

EXPERIENCIAS EN LA ATENCIÓN DE DOLOR DE MUJERES FÍSICAMENTE ACTIVAS

Aproximación desde una perspectiva de género a las narrativas de mujeres, profesionales de la salud y profesionales del deporte

Andrea Marcela Castaño-Rodríguez¹

Claudia Margarita Cortes García²

Resumen

El incremento de las actividades físicas-deportivas ha traído beneficios para la salud, en términos físicos, psicológicos y sociales. Al mismo tiempo, en esta práctica, la experiencia de dolor es usual e influye tanto en su continuidad como en la realización de tareas cotidianas. Para dar solución a este evento, los esfuerzos se han centrado en explicar y tratar el dolor desde una perspectiva fisiológica, dejando a un lado la importancia de los aspectos contextuales, socioculturales y relacionales, que median la atención integral del dolor.

El objetivo de esta investigación fue analizar, desde una perspectiva de género, la experiencia en la atención del dolor que reciben mujeres que practican actividad física de forma regular. Se presenta el análisis de la revisión documental, asociación libre de palabras y entrevistas realizadas a mujeres que han experimentado dolor debido a dicha práctica y a profesionales de la salud y del deporte que han atendido dicho dolor.

Se concluye, señalando la importancia de analizar cómo es codificada y decodificada la experiencia de dolor de acuerdo al contexto, a las creencias, normas, valores y representaciones que, tanto mujeres como personal de salud y profesionales del deporte, tienen de una mujer físicamente activa. Las expresiones y las conductas asociadas al dolor exaltan expectativas estereotípicas de género que a su vez influyen en la interpretación y la atención del dolor por parte de los observadores.

Palabras clave: Dolor, actividad física, mujeres, género y salud.

¹ Psicóloga, especialista en deporte y ejercicio. Investigadora vinculada al Centro de Estudios en Medición de la Actividad Física, Universidad del Rosario. Psicóloga del deporte de la Pontificia Universidad Javeriana.

² Antropóloga PhD Salud Pública. Investigadora Grupo de Estudios de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones. Escuela de Ciencias Humanas - Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario.

INTRODUCCIÓN

El dolor es una experiencia subjetiva que se atiende en lo público. En tanto subjetiva, implica vivencias que afectan lo físico, lo psicológico y lo sociocultural. En este sentido, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (1994) lo define como "una experiencia sensorial y emocional desagradable que se da como consecuencia de un daño tisular actual, potencial o descrito en términos de dicho daño" (p. 209). Desde este punto de vista, el dolor incluye las respuestas comportamentales, emocionales y cognitivas que se derivan del daño físico (Hoffman, Trawalter, Axt, & Oliver, 2016). Sin embargo, es claro que "la anatomía o fisiología no son suficientes para explicar las diferencias o variaciones culturales, sociales, personales o de circunstancias que afectan a un individuo con ocasión de un acontecimiento doloroso" (Bustos Domínguez, 2009). El comportamiento generado se interrelaciona con los sistemas de valores de la cultura, y es desde allí que la experiencia se llena de significados (Travers, 2008). Por tanto, la atención del dolor es susceptible al sesgo, debido a las características del individuo con dolor y a la persona que lo observa (Hirsh, Alqudah, Stutts, & Robinson, 2008). Es así como la vivencia personal se traspone de lo personal a lo público y viceversa.

Ahora, es bien sabido que la experiencia de dolor es un fenómeno habitual dentro de la práctica físico-deportiva, por ello, numerosas disciplinas han sumado esfuerzos para subsanarlo y atenderlo desde un enfoque multidimensional. De hecho, según Finch & Cassell (2006), las lesiones dentro de la práctica físico-deportiva son un fenómeno habitual. Aproximadamente el 5% de los participantes sufren una lesión en un período de dos semanas de práctica. Y, aunque no todos los eventos requieren tratamiento médico, estos sí tienen impactos significativos en la capacidad de las personas para realizar actividades de la vida diaria ya que puede limitar el rendimiento futuro y la participación en actividades de recreación activa (Cassell, Finch, & Stathakis, 2003). Dado que la lesión está relacionada al dolor, es de suponer que dicho fenómeno se presente a su vez en las personas que practican actividades físico-deportivas regularmente.

Es claro entonces, que la continuidad de la práctica físico-deportiva se ve seriamente afectada por una alta percepción de dolor o una mala atención del mismo. En dicho contexto, el dolor se configura como un elemento que afecta desde la continuidad de la práctica (Bahr, 2009) hasta la identidad de aquellos que practican actividad física o deporte de forma regular (Spencer, 2012); además, es innegable su carga epidemiológica y económica, que se ve reflejado en los costos que implican su atención en el sistema de salud (Gala, Guillén-Gestoso, & Lupiani-Castellanos, 2003; Travers, 2008; Meghani, Byun, & Gallagher, 2012; Hoffman, Trawalter, Axt, & Oliver, 2016). En ese sentido, el escenario físico, actualmente en aumento dado incremento de las actividades físicas-deportivas, se ve interpelado por la atención del dolor y viceversa; por ello, el análisis de este fenómeno es relevante en este contexto.

A nivel general, el dolor, se considera uno de los problemas de salud que más gasto ocasiona. En Estados Unidos, el gasto en atención de dolor asciende a aproximadamente 90.000 millones de dólares (Yusta, Laguna, & Ballina, 2002). Gaskin & Richard (2012), estiman que en este país se invierte en el control de dolor un promedio de \$560 a \$635 millones de dólares cada año, con lo que es más alto que el gasto que tiene dicho país atendiendo a las principales condiciones de salud de su población. De igual manera, se identifica que el dolor limita la actividad profesional de quienes lo padecen (Higgins et al., 2017). Se estima que una de cada cinco personas pierde su trabajo debido a ello y que un tercio presenta problemas en su actividad laboral a consecuencia del dolor (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias, & Castro-Lopes, 2016; Henschke, Kamper, & Maher, 2015; Montero, Garcés, Ruiz, & Zafra, 2010; Yusta et al., 2002). De igual forma, la vivencia del dolor, tiene impacto sobre la calidad de vida de las personas, ya que se relaciona con depresión y alteraciones en la vida cotidiana como en el sueño y el ocio (Henschke et al., 2015). Pese a ello, dentro del contexto físico-deportivo, la atención se ha centrado en la dimensión fisiológica del dolor, restándole peso a las dimensiones socio-culturales que lo componen y, por tanto, pasando por alto cómo dichas dimensiones pueden influir en la atención del mismo, ello incluso desde una visión de género.

En un primer nivel, el abordaje desde la biomedicina, se asocia a las diferenciaciones en la vivencia del dolor en cuanto a sexo. Desde el punto de vista biológico se ha afirmado que hay diferencias fisiológicas que explican las distintas aproximaciones al dolor. Por ejemplo, Berkley, citado por Hoffmann & Tarzian, (2003), describió tres aspectos de la biología masculina y femenina que difieren claramente: los órganos reproductores pélvicos, los tipos de hormonas circulantes y los cambios cíclicos en los niveles hormonales. Señalando estas diferencias argumenta que las diferencias estructurales podrían tener una repercusión directa en el dolor reportado por uno u otro sexo independientemente de sus experiencias y contextos (Fillingim, 2000; Idler et al., 2015). Sin embargo, dichas diferencias biológicas en los mecanismos del dolor no necesariamente predisponen a las mujeres a reportar más dolor, dándole peso a los factores sociológicos, culturales y psicológicos que influyen en la percepción y el comportamiento doloroso (Robinson & Wise, 2004). Desde este punto de vista, entender el impacto del entorno social en cómo se experimenta y se expresa el dolor es esencial para desarrollar estrategias de prevención e intervención.

Precisamente, en cuanto a la atención del dolor, la literatura sugiere no sólo que los hombres y las mujeres se comunican de manera diferente con los proveedores de atención médica acerca de su dolor, sino que los proveedores de atención médica pueden responder de manera diferente a ellos (Hollingshead, Matthias, Bair, & Hirsh, 2015). De hecho, Hamberg, Risberg, Johansson, & Westman (2002) indican que los profesionales de la salud son más propensos a relacionar el dolor de las mujeres con factores psicosociales, mientras que relacionan el de los hombres con síntomas orgánicos. Sin embargo, dicha diferencia no se ha analizado suficientemente desde el ámbito deportivo, y tampoco desde la atención en salud, y menos

en los espacios cotidianos de práctica regular. Allí, la investigación se ha basado en la exploración física o biologicista del dolor (Dworkin et al., 2008) o, desde los estudios sociales del deporte, en la experiencia de este dentro del ámbito deportivo (Racine et al., 2012; Veri, 2007).

Entonces, por un lado, se espera un comportamiento sensible y cuidadoso por parte de la mujer, también se espera menor fuerza física y mayor probabilidad de expresar tanto dolor físico como dolor emocional (Barberá & Martínez, 2004) y, por otro, se ha reportado que aunque las mujeres reportan niveles más severos de dolor, incidencia más frecuente de dolor y dolor de mayor duración que los hombres, son tratadas de manera menos agresiva que los hombres (Focht, Bouchard, & Murphey, 2000; Werner & Malterud, 2003; Wilde, 2007).

Este fenómeno ocurre tanto con profesionales de la salud, como con otros observadores, en este caso, profesionales de deporte y la actividad física. Las creencias sobre género influyen la manera en la que perciben el riesgo, el dolor y la lesión de sus deportistas (Loland, Skirstad, & Waddington, 2006; López, 2017). Por tanto, el género como constructo social, afecta la conducta individual a través de procesos cognitivos relacionados con creencias y expectativas creadas y normadas socioculturalmente (Montserrat Martín Horcajo, 2006). De tal forma que, la conducta de las mujeres y de los hombres se basaría en la identificación del individuo con los rasgos de personalidad típicamente femeninos o masculinos (Covassin & Elbin, 2011; Manning & Fillingim, 2002; Pfister, 2010; Wilde, 2007). Socialmente, los roles asignados a las mujeres siguen siendo los asociados a la calidez y el cuidado, mientras que las características masculinas tienen que ver con la competencia, la fuerza y el liderazgo (Veri, 2007). Sumado a esto, debe anotarse que históricamente las características masculinas han sido mejor valoradas que las femeninas, lo que a su vez tiene una repercusión sobre lo que se interpreta como deseable en la sociedad misma (Werner & Malterud, 2003).

Es por ello que, la perspectiva de género, posibilita el abordaje de la atención de dolor de mujeres físicamente activas desde las relaciones de poder que dicha atención implica y permite indagar sobre cómo influyen los ideales asignados diferenciadamente a los géneros en este ámbito (Díez Mintegui, 1996). En definitiva, al dar voz y cuerpo a las vivencias de mujeres se hacen tangibles las experiencias, abordando el fenómeno desde una nueva y enriquecedora visión. Además, en esta aproximación, se incluyen también las experiencias de profesionales de la salud y de profesionales del deporte, lo que permite sopesar las tensiones entre lo reportado por cada participante, las diferentes técnicas de recolección de datos y lo encontrado en la literatura. Así, el propósito de este trabajo es realizar el análisis de las estructuras de género que media la atención de dolor de mujeres físicamente activas, con el fin de identificar las experiencias y significados que los diferentes grupos poblacionales abordados le dan a este fenómeno.

MÉTODO

El presente estudio es cualitativo–fenomenológico, ya que, retomando a Moustakas (1994) citado por Creswell (2013), no se hace énfasis en las interpretaciones del investigador sino en una descripción de las experiencias de los participantes para adoptar una nueva perspectiva hacia el fenómeno que se examina (Coyle & Tickoo, 2007). Así se buscó recuperar las voces de cada participante, lo esperado de las mujeres dentro y fuera del contexto deportivo y las intersecciones entre la información recolectada por medio de revisión documental, la asociación libre de palabras y las entrevistas semiestructuradas.

Participantes

La recolección de información cara a cara se realizó a partir de muestreo intencionado por casos tipo, ya que era necesario recuperar los relatos de personas que hubiesen experimentado el fenómeno. En primer lugar, participaron cinco mujeres físicamente activas (mujeres con práctica regular de actividad física, deporte recreativo o competitivo) durante los últimos tres años de su vida y que hubieran experimentado dolor debido a dicha práctica. En segundo lugar, participaron cinco profesionales del deporte (tres mujeres y dos hombres) que hubieran entrenado a mujeres físicamente activas con antecedente de dolor debido a dicha práctica. Y finalmente, participaron cuatro profesionales en fisioterapia (cuatro mujeres) quienes en su práctica profesional atendieran a mujeres físicamente activas que consultaran debido a dolor asociado a la práctica física. En definitiva, la unidad de estudio son los significados y experiencias de la atención del dolor de mujeres físicamente activas.

Procedimiento

Los participantes fueron citados vía telefónica para fijar el sitio de encuentro y se les pidió una hora de disponibilidad para el desarrollo de la entrevista. Durante la entrevista se presentó la investigación, el marco en el que se desarrollaba y sus objetivos, de tal manera que fuera transparente para ellos la intención del estudio. Se les aclaró que el fin era conocer su experiencia, y que, en esa medida, no había respuestas correctas o incorrectas, solo vivencias personales que podrían contribuir a entender la dinámica vivida. Posteriormente, se presentó el consentimiento informado y se les permitió hacer las preguntas que consideraran pertinentes antes de que la entrevista iniciara, prestando especial atención a que los participantes se sintieran cómodos y que consideraran el espacio como un entorno seguro para compartir sus opiniones sin temor a represalias.

Se inició con el ejercicio de asociación de palabras, que consiste en la presentación de algunos términos clave a modo de estímulo para recolectar la expresión espontánea de los participantes frente a dichos estímulos. Luego se pasó a las preguntas de la entrevista semiestructurada preparada previamente para abordar las categorías que se consideraron pertinentes luego de la revisión teórica. En el transcurso de la entrevista no se realizó ninguna anotación adicional a la toma de datos personales para facilitar el *rapport* entre la entrevistadora y los participantes, aunque se registró brevemente la expresión no verbal para

darle un contexto amplio a la respuesta obtenida. Adicionalmente, se dió un espacio al final de la entrevista para que los participantes consultaran con la entrevistadora cualquier evento psicológico evocado con las preguntas para disminuir las probabilidades de dejar procesos abiertos que luego pudieran tener repercusiones en su salud psicológica.

Cada sesión fue grabada enteramente y transcrita directamente por la investigadora manteniendo la integridad de la entrevista. Los datos obtenidos fueron analizados con la técnica directa (Directed Content Analysis (DCA), es decir, el análisis empezó con la definición de categorías hecho enteramente desde la teoría para luego clasificar los datos encontrados en dichas categorías pero permitiendo la creación de nuevos códigos de análisis según la información hallada en los relatos (Hsieh & Shannon, 2005). Esta investigación tuvo la aprobación de Comité de Ética de la Universidad del Rosario, aval #DVO005-152-CS108.

RESULTADOS

La vivencia, interpretación y atención del dolor tiene que ver tanto con factores individuales como con factores socioculturales, por tanto, su estudio requiere abordar las perspectivas personales, situacionales y contextuales que lo acompañan. Ahora, al interpretar estas vivencias a la luz de las creencias asociadas al género, es importante indicar, por un lado, la interpretación de género que reportan los individuos y los observadores y, por otro, si dicha interpretación varía en relación al contexto físico-deportivo. En conjunto, la experiencia de dolor y las creencias relacionadas al género se relacionan a las experiencias frente a la atención del dolor de mujeres físicamente activas. A continuación, se presentan los principales resultados del trabajo de campo realizado para explorar las experiencias en atención de dolor de mujeres físicamente activas. Para conservar el anonimato de las personas participantes, sus relatos serán señalados como M (mujer), PS (profesional de la salud) y PD (profesional de deporte).

Dolor: Múltiples significados, múltiples experiencias

Aproximarse a la configuración del dolor como experiencia vital y cercana a las mujeres, refiere a una noción polisémica de este evento. La mayor parte de las mujeres se refirió a dos ámbitos en la definición del dolor.

Por un lado, fuera del contexto físico-deportivo el dolor es experimentado como una experiencia habitual que genera una respuesta asociada a la autogestión. Una mujer entrevistada (M3) dice *“yo ya los esguinces me los cuido en la casa porque yo en el año puedo tener dos, tres... entonces yo ya me sé mis terapias y todo”*; a su vez M2 refiere: *“no fui al médico a ver el dolor, creo que muchas personas somos así”*. Otras respuestas conductuales asociadas con la expresión del dolor se relacionan con la identidad del individuo, M3 comenta *“No me gusta quejarme independientemente que esté con alguien o esté sola, porque yo también tengo que demostrarme que soy fuerte”*. Aquí la participante reconoce la fuerza como una característica intrínseca que permea la respuesta observable.

Por otro lado, dentro del contexto deportivo el dolor es experimentado como una vivencia habitual, con un doble carácter, tanto en espacios para la realización de actividad física como de práctica deportiva. En espacios relacionados con la actividad física se relaciona con sensaciones positivas, M4 indica: "*es un dolor satisfactorio porque uno sabe que lo hizo bien... es como si no duele no lo hice*". Por el contrario, en lo que se refiere a la práctica deportiva el relato se relaciona con lesión y con las consecuencias subyacentes a la misma. M1 hace referencia a un evento: "*A mi me cruzaron dos jugadoras y yo me lesioné el ligamento cruzado y ahí yo sentí el dolor y por unos segundos me desmayé del dolor, me sacaron y eso*"; M3 por su parte indica consecuencias a largo plazo "*Tuve una caída en una competencia de downhill... me hicieron exámenes y al final nunca salió nada, pero es un dolor que todavía me molesta bastante*". La respuesta emocional ante estas situaciones está marcada por la frustración, la rabia y la incapacidad para la continuidad de la práctica, sin embargo, la expresión emocional es condicionada por el contexto, M5 dice: "*No, no me gusta (mostrar debilidad) o sea puedo estar muy muy muy mal pero trato de no quejarme tanto delante de la gente, en mi casa si ya es distinto*".

Al mismo tiempo, el dolor implica una experiencia social e interpersonal, por tanto, el contexto del observador afecta las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales de aquel que atiende este fenómeno (De Ruddere & Tait, 2018). En este caso, fuera de la práctica físico-deportiva los profesionales refieren que la expresión de dolor está ligada a factores individuales, PS1 dice: "*Yo creo que es como muy de la persona, de la personalidad*". Sin embargo, dentro de la práctica físico-deportiva la respuesta de los profesionales del deporte se basa en la experiencia previa que han tenido como practicantes, en la evaluación de la expresión de dolor de aquel a quien asisten y en la experticia que tiene la persona en la práctica. En este mismo escenario, los profesionales de la salud hacen una interpretación del dolor que, por un lado, es indicador de mejoría; y, por otro, en coincidencia con las mujeres deportistas, un indicador de que la actividad física fue útil, frente a ello PS2 dice: "*Me pasa muchas veces que me escriben: "Oye super! me duele todo, que delicia" ... se asocia el dolor a resultados*".

Delicadeza, cuidado y sacrificio: condiciones de ser mujer físicamente activa desde la construcción social del género

El género, descrito como una experiencia intrapersonal relacionada con lo que un individuo es y que se entiende como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos (Scott, 1990, citada por Tarrés, 2013) permite describir cómo los individuos procesan y estructuran sus emociones, percepciones y valoraciones del mundo social, así como sus comportamientos dentro del entorno (Bernardes, Keogh, & Lima, 2008). En este caso, la percepción de género permite identificar las características, roles y expectativas que giran en torno a lo femenino y lo masculino en un contexto determinado.

Fuera del contexto físico-deportivo, tanto las mujeres físicamente activas como los profesionales del deporte y los profesionales de la salud, refirieron una asociación asidua entre la delicadeza, el cuidado y la maternidad como características típicamente femeninas, mientras que la fuerza y la autoridad la asociaron a lo típicamente masculino. Ahora, si bien las mujeres físicamente activas se piensan a sí mismas como mujeres fuertes y capaces, su discurso frente a las características asociadas a lo femenino gira en torno a elementos más tradicionales de dicho rol. Coherentemente, los roles femeninos están asociados al cuidado mientras que lo masculino lo asocian a proveer al hogar. Por supuesto, los espacios asociados a lo femenino se relacionan con espacios privados que implican el cuidado del otro, mientras que los espacios masculinos se asocian al deporte y a espacios públicos.

Dentro del contexto físico-deportivo las características masculinas continúan asociándose a la fuerza, sobretodo por sus características biológica, PS1 dice *“Fuerza, biológicamente tienen más fuerza... los hombres desarrollan más musculatura”*, sin embargo, las características asociadas a lo femenino giran entorno al sacrificio. PD4 dice puntualmente *“yo creo que siempre en todo para la mujer existe sacrificio y todavía en mi concepto tiene que luchar mucho contra muchas cosas”*. De igual forma, los espacios asociados a lo masculino se relacionan tanto con la práctica deportiva como con espacios asociados al ejercicio de la autoridad, mientras que los espacios femeninos se relacionan con actividades físico-deportivas típicamente categorizadas como delicadas, por ejemplo, PS3 dice *“Pilates por verse suave y como más delicado está más relacionado con mujeres”*.

Finalmente, emerge una categoría denominada artefactos del género, relacionada con características de lo femenino en espacios típicamente masculinos, como los deportes de combate y alto riesgo, allí se presenta una imagen social de lo femenino como sinónimo de debilidad. M2 comenta, *“siempre se tratan entre ellos así, sube como una niña, inscribese en damas sport... así no lo hagan conscientemente es como si fuera una burla hacia nosotras, entonces yo que estoy en esa categoría ¿debo sentirme mal o a que se refieren?”*. Al respecto, Gilmore (1994), citado por Millan (2011), indica que la construcción social de lo masculino se da sobretodo, ante lo femenino, específicamente dándole primacía al código negativo y a la diferenciación con respecto a las características de las mujeres, los homosexuales y los niños. Ahora, la respuesta de las mujeres físicamente activas frente a esta percepción se relaciona con la necesidad de demostrar fuerza y de paralelamente, salvaguardar las características típicamente femeninas. Por ejemplo, M3 refiere *“Es que lo que pasa es que lo que menos que uno quiere es que piensen que uno es débil, si yo soy débil y yo demuestro que soy débil entonces no me van a invitar a montar”*.

Atención de dolor: Su gestión de acuerdo al contexto

La atención del dolor, entendida como aquellas respuestas personales e interpersonales que se llevan a cabo para gestionar la experiencia de dolor, se presenta de formas diferenciadas

fuera y dentro del contexto físico-deportivo, pero también en relación a la persona que sufre y la persona que observa.

A partir del análisis de la matriz de resultados se encontró que fuera del contexto físico-deportivo la atención del dolor se gestiona mediante tres acciones, (1) la búsqueda de ayuda, (2) la toma de medicamentos y (3) acciones motoras para disminuirlo. Mientras que la búsqueda de ayuda y la toma de medicamentos se relacionan con la alta o la baja intensidad del dolor, las acciones motoras se relacionan con aprendizajes previos como la aplicación de medios físicos, ejercicios de fortalecimiento o estiramientos. Frente a la atención de dolor que se da en el contexto físico-deportivo, se evidencian dos niveles: (1) el nivel individual que abarca la respuesta conductual del individuo y la percepción de la atención por parte de los observadores (profesionales del deporte y de la salud) y (2) el nivel situacional que da cuenta de las acciones que los observadores realizan frente a la experiencia de dolor de los otros, allí, tanto los profesionales del deporte como los profesionales de la salud refieren respuestas emocionales y conductuales relacionadas con el apoyo que brindan a mujeres físicamente activas que reportan dolor.

En lo individual la atención del dolor se gestiona también desde la búsqueda de ayuda, la toma de medicamentos y las acciones motoras que se pueden realizar para disminuirlo, sin embargo, se suma la percepción que se tiene frente a la atención por parte de los observadores. En primer lugar, la atención por parte de profesionales de la salud se relaciona mayoritariamente a la recuperación de la funcionalidad, pero no de la habilidad para continuar la práctica físico-deportiva, M1 indica *“fue muy mala la atención a nivel de médico, decidieron no operarme cuando realmente tenían que haberme operado...y no viéndolo como que yo jugaba ni nada, sino que podía caminar y todo eso normal”*. De igual manera, la disponibilidad de profesionales de la salud se señala como un elemento determinante en el momento de recibir atención, pues en competencia es usual encontrar personal de la salud, mientras que en espacios de entrenamiento esto no es muy habitual.

En segundo lugar, la percepción frente a la atención por parte de profesionales del deporte se relaciona con el apoyo psicoemocional, M5 dice *“Pues como que el profesor te mira, te pregunta si te está doliendo mucho y pues te remite”*, sin embargo, la respuesta del profesional del deporte se condiciona ante su disponibilidad en el campo, por tanto, la oportunidad de contar con el recurso y, la contención asociada al mismo, se da de acuerdo al contexto, como lo indica M2 *“en realidad son pocas las veces las que salimos con entrenadores... digamos a un amigo le pasó en Tenjo, él baja muy rápido y cayó allá de clavícula, se fue de clavícula y le tocó coger la bici, bajaron caminando la pista”*.

Por otra parte, a nivel situacional, los profesionales del deporte señalan respuestas relacionadas con ese apoyo psicoemocional referido anteriormente por las mujeres físicamente activas, al respecto PD1 relata lo siguiente, *“En ese momento primero tener*

mucho cuidado de no moverla, primero preguntar qué pasó... entonces es decir "¿Cómo te sientes?, primero si la persona está muy muy alterada tranquilizarla, decirle como "Mira, estas bien, ¿qué te duele? ¿Qué pasó?". Además, refieren la importancia del conocimiento de la persona para la exploración adecuada del origen y las características del dolor, PD3 dice "Uno tiene que conocer a su atleta, hay muchas personas que no les gusta decir que les está doliendo algo, sin embargo, cuando ya el dolor es mucho, en los gestos de la cara, en la respiración, se ponen rígidos o se hacen los locos", sin embargo, dicha atención depende de la actividad físico-deportiva que se practique, sobre esto PD1 refiere "También depende del deporte, porque en el fútbol si tu vez que un jugador se revuelca, da vueltas, es porque no le pasó nada".

Finalmente, los profesionales de la salud, centran su atención principalmente en la evaluación clínica del dolor PS4 dice: *"Desde que yo entro al sitio le hago una evaluación de todo, de su corporalidad, de su corporeidad, de como me mira, de como me responde... uno generalmente les pide que califiquen su dolor en una escala de 1 a 10...pero yo la palpo y noto si su calificación del dolor es acorde a lo que ella me esta diciendo", de igual manera, refieren la importancia del apoyo psicoemocional que brindan desde su rol .*

Género y atención del dolor dentro del contexto físico-deportivo

Finalmente, frente a la relación entre el género y la atención del dolor, se señalan, por un lado, las expectativas estereotípicas de rol que los profesionales de la salud y los profesionales del deporte refieren sobre hombres y mujeres; y, por otro, a las representaciones de lo femenino en espacios típicamente masculinos, específicamente, la ruptura de los roles típicamente femeninos para la participación en actividades físico-deportivas como deportes de combate y de alto riesgo, lo que revela la valoración preponderante de las características típicamente masculinas en el entorno físico-deportivo.

Tanto los profesionales del deporte como los profesionales de la salud refieren expectativas estereotípicas de rol asociados a hombres y mujeres. Los profesionales del deporte asocian el dolor de las mujeres físicamente activas con mayor fuerza, mientras que el dolor de los hombres activos lo asocian a debilidad; los profesionales de la salud se centran en una expresión de dolor diferenciada entre hombres y mujeres. Al respecto PD2 reporta: *"las mujeres tienen mejor capacidad de soportar el dolor, eso sí lo sé, normalmente en este medio los hombres son más complicados para seguir indicaciones, para esforzarse un poco más, las mujeres normalmente dan más de sí"*, de igual forma dice, *"Los hombres no soportan tanto una actividad física fuerte por decirlo así"*. Ahora, frente a la expresión de dolor PS3 indica *"Las mujeres generalmente manifiestan el dolor, digamos lo verbalizan"* mientras que *"los hombres generalmente hacen caras, como que algo les molesta y ahí uno les pregunta, ¿algo te dolió? o ¿algo te está doliendo?"*.

Por otra parte, los entrevistados refieren como una categoría emergente, la ruptura de roles asociados a lo femenino y a lo masculino que se da en el entorno físico-deportivo, por ejemplo, PD4 dice *“La persona que no está muy dedicada a la actividad física es, no sé si el término esté bien, más escandalosa, como que aumenta más ese signo de dolor, la mujer que si hace deporte es consciente, me está doliendo porque yo hice tal caso y yo manejo ese dolor”*; mientras que PD5 indica *“Cuando uno habla de una mujer que no es deportista habla bajo la cotidianidad no habla de qué pudo haber pasado para que sintiera dolor, incluso uno podría decir que en las mujeres que no son deportistas hay más expresión de dolor en la parte sentimental que en la parte física”*. Es claro como la fuerza, asociada típicamente a lo masculino, se asocia a las mujeres físicamente activas, pero ya dentro del entorno físico-deportivo.

En este mismo sentido, las creencias sobre lo femenino y lo masculino impactan la atención del dolor que brindan los profesionales del deporte, PD5 refiere lo siguiente *“(cuando hay dolor) los hombres se hacen más fuertes y tratan de no mostrarlo, tratan mucho de ocultarlo, a las mujeres le duele y les duele y lo dicen... además como el umbral de dolor (de las mujeres) es mucho más alto si ellas se acercan es porque de verdad les duele, o sea, no es cualquier pendejadita”*. Esto contrasta con lo que reporta PD3 quien dice *“Yo creo que las mujeres son más tranquilas al manifestar el dolor, los hombres por el ego y porque al de al lado no le está doliendo y a mí si, entonces se aguantan... cuando se quejan es porque de verdad es, porque ellos están en competencia constante”*.

Estas creencias también son reportadas por los profesionales de la salud, PS2 comenta *“en términos generales uno dice “bueno, en una escala de uno a diez ¿cuánto te duele?” “diez” y uno dice emmm no es para doler diez pero bueno igual te creo porque si tú dices diez pues bueno, para eso le pregunta uno y pues si lo dice hay que creerle. Pero uno ve cosas muy tenaces en una mujer y “¿cuánto te duele?” “cuatro” y uno dice “uy terrible ¿cuatro?, eso debería doler mucho más... yo he visto muchos casos así”*, de igual manera PS1 dice *“Creo que un hombre es como más, como más comunicativo en su expresión verbal, una mujer como que se contiene más. Se les ve en la cara, en el movimiento, una mujer no sé, me parece que se tiene que contener, como que dice que “me está doliendo internamente”, pero por fuera estoy feliz. El hombre es más pantallero”*. Así las cosas, es posible identificar creencias asociadas a la expresión característica de dolor diferenciada por género y cómo esta se relaciona con la veracidad que se percibe por parte de aquel que atiende el dolor dentro del entorno físico deportivo.

DISCUSIÓN

La investigación sobre dolor se ha centrado principalmente en su dimensión biológica, relegando las dimensiones psicológicas y socioculturales que acompañan la experiencia. Sin embargo, es claro que el dolor casi siempre ocurre en el contexto de una red social dinámica

e influyente con los demás (Karos, Prkachin, Trost, & Vervoort, 2018). Los resultados descritos anteriormente muestran el impacto que este tiene en la respuesta de los individuos que lo sufren y de aquellos que lo acompañan. Por una parte, las respuestas individuales se ven influenciadas por el contexto en el que se presenta el dolor, pero además por las respuestas de los observadores frente a dichas expresiones. De igual manera, las respuestas de los observadores se ven influenciadas por la experiencia y la expresión de dolor del otro. Además, las expectativas asociadas al género atraviesan las experiencias de uno y otro actor frente a las expectativas de expresión y atención de dolor fuera y dentro del contexto físico-deportivo.

Como experiencia intrapersonal, el dolor cumple la función de alertar sobre un daño real o potencial (Riva, Wesselmann, Wirth, Carter-Sowell, & Williams, 2014). Cada participante señaló el vínculo entre el dolor y la lesión, sin embargo, es claro que dentro del contexto de la actividad física este incluso puede ser interpretado como deseable y evocar sensaciones positivas. Por ello, al interpretar las respuestas cognitivas y emocionales frente al transcurso histórico y cultural de cada individuo, las experiencias previas de dolor y la posibilidad de recibir ayuda cobran especial relevancia para dar sentido a la experiencia de dolor de las participantes (Callister, 2003; Craig, 2018). Es importante señalar que, el significado de dolor de los participantes, su conducta observable y la atención que se le brinda difiere en relación a si se vive dentro o fuera del contexto físico-deportivo, ello ratifica que la experiencia de dolor puede ser modulada contextualmente.

Por otro lado, según Martel & Sullivan (2018), el dolor afecta la conducta observable de las personas que lo padecen. De acuerdo a Sullivan (2008), dichas expresiones cumplen con dos funciones: la protección y la comunicación. En este sentido, la expresión facial, las conductas verbales y las conductas paraverbales que acompañan al dolor cumplen la función de transmitir a otros información frente al sufrimiento que causa el dolor (Williams, 2002). Sin embargo, es evidente que las personas comunican el dolor de formas diferentes, ello dado que una multitud de factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en dicha comunicación (Hadjistavropoulos & Craig, 2002).

El dolor asociado a actividades físico-deportivas se relaciona tanto con logro como con lesión. Las participantes indican que al sobreponerse al dolor en las actividades que realizan, este se torna como un indicador de esfuerzo, persistencia y tenacidad. Allí la atención de dicho dolor se da individualmente, se resignifica y se asocia a la superación de barreras asociadas a la debilidad y vulnerabilidad. Estas últimas, características asociadas a lo femenino por parte de la mayoría de los entrevistados y que se superponen en espacios fuera de la actividad físico-deportiva. La fuerza como característica preponderante se configura como un eje alrededor del cual gira la respuesta de mujeres físicamente activas y permea la expresión de dolor frente a los observadores abordados.

Lo anterior es relevante porque factores individuales como el sexo y el género parecen tener un rol en la percepción, experiencia y manejo del dolor. Según Keogh (2018), las creencias basadas en el género y las expectativas que ello genera frente a la conducta dolorosa, impactan la interpretación y atención del dolor. El género como constructo permite entender cómo se define la conducta dolorosa, como se desarrolla y cómo se manifiesta (Bernardes et al., 2008), en la medida en la que dicho concepto hace referencia a las representaciones socioculturales de lo que implica ser hombre o mujer en determinado contexto y momento de la historia (Oakley, 2015).

Según Tighe, Iii, & Fillingim (2014), el dolor de las mujeres es minimizado o mayormente relacionado con procesos psicoafectivos, de manera que el tratamiento se ve comprometido. Sin embargo, en el contexto físico-deportivo, dicho fenómeno no es reportado por las participantes, en gran medida por el contexto. Es decir, aunque los estereotipos de género se revelan de forma inalterada para hombres y mujeres, la atención de dolor no varía en la atención inicial, en esas ocasiones, el dolor agudo asociado a una causa visible y claramente determinada (la práctica físico-deportiva) se atiende con celeridad, se permite la expresión y se busca activamente la manera de disminuirlo. Sin embargo, en atenciones posteriores las deportistas revelan dificultades en el acceso a cuidado especializado, inhibición en términos de expresión para no ser asociadas con debilidad, dolor asociado a lesión y a un enlentecimiento de su avance en la práctica que escogieron.

Desde esta perspectiva, es claro que el contexto físico-deportivo está asociado a características típicamente masculinas. Las mujeres entrevistadas se reconocen dentro de las características femeninas, sin embargo, dentro del espacio físico-deportivo resaltan características típicamente masculinas que a su vez son vistas como deseables por profesionales del deporte y profesionales de la salud. Esto cobra especial relevancia en la atención al dolor dado que según Keogh (2015), si alguien se identifica fuertemente con características típicamente masculinas, puede estar menos dispuesto a expresar dolor o sentirse incapaz de hacerlo, y ello puede evitar que busque ayuda.

De igual forma, las creencias del observador juegan un papel importante en la respuesta que emite y ello puede observarse claramente en variables sociodemográficas como el género. Según Sullivan, Martel, Tripp, Savard, & Crombez (2006), tanto los observadores no especializados como los profesionales de la salud tienden a atribuir más dolor a las mujeres y algunos estudios retrospectivos han encontrado que las mujeres reciben menos analgésicos que los hombres (Lord, Cui, & Kelly, 2009). En este caso, las creencias, normas, valores y representaciones del significado de ser una mujer en el contexto físico-deportivo, impacta en las prácticas y los discursos que se tejen alrededor del dolor y de su atención, dado que la representación dominante de lo masculino se refuerza asociando sus características a las prácticas sociales en las que la fuerza, la resistencia y el control se caracterizan como deseables en hombres y mujeres indistintamente.

Finalmente, el estudio de la experiencia de dolor se ve enriquecida desde la perspectiva cualitativa que revela no solo la experiencia de dolor sino también su significado, la forma en la que es interpretado, la percepción tanto de quien lo experimenta como de quien lo atiende y, la forma en la que las creencias de género permean la atención del dolor en el contexto físico-deportivo. Aporta a romper la brecha entre los estudios de dolor y los estudios de género, pero además entre el estudio de dolor y los estudios sociales de la actividad física y el deporte.

REFERENCIAS

- Acland, E. L., Lidhar, N. K., & Martin, L. J. (2018). Bridging the Gap Between People and Animals: The Roots of Social Behavior and Its Relationship to Pain. En T. Vervoort, K. Karos, K. Prkachin, & Z. Trost, *Social and Interpersonal Dynamics in Pain* (págs. 196-217). Switzerland: Springer.
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2016). The economic impact of chronic pain: a nationwide population-based cost-of-illness study in Portugal. *The European Journal of Health Economics*, *17*(1), 87–98. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0659-4>
- Bahr, R. (2009). No injuries, but plenty of pain? On the methodology for recording overuse symptoms in sports. *British Journal of Sports Medicine*, *43*(13), 966–972. <https://doi.org/10.1136/bjism.2009.066936>
- Barberá, E., & Martínez, I. (2004). *Psicología y Género*. Madrid: Pearson Education S.A.
- Bernardes, S. F., Keogh, E., & Lima, M. L. (2008). Bridging the gap between pain and gender research: A selective literature review. *European Journal of Pain*, *12*(4), 427–440. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2007.08.007>
- Bustos Domínguez, R. (2009). Elementos Para Una Antropología Del Dolor: El Aporte De David Le Breton. *Acta bioethica*, *6*(1). <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2000000100008>
- Cassell, E. P., Finch, C. F., & Stathakis, V. Z. (2003). Epidemiology of medically treated sport and active recreation injuries in the Latrobe Valley, Victoria, Australia. *British Journal of Sports Medicine*, *37*(5), 405–409. <https://doi.org/10.1136/bjism.37.5.405>
- Covassin, T., & Elbin, R. J. (2011). The Female Athlete: The Role of Gender in the Assessment and Management of Sport-Related Concussion. *Clinics in Sports Medicine*, *30*(1), 125–131. <https://doi.org/10.1016/j.csm.2010.08.001>
- Coyle, N., & Tickoo, R. (2007). Qualitative research: What this research paradigm has to offer to the understanding of pain. *Pain Medicine*, *8*(3), 205–206. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00303.x>
- Creswell, J. W. (2013). Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches. En *Sage Publications* (Vol. 2nd). <https://doi.org/10.1111/1467-9299.00177>
- Díez Mintegui, C. (1996). Deporte y construcción de las relaciones de género. *Gazeta de Antropología*, *12*(Bromberger 1995), 93–100.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Wyrwich, K. W., Beaton, D., Cleeland, C. S., Farrar, J. T., ... Zavisic, S. (2008). Interpreting the Clinical Importance of Treatment Outcomes in Chronic Pain Clinical Trials: IMMPACT Recommendations. *Journal of Pain*, *9*(2), 105–121. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.09.005>
- Fillingim, R. B. (2000). Sex, Gender, and Pain: Women and Men Really Are Different. *Current Review of Pain*, *4*, 24–30. <https://doi.org/10.1039/J19680001293>
- Finch, C., & Cassell, E. (2006). The public health impact of injury during sport and active recreation. *Journal of Science and Medicine in Sport*, *9*(6), 490–497. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2006.03.002>
- Focht, B. C., Bouchard, L. J., & Murphey, M. (2000). Influence of Martial Arts Training on the Perception of Experimentally Induced Pressure Pain and Selected Psychological Responses. *Journal of Sport Behavior*, *23*(3), 232–244.

- Gala, F. J., Guillén Gestoso, C., & Lupiani Castellanos, M. P. (2003). Aspectos psicosociales del dolor. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 42(2), 113–149.
- Gaskin, D. J., & Richard, P. (2012). The economic costs of pain in the United States. *Journal of Pain*, 13(8), 715–724. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.03.009>
- Hadjistavropoulos, T., & Craig, K. D. (2002). A theoretical framework for understanding self-report and observational measures of pain: A communications model. *Behaviour Research and Therapy*, 40(5), 551–570. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00072-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00072-9)
- Hamberg, K., Risberg, G., Johansson, E. E., & Westman, G. (2002). Gender bias in physician's management of neck pain: A study of the answers in a Swedish National Examination. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 11(7), 653–665. <https://doi.org/10.1089/152460902760360595>
- Henschke, N., Kamper, S. J., & Maher, C. G. (2015). The epidemiology and economic consequences of pain. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(1), 139–147. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.09.010>
- Higgins, N., Cochrane, A., Rothwell, C., FitzGerald, O., Gallagher, P., Ashton, J., ... Desmond, D. (2017). AB1083 Work impairment in patients experiencing musculoskeletal pain. *Abstracts Accepted for Publication*, 76(Suppl 2), 1434.1-1434. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2017-eular.5981>
- Hirsh, A. T., Alqudah, A., Stutts, L., & Robinson, M. (2008). Virtual Human Technology: Capturing Sex, Race, and Age Influences in Individual Pain Decision Policies. *Pain*, 140(1), 231–238. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>
- Hoffman, K. M., Trawalter, S., Axt, J. R., & Oliver, M. N. (2016). Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(16), 4296–4301. <https://doi.org/10.1073/pnas.1516047113>
- Hoffmann, D. E., & Tarzian, A. J. (2003). The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain. *Ssrn*, (200). <https://doi.org/10.2139/ssrn.383803>
- Hollingshead, N. A., Matthias, M. S., Bair, M. J., & Hirsh, A. T. (2015). Impact of Race and Sex on Pain Management by Medical Trainees: A Mixed Methods Pilot Study of Decision Making and Awareness of Influence. *Pain Medicine (United States)*, 16(2), 280–290. <https://doi.org/10.1111/pme.12506>
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Idler, N., Teuner, C. M., Hunger, M., Holle, R., Ortlieb, S., Schulz, H., ... Wolfenstetter, S. B. (2015). The association between physical activity and healthcare costs in children – results from the GINIplus and LISApplus cohort studies. *BMC Public Health*, 15(1), 437. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1721-6>
- Karos, K., Prkachin, K., Trost, Z., & Vervoort, T. (2018). Social and Interpersonal Dynamics in Pain. En K. Karos, K. Prkachin, Z. Trost, & T. Vervoort (Eds.), *Social and Interpersonal Dynamics in Pain* (2a ed.). <https://doi.org/10.1007/978-3-319-78340-6>
- Keogh, E. (2015). Men, masculinity, and pain. *Pain*, 156(12), 2408–2412. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000328>
- Loland, S., Skirstad, B., & Waddington, I. (2006). *Pain and Injury in Sport Social and*

Ethical Analysis.

- López, M. (2017). La princesa y el guisante: la experiencia de dolor como fenómeno social / The Princess and the Pea: the Experience of Pain as a Social Phenomenon. *Historia y Grafía*, 0(48), 187–192. Recuperado de <http://www.revistahistoriaygrafia.com.mx/index.php/HyG/article/view/166>
- Lord, B., Cui, J., & Kelly, A. M. (2009). The impact of patient sex on paramedic pain management in the prehospital setting. *American Journal of Emergency Medicine*, 27(5), 525–529. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2008.04.003>
- Manning, E. L., & Fillingim, R. B. (2002). The influence of athletic status and gender on experimental pain responses. *Journal of Pain*, 3(6), 421–428. <https://doi.org/10.1054/jpai.2002.128068>
- Meghani, S. H., Byun, E., & Gallagher, R. M. (2012). Time to Take Stock: A Meta-Analysis and Systematic Review of Analgesic Treatment Disparities for Pain in the United States. *Pain Medicine*, 13(2), 150–174. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01310.x>
- Millán, M. J. R. (2011). Los hombres y la construcción de la identidad masculina. Vision Libros.
- Montero, F. J. O., Garcés, E. J., Ruiz, D. L. F., & Zafra, O. (2010). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77815136007>. *Papeles del Psicólogo*, 31(3), 281–288.
- MONTSERRAT MARTÍN HORCAJO. (2006). Contribución Del Feminismo De La Diferencia Sexual a Los Análisis De Género En El Deporte. *Revista Internacional de Sociología*, LXIV, Nº 4(2006ISSN: 0034-971), 111–131.
- Pfister, G. (2010). Women in sport-gender relations and future perspectives. *Sport in Society*, 13(2), 234–248. <https://doi.org/10.1080/17430430903522954>
- Racine, M., Tousignant-Laflamme, Y., Kloda, L. A., Dion, D., Dupuis, G., & Choinire, M. (2012). A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and pain perception - Part 2: Do biopsychosocial factors alter pain sensitivity differently in women and men? *Pain*, 153(3), 619–635. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.11.026>
- Riva, P., Wesselmann, E. D., Wirth, J. H., Carter-Sowell, A. R., & Williams, K. D. (2014). When Pain Does Not Heal: The Common Antecedents and Consequences of Chronic Social and Physical Pain. *Basic and Applied Social Psychology*, 36(4), 329–346. <https://doi.org/10.1080/01973533.2014.917975>
- Robinson, M. E., & Wise, E. A. (2004). Prior pain experience: Influence on the observation of experimental pain in men and women. *Journal of Pain*, 5(5), 264–269. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.04.003>
- Spencer, D. C. (2012). Narratives of despair and loss: Pain, injury and masculinity in the sport of mixed martial arts. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 4(1), 117–137. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2011.653499>
- Sullivan, M. J. L. (2008). Toward a biopsychomotor conceptualization of pain: Implications for research and intervention. *Clinical Journal of Pain*, 24(4), 281–290. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e318164bb15>
- Sullivan, M. J. L., Martel, M. O., Tripp, D. A., Savard, A., & Crombez, G. (2006). Catastrophic thinking and heightened perception of pain in others. *Pain*, 123, 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.02.007>
- Tarrés, M. L. (2013). A propósito de la categoría género: leer a Joan Scott. *Sociedade e Cultura*, 15(2), 379–391. <https://doi.org/10.5216/sec.v15i2.22406>

- Tighe, P. J., Iii, J. L. R., & Fillingim, R. B. (2014). *ACUTE PAIN & PERIOPERATIVE PAIN SECTION Original Research Article Sex Differences in the Incidence of Severe Pain Events Following Surgery : A Review of 333 , 000*. 1390–1404.
- Travers, A. (2008). The Sport Nexus and Gender Injustice. *Studies in Social Justice*, 2(1), 79–101. <https://doi.org/10.26522/ssj.v2i1.969>
- Veri, M. J. (2007). *Feminist Sport Studies: Sharing Experiences of Joy and Pain*.
- Werner, A., & Malterud, K. (2003). It is hard work behaving as a credible patient: Encounters between women with chronic pain and their doctors. *Social Science and Medicine*, 57(8), 1409–1419. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00520-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00520-8)
- Wilde, K. (2007). Women in sport: Gender stereotypes in the past and present. *University of Athabasca Women's and Gender Studies*, 1–10. <https://doi.org/10.9780/22773665>
- Williams, A. C. C. (2002). Facial expression of pain: An evolutionary account. *Behavioral and Brain Sciences*, 25, 439–488. Recuperado de <http://journals.cambridge.org/production/action/cjoGetFulltext?fulltextid=172184%5Cnpapers2://publication/uuid/5D7EEFF6-4AFA-4AFC-B1E8-1B56D3BF7E9C>
- Yusta, A., Laguna, P., & Ballina, J. (2002). Actualizaciones En El Control Del Dolor: Diez Años. Reunión De Expertos. *FUNDACIÓN GRÜNENTHAL*, 260. Recuperado de http://www.fundaciongrunenthal.es/cms/cda/file/Actualizaciones+en+el+control+del+dolor.pdf?fileID=233800081&cacheFix=1352289293000&__k=b3f51f272a503858b3760f2d101aa133