expresiones que se utilizan para con los sujetos, que pueden convertirse rápidamente en etiquetas, En el proceso de la intervención, el dar por sentado prácticas y tareas porque son estereotipadas como cuidados naturales del ámbito familiar, lleva a una situación de culpabilización y estigmatización.

Entendemos que las intervenciones deben dirigirse a facilitar el acceso a todos los derechos, porque no podemos focalizarnos solamente al acceso a la salud, por encontrarnos en una institución de salud, pues estaríamos dejando de contemplar al sujeto como un todo complejo y dejaríamos de intervenir con otras vulneraciones al sujeto y su red, que a corto o largo plazo puede afectar el ejercicio efectivo de otros derechos o el acceso a diversas instituciones vinculadas al sistema de salud. Consideramos importante conocer la descentralización de instituciones de salud que puedan facilitar el acceso de los sujetos a los tratamientos necesarios; los recursos económicos, institucionales, se deben convertir en herramientas que faciliten el mejoramiento de la calidad de vida de toda la red que rodea al sujeto con una enfermedad crónica. Con esto nos referimos a utilizarlos como dispositivos inmersos en una línea de intervención integral, y no como simples derivaciones que fragmenten la realidad del sujeto en recursos aislados unos de otros. Por lo tanto nuestra intervención puede favorecer a “(...) distinguir y separar un problema de otro sin que se altere sustancialmente la situación en la que se origina y sucede” (Cavalleri: 43).

Igualmente, es de suma importancia poder realizar una desfeminización del cuidado en el

entorno familiar, para que se lleve a cabo una distribución más equitativa de roles y tareas con los demás miembros del Hogar; considerando como el rol de la mujer se ha modificado a través de los años y no ha quedado relegada solo al ámbito doméstico. Esto se irá contemplando en los cambios que se den en el proceso de la enfermedad que se padece, ya que al ser crónica acompaña al núcleo familiar en la cotidianidad.

El desconocer el entorno de los sujetos, es decir, su particular subjetividad y contexto social, como parte de su proceso de tratamiento y abordaje, disminuye la eficacia de cualquier intervención. Por esto resulta necesario preguntarse por las posibilidades que se presentan para modificar intervenciones estandarizadas frente a las circunstancias y características institucionales que se despliegan en el ámbito de la Salud, es decir, cuando lo institucional y profesional hegemónico son condicionantes para su desarrollo.

Bibliografía

- Bourdieu, P. (1994). *El espíritu de Familia*. Editions du Seuil. París.
- Carballeda, A. (2010). *La intervención en lo social como dispositivo*. Una mirada desde los escenarios actuales. Revista Trabajo Social UNAM. VI Época, Número 1. México.
- Carballeda, A. (2012). *La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental*. Algunos interrogantes y perspectivas. Revista Margen n° 65. Buenos Aires.
- Cavalleri, M. (2008). "Repensando el concepto de 'problemas sociales'. La noción de 'situaciones problemáticas'" en Castronovo, R.; Cavalleri, M. S. (coords.) Compartiendo notas: el Trabajo Social en la contemporaneidad. Editorial de UNLa- Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires.
- Domínguez Mon, A. (2012). *Agencia y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles*. VV.AA. Documentos de Trabajo N° 60. Instituto de Investigación Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- García-Calvente, M. y otros (2004). *El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres*. Gaceta Sanitaria. V.18 Supl.2. Barcelona.
- García-Calvente, M. y otros. (2004). *El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad*. Gaceta Sanitaria. V.18 Supl.1. Barcelona.
- Gaugler, J.E (2000). *Assessment of Family Caregivers of Older Adults*. En R.L. Kane y R.A. Kane (eds.): *Assessing Older Persons: Measures, Meaning and Practical Applications*. Oxford University Press. New York.
- Krmpotic, C. y otros (2012). *Notas en torno a la construcción de la demanda de cuidados en la intervención socio-sanitaria*. Revista Debate Público. Año 2 - N° 4. Buenos Aires.
- Laurell, A. (1986) *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*. Cuadernos Médico Sociales. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de Rosario. Cuaderno N° 37. Rosario.
- Peréz Caramés, A. (2010) "Configuraciones del trabajo de cuidados en el entorno familiar: de la toma de decisión a la gestión del cuidado". *Alternativas/ Cuadernos de Trabajo Social* N. 17. Universidad de Alicante. España.

Fuentes documentales

- Ley 39/2006. Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. España.
- CEPAL http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/4/26924/paper_guillermo sunkel.pdf