

CÁNCER, AFECTOS Y CUIDADOS: ITINERARIOS DE ATENCIÓN Y DESATENCIÓN

CANCER, AFFECTS AND CARE: ITINERARIES OF ATTENTION AND INATTENTION

Rocío SÁNCHEZ PRADO

Escuela Nacional de Antropología e Historia

icoqueta@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-1112-9959>

Nura María FARAÓN CHAÚL RIVAS

Posgrado Antropología Física,

Escuela Nacional de Antropología e Historia

nuramariafaraonchaul@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-5514-8082>

Laura Y. VÁZQUEZ VEGA

Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación

laura.vazquez@secihti.mx

<https://orcid.org/0000-0002-8292-6725>

Fecha de recepción: 19 de enero de 2026.

Fecha de aceptación: 10 de abril de 2026.

Resumen:

A partir de una investigación cualitativa se propone acompañar a la travesía recorrida en torno a marcos de comprensión sobre procesos de salud enfermedad atención, con referentes analítico-narrativos sobre el cáncer, el envejecimiento y el derecho a la salud, que desde la epidemiología crítica intentan problematizar y complejizar los itinerarios de atención y desatención en mujeres que, en distintos momentos del curso de vida, atraviesan esta enfermedad. Se sitúan las vivencias encarnadas en las que el cuerpo enfermo con cáncer se entrecruza con desigualdades estructurales, mandatos de género y prácticas biomédicas reduccionistas, fragmentadas y ahistóricas, que limitan el ejercicio del derecho a la salud y el acceso a atenciones y cuidados integrales, libres de violencia. Asimismo, se observan los afectos, la alimentación y las redes de cuidado como dimensiones desde las cuales las mujeres despliegan estrategias para sostener la vida, afrontar la enfermedad y reapropiarse del cuerpo en contextos de vulnerabilidad. Además de reconocer el proceso de acuerpamiento como un acto de cuidado de sí, se propone la descolonización en salud como clave para imaginar y actuar desde

trayectorias situadas y territoriales, atravesadas por sistemas de creencias, inequidades sociales y desigualdades acumuladas.

Summary:

Based on a qualitative study, this article invites readers into a journey through interpretive frameworks and analytic-narrative approaches to cancer, aging, and the right to health which, from the standpoint of critical epidemiology, seek to problematize and complicate the itineraries of care and neglect experienced by women who, at different moments of the life course, go through this illness. It situates embodied experiences in which the body living with cancer becomes intertwined with structural inequalities, gender mandates, and reductionist, fragmented, and ahistorical biomedical practices that restrict the exercise of the right to health and access to comprehensive, violence-free care. It also examines affects, food practices, and networks of care as dimensions through which women develop strategies to sustain life, confront illness, and reclaim the body in contexts of vulnerability. In addition to recognizing embodiment as an act of self care, the article proposes decolonizing health as a key lens for imagining and acting from situated and territorial trajectories shaped by belief systems, social inequities, and accumulated inequalities.

Palabras clave: cáncer, epidemiología crítica, imaginarios y narrativas del envejecimiento, derechos humanos, acuerpamiento.

Keywords: cancer, critical epidemiology, imaginaries and narratives of aging, right to health, embodiment.

I. Introducción

A partir de una investigación cualitativa, este artículo reflexiona sobre los marcos de comprensión que articulan cáncer, y las narrativas sobre el curso de vida y derechos en salud, cuestionando las lógicas reduccionistas del sistema biomédico que han tendido a explicar la enfermedad sólo desde lo corporal o clínico. Desde esta perspectiva, el padecer no se agota en la dimensión orgánica del cuerpo, sino que se configura en tramas históricas, sociales, culturales y afectivas en las que el cáncer se encarna, se nombra, se atiende o se desatiende. Habitar un cuerpo enfermo de cáncer remite, así, a una experiencia que rebasa lo biomédico, pues en ella se entrecruzan incertidumbres, pérdidas, sufrimientos y estrategias diversas para sostener la vida.

En México, para 2023, el 52% de los casos de cáncer correspondía a mujeres y, ese

mismo año, esta enfermedad se ubicó entre las tres principales causas de muerte en el país.¹ En ese contexto, se decidió recuperar los relatos de mujeres no sólo por su lugar dentro de este escenario, sino porque sus trayectorias de vida suelen estar atravesadas por responsabilidades de cuidado, sostenimiento afectivo y reproducción cotidiana de la vida, de modo que, cuando el cáncer irrumpe, su propia necesidad de atención y cuidado queda con frecuencia relegada o fragmentada.

La forma en que las personas entienden, viven y habitan su cuerpo responde a construcciones socioculturales producidas en la interrelación entre biografía e historia, familia y comunidad. En ese sentido, atravesar el cáncer se configura de manera diferenciada según los distintos cursos de vida y los contextos concretos en que las mujeres se encuentran, pues cada trayectoria contiene responsabilidades, recursos, dependencias y vulnerabilidades particulares. En este horizonte, los itinerarios de atención y desatención permiten observar los recorridos concretos mediante los cuales las mujeres buscan diagnóstico, tratamiento, escucha, alivio y acompañamiento, así como las omisiones, retrasos y violencias que atraviesan dichos trayectos.

Este artículo permitirá reflexionar sobre dichas tramas a partir de una investigación cualitativa desarrollada entre 2022 y 2025 con/por/para 12 colaboradoras de entre 32 y 87 años que han atravesado distintos tipos de cáncer en diversos momentos de su trayectoria vital. El estudio se basa en un enfoque cualitativo con perspectiva antropológica, sustentado en procesos de acompañamiento comunitario con mujeres que atraviesan diversas manifestaciones de cáncer en contextos principalmente citadinos, pero también rurales.

Se emplearon distintas técnicas de aproximación cualitativa: observación participante, registro de testimonios, análisis interpretativo de narrativas, entrevistas estructuradas y en profundidad, así como grupos focales realizados mediante aplicaciones en línea. Estas herramientas permitieron recuperar diversas trayectorias de atención y desatención durante el seguimiento de sus tratamientos y procesos de recuperación. El análisis se organizó en torno a categorías emergentes: corporeidad, alimentación, afectos e imaginarios, articuladas desde la epidemiología sociocultural.

A partir de la producción de narrativas, se recuperan experiencias situadas de

¹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, *Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer (4 de febrero)*, comunicado de prensa núm. 39/25, México, 30 de enero de 2025, p. 1, https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2025/EAP_DMvsCancer25.pdf.

diagnóstico, tratamiento, remisión y desatención que permiten problematizar los vínculos entre cáncer, curso de vida y derechos humanos, así como reconocer las estrategias comunes que ellas mismas despliegan para afrontar la enfermedad y sostener la vida, particularmente desde la alimentación, los afectos, la espiritualidad, las creencias y las redes de cuidado.

II. Mujeres, cáncer y envejecimiento: desde una epidemiología crítica y social

El cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por la proliferación de células anormales capaces de invadir tejidos y propagarse a otros órganos; su impacto sigue siendo una de las principales causas de muerte a nivel mundial.^{2,3} En 2020 se registraron cerca de 10 millones de muertes por cáncer en el mundo⁴ y, en América Latina y el Caribe, 1.5 millones de casos nuevos y 700 mil muertes, lo que confirma su peso epidemiológico en la región.⁵ En México, durante 2023 se reportaron 91,562 muertes por esta causa, con una mortalidad de 70.8 por cada 100,000 habitantes; 52.4% de las defunciones correspondió a mujeres.⁶ En Brasil, para el trienio 2023–2025 se estimaron 704,000 casos nuevos y, entre las mujeres, el cáncer de mama ocupó el primer lugar de incidencia, con 73,000 casos, seguido del cervicouterino, con 17,000.⁷ En Chile, para 2022 se calcularon 59,876 casos nuevos y 31,440 muertes; en las mujeres, se estimaron 27,076 casos nuevos, con predominio del cáncer de mama, seguido del colorrectal y el de pulmón.⁸ En Colombia, al 31 de octubre de 2024 se reportaron 651,589 casos prevalentes y 62,000 casos nuevos entre enero de 2023 y enero de 2024; 56.40% correspondió a mujeres y, entre ellas, el cáncer de mama fue el más frecuente, seguido del colorrectal y el de cérvix.⁹ En Estados Unidos, para 2025 se estimaron 2,041,910 casos nuevos y 618,120 muertes por cáncer; 988,660 casos y 294,220 defunciones

² WORLD HEALTH ORGANIZATION, “Cancer”, 16 de abril de 2026, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.

³ AMERICAN CANCER SOCIETY, *Cancer Facts & Figures 2025*, Atlanta, American Cancer Society, 2025, ps. 1-3, <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2025/2025-cancer-facts-and-figures-acf.pdf>.

⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION, “Cancer”, op. cit.

⁵ PIÑEROS, Marion et al., “An updated profile of the cancer burden, patterns and trends in Latin America and the Caribbean”, *The Lancet Regional Health – Americas*, vol. 13, septiembre, 2022, e100294, p. 1, <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100294>.

⁶ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, *Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer (4 de febrero)*, op. cit., p. 1.

⁷ SANTOS, Marcell de Oliveira et al., “Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025”, *Revista Brasileira de Cancerologia*, vol. 69, núm. 1, 2023, e-213700, <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700>.

⁸ INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, *Chile Fact Sheet*, *Global Cancer Observatory: Cancer Today*, GLOBOCAN 2022, versión 1.1, Lyon, IARC, 8 de febrero de 2024, <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/152-chile-fact-sheet.pdf>.

⁹ CUENTA DE ALTO COSTO, “Día mundial del cáncer 2025”, 4 de febrero de 2025, <https://cuentadealtocosto.org/noticias/dia-mundial-del-cancer-2025/>.

correspondieron a mujeres, entre quienes destacaron los cánceres de mama, pulmón y bronquios, colorrectal y cuerpo uterino.¹⁰

En conjunto, estas cifras muestran que el cáncer, especialmente en mujeres de edad media y avanzada, no sólo constituye un problema de salud de gran magnitud.

La mortalidad aumenta de forma importante en edades avanzadas: en México alcanzó 755.8 defunciones por cada 100,000 habitantes en personas de 80 años y más,¹¹ mientras que en Estados Unidos 59% de los diagnósticos ocurrió en personas de 65 años o más.¹² A ello se suma que muchas mujeres transitan la enfermedad en trayectorias de vida marcadas por responsabilidades de cuidado y sostén cotidiano, lo que puede tensionar, postergar o fragmentar sus propias necesidades de atención.

Asimismo, los datos de INEGI¹³ muestran que, entre las personas de 12 años o más fallecidas por tumores malignos en 2022, 36.7% de las mujeres estaba casada, 23.1% era viuda y 22.9% soltera, mientras que en los hombres 54.7% estaba casado, 16.5% era soltero y 11.8% viudo. Estas diferencias permiten advertir que la enfermedad y la muerte se inscriben en condiciones relacionales y familiares específicas. En el caso de muchas mujeres, además, el cáncer se entrelaza con responsabilidades históricas de cuidado, sostén afectivo y reproducción cotidiana de la vida, por lo que sus propias necesidades de atención pueden verse tensionadas, postergadas o fragmentadas.

En sus investigaciones Laura Vázquez Vega¹⁴ plantea que el proceso salud-enfermedad-atención-desatención es un fenómeno multidimensional, situado en corporalidades y territorios específicos, en el que intervienen tanto las estructuras institucionales como las prácticas cotidianas de las personas. Desde esta perspectiva, la epidemiología crítica y sociocultural ofrece herramientas clave para analizar las trayectorias de atención no como rutas lineales, sino como itinerarios complejos atravesados por desigualdades, saberes diversos y momentos de decisión que dotan de sentido al actuar.

¹⁰ AMERICAN CANCER SOCIETY, *Cancer Facts & Figures 2025*, op. cit., p. 6.

¹¹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, *Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer (4 de febrero)*, op. cit., p. 1.

¹² AMERICAN CANCER SOCIETY, *Cancer Facts & Figures 2025*, op. cit., p. 3.

¹³ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, *Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer (4 de febrero): datos nacionales*, comunicado de prensa núm. 78/24, México, 2 de febrero de 2024, p. 4, https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_CANCER24.pdf.

¹⁴ VÁZQUEZ VEGA, Laura Yolanda, "Producción sociocultural de la salud y ecología de saberes en sistemas sanitarios Mx.", presentación en el XXXIII Congreso Latinoamericano de Sociología ALAS México 2022, Panel CLACSO: Refundación de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe: descolonizar teorías y políticas, México, ALAS-CLACSO-UNAM, 2022, ps. 28-29, <https://www.aacademica.org/laurayvazvega/6>.

Asimismo, propone atender aquellos elementos que no siempre resultan aparentes o inmediatos a la mirada o a la palabra, pues el velo del sociocentrismo y la colonialidad de quien observa, escucha y registra se expresa en lógicas y dinámicas de poder desiguales en el ser y el saber.

A partir de este marco, se recuperaron los trayectos de vida de mujeres que resignifican el cáncer para afrontarlo, con el fin de comprender cómo se configuraron sus itinerarios de atención y desatención, así como el papel que desempeñaron los afectos, la alimentación y las prácticas de cuidado en sus procesos de afrontamiento, resiliencia y construcción de sentido, desde la dimensión del yo/cuerpo hasta las formas de cuidado que articularon el nosotros/colectivo en las dinámicas socioculturales.

Desde sus narrativas es posible reconocer las vivencias, significaciones y experiencias recurrentes que atraviesan sus trayectorias de atención y desatención, así como las estrategias plurales de resistencia construidas a lo largo de sus cursos de vida frente al cáncer.

Todas ellas autodefinidas como responsables de sus hogares, y de sus familias además de realizar otras profesiones como; amas de casa, promotoras culturales, psicólogas, empleadas domésticas, contadoras, archivistas y comerciantes entre otras.

A continuación, se presenta la caracterización de la muestra de esta investigación.¹⁵

Cuadro 1.
Caracterización de colaboradoras¹⁶

Edad	Estado civil	Institución de salud	Tipo de cáncer	Red de apoyo	Práctica alternativa de autocuidado
87	Separada	IMSS jubilada	Vejiga/Mama	Familia nuclear	Herbolaria / Homeopatía / Nutrición
70	Soltera	SSA / Homeopatía	Tiroides/Ganglios	Hijos	Infusiones / Regresiones

¹⁵ La investigación en cuestión se llevó a cabo con doce mujeres heterosexuales, de entre 32 y 87 años, todas residentes en México, con enfoque multisituado. Las colaboradoras residen en la Ciudad de México y en distintos municipios del Estado de México, principalmente en Cuautitlán Izcalli, Naucalpan, Tlalnepantla, Chalco y Valle de Xico.

¹⁶ Las siglas institucionales incluidas en el cuadro corresponden a: IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SSA, Secretaría de Salud; ISSEMYM, Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios; FUCAM, Fundación de Cáncer de Mama, A.C.; e INCAN, Instituto Nacional de Cancerología.

56	Casada	ISSEMYM / IMSS	Mama/Útero/G anglios	Familia nuclear	Oración / Nutrición / Ejercicios / Suplementación
57	Casada	SSA / FUCAM	Mama/Útero	Familia nuclear	Medicina tradicional
32	Casada	Particular	Mama	Pareja	Meditación
50	Viuda	ISSSTE	Mama/Útero	Hijos	Terapias alternativas / Medicina tradicional
66	Casada	INCAN / IMSS	Mama/Útero / Mejilla	Pareja	Herbolaria / Nutrición / Terapia ocupacional
58	Casada	SSA	Mama	Familia nuclear	Oración / Nutrición / Contención
46	Divorciada	SSA	Parálisis / Mama	Hijas	Remedios caseros / Terapia de choque
43	Separada	IMSS	Útero	Madre	Cirugía / Nutrición
41	Unión libre	INCAN	Útero / Mama / Ganglios	Pareja	Naturopatía / Suplementación
41	Unión libre	IMSS	Cerebro	Familia nuclear	Herbolaria / Homeopatía / Nutrición

Fuente: Elaboración propia

A partir de las nociones expuestas, cobra sentido dar paso a las voces de las colaboradoras, cuyos testimonios constituyen el sostén y la guía de este texto.¹⁷

III. El momento del quiebre: entre el diagnóstico y el inicio de un nuevo camino

El cáncer no inicia con el diagnóstico médico. Comienza antes, en pequeños signos, en intuiciones corporales, en molestias que se normalizan o se silencian. Para muchas de las mujeres, el primer momento significativo no fue la confirmación clínica, sino la sospecha,

¹⁷ Respetando la decisión de las colaboradoras, no se utilizó su nombre y se optó por nombrarlas como colaboradoras y su edad, por ser de relevancia para el análisis de la información.

esa sensación difusa de que “algo no estaba bien”. En los terrenos del autoconocimiento, el cuerpo se convierte en un libro abierto del cual pueden descifrarse infinidad de recursos en potencia que no se habían descubierto antes.

En muchas ocasiones, las limitaciones de los sistemas de salud convencionales restringen la posibilidad de acceder a otros tratamientos, ya que estos suelen implicar costos inaccesibles para la mayoría de las personas. Varias de las mujeres a quienes acompañamos en estos procesos siguieron su intuición y decidieron considerar otras alternativas terapéuticas, aun frente a la negación, la descalificación o la falta de reconocimiento por parte del sistema médico hegemónico.

Esta búsqueda resultó significativa para aquellas colaboradoras que decidieron asumir un rol activo frente a los diagnósticos médicos y las terapéuticas ofrecidas, dejando de ocupar únicamente el lugar de “pacientes”. El quiebre, en este sentido, no ocurre solamente cuando se nombra la enfermedad, sino desde antes, cuando el cuerpo comienza a enviar señales y las mujeres se ven obligadas a interpretar, casi en soledad, aquello que sienten y que aún no logra traducirse en un diagnóstico claro.

En algunos casos, la enfermedad se anunció de forma abrupta, sin señales claras:

Yo no tenía ningún síntoma... fui por lo de la apnea del sueño (...) me mandaron a hacer estudios y ahí fue donde salió que tenía cáncer de tiroides. Yo no sé cuáles son los síntomas del cáncer pues yo no me sentía mal... mi hermano que tenía también apnea del sueño me recomendó ir a checar me. (Colaboradora de 70 años, comunicación personal, 2022).

Este tipo de experiencia coloca a las mujeres en un terreno de incertidumbre profunda. El cuerpo, que culturalmente se entiende como fuente de señales y como potencia de nuestras capacidades vitales, deja de ser confiable y actúa de acuerdo con los protocolos de seguimiento; es un cuerpo que “conoce mejor el médico”, despojado del autoconocimiento, de la mujer que vive y enfrenta el cáncer. Es decir, se nos ha despojado de manera concertada del conocimiento cotidiano de las cosas que nos afectan; las influencias a las que suele responder nuestro cuerpo o las partes que lo integran; se han desdibujado de nuestra experiencia hasta borrar el reconocimiento de su potencia, siguiendo fragmentos de los dolores que nos afectan sin atinar en el origen que los provocó.

Desde la antropología médica, el cuerpo es simultáneamente materia, experiencia y significado,¹⁸ por lo que las narrativas en torno al cáncer revelan formas complejas de habitar, interpretar y transformar el propio cuerpo.

El dolor no puede ser entendido sólo como una serie de manifestaciones biológicas, sino también como un conjunto de experiencias vividas, cargadas de significados, mediadas por la cultura y la subjetividad individual. La normalización del dolor forma parte de una construcción social del aguante, particularmente en mujeres que han sido socializadas para priorizar el cuidado de otros antes que el propio.¹⁹ Los casos que acompañamos en este trabajo transformaron la noción del cuerpo, desplazándose del aguante hacia la búsqueda de nuevos caminos para el bienestar.

El cuerpo doliente se volvió el puente para tratar de rastrear las posibles causas ignoradas, muchas veces escondidas bajo la mesa por culpa de tantas obligaciones, no sólo domésticas. De acuerdo con el testimonio de una de las colaboradoras de 56 años, quien ha trabajado desde los 15 años y siempre andaba buscando oportunidades de negocio, poco tiempo quedaba para descansar: la prioridad siempre fue producir.

Primero lo que deja y luego lo que apendeja siempre fue mi lema. Postergar el descanso, porque veía al cuerpo como una máquina que debía producir, terminó siendo una mala inversión: al final, el cuerpo me lo cobró. El descanso parecía una pérdida, hasta que todo se rompió. (Colaboradora de 56 años, comunicación personal, 2022).

En este punto, el quiebre también muestra otra dimensión: no sólo la del diagnóstico, sino la de un modo de vida en el que descansar parecía un lujo, escuchar el cuerpo una pérdida de tiempo y detenerse una amenaza para la supervivencia cotidiana. Cuando el Estado no garantiza el acceso oportuno, digno y suficiente a los servicios de salud, no sólo se produce una forma de desatención estructural, sino también una vulneración del derecho a la salud.

Este derecho no se limita a la existencia formal de instituciones o servicios médicos, sino que implica la posibilidad real de acceder a atención en condiciones de igualdad, con oportunidad, calidad y trato digno. Sin embargo, cuando no existe una cultura sólida de prevención y las campañas de salud no son suficientes para involucrar a las personas en el reconocimiento de los múltiples escenarios de riesgo, los problemas de salud se agravan y

¹⁸ CSORDAS, Thomas J., “Modos somáticos de atención” en CITRO, Silvia, coord., *Cuerpos plurales: antropología de y desde los cuerpos*, Buenos Aires, Editorial Biblos, 2010, p. 83.

¹⁹ BUSTOS DOMÍNGUEZ, Reinaldo, “Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David Le Breton” en *Acta Bioethica*, año VI, núm. 1, 2000, p. 105, <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100008>.

suelen atenderse tardíamente. Se produce así un triple descuido concertado tácitamente: por la responsabilidad social y estructural de una institución pública que debería garantizar el servicio; por la ausencia de vínculos sociales y familiares que acogen en colectivo; y por la falta de autocuidado del propio cuerpo.

La prevención no puede reducirse a campañas institucionales o discursos sobre responsabilidad individual; depende también de las relaciones sociales, de las formas de crianza, de los lenguajes disponibles para interpretar el dolor y de las condiciones concretas para buscar ayuda.

También están los casos donde se detectó el cáncer en sus primeras fases, pero el acceso a una atención adecuada estuvo mediado por factores económicos. Éste fue el caso de la colaboradora de 32 años que, a pesar de ser muy joven, tenía antecedentes familiares de cáncer y problemáticas hormonales, no podía cubrir los gastos de su tratamiento.

Quando me diagnosticó la primera doctora, sentí un frío en mi espalda, cuando su respuesta aseguraba que no había otra opción -Me dijeron que había que operarlo (...) que costaba 80 mil pesos y no se debía dejar pasar mucho tiempo. (Colaboradora de 32 años, comunicación personal, 2022).

Muchas mujeres no sólo deben afrontar el peso emocional del diagnóstico, sino también aprender a desplazarse por instituciones, tiempos de espera, recursos limitados y formas desiguales de ser atendidas. El nuevo camino que se abre no conduce de inmediato al cuidado, sino a un tránsito marcado por demoras, incertidumbre y decisiones difíciles.

Una constante en las narrativas es el tiempo. El tiempo que pasa entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico, pero también el tiempo que se pierde en procesos de desatención. Algunas mujeres decidieron postergar la atención, no por desconocimiento, sino por responsabilidad hacia otros: “No quería darle importancia (...) sentía que si no lo nombraba no iba a crecer (...) no quería que nadie dejara de trabajar por mí.” (Colaboradora de 43 años, comunicación personal, 2022).

Este fragmento revela una dimensión profundamente cultural del cuidado: el sacrificio. La enfermedad se vuelve algo que debe ser contenido, oculto, para no alterar el equilibrio familiar. En estos casos, el autocuidado queda desplazado por el cuidado de los otros, y el silencio también aparece como estrategia de supervivencia emocional. La siguiente colaboradora narra como para evitarle demoras a sus familiares prefiere ocultar su

diagnóstico por varios meses: “No le dije a nadie... todos tienen muchas cosas que hacer”. (Colaboradora de 70 años, comunicación personal, 2022).

Sin embargo, este silencio tiene consecuencias. La ausencia de redes de apoyo no sólo dificulta el acceso a tratamientos, sino que intensifica el desgaste emocional y físico. La desatención, entonces, no es sólo institucional, sino también estructural y afectiva.

Es precisamente en ese tránsito, entre la sospecha, el diagnóstico, la espera y la búsqueda de atención, donde comienzan a configurarse experiencias que más adelante pueden devenir en formas abiertas o veladas de violencia dentro del propio sistema de salud.

IV. Violencia médica: cuando el sistema también enferma

Cuando el cuerpo de las mujeres se convierte en territorio de enfermedad, el autocuidado deja de ser una práctica individual y se revela como un proceso atravesado por condiciones estructurales, desigualdades sociales y formas diferenciadas de acceso a la atención. Desde esta perspectiva, el cáncer no sólo implica un padecimiento biológico, sino también una experiencia que trastoca la vida cotidiana, las relaciones de cuidado y las posibilidades de sostenerse a sí mismas y a otras personas. Esta mirada permite problematizar las condiciones en las que las mujeres enfrentan la enfermedad, así como las desigualdades en el acceso a servicios de salud, diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados, además de los sistemas de creencias a los que con frecuencia recurren en busca de alternativas frente a una enfermedad que suele experimentarse como devastadora.

Uno de los hallazgos más significativos de esta investigación, y que se comparte con agravio, es la presencia recurrente de experiencias de violencia médica en las trayectorias de atención de las colaboradoras. Estas violencias no siempre se expresan de manera abierta; a menudo aparecen en formas de desatención, indiferencia, minimización de síntomas, descalificación del saber de las pacientes, ausencia de acompañamiento emocional y también en gestos, palabras y omisiones.

Los testimonios muestran que, incluso cuando las mujeres acuden oportunamente a consulta, sus malestares suelen ser interpretados de manera tardía o insuficiente, en parte por las limitaciones institucionales de un sistema de salud que no siempre cuenta con la infraestructura, el personal o la capacidad de contención necesarias. En muchos casos, las mujeres fueron culpabilizadas por su propia enfermedad. Fue el caso de la colaboradora de

66 años, quien acudió referida desde una atención particular, diagnosticada con cáncer, después de realizar los estudios pertinentes; sin embargo, por los altos costos de la terapia, decidió hacer uso de su seguro social y acudir a una institución pública del Instituto Mexicano del Seguro Social. Durante el trayecto se presentaron varias trabas y obstáculos burocráticos que lograron superarse gracias a una red de apoyo que posibilitó su movilidad e ir contra el tiempo, pero finalmente se encontraron con la traba del poder médico, que decidió no actuar hasta comprobar su diagnóstico de acuerdo con un protocolo médico oficial:

Me dijo que esa bolita yo me la había dejado... que de seguro ya tenía varios años sin revisión, que tenía que esperar como todos a realizar los estudios necesarios (...) aunque yo había acudido con los resultados de los estudios médicos que me realizaron en el hospital militar y el diagnóstico médico decía que tenía cáncer en el seno derecho, en fase III, tuve que esperar alrededor de 4 meses más mientras se me realizaban nuevamente los estudios para refutar los que yo llevaba. (Colaboradora de 56 años, comunicación personal, 2022).

En este contexto, la relación médico-paciente se configura con frecuencia desde una lógica jerárquica en la que el saber biomédico se impone sobre la experiencia vivida de quienes enferman. Así, las percepciones, emociones y conocimientos de las mujeres respecto de su propio cuerpo tienden a ser desacreditados, generando procesos de deshumanización en la atención e incluso de culpabilización. No se trata de hechos aislados, sino de expresiones de un orden social y sanitario en el que persisten relaciones de desigualdad que vulneran de manera particular a las mujeres, tanto en el acceso a los servicios como en el reconocimiento de sus necesidades y saberes.

Otro caso es el de la colaboradora de 57 años, quien contrajo papiloma por el contagio de su única pareja sexual. Durante la operación de los carcinomas encontrados, una de las enfermeras a cargo actúa sin tacto y/o prudencia ante el llanto que ocasionan las laceraciones de la mujer en la camilla, quien, además de enfrentar el dolor físico provocado por los rayos láser, se enfrenta a otro dolor: el provocado por las humillaciones que ejerce la enfermera al responder desde el prejuicio con indicaciones que sólo la descalifican: “Ya bájale, eso hubieras pensado cuando abriste las piernas”. (Colaboradora de 57 años, comunicación personal, 2025).

En este caso, además de sentir fuertes laceraciones, tenía que soportar la humillación y la descalificación de la enfermera, quien debía ofrecer alternativas para la reparación del daño, que en este caso no solo era físico, sino también emocional.

Al enfrentarse a las condiciones del sistema biomédico, también se naturalizan los

prejuicios que forman parte del personal de salud, así como la administración del tiempo que ejecutan quienes toman decisiones.

En el caso de la colaboradora de 50 años, su testimonio permite observar cómo el malestar corporal fue inicialmente minimizado dentro de los servicios de atención. A pesar de acudir a consulta y continuar con su vida cotidiana, el seguimiento recibido no respondió oportunamente a la gravedad de los síntomas:

Comencé con dolores, realizaba mi vida cotidiana, pensaba que comía bien, hacía ejercicio y fue justo cuando realizaba unos ejercicios que me detecté una bolita en el pecho, pero iba a consulta y sólo me daban analgesico (...) así pasaron varios meses. Estaba en pandemia cuando insistí al doctor me enviara a otro estudio. (Colaboradora de 50 años, comunicación personal, 2022).

Por su parte, la colaboradora de 66 años, muestra otra forma de violencia médica vinculada con la ausencia de tacto, el manejo inadecuado de la información clínica y el abandono en momentos críticos.

Al enfrentarse durante años, a la recurrencia del cáncer en varias ocasiones, con manifestaciones en distintas partes del cuerpo, lo que le ha exigido construir prácticas y actitudes para salir adelante; sin embargo, frente a una nueva recurrencia, la médica en turno interpretó los resultados sin considerar la remisión de las anteriores manifestaciones del cáncer, una trayectoria previa y comunicó la situación de una manera profundamente deshumanizante:

Yo me encontraba muy alterada porque la médica en turno, interpretó los resultados del PET que me realizaron sobre el bultito en la mejilla, muchas veces no están preparados para dar una noticia que puede ser determinante para uno, no tuvo tacto para decirme que estaba en metástasis... se levantó y se fue... nunca regresó. Mando a sus asistentes a decirnos que seguía (Colaboradora de 66, comunicación personal, 2022).

Cuando el cuerpo enferma, no sólo se altera la salud individual: también se desestabilizan las dinámicas cotidianas que sostienen la reproducción de la vida. Las labores de cuidado, la atención de hijas, hijos, familiares dependientes y las responsabilidades domésticas se ven afectadas, dejando al descubierto la fragilidad de los arreglos sociales que descansan, de manera desproporcionada, sobre el trabajo de las mujeres, trabajo doméstico no pagado. En ese sentido, la enfermedad no puede comprenderse al margen del género, pues evidencia con fuerza las tensiones entre el mandato de cuidar a otras personas y la dificultad de recibir cuidado para sí mismas. La falta de acompañamiento en momentos críticos genera una

ruptura profunda en la relación médico-paciente y las posibilidades de seguir o no las recomendaciones terapéuticas biomédicas y/o tener que acudir a las terapias alternativas, porque para los diagnósticos convencionales. A ello se suma la falta de información clara y oportuna desde los primeros contactos con los servicios de salud. En medio de diagnósticos inciertos, pasillos hospitalarios, comentarios de otras personas pacientes, saberes familiares y discursos médicos fragmentados, las mujeres van construyendo un imaginario de la enfermedad que entrelaza miedo, incertidumbre y búsqueda de sentido.

Los itinerarios terapéuticos se configuran no sólo a partir de la ruta institucional, sino también de las condiciones materiales de existencia. Las colaboradoras con mayores recursos económicos pueden acceder a opciones de atención y tratamientos menos invasivos o complementarios, como ocurre en algunos casos con terapias basadas en células madre. En cambio, quienes dependen de la seguridad social suelen enfrentar mayores limitaciones, tiempos de espera, efectos secundarios y dificultades para sostener sus tratamientos. También influyen la distancia a los servicios de salud, la posibilidad de pagar consultas o tratamientos privados, y el apoyo familiar o comunitario disponible.

En muchos casos, estas redes permiten acompañar traslados, cubrir gastos, gestionar citas y sostener emocionalmente a las mujeres durante el proceso. Por ello, cuando la atención biomédica resulta saturada, distante o violenta, las redes de cuidado se vuelven fundamentales para hacer posible la continuidad del tratamiento.

En este trabajo, la salud se entiende como una realidad compleja, atravesada por distintos factores que exceden la sola presencia o ausencia de enfermedad. Vázquez Vega plantea que la salud “depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos”.²⁰ Asimismo, precisa que esta “se considerará como una condición humana caracterizada por un continuo de dimensiones físicas, psicológicas y sociales”.²¹ Desde esta perspectiva, la salud puede comprenderse como un proceso dinámico y relacional, situado en condiciones concretas de vida y en experiencias humanas que no se reducen únicamente a lo biológico.

Los itinerarios terapéuticos permiten comprender los recorridos de atención y cuidado que las mujeres construyen frente al padecimiento. Ríos-Camargo y Urrego-

²⁰ VÁZQUEZ VEGA, Laura Yolanda, *El yoga como actividad física y su relación biosocial en adultos mayores, Ciudad de México*, tesis de maestría en Antropología Física, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, 2017, p. 39.

²¹ *Ibidem*, p. 40.

Mendoza señalan que “se comprenden los itinerarios terapéuticos como prácticas de cuidado individual y sociocultural ante padecimientos o como sendas recorridas para solucionar problemas de salud”.²² Así, esta noción no alude a una secuencia médica lineal, sino a procesos situados en los que intervienen decisiones, saberes, experiencias previas, recursos disponibles, redes de apoyo y desigualdades concretas en el acceso al cuidado.

V. Redes de cuidado: sostener la vida en colectivo

A partir de estas experiencias, resulta fundamental mirar el proceso salud-enfermedad no sólo desde la dimensión clínica, sino también desde los vínculos y soportes que hacen posible sostener la vida cotidiana. Habitar un cuerpo enfermo transforma la percepción de sí, del tiempo, del mundo y de las propias capacidades para enfrentar la vida diaria. En ese proceso, las redes de cuidado adquieren un lugar central, pues no se limitan al acompañamiento emocional, sino que también implican apoyo económico, ayuda práctica, cuidado corporal, traslado, alimentación, escucha y presencia.

Frente a la desatención institucional, las redes de cuidado emergen como espacios fundamentales para sostener la vida. En los casos en que estas redes existen, la experiencia del cáncer se transforma.

Las mujeres que contaron con apoyo familiar pudieron sostener sus tratamientos, reorganizar su vida cotidiana y encontrar contención emocional en medio de la incertidumbre y el desgaste físico. Sin embargo, cuando estas redes son frágiles, insuficientes o están ausentes, el proceso se vuelve mucho más complejo. Ello obliga a cuestionar hasta qué punto esta dimensión social del cuidado, tan importante para la vida, también atraviesa nuestra propia forma de comprender y ejercer el autocuidado.

El caso de la siguiente colaboradora permite observar con claridad esta situación. Después de su tratamiento de quimioterapia, tuvo que ser internada porque no estaba presentando resultados favorables. La lesión en la mama supuraba y su limpieza resultaba sumamente dolorosa. En ese contexto, la enfermera, mientras limpiaba una lesión expuesta, anunció:

No, esta lesión ya no va a sanar” fueron solo unas cuantas palabras, pero cuando me

²² RÍOS-CAMARGO, Nadia Katherine y URREGO-MENDOZA, Zulma Consuelo, “Itinerarios terapéuticos: una revisión de alcance” en *Revista de Salud Pública*, vol. 23, núm. 1, enero, 2021, p. 3, <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n1.92447>.

compartió este relato, su rostro con llanto salió desde lo más profundo, no había palabras para corregir dicha sentencia, pero tampoco como para no ver que el personal a cargo no está capacitado para acompañar estos procesos. (Testimonio de cuidador, comunicación personal, 2022).

Además del dolor físico que provoca una lesión expuesta, la contención emocional no constituye un complemento menor dentro de la atención, sino una dimensión decisiva para sostener el tratamiento o, incluso, para no abandonarlo. La manera en que se configura la relación médico-paciente dentro del saber biomédico puede profundizar el sufrimiento, especialmente cuando la atención se ejerce sin sensibilidad, sin escucha y sin reconocimiento de la vulnerabilidad de quien enferma.

En ese mismo sentido, el impacto del maltrato no termina en el momento de la agresión verbal o del trato deshumanizado, sino que puede alterar profundamente la disposición de la persona a recibir ayuda, tocar su propio cuerpo o dejarse cuidar. Cómo se recupera en el siguiente testimonio: “Cabe señalar que después de este maltrato, no permitía que le ayudaran... ni ella misma podía atenderse, pero no quería más comentarios, no quería ser juzgada”. (Testimonio de cuidador, comunicación personal, 2022).

Desde esta perspectiva, el autocuidado no puede entenderse únicamente como una práctica individual o una decisión personal. Se trata, más bien, de una relación que implica confianza, reconocimiento de la propia vulnerabilidad y reconocimiento mutuo. La forma en que una persona logra cuidarse o deja de hacerlo también puede expresar procesos sociales interiorizados, aprendizajes afectivos y experiencias previas de abandono, juicio o desprotección.

En ese sentido, el cuerpo no sólo enferma: también encarna las condiciones sociales en las que ha aprendido a sostenerse o a descuidarse.

Manifestar o encarnar lo aprendido en los ámbitos cotidianos forma parte de los imaginarios sociales que caracterizan nuestra época. Cuando el abandono proviene de las instancias que, en teoría, deberían cuidar, proteger y garantizar condiciones para la reproducción de la vida, ese abandono puede reflejarse también en la relación que las personas establecen consigo mismas. Así, algunas prácticas de autocuidado, pero también de descuido, pueden comprenderse en relación con aquello que se ha recibido o negado en los espacios donde socialmente se produce el cuidado.

Cuando la fragmentación social reduce los ámbitos de solidaridad y cuidado casi

exclusivamente al espacio familiar, se hace visible un descuido estructural más amplio. En estos contextos, la enfermedad no sólo afecta al cuerpo individual, sino que reorganiza las dinámicas domésticas, redistribuye tareas, modifica tiempos y expone con mayor claridad la fragilidad de los soportes cotidianos.

A partir de la enfermedad, las tareas ordinarias deben reconfigurarse en función de las necesidades terapéuticas: la alimentación, las curaciones, la medicación, los traslados y las responsabilidades familiares comienzan a reorganizarse para que el tratamiento pueda sostenerse. Durante el proceso de salud-enfermedad, las capacidades físicas, emocionales y sociales de la paciente se ven disminuidas, aún cuando las obligaciones cotidianas no desaparecen.

En este sentido, las redes de cuidado no sólo acompañan la enfermedad, sino que hacen posible sostener la vida en condiciones profundamente adversas. Las colaboradoras de esta investigación muestran que el cuidado constituye un elemento fundamental para atravesar el proceso salud-enfermedad, especialmente cuando la atención institucional se encuentra marcada por tratos violentos, por la falta de tacto y por la insensibilidad de un sistema público que, en principio, debería acompañar, contener y cuidar. Frente a ello, la familia y, de manera más amplia, las redes de apoyo, se convierten en el sostén primordial desde el cual las mujeres logran continuar, reorganizar su cotidianidad y enfrentar la enfermedad.

VI. Reapropiación del cuerpo, cuidado de sí y construcción de sentido

Las mujeres que viven con cáncer van construyendo, en su experiencia cotidiana, diversas estrategias para sostenerse física, emocional y socialmente. Estas formas de cuidado no surgen de manera lineal ni como decisiones aisladas, sino en medio del dolor, la incertidumbre, el miedo y la necesidad no sólo de seguir viviendo, sino de hacerlo dignamente. En ese proceso, el cuerpo deja de ser únicamente el lugar donde se manifiesta la enfermedad y se convierte también en un espacio de escucha, observación y resignificación. Así, cambios en la alimentación, prácticas espirituales, terapias alternativas, actividades colectivas y otras búsquedas de bienestar comienzan a formar parte de itinerarios de atención más amplios, donde el autocuidado no sustituye la medicina biomédica, pero sí la complementa y la reinterpreta desde la experiencia vivida.

En muchos casos, estas búsquedas se expresan de distintas maneras, como cambios

en la alimentación, la cual adquiere un lugar central al dejar de ser sólo una necesidad biológica para convertirse en una práctica de cuidado consciente, así como prácticas espirituales, terapias alternativas y actividades colectivas. No se trata de prácticas que sustituyan la medicina biomédica, sino de formas de cuidado que la complementan y que van configurando itinerarios flexibles de atención. A la par, los afectos también se transforman: el miedo, la angustia y la incertidumbre conviven con la esperanza, la fortaleza y la resiliencia.

En esta búsqueda, algunas colaboradoras construyen formas de atención que articulan el diagnóstico biomédico con otros saberes y recursos de cuidado disponibles en su vida cotidiana.

Una colaboradora señala: Yo voy al médico para que me diagnostique, después yo veo si esas medicinas las puedo complementar con herbolaria o con suplementos nutricionales para no tomar tanto medicamento alopático. Si tengo una colitis y me da para la diarrea, entonces yo veo que plantas ayudan para eso; si tengo cólicos pues tomo plantas que me quiten el dolor de estómago, entonces tengo muchos té y hierbas. (Colaboradora de 87 años, comunicación personal, 2022).

Otra colaboradora expresa cómo la alimentación dejó de ser un acto automático para convertirse en una práctica de observación y decisión sobre el propio cuerpo: “Empecé a cuestionar todo lo que comía, ya no era sólo comer por comer, ahora pensaba si eso me ayudaba o me dañaba, según me iba sintiendo, si me lo comía finalmente a quién le iba hacer daño era a mí”. (Colaboradora de 50 años, comunicación personal, 2022).

En otros casos, este cuidado se traduce en formas concretas de reorganización de la vida cotidiana:

El primer cáncer comenzó hace 10 años y a base de prueba y error me fui disciplinando poco a poco, porque yo soy la que lo va a vivir y sufrir. Tengo una agenda donde anoto qué voy a comer, qué hacer al otro día, porque a las guerreras se nos olvidan mucho las cosas, también tengo un pizarrón con lo que necesito del súper. (Colaboradora de 50 años, comunicación personal, 2022).

La dimensión relacional del cuidado también aparece con fuerza en otro testimonio, donde la alimentación y el acompañamiento se vuelven una forma de sostén vital: “Ese acto fue muy sanador para mí, me sentí cuidada, reconocida, no sé cómo, pero sentirme querida me dio fuerza para decir ‘sí puedo’ (...) mi cuerpo recuperó fuerza y pude sostenerme”. (Colaboradora de 58 años, comunicación personal, 2022).

Estos relatos permiten observar que las estrategias de cuidado no se reducen a una obediencia pasiva frente a la prescripción médica, sino que implican una apropiación activa

de distintos recursos terapéuticos, prácticas de autoobservación, reorganización cotidiana y formas de sostén afectivo construidas desde la experiencia misma de la enfermedad.

A partir de estos relatos, entre las estrategias de cuidado que las colaboradoras han construido para acompañar la enfermedad, se encuentran las siguientes:

- **Cambios en la alimentación.** La alimentación ocupa un lugar central dentro de estas estrategias. En varios casos se modificó el consumo de azúcares y se incorporaron jugos verdes, alimentos agroecológicos, frutas, semillas y preparaciones consideradas más ligeras o benéficas para la recuperación. También aparece la búsqueda de alimentos más naturales o limpios desde sus procesos de producción y transformación, así como el reconocimiento de sus cualidades alcalinas o acidificantes.²³
- **Uso de herbolaria, homeopatía y otros recursos naturales.** Varias colaboradoras complementaron la atención biomédica con infusiones, preparados tradicionales, tés, homeopatía, suplementos nutricionales y otros recursos no institucionales. Dentro de estas prácticas también se mencionan infusiones relajantes como la damiana (*Turnera diffusa*) o la gobernadora (*Larrea tridentata*), incorporadas para acompañar afecciones físicas y emocionales.
- **Prácticas ancestrales y terapéuticas complementarias.** La búsqueda de cuidado no se limita a los recursos biomédicos ni a la herbolaria. En algunos relatos aparecen prácticas ancestrales, comunitarias o complementarias, como el temazcal, así como referencias a otras tradiciones médicas, entre ellas la medicina china y la ayurvédica. Estas prácticas permiten leer el cuerpo desde nociones de equilibrio, particularmente a partir de la relación entre frío y calor. Desde esta perspectiva, los alimentos no se comprenden solo por su temperatura, sino por los efectos que producen en la digestión, la circulación y el bienestar interno.
- **Autocuidado emocional, espiritualidad y búsqueda de sentido.** El cuidado también se construye en la dimensión afectiva y simbólica. Aparecen la oración, la meditación, la lectura bíblica, el contacto con la naturaleza y formas diversas de relación con lo sagrado. Estas prácticas funcionan como sostén frente al miedo, la angustia y la incertidumbre.

²³ En este horizonte se inscriben la medicina natural, la naturopatía y propuestas como la terapia Gerson, basada en una alimentación orgánica y principalmente vegetal, orientada a la “desintoxicación” del cuerpo. Desde estas lecturas, evitar la carne se entiende como una forma de no incorporar cargas asociadas a la producción industrial animal, el maltrato, el estrés y el sufrimiento, y de proteger el cuerpo durante el proceso de enfermedad.

- **Autoobservación y disciplina cotidiana.** Otra estrategia importante consiste en observar el cuerpo con mayor atención y reorganizar la vida diaria en función de sus necesidades. Registrar lo que se come, anticipar actividades, planear compras, ajustar tiempos de descanso y reconocer qué produce malestar constituye una práctica cotidiana de cuidado de sí, aprendida desde la experiencia.
- **Movimiento corporal y actividades de recuperación.** En varios relatos, el movimiento aparece como una forma de sostener la vida y recuperar el cuerpo: caminar, hacer ejercicio, practicar yoga, chi kung, rodar en bicicleta, mancuernas o natación. Estas actividades no sólo remiten al ejercicio, sino a la necesidad de volver a mover el cuerpo, recuperar fuerza y reconstruir la relación con la vida cotidiana.
- **Uso selectivo de los tratamientos médicos institucionales.** La relación con la medicina biomédica no aparece como aceptación pasiva ni como rechazo absoluto. Algunas colaboradoras contrastan diagnósticos, buscan otras opiniones y complementan tratamientos. Así, la atención institucional se articula con otros recursos terapéuticos, configurando formas híbridas de cuidado.
- **Redes de apoyo, cooperación y cuidado compartido.** El cuidado también se construye de manera colectiva entre pacientes, a través de la circulación de remedios, la ayuda familiar y comunitaria, así como de diversas formas de sostén colectivo que hacen más habitable la experiencia de la enfermedad.

En este sentido, las prácticas de autocuidado alternativo pueden entenderse como un conjunto de saberes y prácticas que no están plenamente inscritas en los modelos biomédicos oficiales, pero que refuerzan el trayecto salud-enfermedad y configuran nuevos sentidos sobre él. Al articular conocimientos oficiales con saberes de la vida cotidiana, las mujeres construyen formas propias de cuidado para sostener la enfermedad y reorganizar su vida.

En conjunto, estas estrategias muestran que el cuidado de sí, no se reduce a seguir indicaciones médicas o a atender síntomas aislados, sino que implica observar el cuerpo, reinterpretar lo que se siente, reorganizar la vida cotidiana y articular distintos saberes, vínculos y recursos para sostener la enfermedad en condiciones más habitables. Así, las terapéuticas que las mujeres construyen no sólo buscan aliviar el malestar, sino también continuar la vida con mayor dignidad, sentido y posibilidad de agencia.

VII. Reflexión final

A partir de las experiencias recuperadas, es posible aproximarse a las múltiples realidades que

atraviesan las mujeres con cáncer. El cuerpo es el territorio desde el cual se habita la vida y se construye la experiencia de existir; cuando enferma, también se transforma la manera de sentir, actuar, vincularse e imaginar el futuro. Por ello, el cáncer no puede comprenderse únicamente como un acontecimiento biológico o una categoría clínica, sino como una experiencia que exige ser interpretada, nombrada y situada dentro de una trayectoria de vida. En este proceso, el relato adquiere un lugar central, pues permite articular cuerpo, afectos, memoria, vínculos y temporalidad. No se trata sólo de describir lo sucedido, sino de construir una forma de inteligibilidad sobre aquello que irrumpe, desordena y obliga a reorganizar la existencia. Desde esta perspectiva, narrar el cáncer puede entenderse como una práctica de elaboración subjetiva y colectiva que contribuye a procesos de resignificación y resiliencia.

Por ello, es importante considerar el peso emocional y social que se le da al cáncer, una enfermedad que, en muchos casos, sigue siendo imaginada como una sentencia de muerte, lo que permite comprender, que el diagnóstico no sólo informa la presencia de una enfermedad, sino que irrumpe en la vida cotidiana, modifica la forma de habitar el cuerpo y altera la manera en que se imagina el futuro. La palabra cáncer aparece cargada de significados sociales, miedos, silencios y anticipaciones de muerte que reconfiguran la experiencia de salud-enfermedad desde el primer momento.²⁴ En este punto, mientras el lenguaje biomédico nombra el tumor, clasifica el estadio y prescribe el tratamiento, las voces de las colaboradoras muestran otra dimensión del padecer: la incertidumbre, la alteración de la vida cotidiana, los silencios familiares, la reorganización de responsabilidades, la búsqueda de alternativas terapéuticas y la reconstrucción del vínculo con el cuerpo. Lo que aparece no es únicamente la enfermedad como diagnóstico, sino la experiencia social y afectiva de habitarla.

Aun así, este significado no permanece fijo: las mujeres lo disputan, lo resignifican y construyen nuevas formas de entender la vida, la salud, el cuidado y la posibilidad de seguir viviendo dignamente. Todos los cuerpos, las trayectorias y los distintos tipos de cáncer son únicos; hay historias en donde se supera la enfermedad y otras en donde no. No obstante, algo aparece de manera común en estas vivencias: el derecho al bienestar, a vivir y a atravesar la enfermedad dignamente.

La Ley General de Salud define a la salud como “un estado de completo bienestar

²⁴ La palabra cáncer procede del latín cancer y del griego karkínos, términos asociados al cangrejo por la semejanza que médicos antiguos, como Hipócrates y Galeno, observaron entre algunos tumores con venas inflamadas y la forma de este animal; véase HARPER, Douglas, “Cancer”, *Online Etymology Dictionary*, consultado el 4 de mayo de 2026, <https://www.etymonline.com/word/cancer>. Desde una mirada antropológica, este origen permite reconocer que la enfermedad no solo ha sido nombrada desde la biomedicina, sino también desde imágenes históricas y culturales del cuerpo enfermo.

físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.²⁵ En México, este derecho se sostiene en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece que “Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud”.²⁶ Desde este marco, el Estado tendría que garantizar condiciones para que la enfermedad pueda ser atravesada con atención integral, dignidad y cuidado.

Sin embargo, las trayectorias de las colaboradoras muestran que, al llevar este derecho a la práctica, muchas veces aparecen formas de desatención, violencia institucional, barreras económicas, territoriales y administrativas, así como una atención médica fragmentada, insensible e invisibilizadora.

Como plantea Vázquez Vega, el proceso salud-enfermedad-atención-desatención permite comprender la enfermedad como un proceso multidimensional, atravesado por distintos actores, decisiones situadas y condiciones sociales, económicas e institucionales que no dependen únicamente del individuo.²⁷ Desde esta mirada, el cáncer no puede leerse como una secuencia lineal de diagnóstico y tratamiento, sino como una experiencia que se vive en el cuerpo, pero también en los tiempos de espera, en el trato médico, en la dificultad para acceder a especialistas, en la falta de recursos, en la clasificación entre derechohabientes y personas con menor cobertura, en la economía doméstica, en la alimentación, en las creencias, en el miedo y en la reorganización cotidiana de la vida.

Las narrativas de las colaboradoras muestran precisamente esa complejidad: cuando una mujer enferma, no sólo se transforma su cuerpo; también se reconfiguran sus vínculos, sus actividades, sus responsabilidades y sus formas de existir. Esta experiencia se vuelve aún más compleja cuando los mandatos de género continúan colocándolas como cuidadoras de otros, aun cuando ellas mismas necesitan ser cuidadas. En este marco, la resiliencia no aparece como una capacidad individual abstracta ni como una obligación de “ser fuerte”, sino como una capacidad situada de reorganizar el sentido de la experiencia, sostener la vida cotidiana y atravesar la enfermedad reconociendo la vulnerabilidad que la atraviesa.

²⁵ CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, *Ley General de Salud*, texto vigente, últimas reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2026, México, Cámara de Diputados, 2026, art. 1o. Bis, <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>.

²⁶ CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, texto vigente, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de junio de 2026, México, Cámara de Diputados, 2026, art. 4o., <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>.

²⁷ VÁZQUEZ VEGA, Laura Yolanda, “Producción sociocultural de la salud y ecología de saberes en sistemas sanitarios Mx.”, *op. cit.*, p. 29.

Por ello, la atención de las mujeres con cáncer no puede reducirse al tratamiento biomédico. También debe considerar sus condiciones sociales, culturales, territoriales, emocionales y corporales de vida. Si bien la Ley General de Salud reconoce la importancia de asegurar el acceso efectivo a los servicios con “perspectiva intercultural” y de incorporar “las prácticas de la medicina tradicional”,²⁸ en la práctica esta perspectiva pocas veces se materializa. Las trayectorias de las colaboradoras muestran que, en un sistema de salud saturado, fragmentado y atravesado por desigualdades, los saberes familiares, comunitarios, alimentarios, espirituales o ancestrales suelen ser desestimados, aunque forman parte de las estrategias con las que las mujeres sostienen la vida y atraviesan la enfermedad.

Frente a ello, las mujeres construyen otras formas de cuidado y de sentido. Las estrategias que despliegan, como los cambios en la alimentación, el uso de herbolaria, la espiritualidad, la autoobservación, el movimiento corporal, las redes de apoyo y el uso selectivo de los tratamientos médicos, muestran que vivir con cáncer no sólo implica buscar la curación. También implica sanar, resignificar el cuerpo y construir condiciones de bienestar.

En este proceso, el diagnóstico no sólo marca una ruptura; también puede abrir un campo de disputa sobre los significados de la enfermedad. El lenguaje biomédico nombra el padecimiento, pero no agota la experiencia de quienes lo viven. Por eso, aunque el cáncer puede aparecer inicialmente como condena, algunas colaboradoras reconstruyen su sentido desde otras formas de agencia, cuidado y comprensión de sí mismas.

La enfermedad no se reduce al daño corporal ni al tratamiento médico, sino que también puede convertirse en un proceso de resignificación. En este sentido, narrar la enfermedad permite disputar los significados dominantes del cáncer y construir nuevas formas de entender la vida, la salud y el cuerpo enfermo.

Desde esta perspectiva, habría que pensar la atención de las mujeres con cáncer desde una mirada interdisciplinaria, integral e intercultural, en la que no sólo se considere la curación, entendida como la eliminación de la enfermedad desde la lógica biomédica, sino también el sanar, como un proceso integral de resignificación, y el bienestar, como la posibilidad de vivir con dignidad incluso en medio de la enfermedad. En la vivencia de las mujeres que atraviesan cáncer, estos procesos no aparecen separados, sino entrelazados con

²⁸ CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, *Ley General de Salud*, op. cit., art. 2o., último párrafo; art. 6o., fracc. VI Bis; art. 93.

el cuerpo, los afectos, los vínculos, los saberes y las formas de cuidado que construyen para sostener la vida cotidiana.

A la luz de estos aportes, la resiliencia no puede entenderse como la obligación de “superar” el cáncer ni como una adaptación dócil al sufrimiento. Más bien, se configura como un proceso de resignificación mediante el cual las mujeres reordenan la experiencia, reconstruyen vínculos con el cuerpo y elaboran nuevas formas de habitar el tiempo, los afectos y los cuidados.

Así, la resiliencia narrativa aparece cuando el diagnóstico deja de ser únicamente una condena y puede convertirse, aunque no siempre ni de forma lineal, en una experiencia que también abre preguntas, decisiones, búsquedas y reapropiaciones de sí. Narrar el cáncer constituye, entonces, un acto epistemológico y político: epistemológico, porque permite producir conocimiento situado sobre la enfermedad desde la experiencia encarnada; político, porque disputa las definiciones dominantes que reducen el cáncer a una lesión celular o a una sentencia individual. Al narrar, las mujeres no sólo cuentan lo que les ha ocurrido; también producen nuevas formas de inteligibilidad sobre el cuerpo enfermo, el cuidado, la vulnerabilidad y la posibilidad de seguir viviendo con dignidad. En ello radica el potencial resiliente de estas narrativas: no eliminan el sufrimiento, pero permiten transformarlo en experiencia pensable, compartible y, también apropiable.

VIII. Referencias

- AMERICAN CANCER SOCIETY, *Cancer Facts & Figures 2025*, Atlanta, American Cancer Society, 2025, <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2025/2025-cancer-facts-and-figures-acf.pdf>.
- BUSTOS DOMÍNGUEZ, Reinaldo, “Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David Le Breton” en *Acta Bioethica*, año VI, núm. 1, 2000, p. 103-111, <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100008>.
- CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, texto vigente, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de junio de 2026, México, Cámara de Diputados, 2026, <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>.
- CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, *Ley General de Salud*, texto vigente, últimas reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2026, México, Cámara de Diputados, 2026, <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>.

- CSORDAS, Thomas J., “Modos somáticos de atención” en CITRO, Silvia, coord., *Cuerpos plurales: antropología de y desde los cuerpos*, Buenos Aires, Editorial Biblos, 2010, p. 83-104.
- CUENTA DE ALTO COSTO, “Día mundial del cáncer 2025”, 4 de febrero de 2025, <https://cuentadealtocosto.org/noticias/dia-mundial-del-cancer-2025/>.
- HARPER, Douglas, “Cancer” en *Online Etymology Dictionary*, consultado el 4 de mayo de 2026, <https://www.etymonline.com/word/cancer>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, *Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer (4 de febrero): datos nacionales*, comunicado de prensa núm. 78/24, México, 2 de febrero de 2024, https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_CAN_CER24.pdf.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, *Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer (4 de febrero)*, comunicado de prensa núm. 39/25, México, 30 de enero de 2025, https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2025/EAP_DMvsCancer25.pdf.
- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, *Chile Fact Sheet, Global Cancer Observatory: Cancer Today*, GLOBOCAN 2022, versión 1.1, Lyon, IARC, 8 de febrero de 2024, <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/152-chile-fact-sheet.pdf>.
- MENÉNDEZ, Eduardo L., “Modelo médico hegemónico y atención primaria”. Ponencia presentada en las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, 30 de abril-7 de mayo de 1988, p. 451-464.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Código Latinoamericano y Caribeño contra el Cáncer*, Campus Virtual de Salud Pública, 2024, <https://campus.paho.org/es/curso/codigo-latinoamericano-y-caribeno-contra-el-cancer>.
- PIÑEROS, Marion, LAVERSANNE, Mathieu, BARRIOS, Enrique, CANCELA, Marianna de Camargo, DE VRIES, Esther, PARDO, Constanza y BRAY, Freddie, “An updated profile of the cancer burden, patterns and trends in Latin America and the Caribbean” en *The Lancet Regional Health – Americas*, vol. 13, septiembre, 2022, e100294, ps. 1-14, <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100294>.
- RÍOS-CAMARGO, Nadia Katherinne y URREGO-MENDOZA, Zulma Consuelo, “Itinerarios terapéuticos: una revisión de alcance” en *Revista de Salud Pública*, vol. 23, núm. 1, enero, 2021, p. 1-6, <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n1.92447>.
- SANTOS, Marcell de Oliveira, LIMA, Fernanda Cristina da Silva de, MARTINS, Luís Felipe Leite, OLIVEIRA, Julio Fernando Pinto, ALMEIDA, Liz Maria de y CANCELA, Marianna de Camargo, “Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025”

en *Revista Brasileira de Cancerologia*, vol. 69, núm. 1, enero-marzo, 2023, e-213700, <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700>.

VÁZQUEZ VEGA, Laura Yolanda, *El yoga como actividad física y su relación biosocial en adultos mayores, Ciudad de México*, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia, tesis de maestría en Antropología Física, 2017.

VÁZQUEZ VEGA, Laura Yolanda, “Producción sociocultural de la salud y ecología de saberes en sistemas sanitarios Mx.”, presentación en el XXXIII Congreso Latinoamericano de Sociología ALAS México 2022, Panel CLACSO: Refundación de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe: descolonizar teorías y políticas, México, ALAS-CLACSO-UNAM, 2022, <https://www.aacademica.org/laurayvazvega/6>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, “Cancer”, 16 de abril de 2026, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.