

Cartografías del desgaste: itinerarios corporales y movilidad por salud*

Cartographies of Wear: Bodily Itineraries and Mobility for Health

Grissel Estefanía Gómez Guerra ¹



Fecha de recepción: 22 de marzo de 2026

Fecha de aprobación: 20 de mayo de 2026

Resumen

Este artículo analiza el cáncer como un fenómeno socioterritorial en Chiapas, centrándose en las experiencias de mujeres que enfrentan el diagnóstico mientras sostienen responsabilidades de cuidado. El objetivo principal es examinar cómo las estructuras de género y las desigualdades regionales moldean los itinerarios de salud y las prácticas de reproducción social. La metodología empleada se fundamenta en el giro corpoemocional, utilizando la cartografía social y los relatos biográficos para construir mapas corpoemocionales que vinculan el cuerpo con el territorio y los afectos. Los resultados revelan la existencia de un subsidio biológico, donde el sistema económico y familiar descansa sobre el agotamiento de las mujeres, quienes perciben su vulnerabilidad física como una falla moral. Se identifica una culpa encarnada que las impulsa a realizar labores domésticas y de crianza a pesar del dolor sistémico y los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos. El estudio concluye que el desplazamiento geográfico forzado y la falta de infraestructura institucional de soporte agravan la precariedad de la vida, convirtiendo al cuerpo femenino en la última frontera de resistencia para el sostenimiento de la vida en el sureste mexicano, y evidencia la urgente necesidad de políticas públicas con una verdadera corresponsabilidad social.

Palabras clave:

cáncer, reproducción social, mapas corpoemocionales, desigualdad de género.

* Artículo de investigación.

¹ Universidad Autónoma de Chiapas, México. Correo: grissel.gomez@unach.mx.

 <https://orcid.org/0009-0005-5337-8896>

Abstract

This article analyzes cancer as a socio-territorial phenomenon in Chiapas, focusing on the experiences of women who face the diagnosis while maintaining caregiving responsibilities. The main objective is to examine how gender structures and regional inequalities shape health itineraries and social reproduction practices. The methodology is based on the body-emotional turn, using social cartography and biographical stories to construct body-emotional maps that link the body with territory and affections. The results reveal the existence of a biological subsidy, where the economic and family system rests on the exhaustion of women, who perceive their physical vulnerability as a moral failure. An embodied guilt is identified that drives them to perform domestic and childcare tasks despite systemic pain and the side effects of oncology treatments. The study concludes that forced geographical displacement and the lack of institutional support infrastructure aggravate the precariousness of life, turning the female body into the last frontier of resistance for the sustenance of life in the Mexican southeast, highlighting the urgent need for public policies with genuine social co-responsibility.

Keywords:

cancer, social reproduction, body-emotional maps, gender inequality.

Introducción

El cáncer en Chiapas trasciende el ámbito clínico para configurarse como un complejo fenómeno socio-territorial. Esta enfermedad no solo afecta la dimensión biológica de los sujetos, sino que pone de manifiesto estructuras de poder y jerarquías de género, clase y etnia que dificultan el acceso a una atención integral. En un contexto marcado por la centralización de los servicios especializados y la escasez de infraestructura pública de soporte, el cuidado de la vida no ocurre en redes colectivas, sino que se repliega violentamente hacia el ámbito privado. Ante la ausencia del Estado, el cuerpo de la mujer se erige como el territorio primordial donde se gestiona la crisis, absorbiendo las carencias del sistema a través de un ‘subsidio biológico’.

Desde la perspectiva de la reproducción social de Silvia Federici, este escenario revela una forma de explotación en la que el sistema económico regional asume que las mujeres, aun diagnosticadas y bajo tratamiento oncológico, continuarán sosteniendo la alimentación, la crianza y el bienestar emocional de sus familias. Esta persistencia en la labor de cuidado, incluso a expensas de la propia salud, responde a una división de género que asigna a la mujer la responsabilidad ineludible de producir y mantener la vida.

Para capturar la densidad de estas vivencias, esta investigación se fundamenta en el giro corpoemocional, empleando la cartografía social como una herramienta no solo técnica, sino epistémica. A través de lenguajes alternativos como la poética, la narrativa y el mapeo, se busca reconocer al cuerpo-

territorio como el lugar donde se inscriben las transformaciones de la enfermedad y los procesos de atención médica. El objetivo es desentrañar, mediante el método biográfico y la colaboración horizontal, cómo las mujeres con diagnóstico de cáncer en Chiapas despliegan estrategias de resistencia y agencia frente a un sistema de salud fragmentado.

El cáncer como fenómeno socio-territorial en Chiapas

Las exclusiones provocadas por las jerarquías epistémicas, espirituales, raciales/étnicas y de género/sexualidades desplegadas por la modernidad (Castro-Gómez y Grosfoguel, 2007) también han dejado repercusiones en el contexto de la salud y, para ser más concretos, en enfermedades crónicas como el cáncer; estas repercusiones se ven reflejadas en estructuras de poder que generan tensiones cada vez más complejas en la búsqueda de la atención a la salud. En este sentido, el cáncer no es solo una enfermedad que afecta la salud física, sino que, en ese mismo contexto del padecimiento, se ven reflejadas las complicadas relaciones culturales de la propia enfermedad, de género y de cuidados, mismas que en este caso orientan el ambiente social de la contemporaneidad.

Explorar el cáncer en Chiapas exige trascender el análisis clínico para adentrarse en una trama donde convergen creencias culturales, barreras económicas y una geografía de la salud profundamente

centralizada. En la entidad, la enfermedad no se experimenta de forma aislada; está atravesada por disparidades en el acceso a servicios especializados y una marcada división de género en las responsabilidades de cuidado.

Se habla de un fenómeno socio-territorial porque, ante la ausencia de infraestructura colectiva (estatal o comunitaria), el cuidado no ocurre en un hospital o en una red pública, sino que se repliega al ámbito privado. Cuando el Estado no provee servicios de soporte para la vida cotidiana, el cuerpo de la mujer se convierte en el territorio donde se gestiona la crisis. Es el 'lugar' donde se absorben las carencias del sistema: la mujer con cáncer sigue cocinando, cuidando hijos y atendiendo el hogar porque no hay otro espacio (territorio) donde esas tareas se realicen.

Desde la perspectiva de la reproducción social de Silvia Federici (2013), lo que observamos en Chiapas es una forma de explotación que trasciende la relación laboral: es un subsidio biológico. El sistema económico regional ahorra costos públicos al dar por sentado que las mujeres enfermas seguirán gestionando la alimentación, la crianza y el bienestar emocional de otros, incluso mientras sus propios cuerpos son intervenidos por quimioterapias o cirugías.

Ahora bien, la integración del ejercicio cartográfico sobre los cambios fisiológicos, las emociones y las rutas de atención médica trascendió la dimensión meramente técnica del trabajo de campo para anclarse en una sólida fundamentación teórica y epistémica. La

adopción del giro corpoemocional implica reconocer que el estudio de las trayectorias del cáncer demanda una apertura hacia la subjetividad, los afectos y la experiencia encarnada. Esta postura exige lenguajes alternativos (como la fotografía, la poética y la narrativa) que logren capturar la complejidad del fenómeno. Bajo esta premisa, la cartografía social se constituye como una “metodología participativa y colaborativa de investigación que invita a la reflexión, organización y acción alrededor de un espacio físico y social específico” (Vélez Torres et ál., 2012, p. 62).

Desde la perspectiva de la geografía cultural, el mapeo corpoemocional permite localizar dolencias, placeres y tensiones institucionales partiendo de la escala mínima: el cuerpo. Esta metodología posibilita concebir el cuerpo como el primer territorio de experiencia, donde se inscriben las transformaciones derivadas de los procesos de atención médica. Asimismo, el ejercicio cartográfico facilita una reflexión multiescalar que vincula la posición individual con entramados espaciales más amplios, que van desde el entorno doméstico y el barrio hasta la comunidad y la estructura nacional. En última instancia, la tríada cuerpo-emoción-espacio permite analizar cómo la enfermedad interpela la cotidianidad, resignificando las relaciones sociales y las acciones dentro del territorio vivido.

Metodología: el cuerpo como territorio

La presente investigación se fundamentó en una ruta metodológica cualitativa

basada en el método biográfico, el cual privilegió la interacción dialógica entre las colaboradoras y la investigadora. Este enfoque permitió trascender la mera recopilación de datos para situarse en un proceso de interpretación de experiencias vinculadas al complejo salud-enfermedad-cuidados.

Históricamente, las mujeres han enfrentado brechas económicas persistentes que obstaculizan su acceso a una atención médica integral, tratamientos especializados y servicios de apoyo. Factores estructurales como la brecha salarial de género, la asignación social de las responsabilidades de cuidado y la precariedad en el aseguramiento médico limitan significativamente la capacidad de respuesta frente a enfermedades crónicas.

Siguiendo esta lógica, el estudio reconoce que los relatos biográficos surgen de un juego intersubjetivo donde la memoria no actúa como un depósito estático, sino como un espacio evocado que se conecta y desconecta según las trayectorias de vida. En este marco, el ejercicio narrativo permitió que las colaboradoras asumieran una triple función: narradora, autora e intérprete de su propia historicidad, seleccionando aquellos recuerdos que dotaban de sentido a su presente.

Frente a las limitaciones de los modelos biográficos convencionales, que tienden a omitir la dimensión física, esta investigación integra la teoría social del cuerpo como eje analítico. Se retoma la crítica de Pujol, Montenegro y Balasch (2003), quienes sostienen que la corporalidad ha sido históricamente

negada en los estudios sociales, quedando relegada a lo puramente material bajo una lógica de pensamiento dualista.

Dicha dicotomía mente-cuerpo ha invisibilizado el papel del ámbito físico como un lugar de textualización social. Por tanto, se propone una metodología desde y con el cuerpo, que fomente la reflexión sobre la corporeidad de las colaboradoras. El objetivo es desentrañar cómo las experiencias encarnadas interfieren y configuran la comprensión de los procesos de cuidado en el contexto del cáncer, permitiendo capturar profundidades de la experiencia que la memoria racional, por sí sola, no logra registrar.

En esta propuesta, el cuerpo deja de ser un mero portador biológico de la patología para transformarse en un cuerpo-espacio vital y un territorio en disputa. En él se manifiestan tensiones subjetivas y confrontaciones derivadas de la carga afectiva de los cuidados. El cuerpo se reconoce aquí como el testimonio vivo de la existencia: un itinerario donde se entrelazan las dimensiones físicas, sociales y emocionales.

Este cuerpo-territorio habita luchas, angustias y estrategias de resistencia frente a las rutinas médicas, los tratamientos oncológicos y las exigencias de la vida cotidiana. Al considerar que las personas son las mejores narradoras de sus vidas, el análisis de estos relatos biográficos, con énfasis corporal, permite comprender no solo la realidad clínica, sino también los aspectos culturales y socioemocionales que definen la

supervivencia y el sostenimiento de la vida en Chiapas.

Los itinerarios corporales constituyen una categoría analítica privilegiada para examinar la movilidad y transformación de los sujetos en su intersección con las coordenadas del tiempo y el espacio. Estas trayectorias trascienden el mero desplazamiento físico para abarcar la densidad de las experiencias encarnadas y el tejido de relaciones sociales que se configuran a su paso. Desde esta perspectiva, es posible comprender cómo los cuerpos no solo habitan estructuras, sino que también despliegan formas de resistencia y desafío frente a las normativas hegemónicas.

Siguiendo la propuesta teórica de la antropóloga Mari Luz Esteban, los itinerarios corporales se definen como:

Procesos vitales individuales [...] que nos remiten siempre a un colectivo, que ocurren dentro de estructuras sociales concretas y en los que damos toda la centralidad a las acciones sociales de los sujetos, entendidas éstas como prácticas corporales. El cuerpo es así entendido como el lugar de la vivencia, el deseo, la reflexión, la resistencia, la contestación y el cambio social en diferentes encrucijadas económicas, políticas, sexuales, estéticas e intelectuales. (Esteban, 2013, p. 58).

En este sentido, el cuerpo de las mujeres diagnosticadas con cáncer en Chiapas se erige como el territorio primordial donde

convergen vivencias y afectos derivados del proceso de enfermedad. Estos itinerarios permiten visibilizar cómo la experiencia corporal es moldeada por una compleja trama de factores económicos, políticos y socioculturales, reflejando una subjetividad que se construye en la encrucijada de la vulnerabilidad y la agencia.

La investigación se sustenta en la participación de colaboradoras, término que subraya una relación horizontal y activa en la coproducción de conocimiento. El grupo de estudio está integrado por mujeres diversas que, a pesar de residir en distintos municipios, comparten la vivencia de un sistema de salud fragmentado:

- Roberta (38 años, Jiquipilas): trabajadora de seguridad y derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Ante la burocracia institucional, recurre a los servicios de la sociedad civil Centro de Estudios y Prevención del Cáncer AC (CEPREC), una asociación civil especializada en el diagnóstico, tratamiento e investigación oncológica en el sur de México, para agilizar su tratamiento, mientras sostiene el cuidado de sus hijas y su madre.
- Elena (52 años, San Cristóbal de las Casas): representa el impacto del gasto de bolsillo. Ante las demoras del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), su

familia incurrió en deudas superiores a los \$135 .000 MXN para acceder a cirugía privada, evidenciando la precarización económica que acompaña a la enfermedad.

- Sofía (56 años, Cintalapa): ex-cuidadora de su madre, fallecida por cáncer, y actual cuidadora de su hija con el mismo diagnóstico. Su trayectoria revela el carácter cíclico y generacional del cuidado femenino en la región.

Resultados

A continuación, se presentan los relatos biográficos que constituyen el núcleo empírico de esta investigación, entendidos no como meros testimonios individuales, sino como ventanas a la complejidad de la reproducción social en el sureste mexicano. Estas narrativas permiten transitar de la abstracción teórica a la experiencia encarnada, visibilizando cómo las trayectorias de salud están atravesadas por tensiones geográficas, desigualdades de género y mandatos de cuidado persistentes. A través de la voz de las colaboradoras, el cuerpo emerge como un territorio político donde se inscriben tanto las violencias estructurales del sistema de salud regional como las potentes estrategias de resistencia y agencia. Estos relatos, contruidos desde la intimidad de los mapas corpoemocionales, nos invitan a comprender el cuidado no como un acto privado, sino como un tejido vital que sostiene la existencia en contextos de vulnerabilidad extrema.

Cartografía de trayectorias físicas y emocionales que conlleva una atención a la salud por cáncer de una mujer cuidadora



Fuente: Gómez (2023).

También está a mi cargo mi papá, él ya está grande, y aunque yo ya estaba con las quimios, yo era la que tenía que llevarlo a sus consultas médicas; con todo y el

El análisis de la cartografía de Sofía permite comprender la soledad de la cuidadora no solo como un fenómeno personal, sino como un efecto de los lineamientos institucionales y la distancia geográfica. Al limitar el acceso de las cuidadoras a sus familiares enfermos de cáncer, los hospitales refuerzan el

de las desigualdades de género que rigen la distribución del trabajo de cuidados. Como madre soltera, Roberta asume la responsabilidad primaria de sus hijas; sin embargo, ante la imperiosa necesidad de insertarse en el mercado laboral para garantizar la subsistencia, se ve obligada a delegar dicha crianza en su propia madre.

Esta dinámica pone de relieve lo que Federici (2013) describe como la crisis de la reproducción social. Para Federici, el sistema capitalista ha naturalizado el trabajo de cuidados como un 'recurso inagotable' y gratuito, cargando sobre los hombros de las mujeres la responsabilidad de producir y mantener la vida. En la experiencia de Roberta, observamos cómo las estructuras familiares y sociales refuerzan esta lógica, perpetuando una 'cadena de cuidados' entre mujeres. Al no existir un soporte institucional o social colectivo, la demanda de atención recae en otras figuras femeninas de la familia, lo que evidencia que la esfera doméstica sigue siendo un espacio de explotación del trabajo no remunerado.

Estas trayectorias permiten analizar cómo las desigualdades de género están

profundamente arraigadas en el tejido de la reproducción social. Ya sea como hijas, hermanas o madres, las mujeres asumen el rol de cuidadoras principales frente a la enfermedad o la crianza, e intentan equilibrar jornadas laborales con responsabilidades familiares agotadoras. Federici sostiene que este trabajo, al ser considerado una 'labor de amor', queda invisibilizado, lo que facilita que se realice a expensas de la salud y el bienestar de las mujeres.

En última instancia, el testimonio de Roberta revela las consecuencias tangibles de este desequilibrio: un agotamiento físico y emocional que raya en la desesperación. Cuando la enfermedad oncológica se suma a la precariedad de apoyos externos, la tarea del cuidado deja de ser una práctica de sostenimiento para convertirse en una fuente de vulnerabilidad extrema. Estas narrativas denuncian cómo la estructura familiar, en ausencia de una corresponsabilidad social y política, sigue funcionando como el último eslabón que garantiza la vida, pero a un costo humano desproporcionado para las mujeres.

Figura 3.

Mapa corpoemocional de Elena: la transición de cuidadora a paciente y la culpa de la inactividad doméstica



Fuente: Gómez (2023).

Cuando el médico en San Cristóbal pronunció la palabra *cáncer*, el frío de la ciudad se me metió en los huesos para no salir más. En un segundo, la vida que yo conocía, esa de despertar a las seis, preparar el desayuno, llevar al niño a la escuela y correr al trabajo, se rompió. Ahora le pertenece a las citas, a los estudios y a una incertidumbre que se come todo el presupuesto de la casa. Cada peso que antes era para la despensa o los zapatos del niño ahora se va en pasajes, en cajas de medicinas y en estudios que parecen no terminar nunca.

Mi vida se volvió cansada. Primero fueron las bajadas a Tuxtla. El calor de la capital se siente como un peso extra

cuando llevas las náuseas a cuestas. Pero luego, el camino se hizo más largo: de Tuxtla a Cuernavaca. Cruzar medio país con el cuerpo molido por la quimioterapia es una tortura que no sale en los expedientes. En el autobús, mirando por la ventana, siento que cada kilómetro que me aleja de Chiapas, porque dejé mi casa desatendida, a mi hijo sin su madre y a mi esposo solo con toda la carga.

Esa es la verdadera enfermedad: la culpa. Me siento culpable por estar enferma, como si fuera una falta de responsabilidad de mi parte. Llego de los viajes con un sabor metálico en la boca y un dolor que me hace sentir que los huesos se

me van a quebrar, pero veo la casa ‘patas arriba’ y no puedo quedarme en la cama.

Ayer, después de la quimio, sentía que el mundo me daba vueltas; vi a mi hijo buscando su uniforme arrugado y a mi esposo agobiado con la cena, y me levanté. Me sujeté de la pared para no caerme y me puse a cocinar. Mientras movía la cuchara, las lágrimas se me mezclaban con el sudor. Me duele el cuerpo, me quema el pecho, pero el miedo de fallar como madre y como esposa duele más.

Me obligo a limpiar, a lavar, a estar presente, aunque por dentro siento que me estoy desmoronando. Es como si el cáncer no me diera permiso de ser cuidada; tengo que seguir siendo la que sostiene a todos, aunque sea yo la que se está muriendo de dolor. Mi cuerpo ya no es solo territorio de la enfermedad, es el territorio donde lucho por seguir cumpliendo con lo que el mundo espera de mí, a pesar de todo. (E. Pérez, comunicación personal, marzo de 2023)

El caso de Elena ilustra de manera fehaciente la fractura de la cotidianidad que sobreviene tras el diagnóstico de cáncer de mama en contextos de precariedad institucional y rigidez en los mandatos de género. Su trayectoria no solo describe un proceso patológico, sino que constituye un itinerario corpoemocional donde el espacio geográfico y el cuerpo se entrelazan en una lucha por la supervivencia y el cumplimiento de roles sociales preestablecidos. La experiencia de salud de Elena está marcada por una movilidad forzada que revela las asimetrías en la infraestructura sanitaria del sureste mexicano. El desplazamiento

desde San Cristóbal de las Casas hacia Tuxtla Gutiérrez, y la posterior necesidad de trasladarse a Cuernavaca, configura una geografía del agotamiento. Estos traslados no representan únicamente distancias físicas, sino que implican un ‘desarraigo terapéutico’ y una presión económica extrema. La carga financiera derivada de los pasajes, estudios y fármacos interrumpe la economía doméstica, transformando el derecho a la salud en un factor de descapitalización familiar.

Desde la perspectiva de Silvia Federici (2013), el trabajo de reproducción social es la base invisibilizada que sostiene la vida. En la narrativa de Elena, observamos cómo el cáncer entra en conflicto con el mandato de ser la proveedora de cuidados. Surge así lo que denominamos una culpa encarnada: una subjetividad donde la enfermedad es percibida como una omisión de responsabilidades. Elena experimenta su incapacidad física para realizar tareas domésticas (como cocinar o atender a su esposo e hijo) no como un síntoma, sino como una falla moral. Esta internalización de las estructuras sociales en el cuerpo subjetivo (Scribano, 2013) genera una tensión violenta: a pesar del dolor óseo y las náuseas sistémicas provocadas por la quimioterapia, la mujer se ve impulsada a realizar actos de cuidado para restaurar su agencia y su lugar en el núcleo familiar.

Discusión

En Chiapas, la crisis de los cuidados en mujeres con cáncer no puede entenderse únicamente como una persistencia de roles tradicionales o una ‘elección’ basada en el

afecto. Este fenómeno es, en esencia, un indicador de la asimetría regional y la precariedad institucional. El problema central no radica en que 'las mujeres cuiden mucho', sino en que el territorio no ofrece alternativas colectivas de apoyo.

Debido a la fragmentación del sistema de salud y la escasa infraestructura de servicios sociales, la responsabilidad de sostener la vida cotidiana ha sido externalizada y privatizada. El cuerpo de la mujer se convierte en el único 'territorio' disponible para la reproducción social.

Cuando la cuidadora enferma, lo que ocurre es una ocupación simbólica y física de su cuerpo: el sistema social y familiar sigue extrayendo cuidados de un organismo que está siendo intervenido por la quimioterapia o la cirugía. Al no existir un 'sostén público' que asuma el relevo, el cuerpo de la paciente-cuidadora funciona como la última frontera de resistencia ante el colapso de la vida doméstica. En este contexto, el cáncer revela la cara más cruda de la desigualdad: la transformación de la biología femenina en una infraestructura de soporte obligatoria que subsidia, con su propio desgaste, las carencias del desarrollo regional en el sureste mexicano. La atención oncológica en Chiapas revela una frontera física: la centralización de los servicios en Tuxtla Gutiérrez obliga a las pacientes a emprender itinerarios de movilidad constantes. Por ejemplo, pacientes de San Cristóbal de las Casas o Cintalapa deben viajar entre seis y ocho veces al mes para consultas, laboratorios y quimioterapias, incurriendo en gastos de

transporte, alimentación y un desgaste físico acumulado.

La situación se vuelve crítica ante la ausencia de tecnologías específicas en la región, como la radioterapia, lo que obliga a las mujeres a trasladarse fuera del estado (como el caso de los viajes a Cuernavaca, Morelos). Esta movilidad no solo representa una carga financiera, sino también una vulnerabilidad emocional ante el 'no saber a dónde llegar', acentuando la exclusión de quienes habitan en la periferia del sistema de salud.

Por otra parte, en el trasfondo del diagnóstico oncológico, emerge una red de cuidados sostenida por madres, hijas y hermanas. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT, 2024), las mujeres realizan el 71 % de las horas dedicadas a los cuidados en el hogar. En Chiapas, esta cifra se traduce en mujeres que, aun bajo los efectos secundarios de la quimioterapia (dolor óseo, fatiga extrema, inflamación), no abandonan sus labores de cuidado hacia otras personas.

Esta 'doble carga' es una manifestación de la reproducción social (Federici, 2013), donde el sistema ahorra costos a expensas del trabajo no remunerado de las mujeres. La persistencia en el rol de cuidadora (incluso en la propia enfermedad) responde a un habitus (Bourdieu, 1999) que asocia la identidad femenina con el servicio ininterrumpido. El cuerpo, lejos de ser un receptor pasivo, se convierte en un agente de resistencia que desafía las desigualdades estructurales mientras navega por un sistema que las invisibiliza.

Conclusiones

A manera de cierre, esta investigación permite concluir que el cáncer en las mujeres chiapanecas no es un evento biológico aislado, sino un fenómeno socio-territorial que pone al descubierto las fracturas del sistema de salud y la vigencia de estructuras de género profundamente desiguales. A través del análisis de los itinerarios corporales y los mapas corpoemocionales, se evidencia que, ante la ausencia de una infraestructura institucional de cuidados, el cuerpo de la mujer diagnosticada se erige como la última frontera que garantiza la reproducción social. En este contexto, opera lo que podemos denominar un 'subsidio biológico', donde el sistema económico y social regional descansa sobre la premisa de que la mujer, aun bajo los efectos devastadores de la quimioterapia, debe continuar sosteniendo la vida doméstica. El cuidado, por tanto, no se despliega como una práctica de reciprocidad, sino como un imperativo moral que consume la vitalidad de la paciente en favor del bienestar ajeno.

Esta realidad se ve agravada por una geografía del desgaste, donde los desplazamientos forzados entre San Cristóbal de las Casas, Tuxtla Gutiérrez y centros de alta especialidad fuera del estado configuran una cartografía de la exclusión. La movilidad en salud, lejos de ser un derecho garantizado, se traduce en una violencia estructural que descapitaliza

a las familias y somete al cuerpo enfermo a un desarraigo terapéutico agotador. En este tránsito, emerge con potencia la culpa encarnada: una subjetividad en la que la mujer internaliza la enfermedad como una falla frente a su mandato social de cuidadora. Como se observó en los relatos biográficos, esta culpa moviliza a las mujeres a realizar tareas de crianza y labores domésticas incluso en estados de fragilidad extrema, en busca de recuperar, mediante el trabajo, una agencia que el diagnóstico parece haberles arrebatado.

Metodológicamente, recuperar las voces de las colaboradoras a través del giro corpoemocional ha permitido subvertir el silenciamiento de la ciencia hegemónica, al reconocer que el cuerpo es el primer territorio de experiencia y resistencia. Los mapas no solo documentaron trayectorias físicas, sino que visibilizaron el entramado de afectos, miedos y estrategias de supervivencia que configuran la vida con cáncer en la periferia. Finalmente, es imperativo desmitificar la figura de la heroína inagotable, pues este discurso solo sirve para naturalizar la sobrecarga y justificar la falta de políticas públicas de corresponsabilidad. Resulta urgente transitar hacia una ética del cuidado en la que la sanación sea un derecho social acompañado de descanso y soporte colectivo, asegurando que la vida de las mujeres no sea el precio a pagar por el sostenimiento de la estructura familiar en Chiapas.

Referencias

- Bourdieu, P. (1999). Espacio social y espacio simbólico. En *Razones prácticas: Sobre la teoría de la acción* (2.^a ed., pp. 11-32). Anagrama.
- Castro-Gómez, S. y Grosfoguel, R. (2007). Prólogo: Giro decolonial, teoría crítica y pensamiento heterárquico. En S. Castro-Gómez y R. Grosfoguel (Eds.), *El giro decolonial: Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp. 9-23). Siglo del Hombre.
- Gómez, G. (2025). Mujeres diagnosticadas con cáncer en Chiapas: itinerarios corporales del tránsito de ser cuidadora a enferma y cuidada. [Tesis de maestría]. Universidad Autónoma de Chiapas.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2024). Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2024. <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2024/>
- Esteban, M. L. (2013). Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad y cambio (2.^a ed.). Bellaterra.
- Federici, S. (2013). Revolución en punto cero: Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas. *Traficantes de Sueños*.
- Pujol, J., Montenegro, M., y Balasch, M. (2003). Los límites de la metáfora lingüística: implicaciones de una perspectiva corporeizada para la práctica investigadora e interventora. *Política y Sociedad*, 40(1), 57-70.
- Scribano, A. (2013). Sociología de los cuerpos/emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 4(10), 91-111.
<http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/237>
- Vélez Torres, I., Rátiva Gaona, S. y Varela Corredor, D. (2012). Cartografía social como metodología participativa y colaborativa de investigación en el territorio afrodescendiente de la cuenca alta del río Cauca. *Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía*, 21(2), 59-73.
<https://doi.org/10.15446/rcdg.v21n2.25774>.

Cómo citar este artículo

Gómez-Guerra, Grissel. (2026). Cartografías del desgaste: Itinerarios corporales y movilidad por salud. *Campos en Ciencias Sociales*, 14(1), 10-24.

<https://doi.org/10.15332/25006681.11987>