

International Journal of Human Sciences Research

DESCOLONIZAR RELACIONES DE CUIDADO. PERSPECTIVAS ANTROPOLÓGICAS PARA UN NUEVO IMAGINARIO DE BIENESTAR COMUNITARIO

Miria Gambardella

Universidad Autónoma de
Barcelona, Departamento de
Antropología Social y Cultural
Barcelona – España
<https://orcid.org/0000-0002-4982-1067>

Silvia Fredi

Universidad de Brescia
Brescia – Italia

All content in this magazine is licensed under a Creative Commons Attribution License. Attribution-Non-Commercial-Non-Derivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0).



Resumen: Aplicando una mirada antropológica e interseccional a experiencias de cuidado autogestionadas, comunitarias y desde abajo las autoras proponen una relectura de las estrategias implementadas para responder a las necesidades colectivas. Estas iniciativas se perfilan en plan económico y político como alternativas practicables a respuestas institucionales que no siempre están presentes o aceptadas. La perspectiva decolonial es aplicada para subrayar la ordinaria omnipresencia de desigualdades que determinan posibilidades de acceso a servicios de cuidado basados en criterios etnocéntricos. El artículo intenta desvelar el orden moral detrás de las decisiones de organizarse para cuidarse colectivamente en relación con afirmaciones eco/trans/feministas contextualmente ubicadas en discontinuidad con las concepciones dominantes de salud y bienestar colectivo.

Palabras-Clave: cuidado, comunidad, antropología, interseccionalidad, decolonialidad

“El cuidado es nuestra habilidad, individual y colectiva, de plantear las condiciones políticas, sociales, materiales y emotivas para que la mayoría de las personas y criaturas vivientes puedan prosperar juntas al planeta.»

(The Care Collective 2021, p.21)

INTRODUCCIÓN

La idea de cuidado habita una multiplicidad de representaciones que circulan en el imaginario colectivo de las sociedades neoliberalistas occidentales contemporáneas, algunas de las cuales se imponen como dominantes, alineadas con jerarquías de poder vinculadas con lógicas financieras y de mercado. En tal escenario, el cuidado se vuelve cuantificable, objeto de valorización monetaria, medible en términos económicos, evaluado según un arbitrario valor de cambio

que hace siempre más difícil estimar la efectiva respuesta a necesidades concretas.

La lógica de la necesidad es constantemente movilizadora para legitimar proyectos de cuidado, incluso cuando, junto a dichas necesidades, entran en el campo una variedad de intereses económicos y políticos. A pagar el precio de esta manera de pensar el cuidado, es el tejido relacional que permea los actos y las formas en que las personas ponen en práctica estrategias de sobrevivencia y superación de dificultades y conflictos en un mundo siempre más individualista.

La gradual profesionalización de los trabajos de cuidado de los últimos años cuestiona sólo de forma parcial la atribución exclusiva de responsabilidades a cuerpos feminizados y racializados reclusos en el espacio doméstico (Vergès, 2019). La difusión de un debate público acerca de la crisis del sistema de bienestar y los límites en la erogación de servicios intenta problematizar la redistribución de las responsabilidades educativas y los papeles socialmente asignados en el ámbito de la inclusión social y del contraste a la pobreza.

Aplicando una mirada antropológica e interseccional a experiencias de cuidado autogestionadas, comunitarias y desde abajo, con este artículo proponemos una relectura crítica de la noción de cuidado y de las estrategias implementadas para responder de manera colectiva a las necesidades. Las iniciativas seleccionadas surgen, a nivel económico y político, como alternativas posibles a respuestas institucionales que no siempre están presentes o aceptadas. El objetivo principal de la investigación es analizar estrategias colectivas y/o comunitarias para responder a necesidades de cuidado, investigando iniciativas que representan alternativas sostenibles o en discontinuidad con las respuestas institucionales, la cual son consideradas insuficientes, inadecuadas

o expresión de una concepción hegemónica de salud. Al mismo tiempo, nos proponemos interrogar las bases teóricas y éticas de la autogestión como herramienta de cuidado en una perspectiva eco/trans/feminista.

En este contexto, las relaciones de cuidado son entendidas como constructos socioculturales complejos y multidimensionales, espacios relacionales en los que cristalizan relaciones de poder que reflejan las profundas estratificaciones y estructuras de opresión de la contemporaneidad. Enfocándonos en las formas en que dichas prácticas están concebidas, narradas y legitimadas a nivel ético y político, se analizan intentos de negociar espacios de palabra y participación para todas aquellas categorías identitarias que no están contempladas en las tradicionales lógicas de ayuda. La dimensión «comunitaria» se construye entonces como un espacio de acción basado en narrativas identitarias destinadas a legitimar prácticas de cuidado mutuo que se extienden más allá de los límites culturales de lo que es comúnmente reconocido y aceptado como “normal”.

MARCO TEÓRICO: INTERSECCIONALIDAD Y DECOLONIALIDAD

El concepto de salud es una construcción cultural que va deslizándose en específicas visiones del cosmos que cada sociedad humana aplica en su manera de vivir el mundo y atribuirle sentido. A pesar de las presiones hegemónicas del pensamiento científico occidental que simplifican el panorama, vivimos en un planeta en el que comunidades diferentes tienen distintas concepciones de cuidado, bienestar y malestar y enfoques diferentes que pueden aparecer inconciliables. La antropología médica y la etnopsiquiatría han ampliamente estudiado los procesos sociales de construcción de la enfermedad, es decir la función patoplástica de las culturas

buscan identificar modalidades de expresión de los síntomas y desarrollar de técnicas específicas y dispositivos de cuidado.

La perspectiva antropológica, junto a una mirada crítica y decolonial, se propone cuestionar los *a priori* de modelos de adultez deseada basados en cánones occidentalizantes que tienden a considerar «sanos» estilos de vida y conductas compatibles exclusivamente con criterios autóctonos propios a los países de destinación de las personas migrantes y racializadas. El aporte de los feminismos añade una lente de género a tales reflexiones, mientras que la perspectiva interseccional pone la necesaria atención a la dimensión de clase, subrayando la ordinaria omnipresencia de las desigualdades y las raíces patriarcales de las estructuras de opresión que se insinúan hasta dentro de los servicios, impregnado la práctica diaria de les profesionales que habitan las relaciones de cuidado. Este trabajo se enfoca en un análisis *emic* del concepto de cuidado, en el contexto de la Italia post pandémica, en el que las instituciones no han sido capaces de ofrecer ninguna real y honesta propuesta o reflexión, dejando el espacio para el surgimiento de iniciativas que intentan reformular el cuidado, re-situar sus propias miradas con un enfoque colectivo, comunitario interdependiente, a partir de experiencias «desde abajo» de personas excluidas y marginalizadas.

Dentro de los hospitales, “instituciones totales” (Goffman, 2001) que representan el lugar por excelencia dedicado al cuidado en las sociedades occidentales, el cuerpo es literalmente despojado de todo lo que lo hace humano. La medicalización se apropia de los cuerpos segmentándolos en partes rotas que hay que arreglar, armándose del método científico vendido como infalible e indiscutible. De este modo la persona podrá recuperar sus propias funciones y volver a ser útil a una sociedad - dominada por la

economía del mercado neoliberalista – en la que integración es sinónimo de producción y consumo. El individuo es responsabilizado individualmente por su salud, atribuida a la persona y no a la colectividad. La atención médica, en este ámbito, ya no es sistemáticamente una respuesta a la expresión de necesidades, sino que se vuelve un mecanismo de homologación de las subjetividades, separadas de sus historias y erradicadas de los contextos relacionales, hasta encarnar una «normalidad» funcional a los intereses de quienes detienen el poder de decidir quién merece ser considerado «sano» y según cuales criterios.

La externalización, la mercantilización y la privatización crecientes de los servicios de cuidado no sólo no han llegado a reducir las asimetrías, sino que han alimentado los privilegios generalizados de la sociedad neoliberalista: la familia nuclear todavía constituye el enfoque paradigmático de las relaciones de cuidado, conectada con el mito del instinto maternal y sus repercusiones en los modelos de género y la “matriz heterosexual” (Butler, 2006). Con el ingreso de las subjetividades femeninas en el mercado laboral, el doble cargo que se les ha ido asignando sólo ha sido redistribuido esporádica y privadamente, en muchos casos delegado a otras subjetividades femeninas racializadas, oprimidas y expuestas a condiciones laborales indignas y precarias.

Las fronteras, los dispositivos de exclusión institucionalizados, las condiciones de vida en términos medioambientales, sociales y económicos no han modificado ni reducido sus repercusiones para la salud. Somos llevados a cuidar de nosotres mismos y, como mucho, de las pocas personas que tenemos cercanas, atomizadas y acostumbradas a la indiferencia hacia la alteridad: nos desinteresamos de quienes no son parte de nuestra familia, de nuestra cultura, de nuestra

nacionalidad, de nuestra especie. La única conciencia ambiental que se nos propone es la *green economy* con su *green/pink washing* y la industria del *wellness* que generan implacablemente nuevos consumidores para mercados insaciables. En este contexto fue teorizada la «banalidad del descuido», a partir del pensamiento de Arendt llevado a la dimensión del cuidado, configurado dentro del horizonte neoliberalista (The Care Collective, 2021). Razonando e intentando deconstruir este concepto, nos dimos cuenta de que el imaginario sobre la salud constituye un constructo complejo y articulado que se despliega de manera interseccional según condiciones situadas.

Un aspecto frecuentemente subestimado y ocultado en nuestra sociedad es la salud relacional: como seres sociales no podemos considerar nuestra salud separada de la de quienes nos rodean, no podemos considerar nuestra salud sin tener en cuenta nuestras relaciones. El bienestar de cada persona es directamente conectado con sus relaciones sociales y redes de apoyo, tiene que ver con la pertenencia a un determinado grupo, la socialización, los derechos a los que tenemos concretamente acceso, las condiciones económicas y medioambientales tanto locales como globales. Todos estos elementos están interconectados y es precisamente en estas conexiones, ricas de complejidad y matices, que se construyen las bases de nuevas estructuras de cuidado, concretas e imaginadas.

CONTEXTO, MÉTODOS Y ENTIDADES ENTREVISTADAS

A partir de las sugerencias teóricas que acabamos de resumir, hemos intentado salir del panorama del cuidado institucionalizado para enfocarnos en una galaxia formada por asociaciones, movimientos transfeministas, grupos formales o informales de activistas, proyectos “desde abajo” y «fuera del mercado»

- o incluso «contra el mercado» - más allá de categorías hegemónicas de necesidad y ayuda que han dejado brechas significativas en términos de inclusión.

Propusimos a las tres entidades identificadas en entrevistas cualitativas semi-estructuradas, con preguntas abiertas pensadas para dejar espacio a las particularidades de cada iniciativa involucrada en la investigación. Nos interesamos a los fundamentos teóricos, políticos y los valores, la red de actores y realidades involucradas y las subjetividades destinatarias, la relaciones con instituciones y servicios, las representaciones, las modalidades organizativas, los recursos materiales e inmateriales, los aspectos económicos y también pedimos eventuales sugerencias y contactos sobre otros proyectos conocidos.

SLUM (Sono L'Unica Mia) - SERVICIO ANTI-VIOLENCIA AUTOGESTIONADO TRANSFEMINISTA

Iniciativa de una joven “operadora a la par, queer, transfeminista islámica” que, después de sufrir violencias personalmente, creó una red virtual de apoyo e intervención anti-violencia abierta a cualquier subjetividad, también a las que no entran en categorías dominantes de “víctimas” consideradas “vulnerables”. Además de mujeres cisgénero, la red acoge “personas queer, personas racializadas, hombres, personas musulmanas, personas espirituales, personas de diferentes edades y también personas que actuaron violencias o que encontraron dificultades con algunos servicios institucionales porque no fueron acogidas en sus intersecciones”.

SESSFEM - LABORATORIOS AUTOGESTIONADOS SOBRE LA SEXUALIDAD FEMENINA

Iniciativa nacida en Estados Unidos desde un grupo informal de estudiantes de la universidad de Berkeley que se autoorganizaron para construir espacios dedicados a la autoformación y al debate sobre temáticas relacionadas con la sexualidad femenina. Desde entonces SessFem se ha reproducido en forma espontánea: cada persona que participa al laboratorio puede organizarlo como *facilitadora*. Este papel intenta cuestionar el uso de los modelos jerárquicos en relaciones de cuidados, educación y enseñanzas.

La participación es gratuita y autogestionada, desatada de lógicas económicas y la experiencia nunca ha sido formalizada: en Italia existen coordinaciones territoriales y una red (nunca mapeada con precisión) a nivel nacional. Objetivos: informarse y autoformarse de manera circular, experimentar lenguajes inclusivos, promover la salud sexual, construir redes, empoderarse a nivel personal y colectivo.

CHISICURADITE (QUIENSECUIDADETI) - ASOCIACIÓN PARA SINDICAL PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LES PROFESIONALES DE LA SALUD Y LA PROMOCIÓN DE UNA CORRECTA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Experiencia que nació en 2016 a partir de la iniciativa de estudiantes de disciplinas médico-científicas, con el objetivo de monitorear las condiciones laborales de estudiantes y personal de salud. Se constituye como una asociación para sindical y propone la Medicina Transfeminista como perspectiva a aplicar a toda la medicina. No proponen servicios sino formación y campañas de reivindicación e información encaminadas

a construir una “nueva medicina”, que sepa escuchar y comunicar mejor, también como forma de protección de trabajadores. Desde el punto de vista económico, dependen de membresías y hospitalidad en espacios ajenos o virtuales. Se sitúan abiertamente en el plano político: la perspectiva transfeminista es una base común en la práctica profesional de los componentes individuales.

ANÁLISIS

“La facilitadora, como dice la palabra, facilita, porque no es ni más ni menos que la participante [...] o sea, no conducimos a nadie, no llevamos a nadie de la mano, simplemente participamos en un proceso colectivo. Así se disuelven todas las dinámicas de poder, control y subordinación.”

(Facilitadora SessFem, diciembre de 2022)

Las nociones de «convivencia», «comunidad», «interdependencia», «horizontalidad», «autogestión», «inclusividad», «gratuidad» y «reciprocidad» fueron aplicadas varias veces para construir alternativas posibles a la esencialización de los roles de cuidado. Las propuestas analizadas no tienen como objetivo reivindicar un ingreso económico que reconozca el cuidado a nivel institucional ya que consideran que este proceso podría exponerlo a un riesgo de mercantilización, alienación y subsunción por la lógica capitalista de maximización de ganancias: percibimos un temor generalizado de que la institucionalización, la burocratización y la monetarización distorsionen el carácter «auténtico» y «solidario» de ciertas prácticas de cuidado, privándolas de la posibilidad de ser consideradas un «derecho».

“La cuestión de la gratuidad es una cuestión fundamental, porque también es una cuestión de privilegio. Quiero decir... ¿tengo que pagar por eso también? [...] algo que me vuelve loca es la idea de tener que pagar por algo que es mi derecho.»

Las realidades observadas nos empujan a ir más allá de la costumbre de delegar tareas de cuidado en dos macro áreas: los profesionales de los servicios de cuidado o la familia. No siempre se considera necesario ser formados a nivel profesional para cuidar, ni resultan exclusivamente vinculantes las relaciones familiares en el sentido “tradicional”. Otorgar una prioridad a la dimensión colectiva significa intentar deconstruir las relaciones de poder (y de saber) y también prever la transmisión de métodos, valores y conocimientos que, a pesar de colocarse fuera de la academia, constituyen un patrimonio formativo necesario.

Para perseguir el objetivo de una medicina transfeminista, para ofrecer apoyo a personas sobrevivientes como «operadores mutualistas», para facilitar grupos, se necesitan habilidades y conocimientos que se transmiten de forma libre, gratuita, que intentan alejarse de lógicas económicas: en todas estas experiencias hemos podido observar importantes y consistentes actividades de autoformación, sobre todo como respuesta a las carencias, obsolescencias y tabúes dentro del mundo institucional o académico.

Algunos proyectos - por ejemplo SLUM y Chisicuradite - tienen presupuestos teóricos y políticos claros: se basan en el pensamiento eco/trans/feminista, abiertamente evocado y reivindicado en las entrevistas. Sin embargo, SessFem no tiene interés en situarse a nivel político, evita proponerse como espacio político creyendo mantenerse lo más incluyente posible. Aun así, las prácticas y los valores del laboratorio están implícitamente relacionados con muchos principios transfeministas interseccionales. Pudimos observar dos movimientos casi contrapuestos: por un lado, los mediques piden el reconocimiento del valor fuertemente político de su trabajo, mientras que otras experiencias parecen temer posicionarse, tomando

distancia de un plan teórico, sin abandonar los principios de acción. Las prácticas están profundamente impregnadas por valores éticos a pesar de no reconocer abiertamente el cargo político: la sensación es que, para conservar horizontalidad y accesibilidad, los laboratorios tengan que ser despolitizados. La esfera política y económica están construidas como ámbitos de acción y representación incompatibles con la esfera humana y social, a la cual se le caracteriza por la reciprocidad.

“Por alcanzar este objetivo, necesitamos del compromiso de todos, construir participación y debate sobre temas relativos al futuro de nuestros servicios sanitarios y al derecho a la salud”

(Chisicuradite, médica y socia fundadora, enero de 2023)

La dimensión comunitaria es evocada para replantear el cuidado en términos relacionales y de interdependencia, donde los que se hacen cargo recíprocamente no son simplemente individuos aislados que por elección profesional o instinto benéfico se dedican a las personas “que más lo necesitan”. Las experiencias de cuidado colectivo y desde abajo que aquí recogimos proponen un replanteamiento radical de los papeles del cuidado que, aplicando perspectivas ecologistas, feministas y queer, promueven la creación de territorios y tejidos relacionales en los que se pueden actuar y experimentar prácticas colectivas de cuidado. Estos territorios se convierten en subjetividades colectivas, construidas en plan simbólico y de los valores como “comunidades” interconectadas, destinadas a compartir responsabilidades y a reducir los riesgos de exclusión.

CONCLUSIONES: HACIA UNA CONCEPCIÓN DE CUIDADO COMO RESPONSABILIDAD COLECTIVA

Las iniciativas analizadas están creadas a partir de la identificación de necesidades de cuidado consideradas ignoradas, que no son tomadas en cuenta dentro del sistema sanitario estatal: las estudiantes universitarias compensan una falta en los programas de estudios, el proyecto antiviolencia acoge subjetividades que no encuentran respuestas adecuadas, les mediques reconocen los límites institucionales y se organizan para autoformarse. Proyectos como SLUM o SessFem han creado servicios, experiencias que van directamente a llenar los vacíos institucionales percibidos, creando propuestas que de otro modo no existirían. La asociación Chisicuradite intenta, en cambio, trabajar a favor de un cambio cultural, estructural y educativo desde el interior del contexto médico. Lo que estas iniciativas tienen en común es la mirada crítica dirigida hacia las disfunciones del sistema que excluye porciones de humanidad, relegándolas a círculos viciosos de marginalidad.

La idea de cuidado que surge del diálogo con estas experiencias “desde abajo” es una forma de cuidado inclusiva, que se basa en la creación de espacios seguros y el uso de modelos comunicativos que contemplan la inclusión, la escucha activa y la aplicación de una mirada interseccional. Los fenómenos discriminatorios relativos a los servicios de cuidado institucionalizados son representados como símbolos de negación del derecho a la salud y la asistencia para todas aquellas personas cuya identidad o historia desborda las categorías dominantes asimiladas y propuestas como normativas por el sistema. A partir de la mera burocracia, pasando por la falta de habilidades específicas y herramientas de análisis adecuadas, hasta la violencia real

perpetrada por profesionales, el sistema se construye sobre presupuestos y categorías (el binarismo de género, el heteropatriarcado, el etnocentrismo, la sexofobia...) que no llegan a contener, describir y ni siquiera a hacerse cargo de situaciones que escapan estandarizaciones estrictas.

“Estoy muy feliz de acoger a hombres y personas queer que son víctimas de violencia, si me piden ayuda, porque... son los más invisibles, ¿no? Básicamente son las violencias que nunca se ven.” (SLUM, septiembre de 2022)

Cada uno con su propio objetivo específico, los proyectos analizados tienen en común el deseo de transformar las relaciones de cuidado, revirtiendo, reduciendo o incluso apuntando a eliminar las desigualdades de poder a través de la construcción de comunidades de cuidado en las que responsabilidades, los conocimientos, las necesidades y sus respuestas puedan expresarse siguiendo un movimiento circular, cruzando las fronteras de espacios totalizadores, hiper-normados y burocratizados. En varios casos hemos escuchado historias de hospitalidad, de espacios gratuitos o virtuales: construir comunidades significa compartir y encontrar recursos, energías y posibilidades para dar forma a «infraestructuras compartidas», crear espacios públicos inéditos sustrayéndolos a la privatización y al lucro (The Care Collective 2021, p. 62).

La idea de cuidado que surgió de esta investigación también incluye elementos y subjetividades no comúnmente considerados: las personas que participan en relaciones de ayuda ya no son categóricamente distintas de quienes la reciben; ya no se toman en cuenta exclusivamente a profesionales formados llamados a cuidar, sino que esta tarea también la comparten activistas, voluntarios, porciones de una comunidad que cuenta con el aporte de todes a través de una idea

de «cuidado promiscuo» que redefine las relaciones de apoyo. Trazando trayectorias que van más allá de los lazos tradicionales de parentesco, esta nueva concepción propone un cambio de significado desde «cuidar de» a «cuidar con» (The Care Collective 2021, p. 53). Estas experiencias cuestionan con fuerza los procesos de determinación de las necesidades, poniendo en crisis la clásica dicotomía entre *objetos* y *sujetos* de cuidado, entre personas categorizadas como “necesitadas” o “autónomas”, “competentes” y “capaces” de ofrecer ayuda. Lo que se está intentando redefinir es el concepto mismo de bienestar como condición privilegiada de un sector no patologizado de la población en cuanto puede definirse según los criterios de lo social y culturalmente normalizado como aceptable, que puede situarse dentro de los límites de una “normalidad” construida.

Crear espacio para subjetividades no conformes y construir comunidades cuidadoras implica una ética del cuidado que no se conciba exclusivamente en términos de respuesta a necesidades, sino de atención mutua, acogedora y lo suficientemente flexible para cambiar junto a la complejidad de las singularidades humanas. El cuidado se concibe en este contexto como un gesto y movimiento multidireccional, en lugar de delegarse a categorías sociales estereotipadas o ser representado como necesidad exclusiva de quienes no alcanzan los estándares de referencia dominantes. Estas experiencias llaman la atención hacia la necesidad de pasar de una lógica del cuidado como evento limitado al sector de la salud al acto político y potencialmente conflictivo de cuidarnos recíprocamente como comunidad. Nos permiten concebir una posible alternativa respecto a la privatización de los servicios y sistemas de bienestar y, más en general, a la creciente atomización de los vínculos sociales y del tejido relacional.

Descentralizarnos de la comercialización del cuidado implica apoyarnos en nuevas categorías analíticas para concebir lo existente y las relaciones que nos atraviesan, mientras experimentamos nuevas prácticas de vida para crear comunidad. Cuestionar las raíces estructurales de los ejes de poder es un trabajo permanente que parte de la conciencia del carácter interseccional de los privilegios y se alimenta de contaminaciones que permiten colocar «los cuerpos y la vida cotidiana siempre en primer plano», visibilizando las desigualdades, con «una mirada que parte del conflicto» sin sofocarlo ni invisibilizarlo (Fragnito & Tola 2021, p. 27). Un cuidado no

hegemónico tiene que ver con una política de las relaciones capaz de atribuir importancia a todas las formas de vida y de resistir a lógicas de subsunción y exclusión, reclamando espacios de acción y nuevas trayectorias para la construcción de otro futuro común posible.

“Es necesario romper con el vínculo negativo entre dependencia y patología y reconocer que estamos todos plasmados por nuestras interdependencias, aunque de maneras diferentes y desiguales. Así, para volver a imaginar unas auténticas políticas de cuidado, tenemos que empezar a reconocer la miríada de formas que, por todas partes, unen nuestra prosperidad y nuestra sobrevivencia a la relación con los demás.» (The Care Collective 2021, p.42)

REFERENCIAS

- Borghi, R. (2020). *Decolonialità e privilegio: Pratiche Femministe e Critica Al Sistema-Mondo*. Meltemi.
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Paidós.
- Fragnito, M., & Tola, M. (2021). *Ecologie della cura: Prospettive transfemministe*. Orthotes.
- Fraser, N. (2016). *Contradictions of Capital and Care*. New Left Review 100:99-117.
- Goffman, E. (2001 [1961]) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.
- Guillaumin, C. (2016). *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature*. Éditions iXe.
- Lugones, M. (2008). *Colonialidad y género: hacia un feminismo descolonial*. Ediciones del Signo.
- Ruiz Ballestreros, E. (2015). *Intervención social: cultura, discursos y poder: aportaciones desde la antropología*. Talasa.
- The Care Collective. (2021). *El manifiesto de los cuidados. La política de la interdependencia*. Bellaterra Edicions.
- Vergès, F. (2019). *Un féminisme décolonial*. La Fabrique éditions.