



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**

---

**UNIDAD XOCHIMILCO  
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**SOSTENER LA VIDA DESDE AFUERA: CUIDADORAS, RUTAS Y  
REDES DE VULNERABILIDAD, SUS ESPACIOS Y ANDARES EN  
TORNO A HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO.**

**TRABAJO TERMINAL QUE PARA  
OBTENER EL GRADO DE:  
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTAN:  
ÁLVAREZ MIGUEL FERNANDA NOELY  
CAMACHO HERNÁNDEZ MARIANA  
CANO PÁEZ MELANIE ITZEL**

**ASESORA:  
DRA. MAYLETH ALEJANDRA ZAMORA ECHEGOLLEN**

**LECTORES:  
DR. JOSÉ JAVIER CONTRERAS VIZCAINO  
DR. EMMANUEL PONTONES ROLDÁN**

## **Dedicatoria**

A quienes se les arrebatan sus vidas ante la precarización de un sistema en crisis y se les violenta en el proceso del cuidado; a todas las cuidadoras que con organización y resistencia sostienen la vida en los márgenes de la salud pública en México; y a quienes con su trabajo diario no sólo proveen hogares, sino que tejen redes que cobijan la espera de tantas otras. Que esta investigación visibilice la vulneración y violencia de miles de personas cuidadoras a las afueras de hospitales públicos de la Ciudad de México y que sirva para reclamar el reconocimiento del espacio público y las prácticas del cuidado.

## **Agradecimientos**

Para todas aquellas personas que nos acompañaron, nos sostuvieron y nos abrazaron cuando el camino se tornó difícil, gracias.

Para ti querida Mayleth, por ser nuestra guía en momentos de duda e incertidumbre, por ser un espacio donde nuestras crisis de investigación y de equipo encontraron un lugar y por acompañarnos con sabiduría y compromiso en esta investigación. A nuestros lectores, Emmanuel, quien nos apoyó desde muy el principio dando continencia en los momentos de dificultad y que con su escucha y palabras de aliento, nos dio la confianza para la realización de este trabajo; a José, gracias por tu apoyo y compromiso para ir más allá de lo que nosotras nos creíamos capaz de lograr; a Romi y Jessi, que honor fue conocerlas en este viaje, dejaron una gran huella en nosotras y nos dieron el coraje para salir a andar una realidad muy diferente a la que teníamos pensada; a nuestra querida UAM Xochimilco, porque sembró en nosotras la curiosidad de investigar nuevas realidades y contextos, y que, esperamos, terminen en pequeños grandes cambios; por último, queremos agradecer a todas las cuidadoras y vendedores (as) por resistir y porque incluso a la distancia, nos permiten compartir sus vivencias y experiencias en esta investigación.

## **Mariana**

En primer lugar, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi familia. A mi mamá, mi papá y mi hermana, quienes han sido mi pilar incondicional. De distintas formas, me apoyaron no solo durante todo este proceso, sino a lo largo de toda la carrera con sus acciones y cariño hicieron que esto fuera posible.

A las amistades que hice durante estos años durante la carrera, quienes con su compañía y consejos me impulsaron a continuar y cuyo apoyo fue fundamental para no rendirme.

Y, por último, a todas aquellas personas que, de manera directa o indirecta, me brindaron su confianza y buenos deseos, creyendo firmemente en que lograría esta meta. De corazón, gracias a cada uno de ustedes.

## **Melanie**

A mamá, porque es más fácil ser valiente cuando sé que estás a mi lado. Gracias por sostenerme en la vida y por enseñarme que no hay razones suficientes para rendirme si de cumplir mis sueños se trata, incluso cuando parecen casi imposibles o me llevan muy lejos de casa. Por ser un ejemplo de amor, cariño y fortaleza; espero que te sientas orgullosa de ser mi mamá como yo lo estoy de ser tu hija, te amo. Esta investigación también es para ti.

A mami, porque siempre fuiste amor sin medida y ternura en mi vida. Gracias por acompañarme casi hasta el final de esta aventura, ojalá en otra vida me veas ser todo lo que siempre soñamos, un abrazote y un besote hasta donde te encuentres. Te amo, mami.

A papi, porque cuidaste y amaste una versión más pequeña de mí. Gracias por todo lo que me enseñaste y los lugares que conocí gracias a ti, te amo.

A Shanty, porque tu presencia me acompañó en los días difíciles y tu cariño me recordó que, incluso en la soledad, nunca estaba sola. Gracias por ser mi fiel compañía durante tantas noches de desvelo escribiendo esta investigación.

A mi familia, porque han decorado mi vida con amor y le han dado sentido a cada uno de mis esfuerzos. Gracias por comprender mis ausencias y por guardar mi lugar en cada reunión familiar a la que no pude asistir.

A mi familia de vínculo, porque más que amigas (os), son familia. Gracias por ser un refugio lleno de risas en mi vida; a Abi y Cel, por abrazar mi corazón y sacudir mi rutina con su amor y compañía, las amo de una forma que va más allá de las palabras; a Jackie y Joz porque siempre encuentro un hogar en su amistad y por ser el exceso más bonito en mi vida; a mi gran amiga Ana, por cada proyecto en el que nuestros nombres se presentaron juntos y por acompañarme, te aprecio mucho a ti, y al espacio tan lindo para mí en tu vida, un abrazo hasta Tlaxcala; a Sahi y Yair, qué afortunada fuí de compartir clases con ustedes y de tenerlos todavía en mi vida, gracias porque nos acompañamos en los días difíciles de universidad y también en los más gratificantes; a Angèle porque me mostró lugares, libros y experiencias que no creía posibles, gracias por que recibo tanto amor de ti y porque fuiste el primero en creer que podía llegar más lejos; a mi amiga de las montañas Aline, porque me enseñaste que salir de casa también lleva a grandes oportunidades y por todo el amor que me das; a Adri, gracias por la paciencia y amor con la que me has tratado, a mí, a mi historia y mi equipaje, que afortunada soy de tenerte en mi vida y llamarte amiga; a Fab y Sel, porque con esta investigación se cumple lo que tanto soñamos en aquellos años; a mis amigas y compañeras de proyecto, Marianis y Noe, gracias porque en esta investigación también me permitieron aprender de ustedes, por compartir este proyecto con tanto amor y porque incluso después de haber terminado este trabajo, seguimos acompañándonos en la vida, las amo; por último, a Hannah y a Karla, gracias por llegar y apapacharme de vez en cuando, ojalá nos abracemos toda una vida.

A quienes fueron familia lejos de casa, en especial a mis roomies Jane y Mar, gracias por abrazarme cuando me sentía más sola y por las noches de películas en nuestros cuartos, las quiero; a Cami y su familia que me abrieron las puertas de su casa y me recibieron con tanto amor; a Gaby y Dany por enseñarme que mostrarte vulnerable también te lleva a grandes personas; a la señora Juana quien no dudó en guardar un lugar en su mesa y su familia para mí; y a todas las personas que conocí

en Chile, de corazón, gracias por tanto amor y por todo lo que aprendí gracias a ustedes, les quiero y les abrazo a la distancia.

A mí misma, porque tu compromiso y amor por lo que haces te han llevado a lugares que amas, experiencias que amas y personas que amas. Se agradecida y abrázate de vez en cuando, recuerda que hay cosas enormes allá afuera, sólo tienes que exponerte, encontrarlas y perseguirlas.

A todas las personas que me acompañan y me acompañaron en la vida. Gracias por ser y por estar; gracias por sostenerme, por cuidarme y por hacerme sentir amada.

Con un inmenso amor,

Melanie

**Noely**

***Trabaja duro y en silencio y deja que tú éxito haga el ruido.***

Quiero agradecer a Dios, por permitirme cada oportunidad y mostrarme que mi vida es única y maravillosa.

Primero quiero agradecer a el gran amor de mi vida, mi mami eres mi verdadero "te amo", mi pilar más resistente y el ser máspreciado de mi vida gracias por todo tu apoyo y amor sin ti esto no hubiera sido posible en verdad muchas gracias mujer maravillosa.

A mi papi, por ser un soporte fundamental a lo largo de mi vida, por nunca dejarme y seguir siempre a mi lado, te amo con todo mi corazón.

A mi tañora, porque yo gané en la vida al tenerla como mi abuelita; gracias por todo su amor.

A Karen, por creer en mí y por ser mi gran ejemplo a seguir.

Mi Kiran y mi Aika, por acompañarme en cada desvelada y ser mi felicidad, gracias por existir.

A Mía Reyes, Antonio Ramírez, Sharon Ávila, Arisbeth Baxin, Hannah Cruces, Renata Alcantara, Karla Ascencio; por ser los mejores amigos del mundo. Gracias

por cada palabra y momento, por ser mi alegría, mi lugar seguro y quienes le dan vida a mi vida.

Y a mi gran equipo Melanie y Mariana por su apoyo incondicional, las amo y les agradezco por todo lo que hemos logrado. Siempre serán de lo mejor que me pasó en la universidad.

A cada uno de los amigos que hice a lo largo de la carrera, gracias por coincidir y compartir este camino.

Un placer coincidir en esta vida con ustedes...

## Índice

|                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Dedicatoria</b>                                                    | <b>2</b>  |
| <b>Agradecimientos</b>                                                | <b>3</b>  |
| <b>Introducción</b>                                                   | <b>9</b>  |
| <b>Problematización</b>                                               | <b>12</b> |
| <b>Justificación</b>                                                  | <b>19</b> |
| <b>Antecedentes de investigación</b>                                  | <b>22</b> |
| <b>Dispositivo de intervención-investigación</b>                      | <b>29</b> |
| <b>Fundamentación teórico-metodológica</b>                            | <b>38</b> |
| <b>Análisis</b>                                                       | <b>55</b> |
| <b>Ruta de la vulnerabilidad: siguiendo el andar de una cuidadora</b> | <b>55</b> |
| "El cuidado no se queda en casa"                                      | 56        |
| <b>"Un proceso en soledad"</b>                                        | <b>70</b> |
| "La espera comienza"                                                  | 76        |
| "Los nudos que se producen frente a la vulnerabilidad"                | 81        |
| <b>Reflexiones finales</b>                                            | <b>88</b> |
| <b>Referencias bibliográficas</b>                                     | <b>94</b> |

## Introducción

¿Alguna vez te ha tocado cuidar de una persona con una enfermedad grave o con alguna urgencia médica? ¿Te podrías visualizar a ti misma/mismo acostada en cartones afuera de un hospital con la angustia y desesperación de no saber noticias sobre tu paciente? Imagina que una persona que aprecias enferma en un estado grave, y tienes que llevarlo/a de urgencia a un hospital público de la Ciudad de México, lo/a ingresan a la sala de urgencias y te piden que salgas, ellos te llamarán si tienen alguna noticia de él/ella. La espera te parece eterna, llevas horas afuera de las rejas sin poder moverte porque no sabes en qué momento pueden gritar el nombre de la persona que acompañas.

Miles de preguntas invaden tu mente pero no puedes hacer nada más que esperar, recargada en los barandales fríos y oxidados de la entrada de urgencias. Con el paso del tiempo, el cansancio llega a ti y lo único que puedes hacer es sentarte en el suelo. Tus necesidades físicas, económicas y afectivas pasan a segundo plano porque las necesidades de tu paciente son prioridad. Estás rodeado de personas que no conoces pero que comparten esta misma situación. Poco a poco te vas familiarizando con las dinámicas de este espacio y con las personas con las que convives a diario dada tu necesidad de sobrellevar esta situación como cuidador/a.

Esto es lo que viven miles de mujeres y hombres cuando el cuidado desborda la casa y obliga a cuidar desde un hospital de alta especialidad en la Ciudad de México. En esta investigación, abordamos una problemática que ha permanecido normalizada dadas las condiciones precarias y de crisis que atraviesan los servicios de salud pública en México. El cuidado, en esta investigación se reconoce como una práctica del poder, productiva y como un trabajo no remunerado, ha sujetado a cuidar desde el entendimiento de este como una tarea naturalizada, y que ha llevado a la vulneración y violencia de las personas que cuidan.

Para este proyecto, se encara un sufrimiento que se mantiene en el silencio, en la espera, y desde donde se justifica la precarización de una vida sobre otra bajo lógicas biopolíticas y tanatopolíticas, que desde nuestro andar por los alrededores de estos hospitales, se fueron revelando. El afuera del hospital dejó de ser sólo un

espacio de caos, y pasó a ser un espacio que se produjo dadas las condiciones precarias del hospital y en donde se producen sus vínculos, afectos y dinámicas propias.

Es así que, dadas las necesidades de sobrevivencia de las cuidadoras, se entrelazan afectos, resistencias y la precariedad que después se anudan y dan como resultado lo que llamamos redes de vulnerabilidad, las cuales, fungen como líneas de fuga para sostener el cuidado por fuera del hospital y que intentan cubrir necesidades que se desprotegen desde las grietas de la falla institucional.

La metodología de investigación es de corte cualitativo, donde se incluyen técnicas etnográficas como observación participante, diario de campo-investigación, charla informal, cartografía, conversación, andar y vagabundeo controlado.

La estructura que compone este trabajo es a partir de 6 apartados: El primero es la problematización donde damos cuenta del problema social que nos aqueja en esta investigación. En el segundo apartado es la justificación, donde narramos la relevancia teórica, práctica y disciplinar de este trabajo, así como sus aportes. Después se encuentran los antecedentes de la investigación que se presentan a partir de la recopilación de trabajos previos que hablaban sobre esta problemática y sus distintos enfoques. En cuarto lugar tenemos el dispositivo de intervención-investigación el cual se aborda como una articulación que apela a una ontología, epistemología, teoría, metodología y a un posicionamiento ético-político desde donde se narran las decisiones teórico-metodológicas de la investigación bajo qué intencionalidades ético-políticas y la pertinencia de las distintas técnicas de la construcción del dispositivo. Después se encuentra el análisis, en donde realizamos una búsqueda de nociones teóricas que nos permitieran pensar y abordar la problemática de investigación, como lo son aquellas contradicciones socio-históricas, de poder e institucionales sobre las cuales se han asentado las bases para ser cuidadora en los procesos de salud-enfermedad, a través de imágenes construidas con base en analizadores que emergieron durante nuestra intervención-investigación en el terreno. Por último, se encuentra el apartado de reflexiones finales donde dejamos un diálogo en el que los invitamos a seguir reflexionando respecto a esta investigación y esta problemática. Finalmente se

encuentran las referencias bibliográficas de la literatura que se utilizó para esta investigación.

**Figura 1**



Imagen 1. Recuperada de Google Maps. Google. (Octubre 2024). [Mapa satelital de la zona de hospitales, Cuauhtémoc, Ciudad de México]. Google Maps. Recuperado el [15 de marzo de 2026], de <https://www.google.com/maps/place/Hospital+General+de+M%C3%A9xico+Dr.+Eduardo+Liceaga/data=!4m2!3m1!1s0x0:0x6890419a49bbce97?sa=X&ved=1t:2428&ictx=111>

## Problematización

Hablar de cuidado ha sido problemático en tanto que este se ha construido social e históricamente para ser invisibilizado, negado y recluido al ámbito privado del hogar, lo que ha permitido que se piense y cree sentido desde el entendimiento de que “cuidar” es algo natural e instintivo, que principalmente “emana” de lo femenino y como algo sentimentalista, es decir, como un acto de amor hacia el otro. Esta noción del cuidado ha dado paso a la producción, mantenimiento y sostén del sistema económico capitalista que ha sometido y condicionado no sólo a mujeres, sino también a otras personas a cuidar sin una remuneración económica y que desvaloriza, desde el discurso y la práctica, las largas horas de trabajo del cuidado (Brugère, 2017).

Este tema ha sido discutido y problematizado por el feminismo, desde donde se visibilizan y evidencian las violentas prácticas de la división sexual del trabajo para las mujeres en el transcurso de la historia, ciertamente, abogan por una concepción del cuidado no desde el esencialismo, sino como una práctica productiva y económica (Federici, 2004).

En cuanto algunas mujeres (ahora feministas) comienzan a cuestionarse lo impuesto por el patriarcado y el capitalismo respecto a sus cuerpos, sus vidas y el cómo vivirlas, se produce una ruptura no sólo en el pensamiento sino también en la práctica de lo cotidiano, que emerge de las tensiones sociales, sistémicas e institucionales de poder (crisis), que han generado una deuda histórica de indignación que sujetó y sujeta a las mujeres a vivir bajo los discursos patriarcales de desigualdad, estereotipos y del cuidado (Federici, 2013). Se entiende esta ruptura como un acontecimiento<sup>1</sup> que abrió y desplegó otras posibilidades de pensar, vivir y de sentir la cotidianidad para esta minoría que se configuró en el imaginario social y que al ser nombrada, permite pensar en otras posibilidades de ser mujer, y por supuesto, de cuidar.

---

<sup>1</sup> Produce una mutación de la subjetividad donde se crea otro mundo posible y nuevas posibilidades de vida (Lazzarato, 2006).

Este cambio, permitió entender el cuidado desde otro orden de sentido, y que deja en duda el cuidado como una práctica natural y normalizada, que por el contrario, nos permite abordarlo como esta práctica productiva y como un problema de lo “común” que problematiza el cuidado no sólo como aquello privado del hogar, sino que desde sus distintas dimensiones, es decir, cuidar a una persona enferma (cuerpo enfermo) (Brugère, 2017; Camps, 2021). Es por ello, que para este trabajo se aborda el cuidado como una práctica que está atravesada por afectos, intereses, relaciones y ejercicios de poder de lo productivo, político e institucional y que, por lo tanto, tejen las formas de cuidar, pero, ¿Qué pasa cuando un proceso de salud-enfermedad desborda los cuidados del hogar y lleva al paciente y también a su cuidadora<sup>2</sup> a buscar atención en un hospital público de la Ciudad de México de alta especialidad?, ¿En qué condición o condiciones se cuida a un enfermo en un hospital público de la Ciudad de México?

Idealmente, la visita del paciente (y su cuidadora) sería transitoria/ambulatoria, el paciente recibiría atención de calidad con la compañía de su cuidadora quien podría estar al lado de la camilla, con el/ella en consulta o en una sala de espera, y cuando su estado de salud mejore regresarán a casa. Sin embargo, la realidad actual es diferente en México (específicamente en los hospitales públicos del centro del país), ya que al ir y observar cómo funciona el cuidado, dimos cuenta de que este no sólo ocurre dentro del hospital, el cuidado también está fuera del establecimiento<sup>3</sup>, específicamente en la calle.

El sistema de salud pública está en una situación crítica en la que hay un desabasto de medicamentos y de material de curación y quirúrgico, falta de personal médico, de enfermería, administrativo y de limpieza. En general, los recortes presupuestales para la salud en México han causado un deterioro en la calidad de atención y de vida de muchas personas mexicanas, pues al ser hospitales de alta especialidad, reciben pacientes de otros estados que igual requieren atención, lo que ha causado una alta demanda de los servicios de salud

---

<sup>2</sup> Queremos aclarar que, nosotras hablamos de cuidadoras, no porque sólo sean mujeres las que cuidan, porque sí hay hombres cuidadores, sin embargo, su gran mayoría son mujeres las que cuidan y queremos anunciarlo por su implicación ética-política. Esto se desarrollará más adelante en los apartados teórico-metodológico y el análisis.

<sup>3</sup> Donde se materializa la institución.

pública y una sobrepoblación en los hospitales (Méndez Méndez, 2024). Como resultado de esta situación, ha provocado que los pacientes y las cuidadoras se vean expuestos a una serie de riesgos vitales, infecciosos y de seguridad, lo que los coloca en una situación constante de violencia y vulnerabilidad social (Medina-Gómez & López-Arellano, 2019).

Este proceso de salud-enfermedad<sup>4</sup> sobrepasa la singularidad de la experiencia del paciente, lo que implica que las personas que lo/la cuidan se ven investidas de una serie de problemáticas sociales e institucionales que emergen de los contextos de cada paciente y que condicionan este proceso para el/la paciente y el de las cuidadoras, ya que en la gran mayoría de los casos, se convierten en un pilar fundamental para su tratamiento.

Cuando se piensa en "cuidadoras" de pacientes con alguna enfermedad atendidos en un hospital público en la ciudad de México, se asume que la cuidadora acompaña al paciente de manera cercana durante su estancia en dicho hospital. Sin embargo, los problemas y fallas institucionales que desbordan el cuidado en este establecimiento condicionan y obligan a que estas cuidadoras ocupen un espacio en las calles circundantes al hospital, principalmente en las entradas de cada especialidad en condiciones deplorables, sentados en cartones, bancos o cobijas, acostados en el piso, sin bañarse, sin dormir, sin comer, en el sol, la lluvia o el frío, con la posibilidad de contraer un virus y con la preocupación de tener a un paciente enfermo en el hospital.

La presencia de cuidadoras en las calles bajo estas condiciones, dan cuenta de los problemas institucionales del hospital y fracturan la imagen que el establecimiento pretende representar, lo que es contradictorio, porque este fue representado y visibilizado funcionalmente para algo, pero que en la práctica está

---

<sup>4</sup> Recatamos el concepto de salud-enfermedad para referirnos a un fenómeno que es dinámico y multidimensional, en el que el medio, los modos y el estilo de vida se ven influidos y a su vez influyen en la actividad humana como un ser social. Es definido bajo el modelo biopsicosocial para así diferir del modelo biomédico. Se propone que este proceso no sólo es biológico, sino que también es histórico, social y afectivo, el cual, se presenta así, como un juego de palabras porque la salud y la enfermedad no existen en sí mismas independientes, pues están ligados a las condiciones de vida, económicas, culturales, sociales, ideológicas y políticas que interactúan para definir cómo se enferman y curan los sujetos (Tinoco García, A., 2011; Mercedes, F. 2025; de Infante, N., & Alvarez, L., 1986).

siendo vivido y percibido en su cotidianidad de forma distinta desde sus imaginarios y afectos. Bajo estas circunstancias, se produce un espacio como forma social con sus propios afectos, imaginarios y significados. En este, no sólo habitan, conviven y se acompañan entre cuidadoras, sino que este lugar también se ve atravesado por personas en situación de calle, vendedores ambulantes, organilleros, policías, personas que piden limosna, personas que se aprovechan de la vulnerabilidad del lugar como ladrones y estafadores, personas que transitan o incluso habitan los alrededores de este lugar y por otras instituciones.

Las calles igualmente, fueron representadas para una alta movilidad de tránsito pero nunca para permanecer en ellas, lo que hace que el habitarlas sea hasta cierto punto indeseable (Lindón Villoria, 1999). La precariedad del lugar lo hace indigno, sin embargo, la necesidad de estar afuera en espera de su paciente enfermo hace que las cuidadoras tengan que resolver bajo sus propias posibilidades sus necesidades por fuera y bajo sus propios medios económicos, pues el tiempo de estadía es incierto. Nos es importante elucidar que no por el hecho de que las cuidadoras "resuelvan" bajo estos términos y busquen una manera de sobrellevar y sobrevivir de esa forma, no significa que sea lo ideal, pues estamos hablando de una violencia que condiciona su cotidianidad y sus experiencias como personas y como cuidadoras. Este espacio producido está siempre en tensión con el hospital y con la calle, pues emerge a partir de la expulsión y de la exterioridad del establecimiento y de las instituciones, ya que constantemente intentan desalojarlos de este "su" lugar.

De igual manera, se fijan afectos que permanecen en el tiempo como aquello que quedó anclado en el espacio (memoria) y que evocan a significados específicos ligados a situaciones vividas por las personas, lo que conlleva a una carga emocional derivada del dolor, la angustia y la tristeza, y que afecta en el presente. Es aquí, donde creemos que a partir de la memoria afectiva del lugar y de las condiciones afectivas presentes, se tejen redes que más que ser de apoyo<sup>5</sup>, se entretejen distintos afectos a partir de sus distintas experiencias que van desde la vulnerabilidad, el dolor y la indignación colectiva, que a su vez, sostienen el cuidado

---

<sup>5</sup> Nos alejamos del concepto de "redes de apoyo" porque consideramos que hay una dimensión afectiva y productiva que desborda y que necesita ser entendida desde otro lugar.

por fuera del hospital que la institución de la salud no abarcan tales como necesidades básicas de comida, aseo, descanso (Zamora Echegollen, 2021).

Estas a su vez, funcionan como líneas de fuga (Deleuze & Guattari, 2002), donde las cuidadoras junto con otras hacen que el sistema, con sus carencias y fallas funcione a través de su propia necesidad del cuidado. El sistema de salud sobrevive gracias al cuidado no remunerado de estas cuidadoras que sostienen las carencias desde otro lugar distinto. La resistencia de estas cuidadoras después se materializa y cobra fuerza en estas líneas de fuga donde la carencia institucional es suplida por una organización colectiva. Son fugas que emergen no por elección, sino por la necesidad radical de sostenerse ante las situaciones de su cotidianidad.

La presente investigación aborda una problemática que por años ha pasado invisibilizada desde el olvido y desde la resignación de las dolencias que viven cuidadoras bajo condiciones socioeconómicas e institucionales que sujetan la experiencia de miles de personas que cuidan a un paciente enfermo (cuerpo enfermo) en un hospital público de la Ciudad de México y que condiciona su cotidianidad a la precariedad y violencia. Aunque ya se ha problematizado y discutido el cuidado desde distintos lugares, el cuidado pacientes fuera de un hospital público sigue siendo aún invisibilizado y que a pesar de su evidente presencia se ignora, tal vez desde el desconocimiento, el dolor o la normalización. Es por ello, que en esta investigación nos dispusimos a investigar la cotidianidad de las cuidadoras que muchas veces se obturan en los procesos de salud-enfermedad de pacientes atendidos en hospitales públicos de la Ciudad de México.

De este modo, la problemática no se limita a visibilizar las condiciones de precariedad en las que las cuidadoras sostienen la vida fuera del hospital, sino que se sitúa en comprender cómo dichas condiciones son producidas por las propias lógicas institucionales que, al mismo tiempo que centralizan el cuidado en el espacio hospitalario, expulsan y desresponsabilizan aquello que lo hace posible. Así, el problema de investigación se configura en analizar cómo, en esta exterioridad forzada, se producen formas específicas de cuidado, afecto y organización que, lejos de ser únicamente respuestas adaptativas, operan como entramados que sostienen el funcionamiento mismo del sistema de salud, al tiempo que inscriben a

las cuidadoras en procesos de vulnerabilidad, desgaste y violencia. De este modo, se vuelve necesario indagar **¿cómo estas redes de vulnerabilidad no sólo emergen de la precariedad, sino que participan activamente en la producción de formas de subjetivación atravesadas por la tensión entre sostener la vida y habitar su desprotección?**

### **Preguntas y objetivos**

¿Cómo se generan y entretienen afectos desde la vulnerabilidad a partir de la experiencia de ser cuidadora?

¿Cómo se ejerce el poder a partir de las prácticas institucionales de los hospitales públicos de alta especialidad en la Ciudad de México?

¿Cuáles son las implicaciones de ser cuidadora (sujeta) de un paciente en un hospital público de Ciudad de México sin contar con seguridad social?

¿Cómo vive su cotidianidad una cuidadora foránea de un paciente en un hospital público de la Ciudad de México?

¿Cómo se producen y operan las redes de vulnerabilidad en torno a los hospitales públicos de la Ciudad de México?

### **Objetivos**

- Reconocer las fallas institucionales (hospital) que han generado vulnerabilidades que no sólo afectan al paciente, si no a las cuidadoras, al no cumplir con las condiciones necesarias para ejercer el cuidado.
- Visibilizar y nombrar quienes forman las redes de vulnerabilidad, las cuales se llegan a formar alrededor de los hospitales públicos de la Ciudad de México.

**Figura 2**



Imagen 2. Recuperada de Google Maps. Google. (2020). [Reviews del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, Cuauhtémoc, Ciudad de México]. Google Maps. Recuperado el [15 de marzo de 2026], de [Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga - Google Maps](#)

## Justificación

La presente investigación emerge de la necesidad de visibilizar las prácticas cotidianas de cuidado de quienes acompañan los procesos de salud-enfermedad en hospitales públicos de la Ciudad de México. Partimos de que las dimensiones del cuidado trascienden los límites físicos del hospital, sujetando las experiencias de las cuidadoras a condiciones de vulnerabilidad social y violencia institucional que a menudo permanecen silenciadas por el sistema e invisibilizadas por la práctica cotidiana del cuidado.

Históricamente, el tema de la salud ha sido centralizado en el ámbito biológico y en el discurso científico de la medicina (Torres & Salcedo, 2020; Obando Cabezas, 2020). Este modelo biomédico ha minimizado la contribución de otras disciplinas, como la psicología social, en la construcción de lo que significa "estar sano". Si bien la Organización Mundial de la Salud (2025) después propone una concepción desde la que se pueda abordar lo social y mental, la realidad es que los servicios hospitalarios siguen liderados por procesos biomédicos donde la psicología, en especial la social, no ha encontrado un piso firme sobre el cual caminar (Mercedes, 2025; OMS, 2025).

Bajo esta lógica, resulta indispensable comenzar a mirar y entender la enfermedad no sólo como un cuerpo enfermo, sino como un proceso social y psicológico que afecta a la persona que lo padece, pero también a su entorno, lo cual lo convierte también en un proceso colectivo. La enfermedad no se vive de forma individual; por el contrario, se desborda principalmente a las personas más cercanas al paciente, y cuando esta es de gravedad, lleva a la necesidad de atención médica lo que traslada al paciente y a alguna cuidadora que asuma la responsabilidad a buscar atención en un hospital público, el cual, está atravesado por una crisis en los servicios de salud pública que se caracteriza por la precarización de atención, y que vulnera no sólo la atención oportuna y de calidad para el paciente, sino que obliga a las cuidadoras a cuidar desde afuera del hospital, bajo una cotidianidad de espera y en condiciones que violentan su vida personal, familiar, económica y social.

Es aquí donde surgen nuestras interrogantes como psicólogas sociales en formación: ¿Qué sucede fuera de las rejas del hospital mientras la espera se vive

desde la incertidumbre?, ¿De qué forma la espera se extiende hasta condicionar la vida de las cuidadoras?

A pesar de que investigaciones recientes han intentado acercarse a esta problemática, la mayoría mantienen una mirada descriptiva y alejada de la vivencia misma del cuidado. Algunas otras investigaciones son de enfoque biomédico en el que suelen reducir esta problemática a un diagnóstico, a una estadística (dato), o romantizan el cuidado, lo que obtura la importancia de las vidas de miles de cuidadoras que comprometen sus necesidades básicas e incluso sus vidas al cuidado (Duque-Ortiz & Giraldo-Toro, 2021; Montalvo-Prieto, *et al.*, 2022; Perea García, 2017; Arias-Rojas, *et al.*, 2021; Rodrigues Lins, *et al.*, 2021; García Martín, *et al.*, 2024; Flores Vidales, 2012; Tinoco García, 2011).

Es por ello, que en esta investigación nos posicionamos y rechazamos la romantización del cuidado como un acto meramente afectivo; más bien, entendemos y planteamos el cuidado hospitalario en el contexto mexicano de un hospital público, como un trabajo y práctica que, si bien es afectiva, también es productiva y del poder, que es violenta y que vulnera derechos humanos y dignidades de las cuidadoras que habitan la precariedad en las banquetas. Además, dado que retomamos la noción feminista del cuidado, creemos que este trabajo puede ser de relevancia para toda/o aquel que le interese seguir investigando sobre esta otra dimensión del cuidado (principalmente femenino).

Pero, ¿qué podemos aportar nosotras como psicólogas en formación con un enfoque social a esta problemática? Nuestra apuesta es visibilizar las dolencias y sentires que se sufren en la cotidianidad de las cuidadoras a las afueras de los hospitales públicos en la Ciudad de México.

Para lograrlo, nos alejamos de la rigidez positivista-hegemónica y optamos por metodologías sensibles como el andar-vagabundeo y la cartografía. Estas técnicas nos permitieron mapear no solo lugares en términos espaciales, sino en afectos, nudos y tensiones económicas, familiares e institucionales, ampliando así la comprensión de lo que significa y se vive como cuidadora.

Asimismo, consideramos que para todos aquellos que, al igual que nosotras, tuvieron problemas en sus campos-terrenos de investigación, siempre hay otras

posibilidades de producir conocimiento y que, algo tan sencillo como el andar-vagabundeo también aporta y es relevante para su investigación.

**Figura 3**

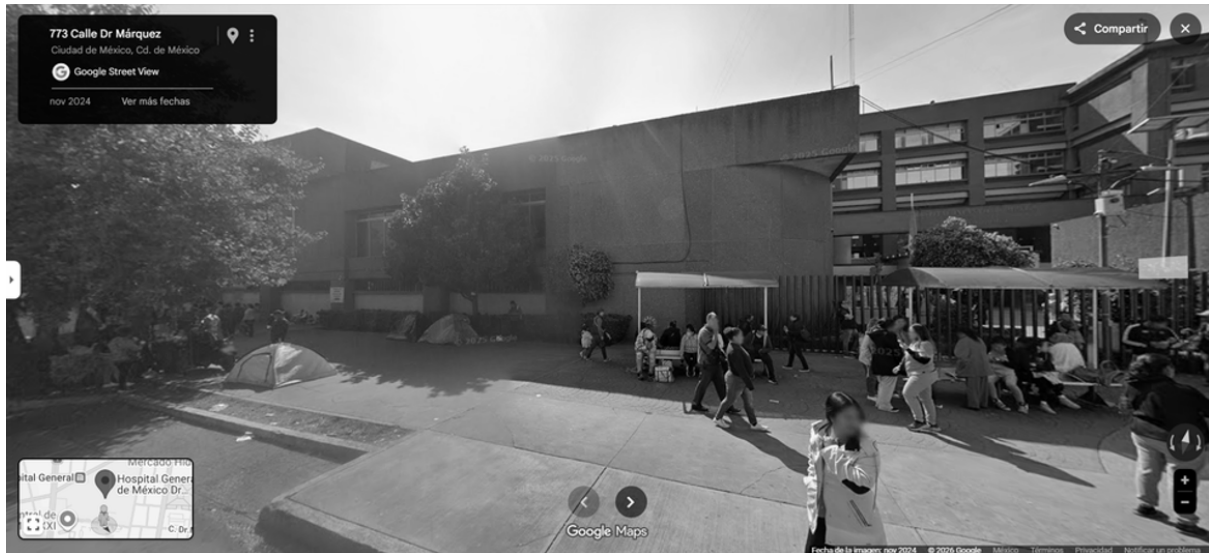


Imagen 3. Recuperada de Google Maps. Google. (Noviembre 2024). [Mapa satelital de la zona de hospitales, Cuauhtémoc, Ciudad de México]. Google Maps. Recuperado el [15 de marzo de 2026], de [https://www.google.com/maps/@19.4114274,-99.1520773,3a,75y,157.07h,94.93t/data=!3m7!1e1!3m5!1sLCiYcHGD-hWnyaVlaHi4Tg!2e0!6shttps:%2F%](https://www.google.com/maps/@19.4114274,-99.1520773,3a,75y,157.07h,94.93t/data=!3m7!1e1!3m5!1sLCiYcHGD-hWnyaVlaHi4Tg!2e0!6shttps:%2F%2F)

## Antecedentes de investigación

En este apartado, nos dispusimos a realizar una amplia búsqueda a partir de la exploración y revisión de distintos textos, investigaciones y artículos que nos permitan contextualizar, situar y ubicar nuestra investigación en un espacio y tiempo determinados, así como ayudarnos a establecer, distinguir y cuestionar los distintos constructos teóricos y metodológicos que han sido propuestos por distintos autores y autoras, y que, de acuerdo con los fines de esta investigación, podrían ser pertinentes para su desarrollo.

El material bibliográfico utilizado fue obtenido de diversas fuentes, entre las cuales se encuentran la biblioteca “Dr. Ramón Villareal Pérez” de la Universidad Autónoma Metropolitana al igual que su servicio digital (BIDIUAM), algunos de ellos los obtuvimos directamente de la búsqueda en *Google*, la cual, nos arrojó una gran cantidad de textos relacionados con la problemática planteada. También, hicimos uso de un PROMPT<sup>6</sup> para Gemini y Chat GPT, que al igual, fueran de gran utilidad para filtrar y encontrar textos afines para esta investigación, lo cual, nos permitió acceder a una amplia variedad de textos vinculados con la problemática abordada.

Aunque esta investigación en un principio era en torno al tema de cuidadores oncológicos<sup>7</sup>, el cual nos permitió tener un primer acercamiento al tema y a las problemáticas planteadas, se realizó un primer rastreo sobre procesos de salud-enfermedad de cáncer y el papel de los cuidadores entorno a este proceso, lo cual, nos llevó a pensar que la compañía de un cuidador (o cuidadora) iba va más allá del cuidar y que se enfrentan a problemáticas más complejas, que luego se convirtieron en los cimientos de esta investigación, los cuales, retomamos y replanteamos para orientarlos a esta nueva construcción de la investigación. No

---

<sup>6</sup> Se utilizó la inteligencia artificial como Gemini y Chat GPT para empezar y profundizar la búsqueda de textos relacionados con la investigación. El PROMPT lo utilizamos entre los meses de julio y febrero de 2025 y 2026, este decía: “Hola, soy estudiante de la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco. Actualmente me encuentro estudiando la licenciatura en Psicología con un enfoque social en décimo/ doceavo trimestre, estoy haciendo mi trabajo de investigación sobre los cuidadores de pacientes, primero oncológicos y después a las afueras de los hospitales públicos en la Ciudad de México. Necesito que hagas una búsqueda exhaustiva sobre investigaciones, artículos de preferencia realizadas en México sobre este tema, desde la psicología social, antropología y sociología en los últimos años. Haz una síntesis breve de cada uno e incluye los links de los trabajos en PDF o las direcciones electrónicas de las revistas (si es el caso)”.

<sup>7</sup> Más adelante se desarrolla en el apartado de fundamentación teórica-metodológica.

obstante, con el tiempo y con la construcción del terreno buscamos otros textos más encaminados a las cuidadoras en las calles alrededor de los hospitales, la falta de textos que aborden esta problemática nos llevó a organizar este apartado donde la gran mayoría o hablan de cuidadores de pacientes oncológicos o no abordan la problemática en su totalidad, más bien, la van abordando desde sus distintas implicaciones.

Entre estas fuentes ya mencionadas, destaca esta investigación que aborda el impacto que genera el diagnóstico dentro de la dinámica familiar, el cual, es planteado por Duque-Ortiz y Giraldo-Toro (2021) en Medellín, Colombia, quienes utilizaron la metodología cualitativa basada en la fenomenología interpretativa, en conjunto con una serie de entrevistas semiestructuradas a diez cuidadores familiares donde los resultados dieron que en 3 formas de agruparse que son: las nuevas cargas, las formas en las que la familia se organiza y finalmente esto termina generando una nueva rutina ( Duque-Ortiz & Giraldo-Toro, 2021).

A partir de eso podemos pensar en el papel que tiene la familia como principal cuidador<sup>8</sup>, el cual conlleva muchas responsabilidades. En el texto de Amparo Montalvo-Prieto, *et al.* (2022), mediante una revisión sistemática de literatura de 2015 a 2021, las autoras muestran que ser cuidador principal implica una gran presión que trae consecuencias en el cuerpo, tanto físicas como mentales, y que también son un reflejo de otras carencias de apoyo como las disparidades de que las mujeres son las principales cuidadoras, lo que aumentan su carga (Montalvo-Prieto, *et al.*, 2022).

Es a partir de esto, que se plantean las consecuencias del cuidar a los cuidadores principales, lo que se ve reflejado en las distintas afecciones que son tanto físicas como emocionales donde uno de los temas más recurrente es la sobrecarga. Por ejemplo, en la tesis de Karina Margarita Perea García (2017), mediante una descripción, observacional, prospectiva y transversal en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, realizó una evaluación a 100 cuidadores primarios (92 mujeres, 8 hombres) de pacientes pediátricos con cáncer entre febrero y agosto de 2016.

---

<sup>8</sup> Esta investigación, por ejemplo, nos permitió sentar las bases para hablar de cuidadoras, y no necesariamente de familiares, ya que quienes cuidan no necesariamente son familia, también pueden ser amigos, vecinos, conocidos, etc.

Esto por medio de distintas escalas para saber la carga, la depresión y ansiedad dando los siguientes resultados: 64% de los cuidadores presentaba algún tipo de sobrecarga (46% leve, 18% excesiva), el 84% sintomatología ansiosa (47% leve, 29% moderada, 8% severa), y el 71% sintomatología depresiva (36% leve, 26% moderada, 9% severa). Además, el 47% percibía una baja o muy baja satisfacción familiar (Perea García, 2017).

Igualmente, Mauricio Arias-Rojas *et al.* (2021), por medio de un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional de corte transversal, realizado en Medellín, Colombia, entre mayo y diciembre de 2019, a 62 cuidadores familiares de pacientes con cáncer en esta etapa se les aplicó una entrevista. Los resultados fueron que entre mayor sea la sobrecarga, menor es la calidad de vida percibida, ya que 24.1% de los cuidadores presentaba una sobrecarga intensa, mientras que un 19.4% tenía sobrecarga leve (Arias-Rojas *et al.*, 2021).

Tomando en cuenta esta situación, es importante recalcar la importancia de que un apoyo debe de ser no sólo para el paciente, sino que debe de incluir a la familia, ya que es en estas necesidades de los y las cuidadoras, donde se pierde de vista a la persona que da el cuidado, como nos resalta Ana Luiza Rodrigues Lins *et al.* (2021), quienes realizaron un estudio cualitativo en 2019 en un hospital oncológico brasileño, donde buscó comprender qué cuidados les gustaría recibir a estos cuidadores. Esto fue mediante una metodología que incluyó entrevistas individuales semiestructuradas con 14 familiares cuidadores principales (la mayoría mujeres, cónyuges o hijos, con un promedio de 45.7 años de edad y 11.7 años de estudio), donde los resultados mostraron que, a pesar del posible apoyo que reciben mediante instituciones ellos sentían que lo necesitaran priorizando el cuidado de su enfermo, pero resaltando que tenían demandas de cuidado en distintos aspectos al igual que valoraban el apoyo y empatía que reciben del sector salud y de otros cuidadores (Rodrigues Lins *et al.*, 2021).

Por otra parte, Alberto García Martín, *et al.* (2024) resaltan el trabajo del trabajador sanitario donde mencionan el papel de acompañamiento por lo que con una metodología respalda con estudio epidemiológico observacional transversal descriptivo realizado en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca se evaluó con un cuestionario a 365 pacientes oncológicos y sus familiares.

Los resultados revelaron las deficiencias de que hay al satisfacer las necesidades del paciente y sus familiares, por lo que esto indica la necesidad de que los trabajadores sociales identifiquen las necesidades biopsicosociales, para que puedan anticipar las demandas y así servir mejor por el paciente y sus familiares (Garcia Martin, *et al.*, 2024).

Por otra parte, Alfredo Flores Vidales en el marco de un proyecto de investigación universitario realizado en el 2012 y junto con un equipo de psicólogos y psicoanalistas, presenta al lector la existencia y da visibilidad a las relaciones fantasmáticas, las cuales se producen entre pacientes, familiares, médicos y la institución. En su metodología, se aplicaron procedimientos tales como entrevistas psicoanalíticas y observaciones etnográficas a pacientes y sus familiares, médicos y enfermeras, de los cuales, posteriormente se codificaron y se analizaron los discursos obtenidos. En cuanto a sus resultados, concluye que debido a que la enfermedad ha sido abordada únicamente desde la ciencia y el discurso científico, el cuerpo biológico ha sido la prioridad para la atención en las estructuras hospitalarias. Sin embargo, expone la relevancia de entender a la enfermedad también desde un cuerpo simbólico, el cual se construye en todo momento y se extiende a la vida socio-afectiva del sujeto. El autor también refiere la existencia de una dimensión que se manifiesta pero de la que no habla, en la que se inscriben elementos de significación y sentidos, así como las dimensiones simbólicas e imaginarias (Flores Vidales, 2012).

En una investigación realizada por Alicia Tinoco García en el año 2011, titulada “Mujeres con cáncer y redes sociales de apoyo<sup>9</sup> en su vida cotidiana”, la autora plantea a la enfermedad (cáncer) como una experiencia humana que se ve atravesada por aspectos sociales de la persona que la llevan a posicionarse más allá de un cuerpo biológico enfermo, y que, durante este proceso de salud-enfermedad y dolor-enfermedad emergen y se construyen redes sociales de apoyo que ayudan a significar sus experiencias, revelando así la importancia de entender estas vivencias singulares desde la subjetividad y la intersubjetividad como procesos constitutivos de los sujetos.

---

<sup>9</sup> En esta investigación, se nos presenta por primera vez la noción de “redes de apoyo” que fue el primer concepto que nos permitió abordar y entender los nudos que se entretejen, aunque después pasarían a ser “redes de vulnerabilidad”, fue nuestro primer acercamiento.

En cuanto a su metodología, Alicia trabajó desde una perspectiva cualitativa y desde el método de la fenomenología<sup>10</sup> en investigación social, con un grupo de mujeres pacientes de oncología integrantes del Grupo Activo contra el Cáncer (Acelca), la mayoría de ellas con cáncer de mama y otra con cáncer de ovario, todas derechohabientes del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios [ISSEMyM], en Toluca, municipio correspondiente al Estado de México. Durante su investigación aplicó varias técnicas como la observación participante, entrevistas no estructuradas y testimonios escritos con un total de 25 intervenciones al grupo Acelca y una entrevista al subdirector del Centro Oncológico Estatal del ISSEMyM. En los resultados la autora concluye que las distintas redes sociales de apoyo se entretajan y emergen en la cotidianidad, y es a partir de una serie de necesidades no sólo económicas, sino también psicosociales que la familia, la institución hospitalaria, las asociaciones, organizaciones e incluso los grupos (como Acelca) funcionan como redes de apoyo en el proceso de salud-enfermedad, desde la búsqueda de acompañamiento en el proceso biomédico mismo del cáncer hasta la contención de procesos psicosociales propios de la experiencia singular de cada persona (Tinoco García, 2011).

Ahora con los textos ya más enfocados a esta problemática de investigación, encontramos el de Pérez quien enfoca su investigación en la parte económica y de derechohabencia de la enfermedad, pues señala que en México, uno de los principales obstáculos para ejercer integralmente el derecho a la salud es el pago directo que las personas deben realizar para acceder a bienes y servicios sanitarios, debiéndose este problema a que no todos los ciudadanos mexicanos cuentan con un seguro social y por lo tanto no es posible que puedan acceder a un sistema de salud digno o en el caso que sí lo hagan, en muchas ocasiones las familias tienen que destinar parte de su sueldo para solventar los distintos requerimientos que el mismo sistema de salud no cuenta, lo que obliga a que se tengan que buscar por fuera de los hospitales (Pérez, s. f).

En la búsqueda por profundizar en los conceptos de líneas de fuga y resistencia, encontramos una tesis de la Universidad Nacional de Colombia titulada

---

<sup>10</sup> La fenomenología busca la comprensión e interpretación de la realidad social delimitada por el investigador pero desde la perspectiva del actor y, de cómo éste, experimenta el mundo (Tinoco García, A. 2011, pp. 52-53)

*Poder, control y líneas de fuga en Foucault y Deleuze.* En este trabajo, Landinez (2019) nos explica que la resistencia es el reverso del poder, a lo cual menciona que las líneas de fuga son una construcción, es decir procesos creativos que no sólo resisten, sino que inventan nuevas formas de existencia y agenciamiento, estas no deben entenderse como un escape de la realidad sino como procesos sociales de invención y de creación, lo que nos permite sostener lo visto en el terreno de investigación, las redes de vulnerabilidad y el agenciamiento, no solo la colectividad sino una respuesta ante la precariedad donde la resistencia se convierte en un acto de creación de nuevas formas de vida (Landinez, 2019).

Por otro lado, en una investigación realizada por Bruno Lutz en el 2019 llamada “Esperar en urgencias. Caso de los hospitales públicos de la Ciudad de México” plantea la experiencia negativa que conlleva ser paciente y acompañante en un hospital público, debido al tiempo de espera por obtener el servicio de Urgencias, que funciona como un mecanismo de control, lo que conlleva a la precarización de las condiciones de espera, dentro en la sala de espera o fuera en la intemperie. En su metodología se realizaron observaciones etnográficas en distintas unidades médicas, las cuales presentaron dificultades como el acceso de personas externas a las salas de espera y la gravedad de estados en los que ingresaban los pacientes, lo cual, ponía también en una situación complicada a los acompañantes por la afectación emocional y económica. Además, se aplicaron entrevistas (semi estructuradas) a personas relacionadas con el problema de acceso a la salud, lo que produjo en consecuencia algunos testimonios (Lutz, 2019).

Por último, encontramos el artículo de Alf Ruiz Coronel que lleva por nombre “Etnografía de urgencia: el hospital Xoco”, en el cual, la autora plantea al hospital como algo que desborda hacia la calle y que a su vez, se convierte en una sala de espera en la que habitan cuidadores ante el tiempo de espera que los obliga a estar ahí. Es una investigación cualitativa y de corte etnográfico (Ruiz Coronel, 2004).

Decidimos no poner los antecedentes encontrados ya que eran investigaciones cuantitativas y era algo que para nosotras no era relevante al reflejar las voces las cuidadoras, ya que nuestro enfoque es cualitativo.

**Figura 4**



Imagen 4. Recuperada de Google. (Noviembre 2024). [Mapa satelital de la zona de hospitales, Cuauhtémoc, Ciudad de México]. Google Maps. Recuperado el [15 de marzo de 2026], de <https://www.google.com/maps/place/Hospital+General+de+M%C3%A9xico+Dr.+Eduardo+Liceaga/@19.4138279>

## **Dispositivo de intervención-investigación**

Inicialmente en este trabajo, pensamos este apartado como aquel típico capítulo de “metodología” en donde se concentran las discusiones teóricas-metodológicas a partir de las cuales se construye y piensa la investigación. Aquí se explicita si es de corte cualitativo o cuantitativo, el diseño, los sujetos y sujetas de investigación, y cuáles técnicas y/o instrumentos se usaron para llegar a las conclusiones finales del trabajo, sin embargo, dada la sugerencia de nuestra asesora por problematizar y pensar este apartado desde otro lugar que nos permitiera tejer y nombrar aspectos que si bien emergieron durante esta investigación, sólo dieron sentido al momento de la redacción final de este trabajo, pero que durante la intervención no tomaron tanta relevancia al pasar desapercibidos. Es así, que optamos por la noción de dispositivo de intervención-investigación que nace desde la maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco y que nos sirve para abordar este apartado de esta investigación.

El dispositivo de intervención-investigación surge como una propuesta teórico-metodológica que propone problematizar e imaginar otras formas de intervención e investigación que permitan comprender experiencialmente acontecimientos de la vida cotidiana para terminar dándoles sentido a saberes teóricos, sin perder de vista los procesos subjetivos del o la investigadora, que a su vez, producen un posicionamiento ante los problemas que estudia, investiga e interviene, por lo que esta noción, se aleja de las exigencias de investigaciones positivistas que pretenden controlar las variables, y por el contrario, se ocupa de los procesos de subjetivación, del trabajo ético sobre la misma (o) investigadora y de los vínculos que se tejen en las tramas transindividuales e intersubjetivas (Zamora Echegollen, 2022).

En parte, esta noción viene del concepto de “dispositivo” de Michael Foucault quien lo propone como una red de elementos estratégicos que se producen a partir del poder por medio de formas de conocimiento partiendo de discursos, instituciones y prácticas del poder-saber que se instauran en el cuerpo de los sujetos en sus modos, formas de ser y de dar sentido a la realidad, es decir, el dispositivo produce sujetos y formas de subjetividades que se sujetan a estas redes. Es así, que este

concepto nos permite pensar el dispositivo de intervención-investigación como aquello que mientras produce, captura y limita, a la vez potencia otras posibilidades de hacer investigación-intervención (Foucault, 1996; Zamora Echegollen, 2022).

Dicho de otra manera, es a partir de este dispositivo de intervención-investigación que se toman decisiones metodológicas, teóricas, ontológicas y epistémicas que de alguna manera recortan los alcances de la investigación para un enfoque y posibilitan otros, según las implicaciones de las (los) investigadoras y bajo qué contexto socio-histórico se construye el dispositivo.

Dada nuestra formación en la UAM Xochimilco, partimos desde una psicología más social y más crítica, lo que nos lleva a entender que hay aspectos que las investigaciones positivistas pierden de vista. Uno de estos elementos obturados por el positivismo, es que “lo social” es un entramado y un atravesamiento de instituciones, sujeto(a)s-subjetividades, discursos, dispositivos, afectos, deseos, anudamientos y agenciamientos que se tensan unos entre otros, y que no es posible pensar en un o una sujeta de investigación, sin pensar en todo lo que la rodea, acompaña y construye en su experiencia. Es por ello, que a partir de esta noción de sujeto característico de la licenciatura en psicología en esta universidad, produce que esta investigación parta de algo cualitativo que nos permitiera a nosotras como investigadoras y como quienes disponen su cuerpo para investigar-intervenir, pensar, mirar, escuchar y enunciar la experiencia de las cuidadoras (con todos sus anudamientos, tensiones y contextos) bajo ciertas intencionalidades ético-políticas (posicionamiento) que elucidaron ciertos procesos pero que obturaron otros.

Honestamente, nos es incierto en donde empieza a operar el dispositivo de intervención-investigación ya que se pensó en él sólo hasta nuestro proceso de redacción, pero consideramos que es a partir de demandas y encargos institucionales de la universidad de realizar un proyecto de investigación en colectivo (y todo lo que esto conlleva), que se empieza a producir algo desde las trayectorias singulares de cada una de nosotras como experiencias previas e intereses personales y que después toma potencia al unirse en un equipo en donde convergen estos intereses individuales y formas similares de entender el problema

social que aqueja esta investigación, lo que después se articula en una sola voz al momento de redactar y un posicionamiento ético-político claro.

Ahora bien, nos gustaría aclarar algunas cuestiones que organizaron la elaboración de esta investigación y que serán relevantes más adelante. Este trabajo se elaboró durante casi un año, desde el mes de mayo de 2025 hasta marzo de 2026 que correspondían a nuestros últimos tres trimestres de licenciatura y durante los cuales, nuestro programa de estudios nos solicitaba (para obtener el título de licenciadas) realizar una investigación terminal entregando un avance a finales de décimo y onceavo trimestre. Es por ello, que este trabajo se vió intervenido por las demandas y encargos institucionales de la universidad y del área de concentración en psicología social, dado que habían temas administrativos de por medio como los tiempos designados correspondientes al calendario escolar, es por ello, que durante las primeras semanas de décimo trimestre, se nos apremiaba encontrar un terreno de investigación en donde realizar la intervención dado que los tiempos eran muy cortos.

En el equipo había un interés y objetivos personales por entrar a un establecimiento hospitalario de tercer nivel en la Ciudad de México como el de cancerología o cardiología y trabajar junto con los cuidadores (as); sin embargo y pese a nuestra insistencia, no nos fue posible el acceso a estos hospitales debido a que había preferencia por psicólogos (as) de otras universidades a causa de su enfoque clínico o porque los lugares disponibles no permitían estar al equipo completo adentro, lo que no nos parecía conveniente ya que esta investigación era en equipo y se requería la participación de todas. Es así, que con el tiempo encima y la presión de que otros equipos ya tenían un terreno y campo de investigación delimitado, empezamos a buscar otras instituciones de salud que se acercaran a lo que nosotras queríamos y dimos con asociaciones, principalmente dedicadas a personas con cáncer y que nos facilitaron el acceso. En consecuencia, el proyecto que entregamos en décimo trimestre, estaba enfocado en cuidadores<sup>11</sup> de personas con cáncer y sus redes de apoyo.

---

<sup>11</sup> Hablamos de cuidadores y no de cuidadoras como en el resto de la investigación porque para este momento, no teníamos claro qué posición tomaríamos respecto a esta discusión sobre el género, sin embargo, más adelante en nuestro análisis, explicamos el por qué hablamos de cuidadoras.

El dispositivo de investigación-intervención toma potencia dado nuestro enfoque en la concepción del sujeto, nuestras posibilidades de conocimiento, experiencias previas como cuidadoras y el contexto socio-histórico en el que se sitúa este dispositivo, dado que durante el proceso de investigación-intervención, los problemas en el sistema de salud pública en México tomaron mayor relevancia al alzarse la voz respecto a la falta de medicamentos, personal de salud, de insumos y el cambio de administración de algunos hospitales que causaron problemas administrativos y de presupuestos internos, lo que visibiliza las contradicciones institucionales del hospital y la existencia de una realidad diferente a la que se quiere dar cuenta.

Esto nos lleva a reconocer que las condiciones sociales, económicas, políticas, de clase y culturales en las que se cuida se dan en contextos de violencia(s) y vulnerabilidad, y que nos era necesario tomar distancia de teorías y metodologías que entiendan a las cuidadoras simplemente como personas que cuidan sin tener en cuenta sus contextos de vulnerabilidad, lo cual, nos obliga a buscar fuentes bibliográficas que no tuvieran la noción de cuidadores como personas que “ayudan” a sus familiares o pacientes como un acto de amor y de responsabilidad, sino que por el contrario, se reconocieran todos los demás factores, contextos y condiciones de posibilidad que vulneran la vida de las cuidadoras en su cotidianidad, lo que provoca en consecuencia que nos posicionemos y rechazemos la romantización del cuidado y lo entendamos más bien como una práctica (y trabajo) productiva y del poder, que se ve atravesada también por los problemas sociales, económicos, personales e institucionales; lo que en consecuencia, hace que nuestro apartado de antecedentes esté en su mayoría compuesto por investigaciones bio-médicas y estadísticas ante la falta de investigaciones con el enfoque que queríamos para este trabajo.

Es así que, aproximadamente para el mes de agosto, contactamos con una asociación de lucha contra el cáncer, en la cual, también planeábamos hacer nuestro servicio social, lo que facilitó más nuestra aceptación. Esta se encargaba de dar distintos apoyos materiales, psicológicos, económicos y de enseñanza a personas con cáncer y sus familiares (cuidadores), lo que nos permitió tener

nuestros primeros acercamientos con las cuidadoras, y aunque a la distancia, comprender un poco el funcionamiento y la manera en la que el cuidado y la salud se lleva a cabo dentro de estas instituciones asistenciales. Además, debido a que nosotras teníamos ya el avance de décimo que le entregamos a los encargados de la asociación, se nos asignó al área de cuidadores para realizar dinámicas exclusivamente con ellos. Pero, en una actividad interna dentro de esta asociación (un taller que ellos dieron para los cuidadores y en lo que solicitaron nuestra presencia), dimos cuenta de que el entendimiento que ellos (como asociación) tenían de los cuidadores era distinta a la de nosotras, porque el taller se enfocaba (por medio de la “educación”), a “hacer funcionar” al cuidador para que su cuidado fuera sostenible a largo plazo a través del autocuidado como hacer meditación, ejercicio, ir a terapia, comer saludable, dormir bien, descansar etc.; además, este taller fue excesivamente largo (aproximadamente duró 6 horas) y pretendía ser “educativo” mediante la lectura de un manual.

Para nosotras esto fue incoherente, porque, ¿Dónde quedaban los contextos singulares de cada cuidador o cuidadora?, ¿Y si no tenían dinero para pagar una dieta saludable ni un lugar donde hacer ejercicio?, ¿Tenían la posibilidad económica de costear un proceso terapéutico sabiendo que la misma asociación cubría faltas económicas?, ¿Tenían tiempo de meditar?, tan siquiera, ¿Tenían tiempo para ellos (as) mismos? Estos cuestionamientos fueron discutidos dentro del equipo, lo que causó pláticas profundas respecto a qué podíamos y qué queríamos hacer nosotras; esta discusión se agrandó más cuando nos solicitaron hacer un taller para los (as) cuidadores que se terminó llamando “abrazando al cuidador: cuidarte a ti mismo no es egoísmo, es una necesidad”.

En este taller, buscábamos mejorar las estrategias de afrontamiento mediante capacitaciones en cuidados básicos, la posible reducción del tiempo destinado al cuidado y el fortalecimiento de sus vínculos, buscando así, mejorar la “calidad de vida” del cuidador desde el reconocimiento de que ser cuidador de un paciente oncológico impacta en todos los aspectos de su vida (personal, económica, familiar, afectiva, laboral, autocuidado, cambios de rutinas y disponibilidad de tiempo), lo que a su vez, ponía en peligro el bienestar e integridad del (la) cuidador; también, destacamos mucho la frase de “ser persona antes que cuidador” desde el

entendimiento de que había ocasiones en las que su familiar tenía que ser su prioridad dada su condición de salud, pero en algunas otras su prioridad tenían que ser ellos mismos, incluso, utilizamos la metáfora de “usar la mascarilla de oxígeno” como en el caso de una emergencia durante un vuelo en avión, en donde, necesitabas usar la mascarilla de oxígeno primero para después poder ayudar a alguien más. Así mismo, expresamos la importancia de mantener vínculos afectivos con su familia y/o amigos como redes de apoyo para el mismo cuidador.

El formato que nosotras propusimos para este taller era de un cupo reducido y con una duración aproximada de hora y media debido a la limitación de tiempo con la que contaban los cuidadores, además, no queríamos que fuera demasiado cansado para ellos. Aprovechando la oportunidad, también lo pensamos como un espacio donde pudieran expresar y hablar de su experiencia con otros cuidadores a partir de preguntas detonantes teniendo en cuenta que esto trae consigo un efecto terapéutico, sin llegar a ser un focus group<sup>12</sup> o alguna terapia grupal.

Al compartir este taller con nuestra jefa de servicio le pareció adecuado para las necesidades de los (as) cuidadores que frecuentaban la asociación, sin embargo, a la directora no le pareció suficiente porque no había una clara “capacitación” de cómo ser cuidador (como en el taller anterior) y emergió un choque de posturas respecto a su posicionamiento y el nuestro. Además, sus comentarios fueron groseros y humillantes hacia nosotras porque le pareció que este taller al no tener un enfoque clínico, era sencillo y a ella no le gustaba “lo fácil”, como si nuestra perspectiva no aportara nada a la asociación y a los cuidadores, lo que nos hizo sentir impotentes y de alguna manera, movió algo negativo en el equipo. Esta situación terminó por dismantelar problemas internos de la asociación y nuestra fractura con la misma, ya que al día siguiente de nuestra reunión, llamaron a nuestra jefa de servicio a hablar con la directora, lo que terminó en un enfrentamiento de palabras entre ellas y concluyó con su renuncia.

Algo que nos es importante mencionar es que nuestra jefa de servicio es una sobreviviente de cáncer de mama y su hija es cuidadora, pero ella, desde su

---

<sup>12</sup> Esta era una herramienta que se ocupaba para que los pacientes con cáncer pudieran compartir sus experiencias en torno a su enfermedad.

posicionamiento y experiencia prefiere el término de “acompañante” debido a todo lo que significa y conlleva ser cuidadora, es así, que tiene una comprensión clara de ser paciente, pero también de ser acompañante. Asimismo, era la trabajadora que tenía mayor cercanía con los y las pacientes y sus cuidadores (as) ya que les causaba admiración por su experiencia de vida que se resignificó desde la fortaleza.

Cuando escuchamos del problema entre nuestra jefa y la directora, hablamos honestamente entre nosotras como equipo y expresamos nuestros sentires y nuestros miedos con respecto a la investigación, porque así como en décimo, habían demandas institucionales que nos requerían un terreno de investigación y después de no haber encontrado oportunidades en otros lugares surgió la duda de que pasaría con la investigación, es así que contactamos con nuestro lector Emmanuel Pontones quien nos contuvo durante algunas horas, pudimos encontrar otras oportunidades de hacer investigación incluso fuera de la asociación. Es ahí donde discutiendo entre nosotras se menciona por primera vez la oportunidad de hacer la investigación con los cuidadores afuera de los hospitales<sup>13</sup> y tomamos la decisión de que si nuestra jefa renunciaba, nosotras nos salíamos de la asociación con ella, porque consideramos que no había un espacio para nosotras (físico ni afectivo), ni una oportunidad para nuevas ideas; además, no creímos que la humillación hacia nosotras fuera necesaria y que nuestra presencia ahí ya no era grata para nadie (ni para nosotras). Además, la firmeza con la que nuestra jefa nos defendió ante la directora, nos dio la confianza para renunciar.

Después de esta crisis en el equipo y como última opción ante la presión institucional de la universidad, decidimos ir al Centro Médico Nacional Siglo XXI a ver si nos era posible ingresar a hacer algún voluntariado o servicio social, pero ese acceso se nos volvió a negar por cuestiones burocráticas que tomaban mucho tiempo. Ante la decepción y el estrés, decidimos caminar para conocer sus alrededores y ubicar las entradas de cancerología. Esto nos permitió entender cómo estaba estructurado el hospital no solo en el plano arquitectónico (que tan grande es, las puertas que tenía y lo que había a sus alrededores), si no cómo es su organización (la manera en la que se maneja externamente). En un principio todo

---

<sup>13</sup> Dada nuestra insistencia por entrar a un hospital, fuimos con anterioridad a tocar puertas al INCAN lo que nos llevó a tener nuestra primera observación de los cuidadores afuera en la calle y que nos dio la oportunidad de verlo como una opción de intervención-investigación más adelante.

era desconocido y era mucha incertidumbre, no conocíamos el espacio, pero queríamos de alguna manera tener algún acercamiento con algún cuidador/a.

Estaba lleno de desechos y ruido, basura abundante en las jardineras, tráfico, el paso de las ambulancias a toda velocidad con sus sirenas prendidas que llamaban la atención de todos alrededor, los cláxones en todo momento. Esto llegó a ser abrumador, ya que pasaban tantas cosas a la vez y porque fue incongruente con la idea que teníamos en torno a lo que es un hospital, como un espacio que estuviera en calma, limpio y en silencio. Pero la realidad es otra, por lo que sin saber nada y movidas por la curiosidad, seguimos caminando un poco más hacia los alrededores del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Durante este andar-vagabundeo por la zona sin una ruta fija, llegamos hasta el Hospital General de México y el Hospital Infantil de México Federico Gómez, lo que aumentó la cantidad de cosas que veíamos, como puestos ambulantes, personas, algunas cuidadoras que estaban en el suelo o en sus casas de campaña improvisadas. No sabíamos hacia dónde caminábamos, pero incluso desde la primera visita, nos dimos cuenta de la situación de vulnerabilidad que viven las cuidadoras.

Cabe señalar que el andar-vagabundeo no sólo implicó transitar la zona, sino que buscábamos estar presentes en el espacio, disponernos para que nuestro cuerpo percibiese todas las sensaciones de dolor, sufrimiento y cansancio de estos lugares, que no se limitaban a lo observable, sino también al tema recurrente de los malos olores, los cuáles provenían de distintas partes como: del olor penetrante a orines, heces, olores que desprendían de las coladeras que se encontraban justamente por la entrada de cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, un lugar de espera destinado para las cuidadoras y enfermos que venían para sus citas o para tomar camiones de regreso a sus estados de origen.

En un inicio, andábamos en la búsqueda de los cuidadores de pacientes oncológicos (como ya se mencionó), al tratar de identificarlos, lo hacíamos por medio de los turbantes en las cabezas de los/las pacientes, lo que nos llevó a cuestionarnos nuestros propios prejuicios acerca de esta enfermedad: ¿por qué identificamos a una cuidadora de un paciente con cáncer sólo por su turbante? Esto nos obligó a problematizar el alcance y a los sujetos/sujetas de esta investigación, por lo cual, concluimos que el terreno de investigación nos exigía abrir nuestro

trabajo a todos y todas las cuidadoras, sin importar la enfermedad que tuviera su paciente, ya que estas condiciones de precariedad y violencia, no se limitaban únicamente a quienes padecen y cuidan a sujeto/as con cáncer, sino a más enfermedades, y que si lo pensamos, también era nuestro dispositivo de investigación-intervención operando desde nuestras implicaciones y posicionamiento.

Con el paso de las visitas, nos empezamos a familiarizar más con estos espacios y empezamos a andar rutas específicas, que generalmente iniciaban en el Siglo XXI, después el Infantil y por último el General, para volver a regresar al Siglo XXI; muchas veces repetimos esas rutas, más de una vez al día. Durante nuestros largos andares, observamos que la gente toleraba malos olores, comían y esperaban en esas condiciones, ya que era lo único que podían hacer a falta de espacios dignos; también escuchamos sobre la falta de medicamentos o algunas noticias sobre el fallecimiento de personas. Aquí empezaron a cobrar sentido muchas de las cosas que para nosotras no tenían relación, cómo estos sujetos, sus afectos, sentires, dolencias y vulnerabilidades se tejen ante la necesidad de espera de las cuidadoras en su cotidianidad afuera de los hospitales públicos, y que no sólo son cuidadoras, sino que incluso las demás personas, son conscientes de esta situación y toman acción con la intención de apoyarlas.

También, nos relacionamos con el espacio al aceptar volantes que nos daban, y entablar algunas pláticas informales con los vendedores de comida, sobre todo un chico que vendía tortas justo frente al hospital Siglo XXI, con quién nos presentamos como psicólogas en formación y le contamos que estábamos realizando una investigación sobre las cuidadoras mientras comíamos sentadas en unos bancos en la calle. Su plática, junto con lo que previamente ya habíamos escuchado y observado, nos permitió entender el problema como algo mucho más amplio, que se despliega en todos los aspectos de la vida y del espacio, y que no puede reducirse únicamente a las cuidadoras en la espera, su cuidado, la precarización, sino que este incluía también a los vendedores y las personas que habitan las calles que se termina influyendo y forjando lazos afectivos en estas circunstancias.

Porque dentro de este vagar por la ciudad pudimos entender y ver cómo la crisis no termina en la puerta de las instituciones de salud, sino que se derrama

hacia el espacio público, exponiendo a las personas cuidadoras a entornos profundamente hostiles. A las afueras de los hospitales, donde la infraestructura es insuficiente y el diseño urbano brilla por su ausencia y no permite habitar, el acto de esperar se convierte en una resistencia ante la necesidad.

Entre nuestras limitaciones, encontramos a la inseguridad del espacio como un problema que no sólo afecta a las personas que habitan o que transitan estos lugares, ya que nuestra intervención se vio también limitada ante esta situación de riesgo. Nosotras queríamos ir y quedarnos con las cuidadoras (sentadas en cartones) en la noche, sin embargo, el señor dueño de un hostel, nos recomendó que por nuestra seguridad lo mejor era no quedarnos en la noche solas ya que frecuentemente asaltaban a las cuidadoras o las acosaban, y que si lo íbamos a hacer, lo mejor era buscar un hotel o un hostel donde hospedarnos, e ir a una visita rápida en donde están las cuidadoras.

La noción de dispositivo de intervención-investigación nos permite admitir que nuestra mirada, intervención, escucha y redacción no son contingencia o meras casualidades, sino más bien es un entramado en donde convergen nuestras sujetas y sujetos estudio con sus contextos y condiciones de posibilidad, pero también nuestras implicaciones como investigadoras y sujetas a la vez que nos construimos conjuntamente en el proceso de investigación-intervención. Es por ello, que a partir del entendimiento al que llegamos de lo que conlleva ser cuidadora, tomamos decisiones no sólo teóricas, ontológicas y epistémicas (como en los antecedentes, problematización y posteriormente en nuestro análisis), sino también en la búsqueda de una fundamentación teórico-metodológica que nos permitiera dimensionar y dar cuenta de este problema social en todos sus pliegues considerando las condiciones en las que las cuidadoras viven su cotidianidad de espera en las afueras de un hospital público de la Ciudad de México.

### **Fundamentación teórico-metodológica**

En este sub-apartado del dispositivo de intervención-investigación, se concentran las discusiones teórico-metodológicas a partir de las cuales se construyó y pensó esta investigación, así como también se explicitan las técnicas que, para nosotras, fueron las más pertinentes en términos de lo que queríamos dar cuenta

(posicionamiento) y las teorías-nociones a partir de las cuales entendemos la realidad que investigamos y que se presentan en la redacción de este trabajo; además, aquí se articula como a partir de nuestros encuentros con nuestras sujetas (os) de investigación y con los otros, nos lleva a pensar en otras de alternativas de intervenir-investigar en el terreno de investigación.

El enfoque central de este trabajo es la investigación cualitativa fenomenológica, la cual, de acuerdo con Taylor & Bogdan (1982), la describen como aquella que se construye mediante las descripciones obtenidas de distintas maneras como puede ser el habla, la escritura o la conducta de las personas, de las cuales, se puede obtener una perspectiva de cómo los sujetos perciben su realidad en sus propios contextos (Taylor & Bogdan, 1982). Para nosotras, pensar esta investigación desde este enfoque, nos permite entender que más allá de una estadística, de un dato o de un diagnóstico de una cuidadora, hay una experiencia que se ve obturada, hay afectos que se minimizan y que hay vidas que necesitan ser escuchadas. Nos alejamos completamente de lo cuantitativo y proponemos pensar, que en efecto, los problemas sociales se escuchan, se observan y se escriben.

Para obtener una mayor profundidad en la elaboración de esta investigación también utilizamos la epistemología feminista y la transdisciplinariedad, las cuales, se cuestionan tanto por el posicionamiento de los conocimientos y modelos tradicionales debido a la exclusión de ciertas experiencias y voces relacionadas a una estandarización hegemónica patriarcal, y a la construcción del conocimiento desde una sola disciplina o desde las más dominantes. Esto nos permite situarnos y situar esta investigación mediante la comprensión, reflexión y crítica en contra de esta invisibilización que normaliza bajo las estructuras de poder que permiten que estas situaciones de violencia continúen (Cornejo Hernández, 2016).

Además, esta investigación se elabora desde el acuerdo, de que nosotras somos psicólogas en formación con un enfoque social y de investigación, pero también somos mujeres, somos mexicanas que viven en la zona centro del país, y somos personas que nos construimos constantemente, lo que nos exige mencionar que el conocimiento y los aportes de esta investigación, no son neutrales ni objetivos, que nuestros procesos de investigación-intervención e implicaciones también están plasmados en el contenido de este proyecto a partir de la

operatividad del dispositivo de investigación-intervención y que aluden a nuestros deseos, sentires, experiencias, demandas, afectos, observaciones y escucha en el terreno de investigación (Ardoino, 1997), lo que también coloca a este trabajo como un producto de carácter ético-político que tiene sus efectos en la realidad social.

Dentro de este enfoque cualitativo, nosotras decidimos utilizar diferentes técnicas que consideramos tienen una mayor pertinencia teórica y metodológica, entre las cuales se encuentran:

La observación participante mediante la cual, logramos observar las dinámicas de cotidianidad de las cuidadoras y los diferentes sujetos que conforman parte del espacio hospitalario. Esto nos permitió, en cierto nivel, tener un acercamiento experiencial con estas personas en algunos momentos y tiempos que ocurren en el contexto de su realidad. Así mismo, nos permitió obtener una comprensión profunda de las interacciones y comportamientos dentro de este. La participación se divide en dos formas en las que se interactúa con el espacio, la primera es la pasiva, donde se limita a la observación del entorno, y la segunda es la activa, que implica entablar diálogos con los sujetos. Aunque en su gran mayoría intentamos llevar una participación pasiva debido a las condiciones de cansancio, afectivas y de gravedad de la situación con las cuidadoras, tuvimos cierta participación activa con los demás sujetos que al igual son parte de este espacio, como con las personas que piden dinero al escuchar las razones por las cuales estaban necesitando dinero o con algunos policías que no nos dejaron ingresar a los hospitales (Marradi, *et al.*, 2018).

Otra técnica fue la conversación, que contraria a las entrevistas que se caracterizan por realizar preguntas dinámicas y fluidas, esta busca generar una naturalidad y horizontalidad al ser espontáneo y naturales, para que el sujeto sea quien decida entablar la conversación y pueda expresar de una manera libre sus experiencias, sentimientos, preocupaciones, etc., lo que nos permitió tener un acercamiento a las experiencias que se viven y que se afectan en este espacio (González, 2006).

Al igual que en la observación, las conversaciones se entablaron con algunos vendedores, como un chico que vende tortas, el cual, nos platicó su experiencia y su implicación al ser consciente de los problemas económicos y afectivos que viven las

cuidadoras en su día a día, y que, en muchas ocasiones, les ayuda regalándoles una torta, un café o simplemente escuchando su historia. Otra conversación que tuvimos, fue con un chico que trabaja en una farmacia, el cual nos contó (que al igual que el otro chico) era consciente de los problemas que aquejan la experiencia de las cuidadoras, y que en muchas ocasiones van a la farmacia a buscar medicamentos faltantes o material quirúrgico y de curación con la idea de que ahí lo pueden tener o que puede ser más económico al ser medicamentos genéricos.

Una de las técnicas que se había considerado muy en el principio de nuestra investigación y que quedó plasmada en nuestro avance de décimo trimestre era la entrevista individual o grupal, pero una vez en el terreno de investigación y en nuestro encuentro con las cuidadoras, llegamos a conclusión de que esta técnica de intervención-investigación no era pertinente debido a que la situación de violencia y vulnerabilidad que viven las cuidadoras era tal, que si abríamos sentires a partir de una entrevista, nos sería difícil generar una continencia (dejar que los sentires salgan sin desbordar a la sujeta (o), sabiendo que la situación de afectos y sentires de las cuidadoras se encuentran al límite<sup>14</sup>; además, creímos invasivo pedir entrevistas sabiendo que están cansadas y consideramos que no era el lugar ni el momento para acercarnos a ellas, es por ello, que optamos por lo que más adelante llamamos andar-vagabundeo<sup>15</sup>, proceso mediante el cual nos permitió identificar nuestros propios andares que en algún punto de la investigación, se entretejieron con las rutas de las cuidadoras, a las que luego nombramos como rutas de vulnerabilidad. Esto nos permitió superar las dificultades de acercarnos directamente con las cuidadoras, porque, ¿Qué podríamos hacer nosotras como psicólogas en formación ante un desborde en un espacio que se caracteriza por la precariedad, el sufrimiento y la crisis?

### **El andar y el vagabundeo**

El andar y el vagabundo son conceptos que se han estudiado aislados, pero en nuestro proceso de escritura decidimos juntarlos y hacer un juego de palabras que

---

<sup>14</sup> Esto se visibilizó durante nuestro andar por las rutas de vulnerabilidad en donde escuchamos y observamos a cuidadoras llorando, lo que movió sentires también en nosotras.

<sup>15</sup> Utilizamos la palabra vagabundeo desde nuestra experiencia como investigadoras para hacer referencia a este proceso de andar o “vagar” sin rumbo en nuestro terreno de investigación.

nombrara lo que hacíamos cuando caminábamos en el terreno de investigación sin rumbo, es por ello que se presenta aquí como una propuesta metodológica.

El andar como práctica política que revela la cotidianidad de los sujetos y sus realidades sociales, el cual, de primera instancia se realizó dada nuestra necesidad de encontrar un terreno de investigación a consecuencia de los acontecimientos que se suscitaron en la asociación donde planeábamos hacer esta investigación en un principio. Andar las calles que rodean a esta zona de hospitales de la Ciudad de México, inicialmente fue para que nosotras nos pudiéramos familiarizar con este espacio e identificar las entradas principales, sin embargo, con el paso de las visitas y nuestro acercamiento al terreno, dimos cuenta de que caminar, mientras observábamos, escuchábamos y teníamos una que otra conversación, se convirtió en la técnica de esta investigación-intervención.

De esta manera, no sólo nos permitió conseguir información importante para este trabajo sino que también, a medida que caminábamos, creaba sentidos y experiencia para entender la problemática y que, además, de un proceso singular (como el andar) permite comunicar procesos sociales y re-conocer (mirar desde otro lugar) aquello que recorreremos cotidianamente, “caminar reduce la inmensidad del mundo a las proporciones del cuerpo” (Le Breton, 2021, p. 42). Esto a su vez nos permite entender “la calle” como un espacio público de encuentro en donde se despliegan relaciones afectivas interpersonales y la existencia de distintos modos de habitarlas, lo que sitúa el andar (desde la corporalidad) como una dimensión para comprender formas de relación social (Rodigou, 2008; Aguilar, 2017; Ministerio de educación, cultura y deporte, 2016).

### **La cartografía**

Para profundizar en el espacio producido de cuidado donde se encuentran las cuidadoras, utilizamos **la cartografía**, como un método de producción de conocimiento que da cuenta de los procesos de experiencia de los sujetos, y que se basa en representar mediante un mapa, no sólo el espacio físico, sino que también da cuenta de las relaciones sociales que se constituyen y se producen en terreno, el cual, está en constante movimiento. Además, visibiliza la realidad de los sujetos que

conforman este espacio, y permite mostrar las distintas trayectorias, pero que nunca reflejan una realidad absoluta (Rey & Granese 2018).

Esto en un principio era enteramente sobre las cuidadoras, pero debido a que en el espacio conviven más sujetos, la investigación nos demandó poner atención en que las dinámicas de cuidado eran más amplias e involucran otros tipos de relaciones sociales en estos espacios, como los vendedores, la banda de calle, transeúntes, policías, etc. Por la cual, esta metodología era la más asertiva para lo que queríamos dar cuenta, que eran los anudamientos, desanudamientos que se enlazan, desenlazan, se sueltan, se ligan o se re-anudan de un rizoma<sup>16</sup> según sea la dinámica (Fernández, 2002).

Desde esta perspectiva, el interés no consistió en elaborar un plano objetivo del lugar, sino en construir un mapa de aquellas relaciones, tensiones, prácticas y acontecimientos que configuraban cotidianamente las rutas de las cuidadoras. En este sentido, retomamos a Rey y Granese (2018), quienes plantean que cartografiar no implica reproducir un territorio ya dado, sino acompañar los procesos mediante los cuales éste se produce, atendiendo a los movimientos, conexiones y afectaciones que lo atraviesan.

De este modo, la construcción de la cartografía fue resultado del conjunto de recorridos realizados durante el trabajo de campo. A través del andar, el vagabundeo controlado, la observación participante, las conversaciones informales y el registro sistemático en los diarios de campo, comenzaron a aparecer ciertos elementos que, aunque podían parecer secundarios desde una lógica descriptiva, adquirirían una centralidad particular en la experiencia cotidiana de las cuidadoras. No se trató únicamente de registrar calles, hospitales o accesos, sino de identificar aquellos puntos donde se concentraban las esperas, los intercambios, las prácticas de cuidado, los conflictos, las economías informales y las distintas formas de sostener la vida fuera del hospital. Fue precisamente el carácter reiterativo de estos acontecimientos durante nuestros recorridos lo que nos llevó a intervenir el mapa.

---

<sup>16</sup> Se usa para referirse a los tallos que se cruzan y desarrollan, con líneas de fuga y nuevas conexiones y que no tiene un sólo significado; no tiene inicio ni fin, y que se anuda según las relaciones sociales de los sujetos.

Desde esta perspectiva, la cartografía no pretende ofrecer una representación exhaustiva ni definitiva del territorio. Constituye, más bien, una lectura situada del proceso de investigación que hace visibles las relaciones que producen ese espacio y las formas en que las cuidadoras lo habitan, lo transforman y lo resignifican cotidianamente. El mapa expresa una de las posibles configuraciones del territorio construida desde nuestra intervención-investigación y permite visualizar cómo las redes de vulnerabilidad se despliegan en estrecha relación con la organización espacial, institucional y afectiva que sostiene el cuidado fuera del hospital. En la página siguiente, se muestra el mapa obtenido.

### Cartografía. Figura 5

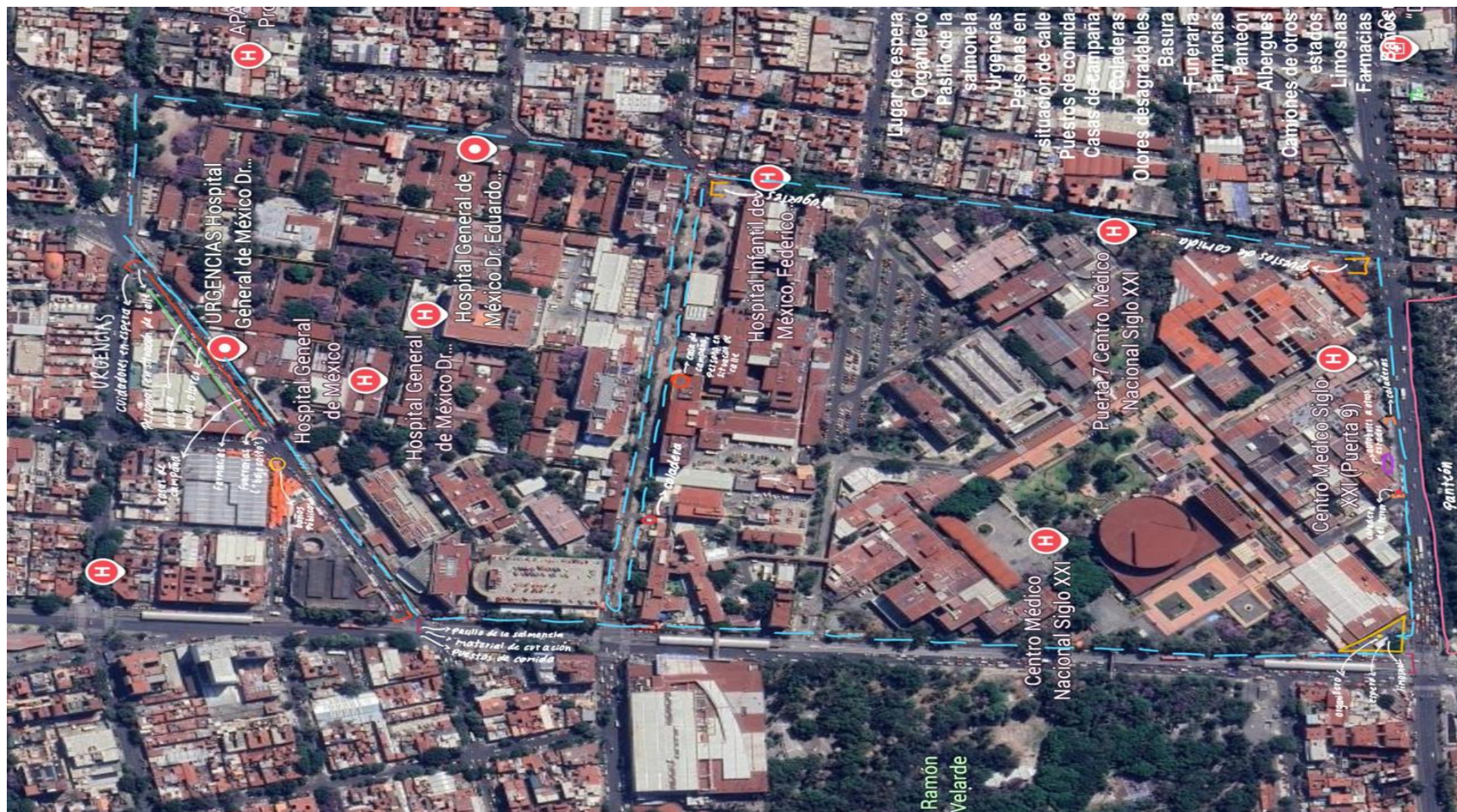


Imagen 5 recuperada de Google Earth el 16 de marzo de 2026.

Posteriormente, decidimos intervenir con Canva la imagen recuperada del mapa de Google Earth y lo convertimos en una imagen blanco y negro para que los elementos gráficos (de colores) pudieran resaltar. El objetivo de esta cartografía es destacar elementos simbólicos que se nos presentaron a lo largo de nuestras visitas en el terreno de investigación y que se asomaban en nuestros diarios de campo-investigación como resultado del vagabundeo y de nuestro andar por las rutas de vulnerabilidad de estas cuidadoras. La intervención de este mapa, nos permitió colocar estos elementos que, como se observa, se concentran en tres zonas, que son las entradas principales de los tres hospitales ya mencionados en esta investigación. Entre estos elementos, se observan puestos ambulantes, malos olores, franeleros, algunas coladeras, la circulación de autos, etc. Además, presentar el mapa nos permite localizar las zonas exactas en las que se encuentran estas cuidadoras.

Así pues, todos estos elementos se encuentran aglomerados y sin un orden, a simple vista parece que no tiene lógica ni coherencia. En cada visita, se nos presentaban cosas nuevas que no habíamos visto las veces pasadas, lo cual, nos llamaba la atención y muchas veces perdimos de vista a las cuidadoras; por ejemplo, cuando empezamos a notar a los/las vendedoras o cuando visita tras visita empezamos a notar a más banda de calle afuera de los hospitales, lo que nos descolocaba: ¿qué era lo que estaba pasando?, ¿quiénes eran y por qué estaban ahí?, ¿se relacionaban con las cuidadoras y por lo tanto con nuestra investigación? Nuestro dispositivo de investigación-intervención nos ayudó a problematizar lo observado y a encontrar (lo que ahora llamamos) un espacio producido en donde hay una multiplicidad de sujetos como las cuidadoras, vendedores, vendedoras, banda de calle, policías, transeúntes, etc., y que es donde justamente se entretejen y forman nudos<sup>17</sup> que dan paso a las redes de vulnerabilidad. En medio de lo que parece un desastre, estos espacios tienen sus dinámicas, afectos, significados e imaginarios.

En las páginas siguientes se muestran las señaléticas, es decir, qué significa cada elemento del mapa intervenido.

---

<sup>17</sup> Nudos de hilos deseantes, institucionales, históricos, económicos y sociales que se atraviesan con los juegos de poder, elementos simbólicos e imaginarios.

Cartografía. Figura 6

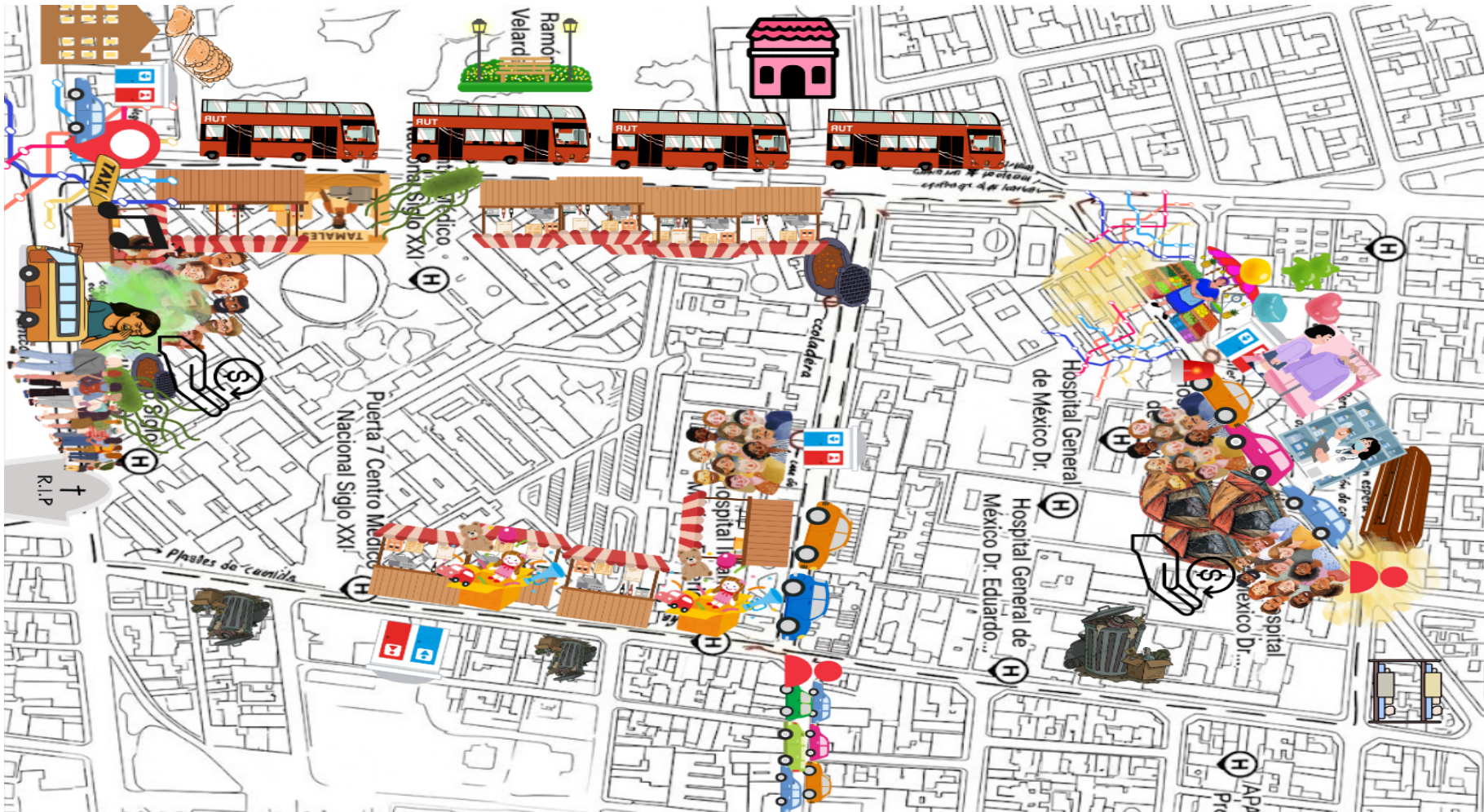


Imagen 6, mapa intervenido desde Canva el 19 de marzo de 2026

## Señaléticas. Figura 7



Imagen 7, íconos intervenidos desde Canva el 19 de marzo de 2026

## **Diarios de campo e investigación**

En otro orden de ideas, es importante destacar que recurrimos al **diario de campo-investigación** como herramienta para el registro y sistematización de la información recuperada y producida en terreno. El diario es una herramienta utilizada dentro de la etnografía y la psicología social, mediante la cual, el/la investigador/a va realizando diferentes anotaciones y en algunos casos grabaciones durante su estancia en el terreno de investigación. Esto incluye sus pensamientos o sentimientos, con la finalidad de que las anotaciones documenten experiencias o datos relevantes de la vivencia de estar ahí, razón por la cual, adquiere un carácter personal que permite estar en una constante reflexión de lo que sucedió durante la intervención (Restrepo, 2018).

Sin embargo, además de hacer estos diarios de individuales, también recurrimos a lo que nosotras más adelante llamamos diarios de campo-investigación compartidos en el que convergen nuestros sentires, pensamientos, experiencias, vivencias e ideas en un mismo diario, y que nos fue muy útil para redactar principalmente las imágenes que se presentan más adelante en el análisis (Lourau, 2001).

Por otro lado, cuando hablamos de terreno de investigación, nos referimos a las metáforas de campo y terreno; por una parte, el campo refiere a la metáfora campesina de que el “campo” en sí mismo, se encuentra cercado, tiene delimitaciones espaciales precisas y es accesible a la mirada. Abordar esta investigación desde el campo determinaba pensar que las cuidadoras se limitaban a estar en un espacio físico determinado, pero si insistimos que el hospital está en crisis, y que esa crisis desborda el cuidado a un espacio diferente que se extiende y por ende se construye, nos lleva a pensar más bien en el terreno de investigación, como aquel que es producido en el tiempo y tiene una dimensión histórica, que no siempre se alcanza a ver, pero que ante esta limitante, se puede escuchar el espacio simbólico, físico e imaginario, la memoria (Aresti de la Torre *et al.*, 2023).

## **El análisis a través de analizadores**

Para sustentar el análisis teórico de esta investigación decidimos construir imágenes a partir de analizadores, que según el análisis institucional, son acontecimientos

(algo o alguien) que visibilizan las contradicciones y tensiones de la institución (instituido) que emergieron en nuestro andar-vagabundeo y que se encontraban escritos en nuestros diarios de campo-investigación (individuales o compartidos), los cuales, fueron organizados según las categorías de análisis y del hilo conductor que queríamos para el siguiente apartado (Lourau, 2001).

Para finalizar este apartado, queremos aclarar que esto es creación propia, sin embargo, recurrimos a la IA (CHAT GPT)<sup>18</sup> para realizar una revisión exhaustiva en la ortografía, sintaxis, errores dactilares y para ajustar las referencias y citas textuales al formato establecido.

**Figura 8**



Imagen 8. Google. (Noviembre 2024). [Mapa satelital de la zona de hospitales, Cuauhtémoc, Ciudad de México]. Google Maps. Recuperado el [15 de marzo de 2026], de <https://www.google.com/maps/place/Hospital+General+de+M%C3%A9xico+Dr.+Eduardo+Liceaga/@19.4116387,-99.1547376,3a,75y,118.59h,76.5t/data=!3m7!1e1!3m5!>

<sup>18</sup> El PROMPT que utilizamos como una herramienta de búsqueda y correcciones fue: me podrías ayudar con un revisión exhaustiva en la ortografía, sintaxis, error dactilares y si las referencias y citas textuales estaban dentro del formato APA 7 establecido.

## **Tabla de analizadores**

Esta tabla fue construida en un inicio al empezar a analizar los diarios de campo-investigación (individuales y compartido) para facilitar el ir relacionando los analizadores, las imágenes y las nociones teóricas.

Partimos de experiencias muy puntuales que emergieron en nuestro andar-vagabundeo en el terreno de investigación y que estaban plasmadas en nuestros diarios de campo-investigación individuales y compartido, por ejemplo, la observación de las cuidadoras foráneas a la espera de los autobuses, esto después se tradujo en el entendimiento de un problema social en específico, en este caso, la movilización de los pacientes (y sus cuidadoras) de otros estados de la República a la Ciudad de México. Posteriormente buscamos que estos problemas se tejieran entre ellos para tener un hilo conductor en la redacción de las imágenes y del análisis; una vez categorizados por ejes de análisis, buscamos nociones o conceptos que nos permitieran abordar teóricamente estos problemas sociales; por último, nos dispusimos en buscar autores (as) que no solo profundizaran teóricamente estos problemas, sino que también tuvieran el enfoque que necesitábamos para dar cuenta la mayoría de pliegues de esta investigación.

| Analizadores                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       | Nociones, Conceptos y Categorías                                                                                                                                                                                   | Autores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Imágen 1<br/>(Analizador)<br/>Pensar un título para este analizador<br/>“El día que tu mamá se enferme” - despliega los siguientes elementos</p> | <p>Movilización de pacientes y cuidadoras<br/>Emergencias<br/>Centralización de la salud<br/>Rechazo (falla) institucional<br/>violencia institucional<br/>Dimensión económica-trabajo<br/>Género</p> | <p>Biopolítica<br/>Tanatopolítica</p>                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• maria ines y foucault: hospital</li> <li>• tanatopolítica: Sayak Valencia</li> <li>• estado de excepción Giorgio Agamben (desde necropolítica)</li> </ul>                                                                                                                                             |
| <p>Imágen 2<br/>(Segundo analizador<br/>carácter instituido de la institución)<br/>Apela al espacio</p>                                             | <p>Viene Viene<br/>Primera impresión dentro y fuera<br/>Espacio banqueta y calle<br/>Dinámicas afuera del hospital<br/>Ingreso al hospital (reja)</p>                                                 | <p>Apela al espacio- heterotopias -<br/>espacio de desviación<br/>Tiempo y temporalidad<br/>Tiempo y espacio<br/>Memorias de lo material y afectiva<br/>Producción del espacio Lefebvre<br/>Cuerpo disciplinar</p> | <p><b>YA EN ANÁLISIS 2&amp;3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital</li> <li>• Heterotopia</li> <li>• Espacio</li> <li>• Poder</li> <li>• Redes de vulnerabilidad</li> <li>• Línea de fuga</li> <li>• Resistencia</li> <li>• Triage</li> <li>• Agenciamiento</li> <li>• Cuidadoras</li> <li>• Afectos colectivos</li> </ul> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         | <b>FALTA 2&amp;3</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• producción de espacios</li> <li>• espacio de desviación</li> <li>• tiempo y temporalidad</li> <li>• cuerpo disciplinario</li> <li>• memoria colectiva</li> <li>• sensaciones</li> </ul> |
| <p>Imágen 3 (cómo se vive el espacio en la cotidianidad)</p> <p>Forma de relacionarnos con el lugar - afecto y afección</p> <p>Ejes analíticos (</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensaciones (afectos o sensaciones)</li> <li>• Redes de vulnerabilidad</li> <li>•</li> </ul> | <p>Construcción de redes de vulnerabilidad entre cuidadoras, vendedores informales, personas en situación de calle, policías</p> <p>Señora que gritó fuera del hospital</p> <p>Seguridad</p> <p>Personas que piden dinero</p> <p>Casas de campaña</p> <p>Espera</p> <p>Mala pavimentación de las calles</p> <p>Miedo</p> <p>Olores</p> <p>Hostales 350 por 24 hrs tenia internet regaderas, camas, baño, 150</p> <p>Higiene</p> <p>Familia</p> <p>3 señoras llorando porque no hay medicamentos y no pueden costearlo</p> <p>Señora del infantil</p> <p>Dinero</p> | <p>Ejes analíticos (</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afectos</li> <li>• Redes de vulnerabilidad</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |  |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--|
|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |  |
| Imágen 4 (tensiones de las necesidades que la institución no cubre) | <p>Comida más allá de ser cara es un gasto hormiga y la preocupación no les permite movilizarse tanto -tortas, tacos, tipo de comida</p> <p>Personas que piden para comer, cuidados paliativos, funeral, panteón, transporte - dinero</p> <p>Muerte Panteón, funerarios baratas</p> <p>Farmacias (simi) - puestos de la calle, material de curación, etc.</p> <p>Casas de campaña</p> | Contradicciones -Manero-<br>Falla institucional |  |
| Imágen 5                                                            | <p>Asociación (es), Albergues, Comederos</p> <p>Personas que reparten comida - Institucionalización</p>                                                                                                                                                                                                                                                                               | asistencialismo de cubrir esas tensiones        |  |

Fuente: Elaboración propia

## **Análisis**

Ruta de la vulnerabilidad: siguiendo el andar de una cuidadora

*Las siguientes imágenes se presentan como una construcción narrativa que se produce no únicamente desde nuestras experiencias en el terreno de investigación, sino también desde nuestras experiencias e implicaciones como cuidadoras, psicólogas en formación y como investigadoras. Se piensan, se escriben a partir de extractos de nuestros diarios de campo-investigación, de materiales que forman parte de la memoria colectiva como videos de entrevistas, notas periodísticas, y algunas pláticas informales con el personal del sector público de salud y personas que habitan los espacios de cuidado.*

*Estas a su vez, están escritas en segunda persona lo que no es accidental. Queremos aclarar y enfatizar que es nuestro posicionamiento respecto a nuestra propia investigación, pues insistimos en que, las siguientes imágenes no son producto de nuestra imaginación, y con confianza afirmamos, que si usted lector o lectora, visita alguno de los hospitales que se mencionan en esta investigación o entabla una plática con una cuidadora de algún paciente de estos hospitales, las imágenes no están nada alejadas de la dolorosa realidad que se vive en la cotidianidad.*

**Figura 9.** *El cuidado no se queda en casa* [Imagen de la captura de pantalla]



Imágen 9. **Nota.** HOSPITALES PÚBLICOS: imposible conseguir cita - Ruido Social, por Eva Maria Beristain, 2025, YouTube (<https://www.youtube.com/watch?v=gDdPyjg7lys>)

**“El cuidado no se queda en casa”**

**Zumpango, Estado de México 6:00 a.m.**

*Una mañana despiertas esperando la misma rutina de todos los días. Te levantas a las 6 de la mañana, tomas un baño rápido y te dispones a hacer el desayuno para tu familia. Despiertas a tus hijos, los ayudas a peinarse, cambiarse y los acompañas a tomar algo rápido antes de irlos a dejar a la escuela. Regresas a casa apurada con la intención de irte lo más pronto al trabajo, pero te percatas de que tu mamá, una persona de la tercera edad, está sintiendo un fuerte dolor abdominal que es insoportable y que la tiene en cama sin poder moverse por su propia cuenta. Decides ayudarla a vestirse, buscas sus papeles de identificación, tomas el poco dinero que tienes y con la preocupación de que te van a descontar el día, la acompañas al médico porque al final, lo más importante es la familia.*

*Ninguno de los integrantes de tu familia tienen seguridad social (IMSS), por lo que tienes que buscar atención médica en unidades de salud pública que atiendan a personas sin derechohabiencia. Toman un taxi para el centro de salud más cercano, les dan una ficha y esperan 3 horas para poder pasar a revisión con un médico. Una*

***vez en el consultorio y después de la auscultación<sup>19</sup>, el médico no puede determinar un diagnóstico porque requiere estudios de laboratorio y/o de imagen, así que regresan a casa con medicamento para disminuir el dolor y órdenes médicas para realizarse los estudios pertinentes costeándolos por su propia cuenta.***

***Durante la noche, el dolor se acrecienta y tu mamá ahora llora de la desesperación a causa del malestar físico, así que toman la decisión de ir al hospital más cercano, abordan un segundo taxi y las acercan al hospital. Un policía las recibe en la reja de la entrada pero no les permiten el acceso debido a que no hay médicos de guardia y les sugiere que busquen otro hospital para la atención.***

***Al ver que la única opción disponible en tu Estado no le da el servicio, buscas como trasladarse a un hospital de “México”<sup>20</sup>. Al no tener apoyo de ningún otro familiar y no contar con un auto propio, sólo queda abordar otro taxi aunque te cobre una parte importante de tu salario, varios taxistas se niegan a llevarlas por miedo, ya que si la situación de salud de tu mamá empeora en el taxi, ellos pueden tener un problema legal. Así pasan varios minutos hasta que alguien se “apiada de ustedes” y las lleva a la Ciudad de México. El Hospital Balbuena es su opción más cercana, en cuanto entran al área de urgencias, hay una larga fila para el triage<sup>21</sup>, así que tienen que esperar aproximadamente una hora hasta que llegue su turno. Una vez se realiza la evaluación, el personal te informa que están saturados y que el tiempo de espera es muy largo ya que tu mamá no es prioridad en atención. Así pasan horas con la esperanza de que las atiendan, pero siguen llegando urgencias médicas con mayor prioridad y el tiempo de espera ya sobrepasa las 4 horas así que en una decisión desesperada deciden salirse y buscar atención en otro hospital.***

***Al salir escuchas el murmullo de la gente que habla sobre dirigirse al Hospital General porque hay más posibilidad de atención, ya que aunque la espera sea larga, hay más posibilidad de que te atiendan. Así, llegan a uno de los hospitales públicos de alta especialidad más grandes de la Ciudad de México: el Hospital General de México.***

---

<sup>19</sup> Procedimiento médico mediante el cual hay una exploración física para llegar al diagnóstico de alguna enfermedad

<sup>20</sup> Nos referimos a la expresión que se usa comúnmente en otros Estados para referirse a la Ciudad de México.

<sup>21</sup> Escala que permite atender de manera oportuna a cada paciente dependiendo de la gravedad de su situación, aunque todos los pacientes son atendidos, se prioriza la atención para salvar la vida de la persona que llegue en una situación de salud más crítica (Gobierno de México, 2026).

Para realizar el análisis teórico de esta investigación, recurrimos a la noción de **poder** desde la línea de pensamiento de Michael Foucault (2002), quien lo entiende no como una práctica que se tiene o no se tiene desde la diferencia material de clases, sino que lo complejiza y analiza como una multiplicidad de redes de fuerzas que se ejercen como relación social y que, es a través de la experiencia, que el sujeto es producido, en tanto sujeto hablante, pensante y actuante.

Este ejercicio de poder se ve atravesado por intereses productivos que sujetan y condicionan la vida de las personas, es decir, la manera en la que viven, piensan y entienden su realidad y a ellos mismos. Esto se lleva a cabo a través de distintas estrategias creativas que son mediadas por dispositivos, tecnologías y técnicas que posibilitan el funcionamiento de estas redes, las cuales a su vez, van desde algo macro que se ejerce a gran escala como lo institucional, hasta lo micro, que se ejerce en los detalles por medio del disciplinamiento de los cuerpos, y que se normaliza a tal punto de pasar desapercibido en las prácticas cotidianas de la vida social (García Canal, 2002; Foucault, 2002).

Estas redes de poder han operado sigilosamente a lo largo del tiempo y han permitido y facilitado el funcionamiento del sistema capitalista que produce y reproduce sujetos funcionales para sus intereses de producción. Para que esto ocurriera, estratégicamente se utilizaron dispositivos que naturalizan prácticas cotidianas que a simple vista, no son percibidas como un problema al estar profundamente arraigadas en el tiempo, los discursos y la historia (García Canal, 2002; Foucault, 2002).

Entre estas prácticas cotidianas, encontramos al trabajo de **cuidado** como una tecnología del poder mediante la cuál, el sistema se ha beneficiado del trabajo (principalmente de mujeres) que, al estar sujetas a estas redes de poder, se sienten, piensan y son responsables de cuidar su hogar, a sus esposos e hijos desde lo privado de sus casas. Foucault en su obra “Tecnologías del yo y otros textos afines” menciona cuatro tipos de tecnologías, entre las cuales se encuentran las de producción, de sistemas de signos, de poder y del yo. Cada una tiene sus especificidades, sin embargo, estas no son excluyentes las unas de las otras, al contrario, se complementan y combinan para ser funcionales a las prácticas de sujeción del sujeto. El cuidado en tanto tecnología se puede entender desde estas

cuatro dimensiones (4 tecnologías), pues forma, manipula, produce, crea signos, sentidos, símbolos y significados a la vez que determina la conducta, somete, objetiviza y se efectúa en cuerpos, almas, pensamientos y conductas (Foucault, 2008).

El cuidado, como práctica y como trabajo ha violentado a las mujeres que, al estar inscritas en un orden del discurso (Foucault, 1970) principalmente patriarcal y capitalista de lo que es “ser mujer”, ha naturalizado el cuidado como una tarea que emana del amor femenino, las ha sometido a dedicar su vida entera al cuidado sin un pago por ello. Este trabajo no es reconocido por el mercado, porque directamente no trabajan para él; sin embargo, dedican su tiempo, esfuerzo y competencia para su funcionamiento, es decir, el mercado se interesa por la acumulación de capital a la vez que obtura y pasa a segundo plano el capital-vida<sup>22</sup> que permite y sostiene esta acumulación. Esto ha permitido que los hombres (esposos e hijos) aporten su fuerza de trabajo<sup>23</sup> al mercado recibiendo un salario que le garantiza ciertos privilegios frente a la vida pública y el Estado.

El cuidado esencialmente doméstico que han dado las mujeres a lo largo del tiempo, ha alimentado (en el sentido literal de la palabra) y ha sido la base que permite que el resto del sistema económico funcione porque han cuidado de un “otro”, de cuerpos vulnerables, cansados o enfermos a causa de la fuerza de trabajo que dan al sistema económico capitalista. Estas mujeres han tenido el rol de regulación social<sup>24</sup> ya que sin ellas el sistema se caería, debido a la poca implicación que han tenido los hombres en las tareas de la esfera doméstica y familiar (Brugère, 2017; Camps, 2021).

El cuidado no es solo un conjunto de tareas, es un nudo de poder. En nuestra sociedad, el cuidado tiene rostro de mujer porque se ha construido como una obligación moral y naturalizada para ellas, permitiendo que el sistema se desentienda de la vulnerabilidad humana (Pérez Orozco, 2014, p. 126).

---

<sup>22</sup> El capital-vida es la versión feminista de la relación capitalista y la vida (Pérez ,2014).

<sup>23</sup> “Entendemos por capacidad o fuerza de trabajo el conjunto de las condiciones físicas y espirituales que se dan en la corporeidad, en la personalidad viviente de un hombre y que éste pone en acción al producir valores de uso de cualquier clase” (Marx, s.f., p. 106).

<sup>24</sup> Concepto utilizado por Fabianne Brugere en la ética del cuidado para ejemplificar la dependencia hacia las mujeres en todos los ámbitos de la vida social.

Años más tarde, en los setenta emerge la segunda ola feminista en Italia y en otros países que empieza a cuestionarse y problematizarse el trabajo doméstico y al conjunto de actividades esenciales para la reproducción de la vida como un trabajo invisibilizado y no remunerado con un salario, esencial para la organización del trabajo capitalista. Dicho movimiento, permite que en 1972 se lance la campaña “Salarios para el trabajo doméstico” con Silvia Federici como una de las principales representantes, donde se expone como manifiesto la infravaloración del trabajo doméstico bajo el capitalismo y la invisibilidad de estas tareas no remuneradas (Árbol de la vida, s.f).

Paula Varela socióloga argentina, aporta a la discusión feminista-marxista de la crisis de la reproducción social, la noción de entender esta crisis como una contradicción irresoluble entre la necesidad de la reproducción de la fuerza de trabajo que va de la mano con el recorte de los costos de producción de esa vida, es decir, es la perpetua tensión entre necesitar cuerpos (vidas) como mercancías de valor para el sistema capitalista a la vez que se ajusta el presupuesto de sus necesidades básicas como lo son el trabajo asalariado y las políticas públicas como un intento por abaratar los costos de (re)producción; esto en consecuencia, lleva a la precarización laboral y la precarización de los servicios de salud, educación y cuidados, obligando (principalmente a las mujeres) a compensar esta fractura del sistema en crisis con su tiempo, cuerpos y vidas llevándolas a que carguen con todos los trabajos de cuidado como el hogar, la familia, los hijos, enfermos, ancianos, etc; es por ello que se habla de un problema estructural del sistema económico que, aunado con los discursos patriarcales y de género, determina las condiciones en las que se (re) producen las vidas de la clase trabajadora, lo que convierte esta discusión no sólo en una lucha de género sino también como el reconocimiento de una lucha de clases (Varela, 2022, 2023).

Esta teoría-noción de la crisis de la reproducción social nos resuena para esta investigación ya que, nos permite dimensionar el impacto de los recortes presupuestales en los servicios de salud pública en México y cómo es que esto, en consecuencia, precariza los servicios de cuidado en la institución hospitalaria, materializándose no sólo en la insuficiente atención del paciente, sino que también en la expulsión de las cuidadoras del hospital y en su presencia en las calles en

condiciones al límite de la vida, es por ello, que también de sobrevivir, porque en la calle se gestiona la alimentación, el descanso, su aseo y su vida afectiva y personal.

Aunque más adelante en esta investigación no abordamos al género como un eje de análisis, nos es importante enunciar que la normalización y naturalización del trabajo del cuidado viene desde la feminización y familiarización de esta práctica, y que hasta hoy en día el cuidado sigue siendo asignado mayormente a las mujeres aún con el arduo trabajo feminista de deconstruir discursos patriarcales, que aunque no han logrado un cambio radical en la distribución de las tareas del cuidado, sí han causado alteraciones desde la resistencia y tensiones a estas redes de poder que sujetan y someten cuerpos al trabajo del cuidado. Además, esta noción feminista del cuidado, nos permite (a nosotras como psicólogas e investigadoras) pensar, escribir y construir saberes desde otro lugar, lo que también sitúa a esta investigación en otro lugar de pensamiento y de producción de sentidos, es decir, no desde la romantización e idealización del cuidado, sino desde el reconocimiento de este como algo productivo.

Aún con el reconocimiento del cuidado como un trabajo y como una práctica productiva, queremos aclarar que no dejamos de lado la parte afectiva de éste, es decir, hay una co-afección que moviliza afectos de la persona que se cuida y que potencia la acción de los y las cuidadoras en su experiencia (Zamora Echegollen, 2021). Pero no podemos pensar el cuidado sólo como algo afectivo, más bien proponemos pensarlo como una multiplicidad en donde se ponen en juego afectos, relaciones sociales de poder y lo productivo.

Además, gracias a nuestro andar en el terreno de investigación y a algunas conversaciones con personas que habitan los espacios de cuidado fuera de los hospitales, nos permitió dar cuenta que la mayoría de personas que cuidan y que acompañan este proceso de salud-enfermedad son en su mayoría mujeres; y que si bien hay hombres, ellos acompañan a las mujeres, lo que no los coloca como el principal responsable del cuidado. Esto nos permitió visibilizar la potencia de un imaginario, que en un principio fue producido esencialmente para el cuidado doméstico, pero que cuando un proceso de salud-enfermedad desborda el cuidado en casa, obliga a seguir cuidando pero ahora desde un hospital.

A propósito de esta discusión y para la redacción de esta investigación, decidimos referirnos a las personas que cuidan como **“cuidadoras”**. Queremos enfatizar que al hablar de cuidadoras no nos referimos a que el género femenino es el único que cuida, porque sí, también hay hombres que cuidan; sin embargo, lo que observamos y lo que leímos desde la literatura es que mayormente somos mujeres las que cuidamos y queremos darle la debida relevancia al cuidado que han dado las mujeres a lo largo de la historia.

Otro punto que nos permite entender la dinámica actual del cuidado, pero ahora más enfocado en el cuidado en el hospital y las garantías de la salud, se remonta a los problemas sociales, económicos y políticos resultantes de la crisis causada por la culminación de la Segunda Guerra Mundial, los cuales imposibilitaron que este tema siguiera únicamente como un problema del hogar y pasa a ser un asunto de Estado. Esto, debido a la salida de hombres al frente de la guerra, lo que derivó en la necesidad de reclutamiento de las mujeres en las fábricas a causa de la crisis de producción resultante de esta guerra. Es entonces que el Estado, debido a la emergencia de la situación, crea guarderías para los hijos de las mujeres que se unieron al mercado laboral y algunos sistemas de salud para los hombres que regresan heridos, con amputaciones, o con síntomas de estrés postraumático. Además, muchas de las familias cambian su estructura a una familia monoparental debido a las millones de muertes de hombres en combate (REMENCHILD, s.f; Castell, 2014).

Dada la contingencia de los efectos de la Segunda Guerra Mundial y el periodo de posguerra, principalmente en Europa se instaura el modelo “Estado Bienestar” en donde se logran constitucionalizar derechos económicos, sociales y culturales individuales que hasta ese momento no eran concebidos como derechos humanos. Esta estructura de poder político le permitió al Estado mediar e intervenir en las relaciones de producción entre capitalistas y clases obreras, intentando reducir las desigualdades sociales que resultaron del Estado Liberal de Derecho, lo que dio pie a la existencia de sistemas de seguridad social con garantías que tendían hacia la disminución de los riesgos sociales de los asalariados y hacía una garantía de un mínimo nivel de vida (Cárdenas Gracia, 2017).

Identificamos esta crisis como un acontecimiento que desborda el cuidado en casa y que visibiliza esta práctica como algo más complejo que cuidar desde el amor y como algo femenino, lo que lo lleva a ser un acto público ante el evidente colapso de la clase obrera y sus familias. Sin embargo, para acceder a estas garantías hay un precio que pagar, pues el cuidado (como derecho), estaba y está condicionado bajo su propia fuerza de trabajo, es decir, sólo se accede a estas garantías bajo un trabajo formal, mediante el cual, se busca garantizar la seguridad de los trabajadores por medio de soportes colectivos como son las jubilaciones, seguros de salud, pensiones, subsidios, etc. Esto termina dotando de poder al Estado para volverse el único responsable del manejo de la protección de las personas (Castell, 2014). Esta seguridad de la que hablamos, condicionó no sólo a las mujeres y sus hijos e hijas a recibir protección únicamente a través de sus esposos, sino que también vulneró a aquellos que no contaban con un trabajo formal reconocido por el Estado. Aunque hoy en día las mujeres ya cuentan con derechos laborales, la precarización de los trabajos y sus prestaciones, han llevado a una crisis de seguridad social en México.

Según Medina-Gómez y López-Arellano (2019) cuando México, en los años ochentas se incorpora al modelo neoliberalista se:

Reconfiguró las relaciones Estado-sociedad y Estado-mercado con un impacto negativo sobre la seguridad económica de amplios sectores de la población y sobre el conjunto de instituciones, normas, políticas, programas, servicios y recursos públicos empleados por el Estado para contribuir al ejercicio pleno de los derechos a la seguridad social, la salud, la educación, la vivienda y la alimentación, así como para la atención a poblaciones en situaciones de pobreza, vulnerabilidad o marginación que caracterizaban a un sistema de bienestar” (p. 2584) .

Este nuevo régimen de dominación financiera sobre las políticas públicas, apertura y desregulación de los mercados de bienes, trabajos y servicios causó en consecuencia, que se modificaran las relaciones contractuales entre trabajadores y patrones, razón por la cual, se deteriora el empleo formal y se incrementa el trabajo precario que no garantiza seguridad social, económica ni a la salud para aquellas personas con contrataciones temporales, informales o sin contrato, lo que violenta el derecho al trabajo y a la salud de los y las trabajadoras. Además, se produce una

reducción de puestos que repercute en las altas tasas de desempleo en el país en los últimos años. Asimismo, el desgaste físico y emocional incrementa la vulnerabilidad de presentar daños a la salud específicos asociados con las actividades que se realizan. Todo esto precariza el nivel de vida de los y las trabajadoras, desde la alimentación, vivienda, servicios de salud y la seguridad social, lo que acentúa las desigualdades sociales en México para aquellos que cuenten con un trabajo formal, con seguridad social privada y para aquellos que estén desempleados o con precariedad laboral (Medina-Gómez y López Arellano, 2019).

Esta situación de fragilidad laboral coarta la forma en la que se recibe atención médica al vulnerar el derecho a la salud. En México, el sistema de salud y seguridad social público está fragmentado, por un lado, están las instituciones que dan atención a aquellos con un trabajo formal y que ofrecen seguridad social laboral, entre los más importantes se encuentran el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Defensa (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR). Por otro lado, están las instituciones que prestan atención a la población sin seguridad social como los servicios de salud de IMSS-Bienestar entre ellos se encuentran el Hospital General de México, El Hospital Juárez de México, el Hospital Infantil de México, y algunos institutos de tercer nivel que se financian de impuestos generales (federales y estatales) y cuotas de recuperación para la atención de grupos de bajos ingresos, lo que “garantiza” el acceso a la salud de la población no asalariada, con trabajos informales o autoempleados que están fuera del mercado laboral formal (Medina-Gómez y López Arellano, 2019). Esto es preocupante en tanto que mucha de la economía local mexicana se basa en el trabajo informal como el comercio establecido y no establecido (por ejemplo, los tianguis o puestos ambulantes); las cuidadoras, personas con discapacidad, indígenas y migrantes también quedan en una situación de vulnerabilidad ante esta coyuntura.

Dicho de otro modo, nos referimos a que la inequidad de alcance a la salud está directamente restringida por la condición laboral de la persona, y que el incremento de la precarización del trabajo y el desempleo, están llevando a una

“sobrepoblación”<sup>25</sup> a aquellas instituciones que ofrecen sus servicios para las personas no-derechohabientes, lo cual a su vez, se une al recorte presupuestario, la falta de medicamentos e insumos médicos, el aumento de enfermedades crónicas y algunas epidemiológicas, se suman a las condiciones del hospital que desde años atrás vienen produciendo un estado de crisis. Los afectados no sólo son los pacientes, sino también los médicos/médicas, enfermeras/enfermeros, personal administrativo, y por supuesto, las cuidadoras.

Por ejemplo, según Méndez Méndez (2024), el presupuesto para el 2025 en el sector salud no atiende las desigualdades, lo que ha ocasionado un deterioro en la seguridad social y se han puesto miles de vidas en riesgo. Mientras que en el IMSS se presentaría un aumento de presupuesto, la población con IMSS Bienestar sería el grupo más afectado al tener un recorte del 34% equivalente a 34 mil 420.9 mdp, y entre sus hospitales se encuentran el Hospital General de México y el Hospital Infantil de México con un 12.1% y 12.3% respectivamente. Así mismo, habría un recorte presupuestario para los productos farmacéuticos, material médico y material de laboratorio de 132 mil 222 mdp, un 3.7% aproximadamente (Méndez Méndez, 2024).

Este recorte en el presupuesto a los hospitales públicos de México en el 2025, se manifestó durante nuestras visitas al terreno mientras andábamos las rutas de vulnerabilidad. Escuchamos algunas conversaciones entre cuidadoras, recuperamos algunas notas periodísticas sobre la falta de medicamentos y en algunas ocasiones, nuestros caminos al hospital se vieron afectados por manifestaciones de cuidadoras o pacientes, lo que lamentablemente evidencia la situación tan crítica en la que se encuentran las instituciones de salud pública y que visibiliza las contradicciones entre lo que se dice y lo que se vive en la cotidianidad de pacientes y sus cuidadoras:

*“En nuestro recorrido nos encontramos con el Hospital Infantil, siendo este un gran cambio, ya que no se manifestaba este fuerte olor ni mucho menos el ruido tan intenso*

---

<sup>25</sup> Entrecomillados “sobrepoblación” porque no es el problema en sí mismo, lo entendemos más bien desde la crisis de la reproducción social como la falta de condiciones materiales que no se dan abasto para atender a la población existente a partir de los recortes presupuestales de los servicios de salud y en cómo se distribuyen, diseñan y operativizan estos servicios de atención en los hospitales públicos de la Ciudad de México.

*que había en otras zonas. Caminando por ahí, observamos una señora llorando expresándole a otra que no cuentan con el medicamento. Entonces recordamos que a mediados de octubre 50 doctores denunciaron el desabastecimiento de medicamentos en este hospital y firmaron una carta pública de denuncias por falta de insumos y por lo tanto, la suspensión de algunas cirugías. Aproximadamente dos semanas después, la presidenta Claudia Sheinbau habla sobre esto, pero, ¿Qué es lo que ella menciona? Niega la disminución de recursos en el Hospital Infantil de México, y sugiere que se trataba de una reasignación de revisión de turnos en cirugías, pero si este fuera el caso, ¿Por qué habría gente llorando afuera de los hospitales porque no tienen un medicamento para tratar a sus hijos?”* Fragmento reconstruido del diario de campo-investigación compartido (diciembre de 2025).

*“Las llegadas al hospital fueron complicadas para nosotras entre manifestaciones, el tráfico y retardos en el transporte público, nos era difícil llegar a tiempo al hospital (a la hora establecida por el equipo), y también porque emocionalmente nos afectaba, así que fue un acuerdo colectivo decir que llegabamos a las 8 para llegar a las 9. Es importante mencionar que muchas de estas manifestaciones se debían a la falta de medicamentos e insumos en los hospitales. Además, con estas manifestaciones y bloqueos, cartas de petición y pancartas de protesta nos percatamos de las dificultades a las que se enfrentan los cuidadores y los pacientes dentro y fuera del hospital, pues mínimo una vez al día, al caminar por las calles de los hospitales, escuchamos a alguien hablar de una falta de medicamentos y la falta de dinero para cubrir el gasto de estos medicamentos”.* Fragmento reconstruido del diario de campo-investigación compartido (diciembre de 2025).

Aunque si bien, hemos estado hablando de hospitales para personas no derechohabientes, algunas instituciones que atienden a personas con seguridad social como el IMSS, están igualmente en una condición crítica, tanto por cuestiones presupuestales, administrativas y de atención, pero nos es relevante mencionar, que nosotras observamos una diferencia entre los hospitales que atienden a personas con y sin seguridad social. En el caso del Hospital General de México y el Hospital Infantil de México, pudimos observar a cuidadoras habitando la calle esperando noticias de sus pacientes, mientras que en el Hospital Siglo XXI, no hay cuidadoras habitando las calles, pero también están a la espera de pasar a consultas o citas ya agendadas. Ambas se dan en condiciones deplorables, bajo la lluvia, el sol, el frío, cansadas y preocupadas por la situación, pero para nosotras, las condiciones de

cuidado sí son distintas, lo que también se debe a la diferencia de presupuestos y administración de estas instituciones<sup>26</sup>.

Además, como si todas estas condiciones no fueran suficientes para que la atención se vea comprometida, le sumamos que la salud en México está centralizada en la Ciudad, lo que obliga a las personas a desplazarse a la capital debido a la falta de hospitales regionales de altas especialidades en sus Estados. Esto coloca primero que nada, a los pacientes en una situación de riesgo al tener que trasladarse, y las cuidadoras se ven en la necesidad de dejar sus vidas, trabajos, familias y rutinas para seguir el cuidado en otra Entidad federativa. Esta situación las vulnera de modo que, dada su situación económica y la necesidad, optan por habitar la calle a la espera de mejoras en el tratamiento de sus pacientes.

Aún con el arduo intento de que la salud sea universal en México<sup>27</sup> y como uno de los principales objetivos de IMSS-Bienestar, somos firmes en que esto no sólo se trata de que todos puedan recibir atención médica (porque de algún modo todos la reciben), insistimos en que la universalidad de la salud se relaciona también con una atención de calidad, en las mejores condiciones de infraestructura, de recursos y de presupuesto para medicamentos, insumos médicos y pagos para el personal de salud, que no sólo garantice la seguridad del paciente sino también que evite que la cuidadora tenga que dejar su vida para acompañar este proceso de salud-enfermedad.

Aunque este estado de crisis en los hospitales se viene produciendo desde hace ya tiempo, la pandemia de Covid-19 potenció de una manera exorbitante este deterioro en los servicios de salud pública, Es decir, fungió como analizador de su ya de por sí decadencia y algunos problemas que ya se venían asomando con anterioridad; pero no fue hasta que las continuas urgencias por contagio terminaron por desbordar a todas las instituciones del sector salud. En medio de todo este caos, se origina una transformación donde no sólo se abandonaron los antiguos paradigmas de democracia sino que llevaron a la “suspensión” de los derechos en

---

<sup>26</sup> Nosotras únicamente observamos lo que sucedía de las puertas (o escáneres de seguridad) para afuera, por lo que no nos es posible decir cómo se vivía el cuidado dentro de estos hospitales y en qué condiciones.

<sup>27</sup> Razón (incluso) por la cual se llegó a comparar el sistema de salud mexicano con el de Dinamarca

donde todas las garantías se ponen en juego como la educación, la salud, la libertad de expresión, el libre tránsito y hasta las relaciones sociales se ven afectadas por el confinamiento (Agamben, 2020).

A esto Giorgio Agamben lo denomina como **bioseguridad**, donde es el Gobierno quien crea una alianza con las otras instituciones responsables de la salud, lo que les concede de un poder que no se cuestiona si no que se asume, esto a partir de un posible riesgo de enfermarse. Es así, que elaboran estrategias a partir de las cuales, se les responsabiliza a los sujetos de su propia salud, por lo que estuvieron y están dispuestos a restringir sus propias libertades a cambio de tener salud. Esta cuestión ética-política de responsabilizar a los sujetos de su propia salud, creemos que puede influir en la aceptación y hasta punto resignación de las condiciones en las que se dan los servicios, porque hay cierta culpabilidad en enfermarse (Agamben, 2020).

Con esto, la vida del paciente y la cuidadora se desnuda debido a que los sujetos tratan eternamente de sobrevivir, lo que reduce sus vidas a ser olvidadas, y se deciden qué vidas valen más que otras. Esto sólo las vuelve una mera existencia biológica que perjudica distintos aspectos de su vida en general, lo que suscita a la figura del **“Homo Sacer”**<sup>28</sup>, desde donde se van internalizando y naturalizando violencias que vuelven a los cuerpos objetos y desde donde se justifica la pérdida del valor de la vida, su valor político y su dignidad, lo que cuestiona si estos derechos realmente tienen un carácter universal para todos por igual (Agamben, 2004, 2006). Es decir, “toda teoría y toda praxis seguirán aprisionadas sin salida alguna, y el “bello día” de la vida obtendrá ciudadanía política sólo a través de la sangre y la muerte o en la perfecta insensatez a la que la condena la sociedad del espectáculo” (Agamben, 2020, p. 21). Los pacientes y sus cuidadoras se vuelven vulnerables al perder sus garantías de derechos al verse comprometidos los servicios de atención hospitalaria. En el caso de las cuidadoras, se ven obligadas a retirarse del trabajo, por lo que pierden garantías que les daba su puesto laboral, como seguridad social (si fuera el caso), económica, jurídica y de la salud. Su

---

<sup>28</sup> Este será un recurso que retoma desde el derecho romano, en donde había ciertos sujetos excluidos del orden jurídico, pero en cierta medida aún están aprisionados por el poder.

producción y trabajo sólo aporta al capital-vida lo que las vulnera y al no estar reconocido como un trabajo y sujeta sus vidas a quedar excluidas, menospreciadas e invisibilizadas. Esto genera una contradicción, porque se dice que se protege la vida pero sólo algunas, o que protege vidas -pacientes- a costa de otras -cuidadoras-.

De alguna manera, el que la práctica y trabajo de estas cuidadoras esté tan normalizado y obturado, tiene que ver con estrategias provenientes de los intereses del poder tanto para responsabilizar de este cuidado como para que pase desapercibido en la vida social. Una noción que nos permite pensar esto, es la de *inmunizar* de Esposito, quién lo aborda pensando no solo en términos médicos para evitar la enfermedad, sino como una barrera para preservar el orden y lo que altera, como puede ser el dolor y en este caso la enfermedad. Esto se debe a que, al estar enfocada en una protección a lo negativo, no permite generar una comunidad entre las personas que son ajenas a este problema del cuidado y las cuidadoras. Los vecinos, médicos/médicas, enfermeras/enfermeros y transeúntes rechazan y son indiferentes a estos espacios de cuidado, porque son espacios en los que se hace notoria la precariedad desde los olores, los puestos ambulantes, cierta parte de la banda callejera<sup>29</sup>, las cuidadoras durmiendo en el piso y la suciedad de las banquetas. De esta forma, cabría preguntarnos ¿Esta situación termina produciendo violencia por medio de la exclusión y el abandono de las cuidadoras?; ¿Este rechazo (de un otro ajeno a este espacio) contribuye al agenciamiento en las redes de vulnerabilidad de las que hablamos en las próximas imágenes? (Esposito, 2009, 2023).

---

<sup>29</sup> ¿Banda callejera? al estar redactando sobre las personas en situación de calle nos dimos cuenta que existen diferentes maneras de referirse a ellos, por lo que jugaremos con las palabras banda callejera, personas en situación de calle y personas que habitan la calle, a lo largo del trabajo para referirnos a ellos.

**Figura 10.** *Un proceso en soledad* [Imagen de la captura de pantalla]



**Imágen 10. Nota.** HOSPITALES PÚBLICOS: imposible conseguir cita - Ruido Social, por Eva Maria Beristain, 2025, YouTube (<https://www.youtube.com/watch?v=gDdPyjg7Iys>)

### **“Un proceso en soledad”**

**Hospital General de México, 7:00 a.m.**

***Llegas por la parte trasera del hospital, una zona poco alumbrada y vacía. Das vuelta y te encuentras con una calle llena de autos estacionados en las orillas y algunos en doble fila que hacen que el tránsito sea complicado. Un viene-viene<sup>30</sup> intenta aliviar el tráfico de la zona cuando te ve llegar con tu mamá en el taxi para que puedan acercarse lo más posible a la zona de urgencias, sin embargo, una ambulancia que también necesitaba salir les impide el paso directo a la entrada, así que las deja a media calle porque no encuentra un lugar donde estacionarse. Bajas a tu mamá gritando del vehículo y te inunda la realidad de la situación. Un lugar nuevo con olores desagradables, otras cuidadoras como tú, durmiendo, haciendo llamadas y llorando en silencio en las calles, esperando que algún policía grite el nombre de su conocido para tener noticias sobre él o ella. Los gritos desesperados de dolor provocan murmullos entre las personas que están afuera al verse reflejados en la***

---

<sup>30</sup> Acomodador informal, frenalero(s).

*situación que viven tu mamá y tú, no pueden ser indiferentes ante este incidente que rompe su cotidianidad de espera.*

*Continúan su camino a la puerta siguiendo el letrero desgastado que dice “urgencias”, el policía les abre la reja casi inmediatamente y les permite la entrada. Al entrar a las instalaciones, das cuenta de que están una situación bastante parecida a la del hospital anterior, gente esperando a ser atendida en situaciones de salud críticas como heridos de bala, personas involucradas en accidentes de tráfico, hiperglucemias y casos críticos de hipertensión. El malestar y el dolor persiste en los otros y te llenas más de miedo. Al ser un hospital distinto, tu mamá tiene que volver a ser valorada con el Triage para determinar su prioridad de atención, así pasan algunos minutos esperando su turno hasta que por fin llega el momento en que las atienden. Las enfermeras la revisan con algo de prisa, y te regañan (o por lo menos así lo sientes) por no haberla traído antes, estás casi a punto de llorar de la impotencia, porque sabes que hiciste todo lo que estuvo a tu alcance para que ella recibiera la mejor atención posible, pero vienes desde otro Estado y el tiempo corría. Te mencionan que las condiciones de tu mamá son urgentes ya que pueden deteriorarse en las próximas horas y poner en peligro su vida, por lo que es indispensable que la atienda de inmediato un médico especialista.*

*Una vez en consulta y ya con el diagnóstico, el médico te indica que tu mamá se quedará algunos días hospitalizada, ya que es necesario estabilizarla y hacerle estudios para descartar otras complicaciones. Por el momento, no hay camas disponibles ni en piso ni en urgencias, por lo que tienes que dejar a tu mamá sentada en una silla fría e incómoda de metal al lado de otros pacientes. Todos usan batas delgadas, otros tienen suero intravenoso, algunos otros tienen frío o están dormidos, pero todo lo que puedes ver en esa sala de urgencias es dolor, sufrimiento y carencias. Las enfermeras te piden que salgas ya que no puedes estar dentro del hospital. Al salir a la pequeña sala de espera, el policía te pide que salgas, pero ahora a la calle porque no hay un lugar para ti dentro. Te indican que ellos te llamarán cuando tengan alguna noticia sobre tu mamá y sólo podrás entrar en los horarios específicos de visita.*

*Sin nada más que hacer o decir, sales de las rejas del hospital a la calle y es justo ahí donde te conviertes en uno más de estos cuidadores que se encuentran esperando. Te tomas el tiempo de llamar a tu familia e informarles que tu mamá ya ingresó al hospital y se quedará hospitalizada. También tienes que llamar a tu trabajo*

*y avisarles que tampoco te presentarás el día de hoy, y seguramente tampoco el día de mañana debido a la situación de tu mamá. Tu jefe, no muy contento con la noticia, te menciona que tal vez sería un buen momento para tomar tus vacaciones, para que no tenga que descontar estos días de tu sueldo. Llamas a tus hijos, quienes están con tu vecina, y les avisas que su abuela está bien pero que no vas a llegar a casa en algunos días. El frío de la mañana te regresa a tu realidad, así que decides moverte hacia donde algunas personas están sentadas en la calle, ya sea en bancos, cartones, o directamente en el suelo, piensas en sentarte en el piso frío, pero alguien al lado tuyo te ofrece un cartón, lo aceptas y te sientas con ellos a esperar noticias de tu mamá.*

Como observamos en el trabajo de terreno, para poder entender el **hospital** es necesario entender el carácter contradictorio que se oculta dentro de sus génesis histórica y social porque la realidad es que, el hospital en sí mismo, nunca se construyó propiamente para atender y sanar gente, más bien, se presenta como una especie de lapsus histórico que ocurrió a partir del hospicio, el cual, fue “el espacio simbólico e imaginario destinado para la asistencia a los pobres en espera de la muerte” (Zamora & Manero, 2020, p. 14). Este entonces mortuorio, era solo un lugar donde se acompañaba la recta final de la vida de la gente pobre, pero dados los avances de la industria capitalista y algunos avances tecnológicos, en particular el de la analgesia y la anestesia en conjunto con la higiene, devinieron en cambios en la relación social. Lo que lleva del hospicio a un hospital como un espacio de curación y como una entidad encaminada a la recuperación de enfermos, que después se materializa en un dispositivo de regulación y control social. Los médicos comienzan a ejercer otro tipo de funciones que fueron evolucionando, hasta convertirse en lo que hoy conocemos como estos lugares en donde se producen saberes y verdades que permiten curar. El hospital contemporáneo cumple, de cierta manera, con las funciones de cuidado y promoción de la salud, esto es de suma importancia ya que el Estado necesita producir sujetos y mantener a la población controlada y regulada, por lo que, busca entrar en la vida cotidiana y sus distintos mecanismos (procesos biológicos) (Zamora & Manero, 2020; Foucault, 2012).

Todo esto se logra por medio de la **biopolítica**, en donde el cuerpo empieza a tener relevancia al entrar en los cálculos del gobierno, dando un giro importante, ya

que el poder, desde sus redes, encuentra e idea nuevas formas de acción más eficaces que logran que los sujetos actúen conforme sus objetivos e intereses. En este caso tienden a hacer vivir o de rechazo hacia la muerte, eso le permite disponer de las condiciones y ser el responsable de los problemas de la sociedad, como en el caso de la salud, desde donde se gestiona y se busca regular la vida en sí misma mediante el control de los cuerpos a partir del polo ligado de la anatomopolítica, en donde el cuerpo es parecido a una máquina, donde se busca ser más eficiente por medio de una disciplina constante en toda la población por medio de regulaciones, como sucede dentro del saber médico, en el cual se busca un control de la población mediante la natalidad, longevidad y mortalidad (Foucault, 1976).

Esto se hace visible en el **triage**, el cual no sólo es una técnica médica sino también una técnica de poder que clasifica, un ejemplo de cómo la biopolítica atraviesa el cuerpo, por que el hospital sólo se centra en registrar datos por lo que no te ven como persona, sino que que deciden y ordena por medio de colores<sup>31</sup> tu nivel de prioridad , volviendo el proceso en un filtro de revisión donde se clasificaran a los usuarios y darán un nivel a partir de la gravedad, determinando así, que cuerpos enfermos tiene preferencia de entrar a la institución hospitalaria; obligando a los sujetos a distribuirse en filas y tiempos de espera, que termina invisibilizando el sufrimiento de pacientes y cuidadoras (García Canal, 2011).

Dentro de este proceso se expone ese desborde en donde también hay demandas al hospital que no necesariamente se pueden cumplir dejando ver las mismas limitaciones que tiene, que se evidencian en la saturación y falta de recursos, por que al atender la salud de la población que es originado y mediada por los distintos mecanismos ocultos que operan en los términos no solo biopolíticos sino que también incluirán las lógicas **tanatopolíticas**. Estas, están causando la mencionada segregación de sujetos, el sabotaje a la infraestructura social y urbana

---

<sup>31</sup> Clasificación por colores y niveles

El IMSS utiliza un sistema de cinco niveles de prioridad, cada uno identificado por un color: **Rojo (Emergencia inmediata)**: Riesgo vital inminente, atención inmediata. Ejemplos: paro cardíaco, hemorragias masivas, shock. **Naranja (Muy urgente)**: Condición grave que puede deteriorarse rápidamente, atención en 10-15 minutos. Ejemplos: dolor torácico intenso, pérdida de conciencia, quemaduras extensas. **Amarillo (Urgencia)**: Condición seria pero estable, atención en menos de 30-60 minutos. Ejemplos: fracturas, dolor abdominal severo, crisis de asma controlada. **Verde (Urgencia menor)**: Condición menos grave, atención en hasta 120 minutos; puede ser derivada a la Unidad de Medicina Familiar. **Azul (No urgente)**: Atención diferida, hasta 180-240 minutos; incluye revisiones de enfermedades crónicas o resfriados comunes. ( página del imss)

que ha causado el despojo de los recursos vitales, lo que ha permitido y permite crear las condiciones para que el poder vivir se vuelva un negocio, al instaurarse como mercancía y tecnología de la que no todos tienen acceso; mientras que otras son lentas y tortuosas como la privación de bienes y servicios básicos como es el acceso a la salud, por lo que el cuerpo se va destruyendo y preservar la vida se vuelven insostenible, donde los sujetos que se salen de esta norma quedan fuera de todas estas protecciones (Valencia, 2014; Agamben, 2020).

Los procesos de burocratización que hay dentro de los hospitales visibilizan y revelan quiénes son los que reciben la atención y porque el acceso no es para todas y todos, a pesar de que eso es lo que dice la institución. Pero ocultos, hay otros niveles que están operando simultáneamente. Entonces, el hecho de que no se atienda rápido o con limitaciones sobre la tecnología existente, es porque hay una serie de trabas que varían dependiendo de: el tipo de seguro que tienes o si en realidad no cuentas con alguno, si hay insumos, la cantidad de pacientes y las jornadas laborales del personal de salud. Así pues, el hospital no es solo un lugar donde se va a sanar, sino que también es una institución atravesada por distintas relaciones de poder, que atraviesa los cuerpos y los espacios, definiendo quién puede permanecer dentro de este (donde se varía las condiciones) y quien debe quedar afuera a esperar (Lourau, 2001).

Estas prácticas tanatopolíticas sujetan vidas (como las de las cuidadoras) a un entorno de violencia y vulnerabilidad que impregna su vida cotidiana y que condiciona su experiencia en la vida social. Sayak Valencia propone el **capitalismo gore** como una noción para pensar la violencia en México; aunque ella se sitúa principalmente en los Estados fronterizos a Estados Unidos, donde operan el narcotráfico y sus derivados, donde la muerte, la violencia extrema y la destrucción del cuerpo se convierten en herramientas del poder. Nosotras sostenemos que la violencia se desborda en la vida cotidiana y que no está localizada en un solo punto conflictivo de guerra, sino que se hace presente en otros lugares y en otras formas, como en las precarias condiciones en las que se cuida a un paciente en los hospitales públicos de la Ciudad de México. Sayak Valencia juega como la palabra gore, que hace referencia a un género de terror en donde las imágenes que se utilizan son sangrientas y toda la violencia es visible en el cuerpo, pero no consideramos la necesidad de ver sangre en un cuerpo cuando se observa dolor y

sufrimiento desde el silencio, el abandono, la precariedad y que resuena desde el llanto acompañados de gritos como los de: “no hay medicamentos”, “no tengo dinero para comer”, o un simple “estoy cansada” (Valencia, 2010).

**Figura 11.** *La espera comienza* [Imagen de la captura de pantalla]



Imágen 11. **Nota.** HOSPITALES PÚBLICOS: imposible conseguir cita - Ruido Social, por Eva Maria Beristain, 2025, YouTube (<https://www.youtube.com/watch?v=gDdPyjg7Iys>)

**“La espera comienza“**

**Hospital General de México, 11:00 a.m.**

*Después del momento de angustia y desesperación, sentada en el suelo, te das cuenta de la situación en la que estás, sin embargo una sensación de soledad te invade a pesar de estar rodeada de muchas personas en una circunstancia similar.*

*Con el paso de los días, se vuelve repetitivo, entras y sales del hospital y las cosas no cambian. Tu mamá sigue grave y parece no mejorar, aunque ya se liberó una cama en urgencias, por lo menos, es una preocupación menos. Pero llega otra angustia que no esperabas, el medicamento que necesita tu mamá no lo tienen en el hospital y comprarlo por fuera es demasiado costoso. En todas las farmacias que fuiste a preguntar por él, tenían el mismo precio, y no te es posible cubrir este gasto.*

*De regreso a la entrada de urgencias, vas pensando en cómo conseguir el dinero para el medicamento de tu mamá, y en el camino se te acercan varias personas a pedirte un apoyo monetario, ya que están en una situación de necesidad. Algunas te piden para poder comer, otra para poder regresar a su lugar de origen*

*(Entidad federativa), otra para pagar la funeraria y otra te pide para poder pagar un medicamento, y entonces te indignas porque estás en la misma situación o incluso peor, ¿Será verdad que necesitan dinero?*

*Llevas tres días sin bañarte y te sientes sucia porque has dormido en la calle todos estos días y no te has podido mover a tu casa. En lo que estás esperando, una persona pasa a repartir folletos sobre hostales donde ofrecen servicios como el acceso a camas, internet, baño y regaderas, así que decides ir a buscar un hostel que se encuentra terminando la calle. Sin embargo, al llegar y preguntar por el costo sabes que es un gasto que no te puedes permitir porque es demasiado caro. Incluso ir al baño te afecta en tu economía, puede parecer un gasto menor, pero con el paso de los días el gasto se acumula y se vuelve insostenible. ¿Cómo te podrías permitir gastar 350 pesos en un sólo día? Esto te permite entender la razón por la que fuera de los hospitales hay personas bañándose en la vía pública con una botella de agua y poco de jabón y lavando su ropa interior, justo al lado de la basura, las heces y los olores desagradables que te incomodan todos los días.*

*En tu espera de noticias sobre tu mamá, observas que las calles que rodean al hospital no son las óptimas, están mal pavimentadas y el tránsito en sillas de ruedas o incluso caminando es complicado por el tráfico y la circulación de carros, que no te permiten atravesar la calle porque no hay ningún semáforo. En ese momento muchas preguntas pasan por tu cabeza, ¿Por qué no existen lugares apropiados de espera? ¿Por qué se normaliza la precarización? ¿No es el hospital el que cura y cuida? ¿No es incongruente que nada de esta zona funcione?*

*Estás perdida en tus pensamientos hasta que un grito desgarrador que después se convierte en llanto te descoloca: “¿Por qué Dios? ¿Por qué?”. Al principio no tienes idea de lo que está pasando, entre los murmullos de las personas escuchas que el esposo de la señora que gritó había fallecido. El ambiente se torna triste alrededor de esta situación, ¿Mi mamá estará bien? ¿Seré yo la próxima? Después de unos minutos, las personas continúan con lo que estaban haciendo, porque la vida continúa al igual que la preocupación, el miedo y la angustia que siguen ahí.*

*Estabas tan sumida en tus preocupaciones que no te habías dado cuenta de lo que ocurría alrededor de ti, pero con el paso de los días visibilizas a lo lejos unas casas de campaña, y por curiosidad le preguntas a la señora de al lado: ¿Quiénes viven ahí? La señora te comenta que son algunas cuidadoras que vienen de Veracruz*

*y algunas otras son de la banda de calle, y de ahí, empieza una plática sobre tu situación con esta señora, y te das cuenta, que tu situación se repite. Con el paso de los días, empiezas a convivir un poco más y te percatas de cómo algunas cuidadoras comparten su comida entre ellas o con las personas en situación de calle<sup>32</sup>, también se pasan pedazos de cartón para que no tengan que sentarse directamente en el suelo. Te cuentan de lo peligroso de esta zona y cómo se pone peor en las noches, ya que como se quedan en la calle, llegan asaltantes a quitarles el poco dinero y pertenencias que tienen, por lo que ya no solo temes por la seguridad de tu mamá, ahora también por la tuya.*

Al estar afuera, dimos cuenta que el hospital no logra sostener las necesidades que se piensa -desde el imaginario social- que debería, como sucede con la falta de medicamentos, de camas, de doctores, material de curación, entre otros. Esto nos remite a una **falla institucional** que, en cierta parte, es responsabilidad del Estado, dadas las condiciones legales y de derechos que histórica y socialmente ha asumido a través de la lucha de las y los trabajadores como parte de sus responsabilidades en la gestión de la vida, como en el caso de la salud. Sin embargo, no lo es en su totalidad, no se puede abordar este problema como una cuestión de culpas, porque estas instituciones implican también una contradicción constante que es irresoluble. Todo esto va creando fracturas, el hospital ha dejado de ser exclusivamente un espacio de cuidado, convirtiéndose también en un lugar de exclusión y aislamiento a partir de estas contradicciones que produce límites sobre quién puede habitar ciertos espacios de su interior y exterior. “La violencia institucional no se reduce únicamente al ejercicio de la fuerza física; se manifiesta de manera más insidiosa a través de la ‘violencia de gestión’ y el control burocrático, donde las instituciones del Estado imponen una dominación que, bajo la apariencia de legalidad, despoja al individuo de su subjetividad y lo somete a una estructura de poder deshumanizante.” (Crettiez, 2016, p. 125) que se materializa después en las cuidadoras quienes son mantenidas en un estado de exclusión-inclusión, ya que son necesarias para el seguimiento del proceso de salud-enfermedad, pero también es donde el hospital les restringe su ingreso, su tiempo y sus vidas (Lourau, 2001).

---

<sup>32</sup> A lo largo de esta investigación se jugará con las palabras “personas en situación de calle”, “banda de calle” y “personas que habitan las calles”, más adelante explicaremos el porqué de esta discusión.

El hospital, al no contar con las condiciones básicas para su funcionamiento, obliga a las cuidadoras a buscar cubrirlas de una u otra forma, buscando que el cuidado se sostenga, aunque sea por fuera de la institución. Es como una máquina descompuesta que a partir de la ruptura y de la crisis, produce nuevos deseos, afectos, espacios, encuentros, nuevos agenciamientos y nuevos escapes (fugas) (Guattari & Rolnik, 2002).

La **inseguridad social** nace de estas contradicciones, lo que hace que el sujeto rompa las expectativas que tenía respecto a esta seguridad que el Estado le prometía, y que refleja su fragilidad ante la vida con la pérdida de sus garantías y soportes. Esto condiciona su vida a la precarización, como es el caso de las cuidadoras, quienes viven en el contexto precario de las instituciones de salud en México y que impregna su cotidianidad, donde los muros del hospital ya no sostienen la enfermedad, se desbordan debido a esta constante crisis que ha roto con el imaginario que se tiene del hospital como un lugar de cuidado, protección e higiene (Castel, 2014; Lourau, 2001).

Es por ello, que abordamos el hospital como un espacio de poder-saber en el que se materializa el poder y la institución de la clínica para el dominio, codificación y gestión de los cuerpos y vidas; este se cerca por límites, fronteras y bordes que permitan los ejercicios de poder en su interior y que a su vez, controlen sus entradas y salidas. Pero si pensamos el hospital también desde esta falla institucional y desde esta crisis, los límites y fronteras se desdibujan ante la sobrepoblación, mala infraestructura y la falta, lo que permite que este, se disperse y se escape hacia otros espacios (García Canal, 2002).

A partir de esto, el espacio afuera de los hospitales se convierte en una extensión de la propia institución de salud ante el evidente desborde y crisis de los servicios de salud pública en la Ciudad de México, y que la calle, al estar en constante relación con el interior (hospital), nos permite abordarla no sólo como un espacio físico y público, sino que es donde se evidencian las tensiones que hay en el interior de la institución, lo que la convierte en lugar marcado por el estigma y la precariedad. La pensamos más bien como una **heterotopía**, noción que propone Foucault como un espacio otro, como un contra-espacio fuera de la normalidad, el cual se entiende desde una yuxtaposición de condiciones que se contradicen entre

sí y que rompen con la cotidianidad y la idea de que la calle se transita (Foucault, 1967; García Canal, 2006).

Es así, que dadas estas tensiones entre el hospital y la calle, se produce un espacio que está atravesado transversalmente por varias instituciones como la familia, la clínica, el Estado, etcétera; pero también es donde se entretajan afectos, se producen imaginarios y significados. En esta heterotopía habitan y conviven las cuidadoras, los/las vendedores, la banda de calle, algunos transeúntes, los policías... y que dadas las condiciones sociales, económicas, políticas y de poder, obliga a estos sujetos a apropiarse y habitar este espacio.

Este espacio producto de las condiciones institucionales en crisis y el poder, obliga a que las cuidadoras tengan que habitar este nuevo lugar, que no es su casa pero del que forman parte desde su cotidianidad de espera, lo que provoca en consecuencia que se apropien de este y que su experiencia de cuidado también se vea sujeta a condiciones inciertas en las que existe un margen posible de libertad y creatividad (Lefebvre, 2017).

**Figura 12 y Figura 13.** Los nudos que se producen frente a la vulnerabilidad [Imagen de la captura de pantalla]



Imágen 12 e imágen 13. **Nota.** HOSPITALES PÚBLICOS: imposible conseguir cita - Ruido Social, por Eva Maria Beristain, 2025, YouTube (<https://www.youtube.com/watch?v=gDdPyig7lys>)

**“Los nudos que se producen frente a la vulnerabilidad”**

***Hospital General de México, 10 días después.***

***Han pasado ya 10 días desde que llegaste por primera vez al hospital, tu mamá sigue hospitalizada en urgencias esperando una cama en piso, sus estudios se han retrasado más de lo normal a causa de la cantidad de gente que llega todos los días al hospital. Los médicos (as) y enfermeras (os) están desbordados, cansados y algunas veces te tratan mal. No te saben decir cuánto tiempo más tendrás que estar ahí, pero creen que la estancia de tu mamá en el hospital se alargará más de lo normal.***

***Estando afuera, la angustia porque el dinero se acabe te consume día a día, tu cuenta bancaria está en números rojos y aún no llega tu pago quincenal***

***por parte de tu trabajo. Estás a la espera del dinero que quedó de mandarte tú hermano, a quién no le es posible ir a relevarte porque “trabaja y tiene que ver a su familia”; sin embargo, tu dinero en efectivo está a punto de terminarse, sólo te quedan \$25 pesos y movilizarte a un banco no es una buena idea, porque en ese tiempo de ausencia, puede que te llamen con noticias de tu mamá y si no estás ahí, la cama se la darán a otra persona.***

***Tu cuerpo te exige un descanso y el hambre te acompaña a cada hora del día. Te acercas a uno de los tantos puestos de comida que están cerca para preguntar por lo más barato de su menú, no te importa el tamaño, sólo quieres comer algo para pasar el día. Una torta de jamón cuesta \$30 pesos, y claramente no te alcanza, con mucha pena bajas la mirada, le das las gracias a la señora del puesto, guardas tu dinero y estás decidida a irte, pero la señora que atiende se da cuenta de tu situación, nota tu necesidad, tu aspecto cansado y tu ropa sucia que evidencia la falta de cuidado en tí misma a causa de estar esperando que tu mamá mejore.***

***La señora te platica que ya que te ha visto una que otra vez por ahí, y que no te preocupes, ellos te invitan la torta, a lo cual muy apenada aceptas dada tu hambre y les agradeces por el gesto. Te sientas a esperar tu comida mientras tanto ella te pregunta: ¿Por qué estás aquí? ¿De dónde eres ? Procedes a contarle la historia que te ha traído hasta ese lugar, tratas de controlar tus emociones, sin embargo no puedes y se te salen unas cuantas lágrimas al contarle. Terminas de comer tu torta y agradeces por la ayuda, las palabras no son suficientes para poder agradecer este acto de empatía y solidaridad<sup>33</sup>.***

***Terminando de comer necesitas ir al baño antes de regresar a tu lugar de espera, a lo que le preguntas a la señora de las tortas si ella conoce un baño económico, ya que en el que está por ahí cerca te cobran 10 pesos, y ya has gastado mucho dinero en tus entradas a los baños públicos. Te indica que si caminas un poco más, hay unos baños que cobran 7 pesos, que están un poco sucios pero cobran menos. Le agradeces por la comida una vez más y***

---

<sup>33</sup> Esto se profundizará después con las redes de vulnerabilidad.

*empiezas a caminar por una ruta que no habías recorrido y en el camino te impacta ver tantas funerarias que no habías notado, recalcando sus precios bajos y las facilidades del proceso para que tú no tengas que hacer mucho: ¿Mi mamá se recuperará?, ¿Estará bien?*

*Con el paso de los días, te estás acostumbrando a cómo funciona el espacio afuera del hospital, porque has platicado con las mismas cuidadoras y alguna de la banda de calle, se han escuchado y apoyado mutuamente en estas últimas semanas. Has aprendido de los consejos que te han dado como el no gastar tanto dinero comprando comida, ya que eventualmente hay grupos de personas externas al hospital que llegan a repartir comida a ciertas horas, pero que es necesario que te pongas abusada y que corras a formarte para alcanzar un taco. En caso de que no alcances la comida, tienes una segunda opción que son los comedores que son financiados por una fundación que aunque es de gran ayuda, están lejos de tu lugar de espera y no cuentan con servicio los fines de semana, razón por cual, algunas veces comes una sola vez al día. Así lo has venido haciendo durante varios días, algunas veces en las mañanas para el desayuno y otras en las noches para la comida, con esta ayuda has podido subsistir durante este proceso.*

*En tu estadía, te han obsequiado cosas para tus necesidades básicas, como algunas cobijas o ropa y te has ido haciendo de pertenencias que te han permitido tener un pequeño refugio entre bolsas de basura, cartones y cobijas que te han permitido descansar y no pasar frío durante las largas noches de espera en la que las preocupaciones te siguen invadiendo y no sabes hasta cuando aguantarás. ¿Cuánto tiempo seguiré viviendo de esta forma? ¿Cómo estará mi familia en casa? ¿Cuándo volveré a mi vida? ¿Esta será mi vida?*

Todas las relaciones de poder producen (como resultado) la apertura de un campo de posibilidades, de acciones y de respuestas como efecto del poder que se ejerce; a esto Foucault lo llama **resistencia** que se entiende como la capacidad de aquel sujeto (sobre el que cual se ejerce el poder) por intentar sustraerse, escapar, inventar nuevas formas de respuesta y tenderle trampas a estas redes. El resistir

toma materialidad en los cuerpos de las cuidadoras y es desde donde luchan, es donde se inscriben sus afectos, afecciones, sus deseos, placeres, actos y acciones y que inspira a modos de pensamientos varios y crean formas de vivir que irrumpen con la armonía fantaseada de lo social (García Canal, 2002; García Canal, 2004).

Esta resistencia como efecto del poder, nos permite entender cómo desde el malestar y el disgusto de las cuidadoras, los vendedores, la banda de calle, entre otros sujetos que se afectan y les indignan estas condiciones de cuidado en los hospitales públicos, es que se desata la imaginación y el deseo que después se expresa como un agenciamiento (posibilidad de decidir en un marco de condiciones socio-históricas), que se conectan con otros sujetos para crear algo nuevo y que al final, este se materializa en una acción (la línea de fuga), y esto es lo que sostiene el cuidado desde fuera del hospital (García Canal, 2004; Deleuze y Guattari (2004).

El **agenciamiento** según Deleuze y Guattari (2004) es "toda multiplicidad que se compone de términos heterogéneos y que establece conexiones entre ellos" (p. 402). Esto nos permite (ahora sí) pensar en las líneas de fuga que buscan un cambio en la manera de vivir, ya que en el agenciamiento el cambio gira en torno a la estructura que sostiene y organizan la realidad. De esta forma, el afuera del hospital deja de ser únicamente un espacio de espera obligatoria, se resignifica para transformarse en un espacio donde se crean formas colectivas de sostener la espera. Cuando las cuidadoras ocupan la calle para algo más que esperar como puede ser el compartir recursos, conversar, reír, organizar protestas o cuidarse mutuamente, están dándole un sentido diferente a este espacio, es un agenciamiento en contra de lo que dicta la institución hospitalaria.

Las personas hacen que este sistema aunque esté roto y fallando funcione por la necesidad de este mismo, el tener que dormir en cartones, por falta de espacios dignos para las cuidadoras perpetúa esta "violencia institucional" que condiciona su cotidianidad. Sin embargo, algo siempre se escapa, se forman grietas donde se escapan movimientos como lo son las **líneas de fuga**. Según Deleuze y Guattari (2002), "fugar no es exactamente huir, no es renunciar a la acción, nada es más activo que una línea de fuga" (p. 209). Son trayectorias que rompen con los sistemas establecidos y permiten la creación de nuevas formas de existencia, como el habitar las calles, estas líneas de fuga se crean también fuera del hospital, ya que

las cuidadoras al vivir esta violencia tienen que aprender a subsistir en las condiciones que impone el afuera del hospital: enfrentándose a la inseguridad, la ausencia de espacios dignos, así como los gastos para poder cubrir sus necesidades básicas como comer, ir al baño o bañarse. Actividades que se convierten en desafíos que, aunque no representa a primera vista un gasto mayor, a la larga es un gran desgaste económico, psicosocial y corporal, por lo que se tienen que realizar en espacios no aptos, al no contar con alternativas.

En esta imagen también abordamos uno de los ejes de análisis que atraviesan toda la investigación, que son los afectos. Aunque ya con anterioridad los mencionamos con el tema del cuidado, estos se vuelven más visibles en lo que nosotras llamamos las redes de vulnerabilidad. El cual, es una noción que fuimos construyendo con la teoría y con la construcción de nuestro terreno de investigación-intervención, desde el cual, emergieron afectos y sentires que se movilizaban entre las cuidadoras, el espacio y los demás sujetos que habitan o transitan este espacio.

Es a partir de estas afecciones que mencionamos en la imagen, que pensamos que lo afectivo no sólo se produce en lo individual sino también se colectiviza, como sucede con las cuidadoras, quienes al compartir una cotidianidad de espera, crean y tejen distintos **afectos**. Esto nos remite a la manera en cómo el sujeto se relaciona con su contexto, que al no poder existir aislado del mundo, está modificándose a lo largo del tiempo, lo que deviene en un proceso constante y un papel activo de los sujetos en donde se movilizan sus afectos. Las cuidadoras bajo sus condiciones de posibilidad socio-históricas, buscan nuevas formas de sobrellevar el cuidado fuera de un hospital público en la Ciudad de México, y ante la necesidad de sobrevivencia, se acompañan, ayudan y se escuchan. Estos afectos a su vez, movilizan y potencian o desmovilizan la posibilidad de que haya acciones en colectivo, como el cuidado entre ellas mismas (compartir cartones, cobijas, “yo te llamo si gritan el nombre de tu paciente”, “te invito de mi taco”, etc.) (Zamora Echegollen, 2021).

Aunque se pensaría que las principales afectadas son las cuidadoras, su situación tan vulnerable se comparte también con los otros sujetos de este espacio, desde el entendimiento de su situación tan precaria y crítica. En el caso de los

vendedores ambulantes, que también les produce afecciones este problema, los moviliza a ayudar y a tratar de resolver desde su cotidianidad y sus posibilidades para intentar sostener este sistema fracturado, por ejemplo, con pequeñas acciones como “te regalo una torta”, “luego me pagas”, “te comparto de mi comida” y que pueden ser la gran diferencia para alguien.

Hablamos de **redes de vulnerabilidad** porque se tejen a partir de procesos de vulnerabilización, dentro los cuales, se despliegan estrategias biopolíticas que crean condiciones socio-históricas de maneras de (sobre) vivir y subjetividades dentro de lógicas capitalistas que buscan producir soledad, pero que al compartir sus condiciones de vulnerabilidad, es decir, su fragilidad social y subjetiva, hay un agenciamiento y por lo tanto abre una posibilidad de acción. Estos procesos de vulnerabilización se operan en la cotidianidad de un grupo de personas sobre sus cuerpos, emociones, voluntades y espera (nza). Es decir, aludimos a que las vidas de estas cuidadoras no son vulnerables en sí mismas, sino que se vulnerabilizan a partir de procesos de desigualdad, “desempleo” en tanto que el trabajo doméstico no es reconocido y por lo tanto no es pagado, lo que lleva también a la inseguridad social de la que hablamos anteriormente (Fernández & López, 2005).

Somos vulnerables en tanto que hay condiciones que nos vulnerabilizan. La noción de vulnerabilidad es un concepto complejo de trabajar, ya que existe un límite muy difuso entre la vulnerabilidad de la vida misma, es decir, la muerte y las condiciones sociales, económicas, históricas, culturales, de género que si se sobrepasan, violentan y condicionan vidas a vivir en el dolor, la desesperación, la precariedad y la culpabilización (Brugère, 2017).

Mencionamos de redes de vulnerabilidad porque, efectivamente, se tejen y se producen desde la vulnerabilidad, es decir, lo entendemos no como algo negativo, sino como parte de la vida en donde en la ética del cuidado busca reconocer que la vida es frágil en sí misma. Así, incitamos a ustedes lectores a no romantizar estas condiciones en las que se vive, y que, por el contrario, piensen en que estas acciones humanas se están dando bajo la vulneración de las vidas de las cuidadoras. Este tipo de situaciones nos recuerdan que existen otras formas de vivir en el mundo y que la vida no se sostiene sola, que somos vulnerables y necesitamos de los demás y ellos de nosotros, pero existen límites muy difusos que,

si se sobrepasan, violentan y condicionan vidas a vivir en el dolor, la desesperación, la precariedad y una culpabilización (Brugère, 2017).

Estos afectos también se fijan en el espacio, por que el olvido de la historia y del pasado se presentan como una memoria colectiva se queda anclada en los lugares, como el sonido del organillero, los gritos de dolor, desesperación y tristeza de las cuidadoras, las lágrimas, los malos olores, los restos de diurex en las paredes que sostenían bolsas como techos, la basura tirada en el suelo y los vínculos también son testigos de la precariedad, y que remiten a cargas afectivas características de la nostalgia, la impotencia y la indignación, pero con la posibilidad de que estas condiciones mejoren para las cuidadoras (Lindón, 2000; Halbwachs, 2011).

## Reflexiones finales

**Figura 14.** *Rutas de vulnerabilidad* [Imagen de la captura de pantalla]



*Imágen 14. Nota.* HOSPITALES PÚBLICOS: imposible conseguir cita - Ruido Social, por Eva Maria Beristain, 2025, YouTube (<https://www.youtube.com/watch?v=gDdPyig7Iys>)

A lo largo de esta investigación nos enfrentamos a diversos obstáculos que redireccionaron y cambiaron el enfoque de este trabajo en distintas ocasiones. Iniciamos pensando que esta investigación trataría sobre cuidadores de pacientes con cáncer, pero al final, el terreno de investigación nos llevó a estudiar y producir saberes desde otro lugar y con otras sujetas.

Los obstáculos inesperados en el camino nos llevaron a vagabundear una zona de hospitales públicos en la Ciudad de México, y de ahí se elabora esta investigación. Aunque no estábamos muy seguras de que hacíamos ahí, ni de que podíamos aportar a esta problemática dada la poca existencia de investigaciones previas sobre este tema, creímos que las condiciones de cuidado de las cuidadoras en su cotidianidad, era algo que se tenía que enunciar y que se tenía que empezar a discutir, no sólo desde la psicología con un enfoque social, sino desde la multireferencial (Ardoino, 1997; Manero Brito, 1991).

Todo esto proviene de que siempre quisimos estar dentro de un hospital , por lo que en uno de los días que estuvimos haciendo vagabundeo, A las afueras del hospital infantil había un anuncio sobre un tour en dentro del hospital a lo cual pasamos adentro y tomamos el tour donde nos informaron sobre un congreso el cual decidimos anotarnos y sin saber de lo qué trataba solo queríamos entrar para hacer contactos y más adelante poder entrar al hospital con nuestro trabajo de tesis, pero al estar ahí nos dimos cuenta que ya no era nuestro objetivo que ya habíamos encontrado nuestro terreno.

Entre los hallazgos más importantes de esta investigación, creemos que se encuentra lo que nosotras llamamos “el andar-vagabundeo” como una metodología mediante la cual, se crean sentidos, se observa y se escucha. La investigación nos llevó a caminar por los alrededores de los hospitales y fue en este andar, que se convirtió en la principal forma de acercamiento al terreno y con las cuidadoras, y que dió cuenta y nos permitió visibilizar las rutas de vulnerabilidad, en las que, al igual que nosotras, también andan las cuidadoras y vendedores.

Además, proponemos esta otra noción, que para nosotras puede sustituir el concepto de “redes de apoyo” y más bien pensarlo como “redes de vulnerabilidad”. En un principio, nos movió ver a las cuidadoras compartir sus pocas pertenencias con otras cuidadoras, ver como la banda de calle comparte y convive con ellas, entender que los vendedores también dan su granito de arena, y estuvimos muy cerca de romantizarlo, porque es un acto humano que conmueve. Sin embargo, cuando comenzamos a trazar el contexto socio-histórico de las cuidadoras, dimos cuenta que estas redes se dan bajo la indignación, la necesidad, el abandono y la precariedad como resultado de una falla institucional, de redes de poder, de crisis en el sistema de salud y de los discursos patriarcales de género que han permanecido a lo largo de la historia.

Por otra parte, durante la redacción de esta investigación surgieron algunas dudas o cuestiones que nos gustaría discutir. La primera es respecto a la terminología adecuada para referirnos a las personas en situación de calle, porque en el terreno fueron personas de importancia para poder comprender el espacio y

las redes de vulnerabilidad, ya que estas no solo son entre las cuidadoras, sino que se involucran más personas, como las personas que habitan las calles. En el momento del análisis-redacción, no sabíamos cuál era el término adecuado para referirnos a ellos/ellas, lo que causó un gran debate en el equipo; sin embargo, un grupo de compañeros que están trabajando su proyecto de investigación en la campaña “*Chiras pelas calacas flacas*” (Cruces Galindo y Hernández Mendoza, 2026) que se hace cada año en el mes de octubre<sup>34</sup>:

Esta campaña, se lleva a cabo una vez al año y tiene como objetivo la reducción del daño, así como prevenir riesgos de muerte en calle y generar registros con la intención de visibilizar, valorar y respetar la vida callejera así como la intervención a partir de la elaboración de políticas públicas (El Caracol,<sup>35</sup> 2023).

Nos platicaron que los propios sujetos utilizan el término “banda callejera” o “personas que habitan la calle” para referirse a ellos mismos; ya que en su recorrido y experiencia, el hablar de personas en “situación” de calle implica un momento y un tiempo delimitados, pero que por el contrario existían personas que están meses o años, o como la mayoría que vive toda su vida en la calle, por lo cual el referirse como personas en situación de calle no era lo más idóneo, aunque tampoco se le podría llamar “población” ya que no se podían gestionar, por lo que ellos decidieron nombrarlos personas que habitan la calle.

Sin embargo, aún no sabemos cómo llamarlos en nuestra investigación<sup>36</sup>, ya que no contábamos con el tiempo para adentrarnos y discutir esto más a fondo, sin embargo, queríamos plantear esta discusión; En una asesoría con nuestro lector José Vizcaino nos preguntó ¿Cómo prefieren ellos ser nombrados?, pregunta que nos hizo reflexionar porque siempre nos referimos a ellos desde una perspectiva teórica por mencionarlos de una manera formal (académica) llegando a olvidar lo más importante que es ¿Ellos como se nombran? ¿Cómo les gustaría ser mencionados?

---

<sup>34</sup> Un grupo de compañeros con quienes compartimos los seminarios de investigación y del taller de asesoría colectiva (TACO) del área de concentración de Intervención Psicosocial: grupal, institucional y comunitaria 2025-2026, nos contaron acerca de esta campaña, se lleva a cabo una vez al año y tiene como objetivo la reducción del daño, así como prevenir riesgos de muerte en calle y generar registros con la intención de visibilizar, valorar y respetar la vida callejera así como la intervención a partir de la elaboración de políticas públicas (El Caracol, 2023).

<sup>35</sup> Esta organización se ha enfocado en población que habita las calles o están en riesgo de hacerlo.

<sup>36</sup> Nosotras nos vamos a referir a ellos como personas en situación de calle, banda de calle, decidimos utilizar estos dos conceptos a lo largo de la investigación.

Todas estas preguntas surgieron porque nosotras consideramos que las cuidadoras sí habitan las calles, aunque en condiciones y por razones distintas, ¿O no?, ¿En dónde estaría la diferencia entre las cuidadoras que habitan la calle y las personas que habitan la calle (banda callejera)? Ocupan los mismos espacios y conviven entre sí, ¿Qué nos dice eso?, ¿La banda callejera también habita las calles ante su necesidad y la exterioridad de una institución?, ¿Dónde está el límite entre ser cuidadora y ser de la banda de calle.

Así mismo sucedió con el tema en torno al género y el porqué decidimos enunciar a los sujetos de esta investigación como cuidadoras. En una etapa muy temprana de este proyecto, no había un interés por abordar el género como un eje analítico, más allá de la enunciación de que en nuestro andar se había visibilizado la presencia mayoritaria de mujeres en el cuidado, afuera de los hospitales. Sin embargo, durante la redacción y en la búsqueda de literatura para pensar esta problemática, dimos cuenta que la investigación requería que se abordará al género, ¿Como eje analítico?, ¿Fue un *lapsus*? Contextualizamos y desmantelamos que mucha de la normalización del trabajo y práctica del cuidado vienen desde la violenta división sexual del trabajo, por lo que tomamos y retomamos literatura feminista que nos llevó a tomar un posicionamiento ético-político firme respecto a esta problemática.

Otra discusión que surgió y provocó un debate en el equipo fue sobre el agenciamiento y las líneas de fuga, pues al redactar ambas para nuestro análisis, llegó un momento difuso al parecernos ideas similares, lo que nos generó inquietudes de cuál era el término que utilizaremos para plantear lo deseado, que aunque decidimos desarrollar ambas, aún tenemos algunas incertidumbres con estos conceptos, por lo que invitamos a que usted como lector/a o interesado/a en este tema, piense acerca de estos dos conceptos para futuras investigaciones.

Nosotras entendimos que las líneas de fuga son una reacción creativa ante estas fallas de las instituciones, que en un principio creímos que solo eran acciones mediadas por buenas intenciones y que solo apuntaban al “apoyo” y dejan de lado las respuestas de los sujetos; pueden llegar a ser tan creativas, que apuntan hacia

otro horizonte, como el llegar a caer en extremos mortales como la drogadicción, el alcoholismo, formar parte de la banda callejera o incluso morir. Porque si bien este escape de la realidad ayuda a menguar el dolor que se vive en su cotidianidad, siempre se tiene que tener presente que existe un límite ¿mortuorio? que no se debe romantizar.

A lo largo del trabajo se plantearon preguntas que fueron surgiendo de nuestro propio análisis y que algunas de ellas no fueron respondidas en esta investigación por temas de tiempo y por darles prioridad a otras nociones y construcciones teóricas, es por ello, que invitamos a que posteriormente se puedan profundizar estas ideas en futuras investigaciones.

Como fue con la esperanza un concepto que desde el principio queríamos, pero que es un poco controversial en el equipo ya que hablar sobre la esperanza siempre se va más por el ámbito religioso, por lo que nunca supimos bien cómo abordarla sin caer en el romanticismo y que sabemos que hablar de religión es un complejo algo y que no queríamos tomar ese rumbo en la investigación además de las cuestiones de tiempo, porque las personas toman la esperanza como algo más allá y al realizamos entrevistas no queríamos dar algo por sentado ya que nunca supimos que era la esperanza para las cuidadoras. Por lo que se decidió nombrar como espera-esperanza como un juego de palabras, que ocupamos para explicar la situación a las afueras del hospital.

En cuanto a nuestras implicaciones en esta investigación, fue un proceso difícil, observar y escuchar la realidad de las cuidadoras: nos hacía sentir impotencia, coraje a veces, tristeza en todas las ocasiones. Nuestras visitas al terreno fueron duras porque así como se afectan los vendedores/as y la banda de calle, esta afectación también se desbordó hacia nosotras, quienes regresábamos a casa con el cuerpo cansado, con sueño, tristes y hasta desmotivadas, lo que en algún punto provocó que evadiéramos nuestros acuerdos de llegar temprano y también el que buscáramos estar el menor tiempo posible. Andar las rutas de la vulnerabilidad no fue, es, ni será grato, pues te enfrentas al dolor, la violencia y la precariedad misma.

En nuestras clases de seminario de investigación nos preguntamos ¿Cuál podría ser nuestra devolución hacia las cuidadoras?, ¿Podemos devolverles algo? Nos abrumaba que nuestras sujetas estuvieran siempre en movimiento y algunas solo por un tiempo efímero. A diferencia de otras investigaciones que tuvieron un contacto más directo con las personas de las que se hablaba en sus trabajos (como en entrevistas), el acercamiento más cercano que tuvimos con ellas fue escucharlas, observarlas e intentar entenderlas.

Por ello, queremos creer que nuestras visitas al terreno, nuestra presencia y nuestra escucha fue una devolución para ellas. Además, nos gustaría dejar este trabajo para que futuras investigadoras e investigadores puedan seguir hablando, (de)nunciando y visibilizando este problema social que afecta a miles de mujeres (y hombres) en México. Que la normalización del cuidado sí viene de la familiarización y de la feminización de esta práctica, que la crisis del sistema de salud público en México también produce, desborda y afecta a espacios más allá de los límites del hospital, y que dadas las condiciones de violencia, precariedad y vulnerabilidad se crean redes de vulnerabilidad que intentan sostener el cuidado desde sus posibilidades.

## Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (2004). *Estado de excepción: Homo sacer II, 1* (A. Gimeno Cuspinera, Trad.). Pre-Textos.
- Agamben, G. (2006). *Homo sacer: El poder soberano y la nuda vida* (A. Gimeno Cuspinera, Trad.). Pre-Textos. (Obra original publicada en 1995)
- Agamben, G. (2020). *¿En qué punto estamos? La epidemia como política* (R. Molina-Zavalía & M. T. D'Meza, Trad.). Adriana Hidalgo Editora.
- Aguilar Díaz, M. A. (2017). El caminar urbano y la sociabilidad. Trazos desde la ciudad de México. *Alteridades*, (52 Jul-Dic). Recuperado a partir de <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/704>
- Ardoino, J. (1997). La intervención: ¿imaginario del campo o cambio de lo imaginario? (pp. 13-44). En Guattari, F. et al. *La intervención institucional*. Folios: México.
- Aubry, A. (2011). Otro modo de hacer ciencia: Miseria y rebeldía de las ciencias sociales. En B. Baronnet, M. Mora Bayo, & R. Stahler-Sholk (Coords.), *Luchas "muy otras": Zapatismo y autonomía en las comunidades indígenas de Chiapas* (pp. 58–78). Universidad Autónoma Metropolitana, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; Universidad Autónoma de Chiapas. <https://zapatismoyautonomia.wordpress.com>
- Aresti de la Torre, L., Manero Brito, R., & Villamil Uriarte, R. (2023). La intervención institucional y la muerte: Y después del diagnóstico, ¿qué? *TRAMAS. Subjetividad y Procesos Sociales*, 18/19. <https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/1026>
- Arias-Rojas, M., Carreño Moreno, S., Sepúlveda García, A., & Romero Ballesteros, I. (2021). Sobrecarga y calidad de vida de cuidadores de personas con cáncer en cuidados paliativos. *Revista Cuidarte*, 12(2), 1–16. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1248>
- Balcazar Nava, P., González-Arratia López-Fuentes, N. I., Gurrola Peña, G. M., & Moysén Chimal, A. (2002). *Investigación cualitativa*. Universidad Autónoma del Estado de México.

- Ballester Arnal, R., Blasco Gallego, J., Carbajo Álvarez, E., Gómez-Carretero, P., Huguet Malavés, J. M., Mataix Sancho, J., Monsalve Dolz, V., Novoa-Gómez, M. M., Romero Retes, R., Rudilla García, D., Ruiz Sánchez, L., Santolaya Ochando, F. J., Soriano Pastor, J., Tormo Espluges, G., & Tur Nadal, K. (s. f.). *Guía práctica de psicología de la salud en el ámbito hospitalario*. Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana.
- Beristain, E. (30 de noviembre 2025). *HOSPITALES PÚBLICOS: imposible conseguir cita - Ruido Social* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=gDdPyjg7Iys>
- Brugère, F. (2022). *La ética del cuidado* (N. Calderón Martínez, Trad.). Metales Pesados. (Obra original publicada en 2017)
- Camps, V. (2021). *Tiempo de cuidados: Otra forma de estar en el mundo*. Arpa Editores.
- Cárdenas Gracia, J. (2017). El Estado de Bienestar. En *Del Estado absoluto al Estado neoliberal* (pp. 131–186). Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Careri, F. (2013). *Walkscapes: El andar como práctica estética*. Editorial Gustavo Gili.
- Castel, R. (2004). *La inseguridad social: ¿Qué es estar protegido?* (V. Ackerman, Trad.). Manantial.
- Cornejo Hernández, A. (2016). La pertinencia de devolver(le) sentido político de la categoría de género. En N. Blázquez Graf & M. P. Castañeda Salgado (Coords.), *Lecturas críticas en investigación feminista* (pp. 43-64). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Crettiez, X. (2016). *Las formas de la violencia*. Waldhuter Editores.
- Cruces Galindo, H. M. y Hernández Mendoza, E. B. (2026). *Morir sin nombre: La tensión entre el registro de muerte y las necesidades simbólicas de los sujetos de calle*. [Trabajo terminal]. Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco.

- De Infante, N., & Alvarez, L. (1986, septiembre). El proceso de salud-enfermedad: Un fenómeno social. *Revista de investigación y educación en enfermería*, (2), 47-54.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2002). *Mil mesetas: Capitalismo y esquizofrenia* (J. Vázquez Pérez, Trad.). Pre-Textos. (Obra original publicada en 1980)
- Duque-Ortiz, C., & Giraldo-Toro, Y. A. (2021). La experiencia de los cuidadores familiares de personas con cáncer. Estudio fenomenológico. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(3), 43–53. <https://doi.org/10.22463/17949831.2912>
- El Caracol A.C. (s. f.). Chiras Pelas: Calacas flacas, aprendiendo con la muerte. Recuperado el 20 de marzo de 2026, de <https://elcaracol.org.mx/chiras-pelas/>
- Esposito, R. (2009). *Comunidad, inmunidad y biopolítica*. Herder Editorial.
- Esposito, R. (2023). *Inmunidad común: Biopolítica en la época de la pandemia* (A. Martínez Riu, Trad.). Herder Editorial.
- Federici, S. (2004). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de sueños.
- Federici, S. (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Traficantes de sueños.
- Fernández, A. M. (2002). El campo grupal. Notas para una genealogía (11a reimpresión). *Nueva Visión*.
- Fernández, A. M., & López, M. (2005). Vulnerabilización de los jóvenes en Argentina: Política y subjetividad. *Nómadas*, (23), 132-139 . <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105116741015>
- Flores Vidales, A. (2012). El fantasma oncológico entre médico y paciente. En L. Hernández Valderrama & L. Lozano Treviño (Eds.), *Psicólogos y psicoanalistas en hospitales: Formación, experiencia y reflexiones* (pp. 45–54). Manual Moderno.
- Foucault, M. (1967). De los espacios otros (L. Gayo, Trad.). Conferencia dictada en el Círculo de Estudios Arquitectónicos.
- Foucault, M. (1996). La vida de los hombres infames. *Altamira*.

- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), 3. <https://doi.org/10.2307/3540551>
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France (1978-1979)* (H. Pons, Trad.). Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2008). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Editorial Paidós.
- Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI Editores.
- García Canal, M. I. (2002). *Foucault y el poder*. [https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/3097/1/Tabla\\_contenido.pdf](https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/3097/1/Tabla_contenido.pdf)
- García Canal, M. I. (2004). La resistencia: Entre la memoria y el olvido. En *Resistencia. Tercer Simposio Internacional sobre la Teoría del Arte Contemporáneo* (pp. 29–38). Sitac / CONACULTA INBA.
- García Canal, M. I. (2006). Espacio y poder: El espacio en la reflexión de Michel Foucault.
- García Martín, A., Del Álamo Gómez, N., Fernández Rodríguez, E. J., & Sánchez Gómez, C. (2024). Cáncer, discapacidad y dependencia: La importancia de las redes de apoyo en el paciente con cáncer desde el Trabajo Social Sanitario. *Cuadernos de Trabajo Social*, 37(1), 43–61. <https://doi.org/10.5209/cuts.89778>
- González, F. (2006). Investigación cualitativa y subjetividad. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (2002). Capítulo 2. Subjetividad e historia. En *Micropolítica. Cartografías del deseo* (pp. 34–144). Traficantes de sueños.
- Halbwachs, M. (2004). *La memoria colectiva* (L. Izuzquiza, Trad.). Prensas Universitarias de Zaragoza. (Obra original publicada en 1950).
- Landínez Guio, D. A. (2019). *Poder, control y líneas de fuga en Foucault y Deleuze* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Institucional UNAL.

- Lazzarato, M. (2006). Políticas del acontecimiento. En *Políticas del acontecimiento* (Cap. 1, pp. 43–79). Tinta Limón.
- Le Breton, D. (2021). *Elogio del caminar* (p. 42). Siruela.
- Lefebvre, H. (2017). El derecho a la ciudad. Capitán Swing Libros.
- Lindón Villoria, A. (1999). De la trama de la cotidianidad a los dispositivos de la exclusión: La vivienda y la segregación urbana en la ciudad de México. El Colegio de México.
- Lindón Villoria, A. (2000). Del campo de la vida cotidiana y su espacio-temporalidad (una presentación). En *La vida cotidiana y su espacio-temporalidad* (pp. 7–18). Anthropos Editorial.
- Lourau, R. (2001). *El análisis institucional*. Amorrortu.
- Lutz, B. (2019). Esperar en urgencias: Caso de hospitales públicos de la Ciudad de México.
- Manero Brito, R. (1991). Introducción al análisis institucional. *Tramas*, 1, 1-36.
- Marx, K. (s. f.). *El capital* (Tomo I). Sugarra Argitalpena. <https://drive.google.com/file/d/>
- Marradi, A., Archenti, N., & Piovani, J. I. (2018). *Manual de metodología de las ciencias sociales*. Siglo Veintiuno Editores.
- Medina-Gómez, O., & López-Arellano, O. (2019). Informalidad laboral y derecho a la salud en México: Un análisis crítico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(7), 2583–2592. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.14342017>
- Méndez Méndez, J. (2024, 5 de diciembre). *Gasto para salud en 2025: Recortes en hospitales y para población sin seguridad social* [Informe]. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. (CIEP). <https://www.ciep.mx/>.
- Mercedes, F. (2025). Modelo biomédico y modelo biopsicosocial [Material de clase]. Instituto de Formación Docente de San Luis.
- Ministerio de educación , cultura y deporte. (2016). *Como hacer un paseo de Jane*. EducaLAB.

- Montalvo Prieto, A., Sierra Leguía, L., & Carmona González, Y. (2022). Apoyo social y carga del cuidador del paciente con cáncer: Revisión sistemática. *Revista Ciencia Cuidado*, 19(1).
- Obando Cabezas, L. (2020). El psicólogo en el contexto hospitalario: Un profesional de la salud imprescindible. En L. Obando & E. Ordóñez (Eds.), *Reflexiones y experiencias de la psicología en contextos de asistencia médica: Un análisis desde la psicología social de la salud* (pp. 18–41). Editorial Universidad Santiago de Cali.
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Constitución*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Perea García, K. M. (2017). *Sobrecarga de cuidadores primarios de pacientes pediátricos con cáncer* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio UNAM.
- Pérez Cirera, V. (s. f.). *El derecho a la salud en México*. Friedrich-Ebert-Stiftung. <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/mexiko/10645.pdf>
- Pérez Orozco, A. (2014). *Subversión feminista de la economía: Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Traficantes de sueños.
- Programa Universitario de Estudios sobre Democracia, Justicia y Sociedad. (s. f.). Silvia Federici (1942-presente). *Silvia Federici - árbol de la democracia*. <https://arboldemocracia.org>
- REMENCHILD. (s. f.). Remembering childhood in European Wartimes (REMENCHILD): Infancias en un mundo de guerra 1939-1945 [Exposición virtual]. <https://rememchild.eu>
- Rey, J., & Granese, A. (2018). La cartografía como método de investigación en psicología. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1–34. <https://doi.org/>.
- Rodigou, M. (2008). *Caminando en nuestros barrios, construyendo barrios sin violencia*. Edición CISCESA - Red Mujer y Hábitat LAC.
- Rodrigues Lins, A. L., Toledo de Mendonça, E., Ricardo Moreira, T., Almeida de Matos, R., Vitor Andrade, J., de Freitas Martins, T. C., & Lopes do Carmo, M. M. (2021). Necesidades de cuidado dentro del hospital del cuidador de

- personas con cáncer. *Revista Cuidarte*, 12(2), 1–12.  
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.1231>
- Ruiz Coronel, A. (2004). Etnografía de urgencia: El hospital de Xoco. *Antropología. Revista Interdisciplinaria del INAH*, 15-76, 109–125.  
<https://revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologia/article/view/2975>
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1982). *Introducción a los métodos cualitativos*. Paidós.
- Tinoco García, A. (2011). *Mujeres con cáncer y redes sociales de apoyo en su vida cotidiana*. Miguel Ángel Porrúa.
- Torres, J., & Salcedo, M. (2020). Experiencias de un modelo de atención psicosocial en salud con jóvenes partícipes en la dinámica de violencia urbana. En L. Obando & E. Ordoñez (Eds.), *Reflexiones y experiencias de la psicología en contextos de asistencia médica: Un análisis desde la psicología social de la salud* (pp. 114–136). Editorial Universidad Santiago de Cali.
- Valencia, S. (2010). *Capitalismo Gore*. Melusina.
- Varela, P. (2022). La crisis de la reproducción social en el centro del debate. En *Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires* (pp. 55-65).
- Varela, P. (2023). Las luchas por nuestra reproducción social: debates teóricos y combates sociales. *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 23(2), Artículo r2302.
- Zamora Echegollen, M. A. (2021). *Trabajo y desafección en el capitalismo contemporáneo: Afectos y subjetividad en médicos del hospital universitario* [Tesis doctoral]. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Zamora Echegollen, M. A. (2022). El dispositivo de investigación. En M. A. Zamora Echegollen y J. J. Contreras Vizcaino (Coords.), *Las epistemologías y las artes: a debate* (pp. 48-66). Universidad de Oriente.
- Zamora Echegollen, M. A., & Manero Brito, R. (2020). La muerte en la institución hospitalaria. *Revista M*, 5(9), 9–24