

Cuerpos múltiples, situados e invisibles: El abordaje del dolor crónico en mujeres como una deuda de la biomedicina hacia las mujeres enfermas

Jocelyn Cheé Santiago*

Espacios

Resumen

Mediante el uso de perspectivas teóricas procedentes de los estudios filosóficos y sociales de la ciencia y la tecnología, este artículo examina las prácticas médicas relacionadas con el dolor crónico en las mujeres a través de un ejercicio filosófico. El artículo propone la integración del trabajo de Donna Haraway, Annemarie Mol y Miranda Fricker para analizar y comprender el fenómeno del dolor crónico que experimentan las mujeres. Integrando las nociones de Haraway sobre el conocimiento situado, este trabajo cuestiona la visión de que, tanto el conocimiento como la tecnología, son neutrales; destacando la naturaleza parcial y encarnada de las prácticas científicas. Haraway también sirve como eje transversal para conectar la multiplicidad ontológica propuesta por Annemarie Mol, según la cual el dolor no es una entidad singular y estable, sino que se manifiesta en diferentes entornos, así como la dimensión normativa-ética propuesta por Fricker para explicar cómo las mujeres que viven con dolor crónico son sistemáticamente desacreditadas como conocedoras y sufren injusticia epistémica. Sin duda, la integración de estas tres perspectivas no está exenta de tensiones, pero en lugar de resolverlas, se pretende ofrecer un punto de partida para el diálogo hacia una comprensión relacional, situada y política del dolor crónico, con el fin de lograr una mayor justicia para las mujeres que viven con él.

Palabras clave

Dolor crónico, mujeres, conocimiento situado, multiplicidad, injusticia epistémica

Abstract

Using theoretical insights from the philosophical and social studies of science and technology, this article examines medical practices related to chronic pain in women. Through a philosophical exercise, the article proposes the integration of the work of Donna Haraway, Annemarie Mol, and Miranda Fricker to analyze and gain an understanding of the phenomenon of chronic pain experienced by women. Through the integration of Haraway's notions of situated knowledge, the study contests the view of both knowledge and technology as being neutral, highlighting the partial and embodied nature of scientific practices. Haraway also serves as a bridging theory to engage the ontological multiplicity proposed by Annemarie Mol, where pain is not a singular and stable entity but manifests itself in different environments, as well as the normative-ethical dimension proposed by Fricker to understand how women living with chronic pain are systemically discredited as knowers and experience epistemic injustice. An integration of these three perspectives is certainly not exempt from tensions, but instead of resolving them, this paper seeks to provide a starting point for dialogue towards a relational, situated, and political understanding of chronic pain in order to achieve greater justice for women living with chronic pain.

Keywords

Chronic pain, women, situated knowledge, multiplicity, epistemic injustice

* Científica zapoteca interesada en las narrativas identitarias y la participación pública en la ciencia y la tecnología. Escribe sobre el cuerpo enfermo desde la filosofía de las prácticas médicas; su trabajo busca cuestionar la manera en la que la práctica científica dialoga con otros conocimientos.

[Posgrado en Filosofía de la Ciencia](#), Universidad Nacional Autónoma de México. E-mail: jocelyn.cesj@gmail.com



El estudio del dolor crónico se sitúa en un espacio interdisciplinar en el que convergen investigaciones provenientes de la sociología, la antropología, la psicología, la filosofía y las ciencias biomédicas. Algunas de las preguntas que guían la investigación sobre este fenómeno se enfocan a comprender los mecanismos biológicos detrás del mismo (Di Carlo, Smerilli y Salaffi, 2021; Zimney, Van Bogaert y Louw, 2023), la interacción de factores endocrinos, inmunológicos, genéticos y epigenéticos en su manifestación (Nijs *et al.*, 2015, 2021; Salaffi, Giacobazzi y Di Carlo, 2018; Liu, Chen y Chen, 2025), su prevalencia, distribución e impacto en la prevalencia de discapacidad (Asmundson y Katz, 2009; Covarrubias-Gómez *et al.*, 2010; Cohen, Vase y Hooten, 2021; Fujiwara *et al.*, 2021; Rikard, 2023; Dueñas *et al.*, 2025).

No obstante, otras preguntas igualmente relevantes relacionadas con el tema van más allá de los aspectos biomédicos y buscan entender las prácticas que configuran la experiencia del dolor, entre ellas, el proceso de diagnóstico y el tratamiento.

El objetivo de este artículo es analizar el dolor crónico desde tres dimensiones filosóficas (ontología, epistemología y ética), además de presentar un marco teórico que construya relaciones significativas entre las perspectivas de Annemarie Mol, Donna Haraway y Miranda Fricker, y los testimonios de mujeres que viven con dolor crónico. El análisis crítico nos lleva a sostener que la biomedicina, al operar desde un supuesto de objetividad universal, jerarquiza experiencias y mantiene prácticas que producen experiencias parciales; además, utiliza marcos interpretativos que excluyen la experiencia situada y deslegitima testimonios, produciendo desigualdades; lo cual constituye una deuda con las mujeres enfermas.

El propósito final, entonces, es elaborar una propuesta filosófica que, lejos de presentar el dolor crónico femenino como una entidad predefinida o como una experiencia puramente subjetiva, explore las tensiones entre la validez del conocimiento, las prácticas de calibración y la responsabilidad, y genere herramientas teóricas que funjan como punto de partida para explorar mecanismos que permitan abordar esta deuda.

La investigación que dio origen a este artículo se ha valido de una metodología mixta, ofreciendo una perspectiva acerca del dolor crónico experimentado por mujeres a partir de un análisis que implicó la revisión de literatura especializada, seleccionada por afinidad semántica y congruencia teórica con los siguientes principios de la filosofía feminista: I) la relevancia de un compromiso político dentro de la práctica científica, II) el análisis del poder en la producción del conocimiento, III) el rol de la experiencia y IV) el cuestionamiento de la objetividad universal (Fausto-Sterling, 1986; Longino, 1987, 1996; Richardson, 2010; Wylie, 2012).



Por otro lado, a partir de la construcción del corpus teórico, se realizó una reconstrucción lógica de los argumentos principales de cada documento y se analizaron críticamente, contrastando los enunciados teóricos y propuestas conceptuales con evidencia empírica proveniente de los testimonios de mujeres con dolor.

Los testimonios se encuentran disponibles en repositorios públicos y accesibles, incluyendo blogs de pacientes y publicaciones de prensa. Los referidos en la sección de injusticia epistémica fueron elegidos por su accesibilidad, la inclusión de citas textuales durante la experiencia en espacios clínicos y la mención explícita de los sesgos de género dentro del texto; los del resto de secciones fueron seleccionados considerando diagnósticos comunes en el estudio de dolor crónico con mayor prevalencia en mujeres (fibromialgia y espondiloartropatía), el enfoque en interacciones con el espacio médico y la narración en primera persona. Estos últimos testimonios reconocen el valor epistémico de la experiencia (Huber *et al.*, 2016; Hutchison, Rogers y Entwistle, 2017; Boring *et al.*, 2021; Haase *et al.*, 2023).

Respondiendo al llamado de Haraway sobre los conocimientos situados y la relevancia de la reflexividad dentro de la investigación (Martín *et al.*, 2022), es importante mencionar que el desarrollo de la investigación estuvo orientado no solo por técnicas y principios teóricos, sino por la sensibilidad situada de la autora, que se posiciona como mujer investigadora y paciente de dolor crónico.

La trayectoria del dolor en la historia de vida de la autora comienza en el año 2006. Después de vastos encuentros médicos que incluyeron la invalidación de su testimonio, cirugías, análisis de imagen y bioquímicos, contó con diagnóstico hasta el año 2020. A la par, la autora inició una

carrera investigativa sobre el tema, primero con propósitos de autocomprensión y, posteriormente, ampliada hacia un panorama de derechos y enfoque de género.

El lugar de enunciación como mujer enferma se presenta en este artículo como un recurso epistémico que permite hacer una reconstrucción testimonial y una investigación documental sensible a los problemas, intereses y experiencias que se viven en primera persona, motivando la investigación rigurosa sobre aspectos éticos y epistémicos que, generalmente, se expresan en las prácticas médicas.

Sobre el dolor y el dolor crónico

Es importante reconocer que el dolor es un concepto de definición compleja, que ha sido abordado desde diversas disciplinas. Estudios antropológicos, por ejemplo, han mostrado que el dolor es una experiencia situada donde las percepciones culturales y sociales moldean las prácticas cotidianas, los mecanismos para afrontar el dolor, las estrategias de comunicación y la interacción en el espacio clínico (Free, 2002; Taylor, 2005; Gooberman-Hill, 2015; Sharma, Abbott y Jensen, 2018; Shamsi *et al.*, 2019; Lewis *et al.*, 2023).

La filosofía, por su parte, ha buscado explicar los aspectos sensoriales y afectivos del dolor, su naturaleza fisiológica o subjetiva, además de discutir lo que cuenta como salud y enfermedad (Boorse, 1975; Kovács, 1998; Corns, 2018; Treede *et al.*, 2019; Fajardo-Chica, 2020; van der Linden, Bolt y Veen, 2022; Coninx, Willemsen y Reuter, 2024).

Para fines de este trabajo, el concepto de dolor que se maneja es la definición operativa de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés) debido a su amplia aceptación clínica, su adopción por la



Organización Mundial de la Salud, su relevancia para la clasificación internacional de enfermedades y a su carácter amplio al reconocer al dolor como una experiencia individual (Raja *et al.*, 2020; Stevens, 2021; Van der Linden, Bolt y Veen, 2022; Cohen, Weisman y Quintner, 2025).

La IASP define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial” (Raja *et al.*, 2020). Para esta entidad, el dolor crónico se define, usando un criterio de temporalidad, como aquel que tiene una duración más allá de los tres meses. Tal definición es independiente de su intensidad o impacto en la funcionalidad y es útil para distinguirlo de manera sencilla en la práctica clínica (Margarit, 2019).

El Grupo de Trabajo de la IASP también ha propuesto una clasificación que distingue entre dolor crónico primario y secundario. El primero refiere a condiciones donde el dolor constituye la enfermedad en sí misma, mientras que el segundo incluye condiciones donde el dolor es —al menos al principio— un síntoma proveniente de otra condición como cáncer, lesiones o cirugías (Treede *et al.*, 2019).

El dolor crónico en mujeres

Estudios epidemiológicos sugieren que las mujeres reportan niveles más severos, mayor frecuencia y persistencia del dolor que los varones. Las mujeres reportan una mayor incidencia de dolor generalizado y de enfermedades causantes del dolor crónico que, hasta ahora, se han considerado invisibles, como fibromialgia, migraña, cefalea tensional crónica, cistitis intersticial, síndrome del intestino irritable, artritis, osteoartritis y dolor crónico como respuesta al trauma (Bartley y Fillingim, 2013).

En el caso particular de la fibromialgia y el dolor como respuesta al trauma, se ha centralizado la experiencia del dolor en componentes emocionales; algunas pacientes han indicado que durante su proceso diagnóstico se les ha remitido a servicios de psiquiatría, psicología o se ha iniciado tratamiento basal con antidepresivos y ansiolíticos, pues el dolor no tiene una base física medible.

Poco se habla de las influencias de los procesos hormonales, la toma de anticonceptivos o relaciones entre diversas manifestaciones físicas con la existencia del dolor y se considera que esto se debe al desconocimiento de sus cuerpos por la práctica médica y la falta de representación de las mujeres en las investigaciones (Marabunta de discas, 2021).

Para balancear la disparidad y subrepresentación de mujeres, desde 1990 los Institutos Nacionales de Salud (NIH por sus siglas en inglés) adoptaron estrategias, como la creación de la Oficina para la Investigación de la Salud de las Mujeres (ORWH por sus siglas en inglés) para garantizar que las mujeres y sus necesidades de salud fueran incluidas en la investigación (Mazure y Jones, 2015; Casale *et al.*, 2021).

La revisión de literatura indica que, en efecto, a pesar de tales recomendaciones, aún persiste la creencia de que existe una neutralidad genérica, heredada del modelo biomédico (Hoffmann y Tarzian, 2001). Los tratamientos, los experimentos, y las prácticas siguen privilegiando a los organismos masculinos, y los datos a larga escala que tenemos sobre la percepción de las mujeres respecto al dolor, han sido obtenidos apenas en los últimos 20 a 30 años, sin que esto implique el desarrollo de modelos de manejo integral del dolor en mujeres o se refleje directamente en análisis sobre la percepción del mismo.



La investigación en dolor crónico, guiada por sesgos de género, impacta en mujeres y hombres, dejando a las primeras en amplia desventaja; una expresión de las inequidades que se derivan de ello es que a las mujeres, con mayor frecuencia que a los hombres, se les ordenan tratamientos con mayor número de recetas de antidepresivos, citas con psiquiatras y menos analgésicos (Zhang *et al.*, 2021).

Es posible señalar algunos sesgos que prevalecen en la investigación. En primer lugar, hay prejuicios sexistas sobre la percepción del dolor. Al sostener una concepción esencialista de las identidades sociales (hombre/mujer), se tiende a replicar estereotipos sobre las maneras en que se supone que las mujeres actúan. Las normas de género impactan en las escalas de algología debido a la socialización de los cuerpos. Los hombres suelen ser socializados y percibidos como dominantes, y en las escalas de dolor reportan mayor tolerancia que las mujeres —socializadas como cuidadoras sensibles y empáticas—, las cuales registran menor tolerancia y es registrado así clínicamente. Con base en los reportes, se justifican inducciones como que “las mujeres sienten más” que los hombres, o que “son indiscutiblemente más débiles”.

Por otro lado, en lo que respecta al reconocimiento de la legitimidad de las experiencias, las pacientes han reportado sentir desconfianza en el abordaje por parte de los encargados médicos. La experiencia de la mujer que padece dolor crónico se relega a una dimensión puramente emocional del dolor, atribuyéndole causas únicamente psicológicas (Samulowitz *et al.*, 2018). Debido a la ausencia de un causante orgánico o de una entidad clínica completamente diagnosticada y sustentada a través de análisis de laboratorios, resonancias magnéticas, anticuerpos, antinucleares,

marcadores biológicos activos, disminución o alteración de la conducción nerviosa y muscular, el dolor tiende a ser psicologizado.

Por último, en el imaginario social, hay predisposiciones a cómo es la apariencia de la mujer enferma. Se ha reportado que alrededor del 44.2% de las personas jóvenes padece dolor crónico. En este grupo, el patrón de prevalencia del dolor también es más alto en mujeres que en hombres. Además, las mujeres jóvenes no parecen lo suficientemente enfermas a los ojos de quienes llevan a cabo la práctica médica, y los registros bibliográficos prácticamente no consideran a las mujeres que viven con dolor si tienen menos de 30 años (Finlay, Lind y de la Cruz, 2021).

Lo anterior nos muestra que el dolor crónico, aun siendo definido como patología clínica, no se circunscribe al esquema clásico de enfermedad de la cultura epistémica vigente de la medicina, donde la enfermedad es definida como un “conjunto de lesiones existentes físicamente” que se manifiestan en el paciente como “síntomas” (Knorr Cetina, 2005)

Dicho de otro modo, el dolor se circunscribe a los encuentros entre las mujeres (pacientes) y los científicos médicos en una relación mediada por la tecnología. Por ello, las epistemologías feministas proporcionan herramientas para desempacar las múltiples formas en que estos encuentros, prácticas y conocimientos no son neutrales ni objetivos. En este artículo, examinaré a detalle las propuestas teóricas de Annemarie Mol, Donna Haraway y Miranda Fricker para comprender la marginalización de las experiencias de dolor crónico en mujeres y su integración, a fin de crear panoramas más justos para las mujeres con experiencias crónicas.



El concepto de multiplicidad de Annemarie Mol

En *El cuerpo múltiple* (2003), Annemarie Mol explora la aterosclerosis en miembros inferiores¹ en diversos espacios clínicos. A través de este trabajo etnográfico, Mol acuña el concepto de multiplicidad, donde ningún cuerpo y enfermedad es único e inmutable; por el contrario, se enfoca en explicar que los objetos, tecnologías y sujetos están en constante interacción. De este modo, la aterosclerosis, se compone por una serie de prácticas distintas entre sí que se estructuran de manera múltiple y cuya organización dependerá de la estructura de dicha multiplicidad.

El dolor crónico, particularmente el primario, puede hacer uso del concepto de multiplicidad, pues a diferencia de muchas otras categorías diagnósticas biomédicas, las causas que componen al dolor crónico no siempre pueden ser sujetas a prácticas básicas en el campo médico, como la visualización y cuantificación; no se manifiestan a través de estudios de imagen como resonancias magnéticas, tomografías simples y de contraste o radiografías. Tampoco es posible determinar su origen simplemente por la presencia de biomarcadores en fluidos corporales.

El dolor crónico, entonces, se distribuye en diferentes espacios clínicos: en el consultorio de neurofisiología puede ser una señal eléctrica en los estudios de conducción nerviosa o electromiografías; en el espacio terapéutico es un asunto causado por estrés, ansiedad o factores

psicosomáticos (Wolfe y Rasker, 2021); mientras que en la vida de las pacientes, se describe de diversas maneras según la forma en la que afecta la vida cotidiana, ya sea desde la credibilidad, la discapacidad o el impacto económico (Briones-Vozmediano, 2016).

Dicho de otro modo, nos encontramos con diferentes versiones del dolor crónico, sin que esto implique que sean distintas perspectivas o que el dolor exista de manera fragmentada y plural. Estas versiones no necesariamente entran en conflicto; más bien, coexisten e interactúan, constituyendo realidades distintas. La realidad, en la perspectiva de Mol, no es meramente observada sino practicada, *enactuada*² a través de acciones materiales, discursivas e institucionales (Mol, 2003, p. 32-35).

En el capítulo 3 de *El cuerpo múltiple*, Mol presenta el concepto de calibración o ajuste mutuo para que las realidades locales puedan trabajar juntas. Así, el diagnóstico clínico y la experiencia del paciente, los resultados de imagen y de análisis clínicos se miden y se comparan. Si alguna de estas realidades discrepa, entonces se establece una jerarquía para resolver esta contradicción (2003). “Las prácticas también deben calibrarse entre sí para que coexistan en un mundo compartido” (Mol, 2003:83), de modo que permita la coherencia entre realidades distribuidas.

En el caso del dolor crónico, la calibración se convierte en un punto crítico. La medicina intenta continuamente calibrar las representaciones subjetivas y objetivas del dolor, alineando reportes de pacientes, observaciones clínicas y resultados de análisis e imágenes. Se pide a los pacientes que califiquen su dolor en una escala numérica del 0 al 10, que lo describan en un lenguaje estandarizado o que se sometan a pruebas diagnósticas que podrían “confirmar” su existencia. Sin embargo,

1 Enfermedad donde las placas del colesterol se unen a las arterias.

2 El término original enacted ha sido traducido de esta manera al español por Francisco Varela y se ha utilizado, a solicitud de Annemarie Mol en las traducciones de su trabajo.



para muchas formas de dolor crónico, especialmente en afecciones como la fibromialgia, el síndrome de dolor regional complejo o el dolor causado por enfermedades autoinmunes, estos esfuerzos de calibración fracasan con frecuencia. La experiencia subjetiva del paciente y el historial médico se resisten a alinearse.

Como relata Joselyn Silva Zamora, quien vive con dolor crónico a causa de espondiloartropatía y fibromialgia desde hace 10 años:

[...] los estudios suelen salir normales. Hay veces en que sí, en algunos estudios de imagen salen las articulaciones inflamadas o sube la PCR³ o hay algo que indica que hay inflamación en algún lado. Hay otras veces en que todo está normal pero el dolor sube exponencialmente (Silva Zamora, 2021).

El testimonio de Joselyn ejemplifica la coexistencia mencionada anteriormente y las posibles contradicciones entre la presencia de dolor y la ausencia de marcadores inflamatorios. En casos como este, la *coordinación* planteada por Mol para estudiar las diferentes maneras en que el doctor es enactuado, se vuelve necesaria para que ninguna versión anule a las demás. Algunos ejemplos de trabajo de coordinación incluyen equipos multidisciplinarios y diálogos constantes entre el monitoreo y los reportes personales para armonizar perspectivas.

El problema con el concepto de coordinación viene en el momento en que una versión se vuelve predominante. Cuando la coordinación se jerarquiza, otras representaciones (vivas, afectivas,

sociales) quedan descalificadas. Las mujeres con dolor crónico a menudo se ven atrapadas en esta ruptura: su conocimiento incorporado se excluye en nombre de la coherencia diagnóstica.

La decisión sobre qué prácticas son enactuadas también tiene un carácter político (Mol, 1999). Al delinear la versión del dolor que cuenta o debe existir para la coherencia diagnóstica propuesta por Mol se abre una pregunta sobre cómo se hace, qué versiones se marginan y quiénes describen lo que cuenta como real.

El dolor crónico como experiencia encarnada: Donna Haraway

La sección anterior está centrada en un plano ontológico y descriptivo. El concepto de coordinación propuesto por Mol no explora el conflicto de jerarquización a profundidad, por tanto, se vuelve necesario preguntar quiénes participan en describir lo que cuenta como real. Para abordar este problema, la propuesta epistemológica de Donna Haraway puede resultar relevante para analizar el papel de la tecnología en la producción de versiones del dolor y la manera en que el conocimiento acerca del dolor crónico en mujeres toma forma.

En la colección de ensayos *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza* (1991), Donna Haraway hace uso de la metáfora de la vista para abordar el problema de la objetividad, señalando que ésta es resultado del “truco de los dioses”, donde se asume que es posible una visión infinita de todo lo que ocurre (Haraway, 1991, p. 326). Esta visión infinita también está desencarnada y no aborda cuestiones como el poder, el género o el racismo y exime de responsabilidades.

En su lugar, Haraway propone usar la vista como un espacio situado y parcial, de modo que

3 Siglas utilizadas para denominar al estudio que mide la Proteína C Reactiva utilizada como un marcador inflamatorio (Singh, Goyal y Patel, 2025).



pueda ser sensible al poder, lo que lleva a una objetividad encarnada. Dicha objetividad implica que el conocimiento se encuentra situado en un espacio específico mediado por el cuerpo, el género, la cultura o la identidad étnica. Este tipo de conocimiento permite poner en marcha el sentido de responsabilidad pues da lugar a preguntas como *¿quiénes son los que pueden ver?*, *¿desde dónde?*, *¿qué instrumentos utilizan?*

En el caso del dolor crónico, esta objetividad encarnada y los conocimientos situados permiten entender que la experiencia de las mujeres con dolor crónico también se enmarca en su interacción constante con el mismo. Ningún dolor crónico es igual a otro, pues también se atraviesa por la cultura o el lenguaje (Free, 2002), por lo que los conocimientos situados de las mujeres deben considerarse para determinar procedimientos y tratamientos.

Haraway también hace mención de los dispositivos y las tecnologías que se involucran en los espacios clínicos, como parte de una red que interactúa con el cuerpo. No se trata de una separación dicotómica cuerpo-máquina. Los instrumentos que usamos traducen y comunican maneras específicas de ver. El resultado de una resonancia magnética o de los análisis clínicos para medir la inflamación deben conversar, por un lado, con la tecnología utilizada y, por el otro, con quien lleva a cabo la interpretación. La traducción de los resultados es parcial y situada (Haraway, 1991).

Como señala la autora:

La creación de «imágenes» y la «visualización» forma ya parte de la práctica terapéutica, y es aquí donde surgen de manera patente las contradictorias posibilidades y las poderosas ambigüedades a propósito de la tecnología biomédica, del cuerpo y del yo. (Haraway, 1991:387).

Estas contradicciones y ambigüedades se refieren a la manera en que las tecnologías median el conocimiento sobre los cuerpos de las mujeres que viven con dolor crónico, sobre todo cuando éste no es visible a través de los instrumentos, e invita a pensar en otras tecnologías para ver y conocerlo, pues al final “la visión es *siempre* una cuestión del «poder de ver» y, quizás, de la violencia implícita en nuestras prácticas visualizadoras” (Haraway, 1991, p. 330).

Miranda Fricker: Dimensión ética

Las secciones anteriores abordaron marcos de interpretación a nivel descriptivo y epistémico sobre el dolor crónico en mujeres, el cual debe ser complementado por una dimensión ética y de justicia. Para ello, en su libro *Injusticia epistémica: El poder de la ética y el conocimiento* (2007), Miranda Fricker presenta el concepto de injusticia epistémica como aquella que consiste en agraviar a alguien en su calidad de conocedor.

Este concepto es una herramienta conceptual importante para analizar la dimensión ética del dolor crónico en mujeres, y el reconocimiento de sus experiencias en conceptos clínicos. De acuerdo con la definición de Miranda Fricker, para poder hablar de injusticias epistémicas es necesario hablar del poder social, el cual es

...una capacidad práctica socialmente situada para controlar las acciones de otros, que puede ser ejercida (de forma activa o pasiva) por agentes sociales concretos o, de manera alternativa, puede operar de forma netamente estructural. (Fricker, 2007:36)

Dicho poder social puede ser agencial cuando se reconoce quién lo ejerce, o estructural, cuando no es posible identificar quién lo ostenta; pero, hay personas cuyas acciones están siendo controladas.



Las interacciones sociales están atravesadas por varias consideraciones identitarias que determinan relaciones de poder. En estas interacciones, nos encontramos con asimetrías en distintos entornos: el trabajo, las infancias, los espacios académicos, el consultorio clínico.

Los aspectos valorativos asociados con cada identidad están presentes en el intercambio discursivo. Fricker reconoce dos tipos de injusticia epistémica: testimonial y hermenéutica, que pueden ser integradas para analizar el dolor crónico en mujeres.

Injusticia testimonial

Cuando un déficit de credibilidad es causado por un prejuicio –estereotipo injustificado– identitario del oyente, constituye un caso de injusticia testimonial. Esta última, a su vez, puede ser incidental o sistemática dependiendo de cómo afecta a los sujetos sobre los que se ejerce el poder. Si el prejuicio atañe a un rasgo descentralizado de la identidad de un sujeto y tiene un efecto localizado, se comete una injusticia incidental.

En cambio, si el prejuicio está estrechamente relacionado con el núcleo identitario del sujeto como su identidad de género, orientación sexual u origen, atravesando varios entramados sociales, se trata de injusticias sistémicas. Las teóricas feministas y *queer* coinciden en esta otra tesis: que han sido sistemáticamente discriminadas por su identidad sexo-genérica en los ámbitos educativo, político, jurídico, religioso, laboral, etcétera; en todos estos, su capacidad de transmitir conocimiento se ha puesto en duda.

El déficit de credibilidad como ejemplo de injusticia testimonial ha sido documentado en los espacios médicos, donde se ha propuesto que las personas enfermas son más vulnerables que las

personas sanas a sufrir injusticia epistémica testimonial por su pertenencia a un grupo particular (Carel y Kidd, 2014; Crichton, Carel y Kidd, 2017).

La injusticia testimonial estructural que las mujeres que viven o experimentan dolor puede ejemplificarse con estas dos experiencias.

En el artículo “*How Doctors Take Women’s Pain Less Seriously*” publicado en 2015, Joe Faessler cuenta la experiencia de Rachel en la sala de urgencias de un hospital, a causa de una torsión ovárica. Faessler explica:

El promedio de espera a nivel país para los hombres es de 49 minutos, antes de recibir un analgésico para dolor abdominal agudo. Para las mujeres, el promedio para la misma situación es de 65 minutos. Rachel esperó entre 90 minutos y dos horas (Faessler, 2015).

Además, expone que Rachel recibió tratamiento inicial para dolor por cálculos renales, a lo que siguió la orden de una tomografía computarizada. Dicha orden nunca fue revisada por el médico que la ordenó pues alegó que estaba seguro del diagnóstico.

El diagnóstico de cálculos renales fue anunciado repetidas veces a Rachel y a Faessler por enfermeras y médicos; en algunos momentos —refiere Faessler— Rachel lloraba de dolor y las enfermeras replicaban “las mujeres lloran ¿qué se puede hacer?”. La experiencia también se acompañó de frases como: “Hay muchos pacientes”. “No llores”, “Sólo estás sintiendo un poco de dolor”. El diagnóstico de torsión ovárica llegó por la madrugada después de una revisión por otra médica, quien reveló que no había resultados de la tomografía computarizada por parte del primer médico de contacto. Al final, recibió una cirugía que era necesaria.



En el texto, también se hace referencia a una amiga de Rachel, quien expresa que la reacción del personal de salud ante el dolor de Rachel fue tacharla de “melodramática” y de “mostrar el dolor de una manera exagerada” (Faessler, 2015). Otro testimonio que nos ayuda a ilustrar la injusticia testimonial que viven las pacientes con dolor es el de Dawson (2021).

Bethany Dawson relata para *Insider* su experiencia con una cirugía para revertir la coalición tarsal,⁴ una condición que la acompañó por toda su vida, causante de dolor crónico y que tardó mucho tiempo en ser atendida. En sus palabras, no fue por falta de síntomas o por falta de persistencia; al contrario, fue motivo de muchas visitas a consultorios médicos y hospitales y tardó ocho años en ser escuchada. Dawson refiere que, en varios momentos, los médicos le dijeron que eran “dolores de crecimiento” o una “profunda necesidad de atención”, nadie creía que viviera con dolor.

Los ejemplos anteriores tienen en común una disminución en la credibilidad de las pacientes que reportan dolor. Este, al ser una experiencia altamente individualizada y con manifestaciones que pocas veces son visibles, depende de la credibilidad que se le da a los testimonios de las mujeres que lo experimentan.

Si esta credibilidad disminuye basándose en el prejuicio de que las mujeres tienden a ser más emocionales, sensibles y melodramáticas como en los casos anteriores, además de ansiosas, nos encontramos ante casos de injusticia testimonial estructural causada por sesgos de género.

Esto se sustenta en la literatura científica. Hoffmann y Tarzian (2001), por ejemplo, reportan que el personal de salud tiende a demeritar los reportes verbales de mujeres sobre el dolor y relacionarlos con causas emocionales. En este mismo estudio, se concluye que el dolor de las mujeres se comienza a tratar de manera seria cuando se demuestran evidencias objetivas de la causa y no solo se centran en los reportes de las mujeres que manifiestan su testimonio con el dolor. Por su parte, Samulowitz *et al.* (2018) reportan que la experiencia de la mujer que padece dolor crónico se relega a una dimensión puramente emocional donde el testimonio no se considera fidedigno.

La injusticia testimonial estructural, sin embargo, no es la única injusticia que podría explicar la demora en el tratamiento y atención del dolor crónico. Para cubrir ese aspecto, en el siguiente apartado expondré sobre la injusticia hermenéutica en el sentido de Fricker y su relación con el dolor crónico en mujeres.

Injusticia hermenéutica

Fricker introduce el concepto de injusticia hermenéutica como “la injusticia de que alguna parcela significativa de la experiencia social propia quede oculta a la comprensión colectiva debido a la marginación estructural” (Fricker, 2007). Este tipo de injusticia viene de la mano con la marginación hermenéutica, la cual se presenta “cuando existe una participación hermenéutica desigual respecto a algunas áreas significativas de la experiencia social donde los miembros de grupos en desventaja son hermenéuticamente marginados” (Fricker, 2007).

La marginación hermenéutica es necesaria para la injusticia hermenéutica, pero para determinar que la injusticia existe debemos tomar en cuenta que se comete contra un agente por parte del sistema (Cirne, 2012). La injusticia hermenéutica

4 Unión anormal entre dos huesos en la parte posterior del pie.



estructural se produce cuando un grupo no posee las mismas herramientas debido a una situación de desventaja y marginación sustentada por un prejuicio identitario hacia grupos con menor poder social.

La injusticia hermenéutica estructural resulta en lagunas de recursos conceptuales que afectan a todas las personas, pero no implican desventajas para todas ellas (Murguía Lores, 2016); “son como los agujeros en la capa de ozono que queman a quienes viven debajo de ellos” (Fricker, 2007: 161).

En el contexto médico, por ejemplo, algunas enfermedades que afectan más a mujeres que a hombres han permanecido marginalizadas. La ausencia de modelos que estudien la influencia hormonal en las respuestas al dolor o los analgésicos, así como la exclusión de mujeres en estudios clínicos por reducir la homogeneidad de los grupos, concluye en injusticia hermenéutica estructural al crear vacíos conceptuales que impiden nombrar las condiciones que causan dolor crónico, cuestionando además su agencia epistémica (Bell, 2014).

El resultado inmediato es que las mujeres diagnosticadas erróneamente, viven su padecimiento como si fuera un enigma, con significados que no encajan con sus experiencias. Atendiendo este testimonio de Isaura Leonardo:

Hace ocho años que vivo con otra condición crónica [...] y sigo sin poder explicar cómo son mis malestares. Suelo buscar analogías. Para comunicarla necesito encontrar referentes que los otros comprendan[...].

El habla de mis enfermedades, trastornos y condiciones me puso en un sitio extraño que no imaginé o vi venir. Estoy allí, con este idioma enrarecido, intentando comunicar o comprender lo que me comunican (Leonardo, 2018).

Leonardo busca explicar el dolor crónico que ha experimentado por ocho años y refiere “intentar entender lo que se comunica”. A pesar de tener la experiencia y el conocimiento de sus síntomas, se enfrenta a la falta de recursos y marcos conceptuales, lo cual es un ejemplo de injusticia hermenéutica

Aplicada al dolor crónico, la propuesta de Fricker hace visible el silenciamiento de las mujeres que lo experimentan, y señala que están sujetas al sufrimiento moral, alargando los periodos diagnósticos y el tratamiento, lo cual impacta en su calidad de vida.

Hacia una integración de Mol, Haraway y Fricker

Los apartados teóricos anteriores examinan de manera independiente el dolor crónico en mujeres y su abordaje. La integración de estos marcos teóricos no es una tarea sencilla ni libre de tensiones, pues cada una de las autoras se mueve en una capa distinta del mismo problema y abarca ramas filosóficas distintas: ontología, epistemología, ética: *¿Qué es el dolor crónico en mujeres? ¿Cómo sabemos de él? ¿Qué debemos hacer en el abordaje?* Al pertenecer a ramas filosóficas distintas también caemos en el riesgo de los intraducibles.

Mol, por ejemplo, no busca hablar de pluralismo, poder o de conocimiento como una representación sino como algo que se enactúa, lo cual conflictúa con Fricker y las creencias que relaciona con el déficit de credibilidad y que usa para explicar la injusticia epistémica. Es aquí donde el concepto de responsabilidad propuesto por Haraway entra en juego, pues pregunta quién es responsable de la manera en que las múltiples realidades del dolor se estructuran, se calibran y distribuyen.



Otra tensión que surge se centra en la crítica de la injusticia epistémica como una categoría centrada en ejercicios individuales y sesgos, dejando de lado el papel de las estructuras sociales o institucionales, y el análisis del rol de los diagnósticos y tecnologías en la generación de la injusticia epistémica que otras autoras han señalado y analizado ampliamente (Sánchez López, 2023; Eraña, 2024). El enfoque sistemático de Haraway y Mol puede abordar de manera inicial estas críticas pensando en el diseño de tecnologías participativas, en la relevancia del conocimiento situado de las mujeres sobre su dolor y en la manera en que todas estas prácticas se coordinan para describir el fenómeno: dolor crónico en mujeres.

Me parece importante hacer una aclaración final, y es que esta integración tampoco busca resolver las tensiones sino ponerlas a dialogar para construir una ruta de justicia; además, surge de un ejercicio filosófico amplio que busca dotar de sentido la experiencia de una mujer con dolor crónico: la mía. La cual me ha acompañado desde hace 20 años y ha saltado entre consultorios, discusiones, foros clínicos, espacios académicos, charlas entre amigas, medicamentos y mi cuerpo *cyborg* que se entreteje en expedientes médicos.

Esta integración compleja también es un punto de partida para dialogar con otras mujeres que viven con enfermedades incapacitantes o condiciones crónicas, las cuales me han permitido hablar de centros de intercambio de ideas que van a la reflexión de la enfermedad, el dolor, alternativas de manejo, y desarrollos teóricos.

Estos puntos desafían al Hospital como centro geográfico del diagnóstico y plantean a la enfermedad como un eje de discusión entre lo público y lo privado. Un ejemplo de esto es el *No manifiesto disca*, promovido en México por la colectiva Marabunta de Discas en 2021, en el marco del Día Internacional de las Personas con discapacidad. El *No manifiesto disca* expone un intercambio entre mujeres enfermas, varias de ellas con dolor crónico que teorizan y se manifiestan sobre lo que viven, un desafío contra el eterno ejército de los erguidos, disidentes de lo que los sistemas nerviosos deberían de ser (Marabunta de discas, 2021).

En un fragmento, señalan que son las “malas enfermas” porque investigan y realizan preguntas sobre su tratamiento, y buscan ser parte de su historia, no como pacientes, no como historias clínicas, sino como cuerpos que van más allá del diagnóstico, de la posibilidad de cura. Postulados como los de la Marabunta de Discas, sin duda abren espacios de diálogo para otras mujeres que relatan las experiencias de sus cuerpos y dolores, y que encuentran un espacio para existir, para resistir, para aferrarse a la vida.

Este artículo, además de un ejercicio filosófico también es un ejercicio político que invita a incorporar la epistemología feminista a la revolución de las “pacientes”. Una revolución que camina de la mano con una revolución en el abordaje del dolor crónico que cuestiona a la práctica médica, sin catalogar como inservible o carente de valor todo lo que se ha postulado a través de la biomedicina.



Por el contrario, este ejercicio filosófico-político busca contribuir a la incorporación de las redes ciudadanas, las camas de hospital y los intercambios entre enfermas en el estudio del dolor crónico en mujeres. A través de la propuesta teórica de un análisis del dolor crónico como situado, múltiple y político, permite pensar en una reorganización de mundos compartidos, y hace una invitación provocativa: permitir que las mujeres con dolor crónico y un cuerpo atravesado por la enfermedad, dejemos de habitar una vida a contrarreloj en un mundo que no se cuestione lo que la biomedicina, los discursos y sus deudas han puesto sobre la mesa.

Referencias Bibliográficas

- ASMUNDSON, G.J.G. y Katz, J. (2009). "Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art", En: *Depression and Anxiety*, 26(10), pp. 888–901. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/da.20600>
- BARTLEY, E.J. y Fillingim, R.B. (2013). "Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings". En: *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 111(1), pp. 52–58. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/bja/aet127>
- BELL, K. (2014). "Exploring Epistemic Injustice Through Feminist Social Work Research". En: *Affilia - Journal of Women and Social Work*, 29(2), pp. 165–177. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0886109913516457>
- BOORSE, C. (1975). "On the Distinction between Disease and Illness". En: *Philosophy & Public Affairs*, 5(1), pp. 49–68.
- BORING, B.L. et al. (2021). "How and Why Patient Concerns Influence Pain Reporting: A Qualitative Analysis of Personal Accounts and Perceptions of Others' Use of Numerical Pain Scales". En: *Frontiers in Psychology*, 12. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.663890>
- BRIONES-VOZMEDIANO, E. (2016). "The social construction of fibromyalgia as a health problem from the perspective of policies, professionals, and patients". En: *Global Health Action*, 9, p. 10.3402/gha.v9.31967. Disponible en: <https://doi.org/10.3402/gha.v9.31967>
- CAREL, H. y Kidd, I.J. (2014). "Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis". En: *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 17(4), pp. 529–540. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9560-2>
- CASALE, R. et al. (2021). "Pain in Women: A Perspective Review on a Relevant Clinical Issue that Deserves Prioritization". En: *Pain and Therapy*, 10(1), pp. 287–314. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00244-1>
- COHEN, M.L., Weisman, A. y Quintner, J.L. (2025). "Paradoxes weaken the International Association for the Study of Pain definition of pain". En: *The Korean Journal of Pain* [Preprint]. Disponible en: <https://doi.org/10.3344/kjp.25268>
- COHEN, S.P., Vase, L. y Hooten, W.M. (2021). "Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances". En: *The Lancet*, 397(10289), pp. 2082–2097. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7)
- CONINX, S., Willemsen, P. y Reuter, K. (2024). "Pain Linguistics: A Case for Pluralism". En: *The Philosophical Quarterly*, 74(1), pp. 145–168. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/pq/pqad048>
- CORNS, J. (2018). "Recent Work on Pain". En: *Analysis*, 78(4), pp. 737–753. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/analys/any055>
- COVARRUBIAS-GÓMEZ, A. et al. (2010). "Epidemiology of chronic pain in Mexico". En: *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33(4), pp. 207–213.



- CRICHTON, P., Carel, H. y Kidd, I.J. (2017). "Epistemic injustice in psychiatry". En: *BJPsych Bulletin*, 41(2), pp. 65–70. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.050682>
- DAWSON, B. (2021). Women's chronic pain is often dismissed as being "dramatic" - which can ruin health and lives. En: *Insider*. Disponible en: <https://www.insider.com/sexism-women-suffer-longer-and-harder-with-chronic-pain-2021-7> (Consultado: el 26 de noviembre de 2022).
- DI CARLO, M., Smerilli, G. y Salaffi, F. (2021). "Mechanisms and Mediators of Pain in Chronic Inflammatory Arthritis". En: *Current Treatment Options in Rheumatology*, 7(3), pp. 194–207. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40674-021-00178-x>
- DUEÑAS, M. et al. (2025). "Prevalence and epidemiological characteristics of chronic pain in the Spanish population. Results from the pain barometer". En: *European Journal of Pain*, 29(1), p. e4705. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ejp.4705>
- ERAÑA, Á. (2024). "La Escucha: Una Herramienta Para Combatir la Injusticia Hermenéutica". En: *Tópicos: Revista de Filosofía*, 71, pp. 11–47. Disponible en: <https://doi.org/10.21555/top.v710.2777>.
- FAESSLER, J. (2015). How Doctors Take Women's Pain Less Seriously - The Atlantic. En: *The Atlantic*. Disponible en: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2015/10/emergency-room-wait-times-sexism/410515/> (Consultado: el 26 de noviembre de 2022).
- FAJARDO-Chica, D. (2020). "Sobre el concepto de dolor total". En: *Revista de Salud Pública*, 22(3), pp. 368–372. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n3.84833>
- FAUSTO-Sterling, A. (1986). *Myths of Gender: Biological Theories About Women and Men*. Revised Edition. Basic Books.
- FINLAY, J., Lind, C. y dela Cruz, A.M. (2021). "Concept analysis: Resilience in young women with chronic pain". En: *Nursing Forum*, 56(2), pp. 389–395. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nuf.12543>
- FREE, M.M. (2002). "Cross-cultural conceptions of pain and pain control". En: *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, 15(2), pp. 143–145. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08998280.2002.11927832>
- FRICKER, M. (2007). *Epistemic Injustice Power & the Ethics of Knowing*. Oxford: Oxford University Press.
- FUJIWARA, A. et al. (2021). "Prevalence and associated factors of disability in patients with chronic pain: An observational study". En: *Medicine*, 100(40), p. e27482. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000027482>
- GOOBERMAN-Hill, R. (2015). "Ethnographies of pain: culture, context and complexity". En: *British Journal of Pain*, 9(1), pp. 32–35. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2049463714555439>
- HAASE, C.B. et al. (2023). "Data as symptom: Doctors' responses to patient-provided data in general practice". En: *Social Studies of Science*, 53(4), pp. 522–544. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/03063127231164345>
- HARAWAY, D.J. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinvención de la naturaleza*. Universitat de València.
- HOFFMANN, D.E. y Tarzian, A.J. (2001). "The girl who cried pain: a bias against women in the treatment of pain". En: *The Journal of Law, Medicine & Ethics: A Journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 29(1), pp. 13–27. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1748-720x.2001.tb00037.x>
- HUBER, M. et al. (2016). "Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed



methods study". Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>

- HUTCHISON, K., Rogers, W. y Entwistle, V.A. (2017). "Addressing Deficits and Injustices: The Potential Epistemic Contributions of Patients to Research". En: *Health Care Analysis*, 25(4), pp. 386–403. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10728-016-0323-5>
- KNORR Cetina, K. (2005). "El científico como razonador práctico", en La fabricación del conocimiento. Un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia. En: *Buenos Aires*: Universidad Nacional de Quilmes, pp. 51–104.
- KOVÁCS, J. (1998). "The concept of health and disease". En: *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1(1), pp. 31–39. Disponible en: <https://doi.org/10.1023/A:1009981721055>
- LEONARDO, I. (2018). El dolor crónico se parece al amarillo. En: *Nexos | (Dis)capacidades*. Disponible en: <https://discapacidades.nexos.com.mx/?p=657> (Consultado: el 22 de mayo de 2020).
- LEWIS, G.N. et al. (2023). "Chinese and Indian interpretations of pain: A qualitative evidence synthesis to facilitate chronic pain management". En: *Pain Practice*, 23(6), pp. 647–663. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/papr.13226>
- VAN DER LINDEN, R., Bolt, T. y Veen, M. (2022). "‘If it can’t be coded, it doesn’t exist’: A historical-philosophical analysis of the new ICD-11 classification of chronic pain". En: *Studies in History and Philosophy of Science*, 94, pp. 121–132. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.shpsa.2022.06.003>
- LIU, J., Chen, Y. y Chen, G. (2025). "The role and mechanisms of macrophages in chronic pain: A peripheral-to-central perspective". En: *Brain Research Bulletin*, 229, p. 111470. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2025.111470>
- LONGINO, H.E. (1987). "Can There Be A Feminist Science?". En: *Hypatia*, 2(3), pp. 51–64. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.1987.tb01341.x>
- LONGINO, H.E. (1996). "Cognitive and Non-Cognitive Values in Science: Rethinking the Dichotomy". En: L.H. Nelson y J. Nelson (eds.) *Feminism, Science, and the Philosophy of Science*. Dordrecht: Springer Netherlands, pp. 39–58. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-94-009-1742-2_3
- MARABUNTA de discas (2021). "No Manifiesto". En: *JeronimoMx*, 9 diciembre. Disponible en: <https://jeronimomx.info/marabunta-de-diskas-nomanifiesto/> (Consultado: el 4 de junio de 2022).
- MARGARIT, C. (2019). "La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas". En: *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 26(4), pp. 209–210. Disponible en: <https://doi.org/10.20986/resed.2019.3752/2019>
- MARTÍN, A.G.C. et al. (2022). "Dilemas, disonancias y conflictos éticos del trabajo de campo en antropología médica en contextos institucionales de atención a la salud". En: *Revista Latinoamericana de Bioética*, 22(1), pp. 131–148. Disponible en: <https://doi.org/10.18359/rlbi.5905>
- MAZURE, C.M. y Jones, D.P. (2015). "Twenty years and still counting: including women as participants and studying sex and gender in biomedical research". En: *BMC Women’s Health*, 15, p. 94. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0251-9>
- MOL, A. (1999). "Ontological Politics. A Word and Some Questions". En: *The Sociological Review*, 47(1_suppl), pp. 74–89. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1999.tb03483.x>



- MOL, A. (2003). *The Body Multiple: Ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.
- NIJS, J. et al. (2015). "Brain-derived neurotrophic factor as a driving force behind neuroplasticity in neuropathic and central sensitization pain: a new therapeutic target?". En: *Expert Opinion on Therapeutic Targets*, 19(4), pp. 565–576. Disponible en: <https://doi.org/10.1517/14728222.2014.994506>
- NIJS, J. et al. (2021). "Central sensitisation in chronic pain conditions: latest discoveries and their potential for precision medicine". En: *The Lancet Rheumatology*, 3(5), pp. e383–e392. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(21\)00032-1](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(21)00032-1)
- RAJA, S.N. et al. (2020). "The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises". En: *Pain*, 161(9), pp. 1976–1982. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- RICHARDSON, S.S. (2010). "Feminist philosophy of science: history, contributions, and challenges". En: *Synthese*, 177(3), pp. 337–362. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11229-010-9791-6>
- RIKARD, S.M. (2023). "Chronic Pain Among Adults – United States, 2019–2021". En: *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 72. Disponible en: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7215a1>
- SALAFFI, F., Giacobazzi, G. y Di Carlo, M. (2018). "Chronic Pain in Inflammatory Arthritis: Mechanisms, Metrology, and Emerging Targets—A Focus on the JAK-STAT Pathway". En: *Pain Research and Management*, 2018(1), p. 8564215. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2018/8564215>
- SAMULOWITZ, A. et al. (2018). "'Brave Men' and 'Emotional Women': A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain". En: *Pain Research & Management*, 2018, p. 6358624. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>
- SÁNCHEZ López, B.P. (2023). "Mujeres diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad : Injusticias y resistencias epistémicas". Disponible en: https://ru.atheneadigital.filos.unam.mx/jspui/handle/FFYL_UNAM/9762 (Consultado: el 9 de octubre de 2025).
- SHAMSI, L. et al. (2019). "Pain and its pain relief traditions: An anthropological inquiry in indigenous and ethnic knowledge of pain in Mukrian, Kurdistan". En: *Indigenous Knowledge of Iran*, 6(11), pp. 75–114. Disponible en: <https://doi.org/10.22054/qjik.2020.48735.1178>
- SHARMA, S., Abbott, J.H. y Jensen, M.P. (2018). "Why clinicians should consider the role of culture in chronic pain". En: *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 22(5), pp. 345–346. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.07.002>
- SILVA Zamora, J. (2021). Día Mundial del Dolor (2021). En: *Joselyn Silva*. Disponible en: <https://www.joselynsilva.com/post/día-mundial-del-dolor-2021> (Consultado: el 4 de septiembre de 2025).
- SINGH, B., Goyal, A. y Patel, B.C. (2025). "C-Reactive Protein: Clinical Relevance and Interpretation". En: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441843/> (Consultado: el 5 de octubre de 2025).
- STEVENS, B. (2021). "Revisions to the IASP definition of pain—What does this mean for children?". En: *Paediatric and Neonatal Pain*, 3(3), pp. 101–105. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/pne2.12047>
- TAYLOR, J.S. (2005). "SURFACING THE BODY INTERIOR". En: *Annual Review of Anthropology*, 34(Volume 34, 2005), pp. 741–756. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.33.070203.144004>



- TREDE, R.-D. et al. (2019). "Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11)". En: *PAIN*, 160(1), p. 19. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- WOLFE, F. y Rasker, J.J. (2021). "The Evolution of Fibromyalgia, Its Concepts, and Criteria". En: *Cureus*, 13(11), p. e20010. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.20010>
- WYLIE, A. (2012). "Feminist philosophy of science : standpoint matters". En: *Proceedings and Addresses of the American Philosophical Association.*, 86(2), pp. 47–76.
- ZHANG, L. et al. (2021). "Gender Biases in Estimation of Others' Pain". En: *The Journal of Pain*, 22(9), pp. 1048–1059. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.03.001>
- ZIMNEY, K., Van Bogaert, W. y Louw, A. (2023). "The Biology of Chronic Pain and Its Implications for Pain Neuroscience Education: State of the Art". En: *Journal of Clinical Medicine*, 12(13), p. 4199. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm12134199>

