

# El uso de mapas mentales para describir espacios transnacionales de atención al padecimiento

## Mental mapping to describe transnational care spaces on chronic illness

Alejandra G. Lizardi Gómez<sup>1</sup>

**Resumen:** Algunos migrantes viven entre México y Estados Unidos, recorriendo un espacio transnacional creado por conexiones diversas de lugares de origen y destino. Para algunos de ellos, el día a día transcurre entre prácticas de atención a padecimientos crónicos. Al sostener el control de las enfermedades entre fronteras políticas y de sistemas de salud, dan lugar a un espacio de atención. ¿Dónde se sienten estas personas enfermas menos enfermas?, ¿qué elementos de su atención les permiten establecer puntos de bienestar?, ¿qué tipo de fronteras perciben y cómo se enfrentan a ellas?: ¿cómo dibujan su mapa de atención?

**Abstract:** For some migrants living between Mexico and the United States, day-to-day practices include care for chronic illness. In a space built across political and health systems limits, some questions arise. Where do these ill people feel less ill? What elements of their attention allow them to establish wellbeing points? What kind of borders do they perceive and how do they face them? How do they draw their care map?

Palabras clave: mapas mentales; imaginación geográfica; espacio transnacional; padecimientos crónicos

### Introducción

En una pequeña ciudad del occidente de México vive Blanca Alba. En ese lugar hay una tradición migratoria a Estados Unidos de más de un siglo. En su familia, el primero en emigrar fue su difunto esposo, quien de manera temporal trabajaba principalmente en la agricultura en California, Estados Unidos. Gracias a ello Blanca recibe una pensión. Diez de sus once hijos viven en ese país -todos los hombres y cinco de las seis mujeres-, algunos sin papeles, otros con permisos de trabajo y unos más nacionalizados. Por estos últimos, ella va y viene entre fronteras con su tarjeta de residencia. Vive sola en su casa del pueblo, su deseo es quedarse ahí el mayor tiempo posible pero se obliga a

---

<sup>1</sup> Doctora en Ciencias Sociales, con especialidad en Sociología, Universidad de Guadalajara. Línea de investigación: Migración y salud. correo-e: alejalizardi@gmail.com

ir cada dos años por seis meses al norte. Por un lado, están los hijos, que cada día la visitan menos en el terruño, y por otro, debe hacerse presente ante las autoridades migratorias. En los viajes de los últimos años, Blanca ha tenido menos ánimos para transitar de su casa a las de sus hijos, por sentir un cansancio que llama incurable debido a tres enfermedades añejas y permanentes: diabetes, hipertensión y artritis.

Cuando conversa sobre aquello que hace para mantener el mejor control posible de sus padecimientos, salta a la vista lo que significa para ella su hogar, donde las dolencias son menores, y los hogares que percibe ajenos, donde percibe limitaciones para decidir qué hacer y cómo para cuidar su salud. Como ejemplo de lo anterior, podemos leer lo que evocó en una entrevista:

“Esta vez que fui, es que mira, según en donde esté, porque todos se van a trabajar y yo me pongo a hacer quehacer, y luego... soy taruga, porque cuando hago las cosas debía comer pronto, como en mi casa, eso me descontrola, me espero a que coman los demás, la primera comida que dan es muy tarde, a veces me como antes un cereal [...] sí, eso es lo que a mí me descontrola las horas de las comidas”.

“[...] y luego ¡el calorón caramba! a mí me friega, yo sudo muchísimo, allá hace más calor y luego con Federico [uno de sus hijos que vive en Los Ángeles], a él le hacen daño las cosas pal’ calor, el aire y ventiladores y eso, un día me quise deshidratar, empecé a sentir bien feo, el estomago revuelto, la cabeza y media borracha ‘ ¡ay ¡ Dios mío ¿qué voy a hacer?’ ese día ni pude comer, me hice un limón con sal, y luego mi nuera me llevó un suero y ya me controlé, pero eso me hace mucho daño”.

Blanca se prepara de la mejor forma antes de llegar a California, los días previos a su partida los dedica a visitar a médicos, a hacerse análisis de laboratorio y a empacar todo el medicamento posible.

Su experiencia es compartida de forma similar por otros hombres y mujeres enfermos, cuyas vidas transcurren entre hogares en dos países. Para algunos de ellos, el control de los padecimientos no se altera, y para otros es más fácil de sostener estando fuera de casa. Cuando narran la experiencia de su atención, otros migrantes como Blanca aluden a que en Estados Unidos los médicos están mejor preparados, a que los medicamentos son más efectivos, a que los hijos allá les

ofrecen mejores alimentos. Otros, se niegan a ir a un hospital convencidos de que el gobierno tiene la consigna de matar a los ancianos, otros consideran el costo de atención, prohibitiva, o que los problemas de sus hijos allá les alteran el ánimo y la salud. Unos más, se sienten amablemente atendidos en las clínicas comunitarias de California, sin hablar inglés pero con algún nieto o sobrino intérprete, así como cuando hacen uso de servicios públicos o privados en México.<sup>1</sup>

La percepción de bienestar de cada una de estas personas, es tan diversa como las estrategias que construyen junto a sus familias y a los profesionales de la salud, a lo largo del espacio transnacional. Ese espacio de atención, representa para todos ellos múltiples ambientes y una sola geografía, con fronteras políticas y de sistemas de salud. Uno puede preguntarse frente a entornos semejantes ¿Dónde se sienten estas personas enfermas menos enfermas?, ¿qué elementos de su atención les permiten establecer puntos de bienestar?, ¿qué tipo de fronteras perciben y cómo se enfrentan a ellas? Ante estas interrogantes, una sobre ellas resume el interés de la presente investigación: ¿cómo es su mapa de atención?

Para responder a ello se hace necesario profundizar en nociones como espacio, sentido de lugar e imaginación geográfica, con énfasis en temas de migración y de salud. Pretendiendo así comprender la influencia del lugar en la salud, de la salud en los lugares, la relación entre significados y construcción de espacios de cuidado y la dinámica de provisión de atención en ambientes específicos. De esta forma, interpretar los espacios de atención que construyen las personas enfermas en sus recorridos entre hogares, entre sistemas de salud y con el objetivo de mantener el control de sus padecimientos.

### **La doble ciencia de la geografía y la construcción del espacio**

La geografía como ciencia del espacio, se enfocó durante años a medir distancias, direcciones, y ubicaciones bajo la convicción de que hay un orden espacial en el mundo, de que la existencia humana puede hacerse visible a través de geometrías con diferentes escalas, desde unidades domésticas, pueblos, regiones y continentes (Andrews, 2003).

Las corrientes de pensamiento crítico vigentes en los años 1970's, retomaron los ideales humanistas de John Locke quien en el siglo XVI reconoció la utilidad de la geografía en la comprensión del mundo natural y social (Jones, 2012). Se tomaron en cuenta asimismo, las reflexiones de Carl Sauer sobre los paisajes culturales.<sup>2</sup> Entonces se propuso el uso del término

*espacialidad*, para referirse a la construcción social del espacio y a la forma de experimentarlo, es decir, al registro humano en el paisaje. Con ello se fortalecía a la geografía humana como una nueva rama (Cloke , Crang y Goodwin, 2005). Por un tiempo, esta nueva orientación se vio desvinculada por completo de la geografía física, desarrollándose por sí misma dentro de lo que se llamó un movimiento separatista (Johnston, 2000). En tiempos recientes, se admite que en la geografía existen dos subdisciplinas, la humana y la física, ambas con fuertes vínculos teóricos y metodológicos. Ese reconocimiento no ha escapado de resquemores en la defensa de cada orientación, lo más conciliatorio ha sido llamarle doble ciencia, después de que fuera necesario “darse por vencido” como lo escriben Harrison et al (2004). Estos autores defienden su complementariedad, su desarrollo conjunto imparable y sus conexiones postdisciplinares, e invitan a maximizar la calidad de los productos combinados o separados.

Ante tal recomposición de la ciencia del espacio, se amplía la pregunta sobre qué es espacio como lo refiere Harvey (1973: 13), a “¿cómo es que las diferentes prácticas humanas crean y utilizan distintas conceptualizaciones de espacio?” De esta forma, se abre camino a una perspectiva relacional, esto es, admitir que el espacio consiste de una serie de redes interdependientes y superpuestas, donde los cambios en una afectan a las demás (Santos, 2000).

Desde esta perspectiva, Massey (2005) define el espacio con tres atributos particulares: 1) es el producto de interrelaciones, por lo que no tiene una existencia en sí mismo independiente de lo social; 2) es la posibilidad de existencia de la multiplicidad, ya que es la esfera en la que pueden coexistir diferentes trayectorias de manera simultánea; y 3) estará siempre en construcción, en constante movimiento y cambio. Las relaciones sociales, por tanto, no están limitadas por un espacio contenido, si no que ellas mismas constituyen un espacio.

De esa forma, se abandona el pensamiento dominante durante siglos, que un espacio social existe atado a un espacio geográfico claramente definido, y que a un espacio geográfico definido le corresponde solo un espacio social. Es así como Pries (2005), plantea que el espacio social como concepto relacional se piense constituido por configuraciones densas y duraderas en espacios geográficos, de manera que un espacio social se expanda por muchos espacios geográficos y que en un espacio geográficos contenga numerosos espacios sociales en coexistencia. Advierte el autor, sin embargo, que las demarcaciones continúan siendo indispensables para hacer visibles la inclusión o exclusión de acciones dentro de esos espacios, de forma que es necesario en algunos

casos, tomar en cuenta fronteras geográficas como las de los territorios, las localidades y las naciones.

Pries precisa tres tipos ideales de espacios generados por las relaciones sociales contemporáneas.<sup>3</sup> Uno de ellos es el de los espacios transnacionales, los cuales presenta como un grupo de fuertes relaciones sociales distribuidas plurilocalmente, sobre y entre contendedores tradicionales de espacio de las sociedades nacionales, sin un origen claro.

Desde esta mirada, se facilitaría el correcto establecimiento de unidades de análisis, de referencia y de medida de los espacios transnacionales,<sup>4</sup> asunto que según Pries (2007) permitiría una descripción más completa de su existencia, al evitar la confusión de estructuras y procesos en su interior con otros - que bien puede corresponder a espacios de otra naturaleza-. Igualmente conveniente lo consideran Khagram y Levitt (2007), al asegurar que con unidades de análisis precisas, pueden establecerse al mismo tiempo, límites y fronteras más claras por las que tales unidades atravesarían.

Con la posibilidad de hacer a las fronteras visibles, se reduciría el desinterés por dibujarlas cuando se asumen fragmentadas, discontinuas o difícilmente perceptibles (Mahler, 2007), al tiempo de que se evitan descripciones de la acción transnacional en términos desterritorializados, como lo advierten Smith y Guarnizo (1998), en un inexistente espacio ajeno a las dinámicas nacionales, a las oportunidades impuestas por la contextualización y a la historia situada.

### **La espacialidad de la atención a la salud y al padecimiento desde la perspectiva relacional**

Como es posible apreciar por lo leído antes, la geografía humana concede un papel central a la agencia humana y a la creatividad, al significado de los eventos cotidianos y a sus valoraciones, con las que los individuos perciben lo que son y pueden hacer (Cloke, Philo y Sadler, 1991). En palabras de Baldwin (2012), busca comprender cómo las personas producen vidas más satisfactorias como resultados de una negociación de relaciones en interacción con trayectorias situadas de índoles política, económica, cultural y ambiental.

El enfoque particular es la individualidad de la construcción social del espacio, así como la experiencia de lugar. El espacio podría entenderse como la distribución del fenómeno y de las personas que lo originan, como el ámbito de la acción; y el lugar como el punto donde el fenómeno se localiza, y donde las personas se detienen, reflexionan y adquieren identidad (Tuan, 1974;

Andrews, 2003).<sup>5</sup> Como lo escribiera Tuan (1977: 6):

“Lo que puede comenzar como un espacio indefinido se transforma en lugar a medida que lo conocemos mejor y tratamos de valor [...] se habla sobre las cualidades espaciales del lugar; y se puede a la vez hablar de las cualidades locacionales del espacio. Las ideas de espacio y de lugar no pueden ser definidas la una sin la otra. A partir de la seguridad y estabilidad del lugar estamos conscientes de la amplitud de la libertad y de la amenaza del espacio, y viceversa. Además de eso si pensamos en espacio como algo que permite movimiento entonces lugar es pausa; cada pausa en el movimiento se torna posible cuando la localización se transforma en un lugar”

Massey (2005), invita a pensar en los lugares que conforman un espacio como puntos de encuentro entre trayectorias diversas en constante transformación.

En la geografía médica, la importancia concedida al significado de lugar, produjo la apertura de la disciplina y un cambio en su concepción, llamándole en épocas recientes geografía de la salud. Los estudios epidemiológicos y de localización y acceso a los servicios de salud, fueron cediendo lugar a aquellos interesados en el proceso de atención dentro de diferentes escenarios, fuesen hospitales, clínicas, comunidades u hogares (Andrews, 2003). Se admitió que la salud no podía ser explicada sin tomar en cuenta el significado de los lugares donde se atiende, y los lugares donde se genera la capacidad de agencia de recursos sociales, afectivos y materiales (Kearns, 1993, Duff 2011).

La espacialidad del cuidado a la salud y a la enfermedad se convirtió entonces en un asunto de interés, para intentar explicar la proximidad social entre individuos que otorgan y reciben atención con trabajo físico y emocional, entre fronteras públicas y privadas, en escenarios urbanos y rurales (Conradson, 2003; Bondi y Fewell, 2003; Driedger, Crooks y Bennett, 2004; Duff, 2011).

La perspectiva relacional en la construcción de espacio con referencia a aspectos de salud, se dirige a comprender entre otras cosas, lo subrayado por Cummins et al (2007), las multiescalas, las distancias socio-relacionales, los individuos con movilidad cotidiana y durante largos periodos, la definición de áreas dinámicas y fluidas y las divisiones territoriales inducidas por relaciones de poder y significados culturales. Los autores sugieren que para incorporar la visión relacional en la

descripción de espacios de salud y atención, habría que prestar atención a tres cuestiones: 1) la relación recíproca y robustecedora entre persona y lugar; 2) la naturaleza variante del significado de contexto y de lugar, y 3) la incorporación de escalas –niveles donde se actúa y cómo se expresa la búsqueda de salud- en el análisis de contextos del cuidado.

Reparando en el primer asunto, vale la pena retomar lo escrito antes con una sencilla expresión sugerida por Bailey y colaboradores (2002) que el espacio es una forma de ser. Para Dyck (2006) los espacios de atención se originan desde dentro de los individuos y se van construyendo por el movimiento cotidiano de las personas enfermas. Según esta autora, el cuerpo físico y los escenarios sociales definen la experiencia de un padecimiento.

Para explorar los lugares de la experiencia de la salud y del cuidado, habría que identificar los vínculos materiales y simbólicos que los sostienen, y la fluidez de la identidad de los sujetos con el lugar (Dyck 2006; Migge y Gilmartin 2011).

Milligan (2003) por su parte, argumenta que los espacios de cuidado son producto, y productores, de acuerdos entre quienes ofrecen la atención de forma más íntima como las familias con su bagaje sociocultural y las políticas institucionales del cuidado, manifestados dentro y a través de escalas interconectadas.

La naturaleza variante del significado de contexto y de lugar, segundo asunto a considerar, podría advertirse al reconocer en el cuidado a la salud, trayectorias definidas por ambientes, por políticas de sociales, y por papeles de género y expectativas generacionales, lo que para Milligan (2003) ayuda a ubicar las responsabilidades de la atención. Es decir, por lo común los sistemas de salud se organizan de forma territorializada, asignando así responsabilidades de atención específicas a lugares y contextos particulares. Sin embargo, la responsabilidad de la atención se ha venido delegando a la comunidad, a las familias y a los propios individuos enfermos, en esferas de operación flexibles de lo formal a lo informal, que traspasan y reordenan la ubicación y distribución de recursos para la atención, así como la división de poder en el espacio del cuidado (Dyck, 2005; Migge y Gilmartin, 2011).

El asunto de la responsabilidad en la atención permite pasar al tercer asunto a considerar en los espacios del cuidado, los niveles o escalas donde se actúa y se expresa la búsqueda de salud y su atención. Identificar quiénes y cómo se asume la responsabilidad del cuidado, permitiría definir las escalas del espacio de atención, es decir las unidades en que se divide dicho espacio.

Para Mol (2008), en los espacios de atención prevalecen las relaciones entre cuerpos, tratamientos y procedimientos, curadores y cuidadores en que no existe una sola autoridad que ofrezca únicas soluciones, sino entre las que hay un proceso continuo de renegociación a diferentes escalas entre todos los actores involucrados.

En una perspectiva relacional, por tanto, las escalas habrían de entenderse como los diferentes registros espaciales imaginados por los actores, como un asunto de perspectiva más que de magnitud (Gale y Golledge, 1982; Strathern, 2004; Latour, 2005). Pueden originarse desde las relaciones dentro del hogar de la persona enferma, a la identidad de cada actor, a las instituciones locales y nacionales, y todas ellas sería susceptibles a cambios por los momentos en que se modifique su significado (Milligan, 2003; Dyck, 2005; Perkmann y Sum, 2002).<sup>6</sup>

Frente a lo expuesto arriba, cabe la pregunta ¿cómo se establecerán las escalas de un espacio transnacional de atención?

### **La distribución de puntos de atención y el mapeo del espacio transnacional**

El propósito de un mapa, es según Massey (2005), representar el orden de las cosas. Al elaborar mapas de procesos migratorios, habría de observarse en acuerdo con Pascual-de-Sans (2004), la secuencia de movimientos de las personas, vinculados unos a otros, por periodos de permanencia en algunos lugares y por relaciones construidas socialmente en ellos. De esa forma, según la autora, sería posible conocer cómo las personas que viven en movilidad, establecen lazos con los lugares en que viven, en los que han vivido, por los que pasan, y sobre los que piensan, reconociendo que la territorialidad no se percibe por ellos como una base material de sus actos, sino como un elemento que les permite posicionarse en el mundo.

La representación visual de un espacio transnacional permite ver el alcance y la estructura de conexiones específicas. Dibujar o mapear tal espacio requiere la delimitación de escalas que permitan representar los lugares y los símbolos vinculados a él, tomando en cuenta los elementos materiales y no materiales, visibles y no, de la vida diaria de los actores que lo construyen, lo habitan y lo hacen dinámico (Bondi y Fewell, 2003).

Según Odgers (2008: 12) en este tipo de espacio se aprecian diferentes niveles escalares:

“lo local se transforma en multilocal, los límites de las regiones se modifica con la

experiencia de la movilidad, las fronteras nacionales son atravesadas en ambos sentidos [...] dando lugar a nuevos mapas mentales en donde no existe una relación directa entre la distancia geográfica y la distancia afectiva, en donde la construcción de identidades y del sentido de comunidad deja de gravitar en torno al lugar de nacimiento para extenderse a diferentes espacios y escalas”.

En un espacio transnacional de atención, entendido como la compleja organización espacial que se origina por la atención y por el que ésta transita (Milligan, 2003), las escalas pueden establecerse según Baldassar (2007) por un conjunto variado de aspectos como los siguientes: las políticas migratorias, las de salud, las laborales, los medios de comunicación, los medios de transporte, las relaciones internacionales, las redes sociales, las trayectorias de asentamiento, los servicios comunitarios, las familias, los hogares, los ciclos de vida, y las expectativas culturales, entre otros.

Dar forma a un espacio tal, requiere incorporar los procesos socio-estructurales y subjetivos sobre la forma en que los individuos experimentan el cuidado, así como las etapas del cuidado, los ciclos de bienestar, y los acuerdos sobre la atención en escenarios particulares. Se estaría delineando así, un proceso socioespacial que daría cuenta de la manera en que se comparte y distribuye la atención, cómo se accede a los recursos y se obtienen derechos, cómo se flexibiliza la atención entre hogares, comunidad y naciones, así de cómo evolucionan las escalas en el tiempo.

Ahora, desde la perspectiva de las personas enfermas, ¿cómo sería posible dar forma a la transformación de la atención en su emplazamiento?

Un acercamiento útil sería conocer los imaginarios espaciales o mapas mentales que aparecen en la cita de Odgers párrafos arriba, y de los que también habla Pries (2005: 168) al asegurar que “el incremento de movilidades y flujos, han creado nuevas dimensiones para representar las percepciones y la experiencia de vida de las personas, ampliando también los mapas mentales y los imaginarios espaciales”.

La imaginación geográfica puede describirse como la conceptualización mental que tiene un individuo sobre los espacios geográficos y los lugares, lo que le permite según Harvey (1973) reconocer el papel del espacio y del lugar en su propia biografía. De forma sencilla, Soja (1996) escribe que la imaginación geográfica es la conciencia de la espacialidad. En ese sentido, Gregory

(1994: 104) señala que la experiencia de tal conciencia permite llamar a la espacialidad de las personas su “espacio vivido”, y que se deben reconocer en su determinación, dimensiones cognitivas. Massey (2006: 48) por su parte, apunta que “muchas de nuestra geografía está en la mente”.

Para Stone (2013), la imaginación geográfica permite a las personas emplazarse en sus mundos, no solo por el conocimiento y comprensión de distancias y puntos geográficos de otras personas y otros lugares, también porque les hace reflexionar en su propia ubicación, y en la forma en que se ellas mismas se dan cabida en espacios y lugares de diversas escalas, locales y globales. De modo metafórico, continúa el autor, las personas viajan por el espacio utilizando la imaginación geográfica como una guía.

Sus componentes son tres de acuerdo a Stone, 1) la percepción del individuo del espacio geográfico; 2) la desterritorialización mental; y 3) el espacio topológico. En el primero, se incluye el conocimiento geográfico de lo físico, y de las características humanas de los lugares en todas las escalas. La desterritorialización mental se refiere a la separación o dislocación social y experiencial, principalmente por el impacto del orden mundial globalizador, e incluye a la reterritorialización, entendida como la reubicación mental. Por último, el espacio topológico sería entendido como el grado de conexión entre lugares en distancia relativa, esto es, midiendo la distancia cultural entre dos lugares sin importar la distancia física absoluta que los separe.

El producto de la imaginación geográfica puede ser un mapa mental, expresado a través del lenguaje. Con él, sería posible describir un espacio al conocer cómo se refieren las personas a los lugares, cómo describen los acuerdos espaciales, cómo dicen a dónde van, y con qué propósito (Levinson, 1996). Para Utall, Fisher y Taylor (2005), al describir verbalmente un espacio, hay un proceso cognitivo diferente al que ocurre cuando se observa un mapa. Al verbalizarlo, las relaciones espaciales no pueden juzgarse como simultáneas- lo que sucede al ver o memorizar un mapa- si no que cada tipo de relación entre un punto y otro, remiten a un modelo mental de múltiples relaciones entre múltiples puntos que permiten un ensamblaje de lugares bajo valoraciones distintas de sus relaciones. Estructurar, dar sentido y enfrentarse a lo complejo del espacio, es como Gale y Golledge (1982) se refieren al proceso cognitivo de imaginar un mapa.

Dar forma a un mapa, es una actividad que requiere transformaciones de pensamiento según Cravey, Arcury y Quandt (2000), ya que con ello se estimula una conciencia crítica, pues se hace

frente al conocimiento experiencial más profundo. Los autores subrayan que, mapear puede ser una herramienta útil para comprender qué piensan las personas sobre la organización espacial de la sociedad. Para Massey y Jess (1995), su utilidad radica en la posibilidad de ver los espacios de actividad, es decir, esa red espacial de relaciones, lugares y acciones dentro de las que opera un agente en particular. Por ello, consideran que al dibujarse un mapa, se origina un trabajo de transformación de la realidad, ya que hay un cuestionamiento sobre el control de las personas en sus espacios.

En experiencias de atención a la salud, mapear permite conocer la variedad de modelos con que se explica la salud o la enfermedad (Cravey et al, 2001), cómo se ubican las instituciones, las personas y los lugares en un proceso de cuidado, cómo se adquiere información sobre la atención y cómo se distribuye; permite también determinar el flujo de información y recursos al alcance con los que se construyen esa experiencia.

De manera particular, para quienes viven con padecimientos crónicos en espacios transnacionales, permitiría vislumbrar los procesos en que esas personas y sus familias, reconocen las condiciones estructurales de su atención, así como su capacidad de agencia para aprovechar los recursos ubicados en puntos particulares del espacio creado en su experiencia.

Lo anterior puede ser una herramienta útil para el diseño de programas de salud de poblaciones migrantes, especialmente cuando no se vislumbra la disminución de movimientos migratorios, ni un cambio en su perfil epidemiológico, en que las condiciones crónicas van en aumento.

### **Referencias bibliográficas**

- Andrews G. (2003). Locating a geography of nursing: space, place and the progress of geographical thought. *Nursing Philosophy*;4 (3): 231–248.
- Baldassar L. (2007). Transnational families and aged care: the mobility of care and the migrancy of ageing. *Journal of Ethnic and Migration Studies*; 33 (2): 275-297.
- Baldwin J. (2012). Putting Massey's relational sense of place to practice: labour and the constitution of Jolly Beach, Antigua, West Indies. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography*; 94(3): 207–221.
- Bailey A, Wright R, Mountz A, Miyares I. (2002). (Re)producing Salvadoran Transnational

- Geographies. *Annals of the Association of American Geographers*; 92(1): 125–144
- Bondi L, Fewell J (2003). ‘Unlocking the cage door’: the spatiality of counselling. *Social & Cultural Geography*; 4 (4):527-547.
- Cloke P , Crang P y Goodwin M (2005). *Introducing Human Geographies*. 2nd ed. Oxon: Routledge
- Cloke P, Philo C, Sadler. D. (1991). *Approaching Human Geography: An Introduction to Contemporary Theoretical Debates*. London: Paul Chapman Publishing.
- Conradson D. (2003). Geographies of care: spaces, practices, experiences. *Social & Cultural Geography*; 4(4):451-454.
- Cravey A, Arcury T.A, Quandt S.A. (2000). Mapping as a Means of Farmworker Education Empowerment. *Journal of Geography*; 99: 229-237.
- Cravey A, Washburn S, Gesler W, Arcury T, Skelly A. (2001). Developing socio-spatial knowledge networks: a qualitative methodology for chronic disease prevention. *Soc Sci Med*; 52: 1763-1775.
- Cummins S, Curtis S, Diez-Roux A, Macintyre S. (2007). Understanding and representing ‘place’ in health research: A relational approach. *Social Science & Medicine*; 65 (9): 1825–1838.
- Driedger S.M., Crook V.A., Bennett D. (2004) Engaging in the disablement process over space and time: narratives of persons with multiple sclerosis in Ottawa, Canada. *The Canadian Geographer / Le Géographe canadien*; 48 (2): 119–136
- Duff C. (2011). Networks, resources and agencies: On the character and production of enabling places. *Health & Place* ;17 (1): 149–156.
- Dyck, I. (2005), Feminist geography, the ‘everyday’, and local–global relations: hidden spaces of place-making. *The Canadian Geographer / Le Géographe canadien*, 49 (3): 233–243.
- Dyck I. (2006). Travelling tales and migratory meanings: South Asian migrant women talk of place, health and healing. *Social & Cultural Geography*; 7(1):1-18
- Gale N, Golledge RG. (1982). On the subjective partitioning of space. *Annals of the American Association of Geographers* ; 72 (1):60-67.
- Gregory D. (1994). *Geographical imaginations*. Cambridge: Blackwell.
- Harrison S, Massey D, Richards K, Magilligan FJ, Thrift N, Bender B. (2004). Thinking across the divide: perspectives on the conversations between physical and human geography. *Area*,

36(4): 435–442.

Harvey, D. (1973) *Social Justice and the City*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Johnston R.J. (2000) Spatial fetishism. En: Johnston R.J., Gregory D., Pratt G., Watts M. *The Dictionary of Human Geography*, 4<sup>a</sup> ed. (p. 778) Oxford: Blackwell.

Jones A. 2012. *Human Geography. The basics*. Oxon: Routledge

Kahgram R, Levitt P. (2007). Towards a field of transnational studies and a sociological transnationalism research program. En: Kahgram R, Levitt P. (eds) *The Transnational Studies Reader: Interdisciplinary Intersections and Innovations*. (pp 267-314). Londres: Routledge.

Kearns R.A. (1993) Place and health: towards a reformed medical geography. *The Professional Geographer*; 45 (2): 67–72.

Latour B. (2005) *Reassembling the social*. Oxford: Oxford University Press.

Levinson S. (1996). Language and space. *Annu Rev Anthropol*; 25: 353-382

Lizardi A. (2007). Asombros, pausas y paraderos. El camino metodológico seguido por una investigadora principiante en un contexto transnacional. *International Journal of Qualitative Methods*; 6 (3): 99-120.

Lizardi A. (2010). *De dolencias y ausencias. La atención a la enfermedad crónica en una comunidad transnacional*. Colotlán: Universidad de Guadalajara.

Lizardi A. (2011). *Familias transnacionales y padecimientos crónicos. Sus estrategias y espacios de atención*. Tesis de doctorado. Universidad de Guadalajara

Mahler S (2007). Transnational migration comes of age. En: AK Sahoo, B. Maharaj (ed). *Sociology of Diaspora: A reader*. (pp: 194-226). New Delhi: Rawat Publications.

Massey, D. (2005) *For Space*. London: Sage

Massey D. (2006). The geographical mind. In *Secondary geography handbook*. Ed. David Balderston, 46-51. Sheffield, UK: Geographical Association. Obtenido en [http://www.geography.org.uk/download/GA\\_ADVSecHbkMassey.pdf](http://www.geography.org.uk/download/GA_ADVSecHbkMassey.pdf) [consultado el 20 junio 2014]

Massey D, Jess P. (1995). *A Place in the World? Places, Culture and Globalization*. Oxford: Oxford University Press.

Migge B, Gilmartin M. (2011). Migrants and healthcare: Investigating patient mobility among

- migrants in Ireland. *Health & Place*; (5):1144–1149.
- Milligan C (2003). Location or dis-location? Towards a conceptualization of people and place in the care-giving experience. *Social & Cultural Geography*; 4(4):455-470.
- Mol A (2008) *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. Abingdon: Routledge.
- Odgers O. (2008). Construcción del espacio y religión en la experiencia de la movilidad. Los santos patronos como vínculos espaciales en la migración México-Estados Unidos. *Migraciones Internacionales*; 4 (3): 5-26.
- Pascual-de-sans A. (2004). Sense of place and migration histories. “Idiotopy” and “idiotope”. *Area*, 36(4): 348–357.
- Perkmann M, Sum N. (2002). Globalization, regionalization and cross-border regions: scales, discourses and governance. En: Perkmann M, Sum N (eds). *Globalization, regionalization, and cross-border regions*. (pp 3-24) Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Pries L (2005). Configurations of geographic and societal spaces: a sociological proposal between ‘methodological nationalism’ and the ‘spaces of flows’. *Global Networks*; 5(2): 167–190.
- Pries L. (2007). *Transnationalism: trendy catch-all or specific research programme? A proposal from transnational organization studies as a micro-macro-link*. Working Papers 34, COMCAD -Center of Migration, Citizenship and Development. Bielefeld. [Consultado mayo 22, 2008] Obtenido en: [https://www.uni-bielefeld.de/tdrc/ag\\_comcad/downloads/workingpaper\\_34\\_Pries.pdf](https://www.uni-bielefeld.de/tdrc/ag_comcad/downloads/workingpaper_34_Pries.pdf)
- Santos, M. (2000). *La naturaleza del espacio*. Madrid: Ariel
- Sauer C (1925). The morphology of landscape. *University of California Publications in Geography*, 2(2):19-53.
- Smith MP, Guarnizo LE. (1998). *Transnationalism from below*. New Brunswick: Transaction Publishers
- Soja E. (1996). *Thirdspace: Journeys to Los Angeles and other real and imagined places*. Oxford: Blackwell.
- Steimberg R. (2012). Espacio, lugar, territorio. Una cuestión de escala. *Investigación y reflexión en Ciencias Sociales*; (9) Obtenido en : <http://ides.org.ar/wp-content/uploads/2012/05/STEIMBERG-ARTICULO.pdf> [febrero 12, 2014]
- Stone L.D. (2013) *Self-Emplacement in the Lifeworld: The Geographic Imagination of American*

- Middle Adolescents. Tesis de doctorado. Texas State University
- Strathern M. (2004). *Partial Connections*. Walnut Creek, CA: Altamira Press.
- Tuan Y (1974). *Topophilia: A Study of Environmental Perception, Attitudes, and Values*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Tuan Y (1977). *Space and Place. The perspective of experience*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Uttal D.H., Fisher J.A., Taylor H.A.(2005). Words and maps: developmental changes in mental models of spatial information acquired from descriptions and depictions. *Developmental Science*; 9(2): 221–235.

Notas \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> El testimonio de Blanca y las aseveraciones de estas líneas, provienen del trabajo de investigación entre Yahualica, otras ciudades de México y de California sobre la atención a padecimientos crónicos por familias transnacionales. Puede conocerse más sobre las diferentes etapas de estudio, la metodología y los resultados en Lizardi (2007), Lizardi (2010) y Lizardi (2011).

<sup>2</sup> Sauer (1925) en el artículo “La morfología del paisaje”, reconoce la evolución de la geografía como ciencia cosmológica, biofísica y ecológica, y subraya el descuido al espacio construido por el uso que los grupos sociales y culturales hacen de los ambientes. De esa forma se refiere a los paisajes culturales como la organización espacial de la diversidad de la actividad humana en su relación con el entorno.

<sup>3</sup> Bajo el concepto relacional de espacio, presenta a la glocalización, a la construcción de diásporas, y a la transnacionalización. Por otro lado, con un prisma absolutista, describe también a la internacionalización, a la supranacionalización, a la renacionalización y a la globalización.

<sup>4</sup> Las unidades de análisis serían aquellas entidades teórico-analíticas sobre las que se desarrolla el objeto de investigación –por ejemplo, familias, biografías, identidades, u organizaciones-. La unidad de referencia sería aquella que se relaciona al objeto de investigación en términos espacio-temporales – tales como el cruce de fronteras o los puntos plurilocales-. Las unidades de medida son aquellas entidades relacionadas con los datos sobre el objeto de investigación –pudiendo ser individuos, hogares, rituales, o flujo de bienes entre otros- el espacio social (Pries, 2007)

<sup>5</sup> Sobre las formas de distinguir espacio y lugar, se han generado innumerables argumentaciones, sin embargo, hay un acuerdo generalizado frente a los esfuerzos por delimitarlos, de la dificultad de encontrar las diferencias y similitudes entre ellos de forma explícita, debido en parte a la tremenda carga histórica que estos conceptos llevan a costas (Steimberg, 2012).

<sup>6</sup> Un ejemplo es el que expone Dyck (2005), al advertir que las relaciones en la familia, no pueden ser vistas de forma permanente como escalas locales, dado que en alguna la movilidad de sus miembros es constante y en ocasiones por periodos prolongados.