



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Posgrado en Filosofía de la Ciencia

**Mujeres diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad:
Injusticias y resistencias epistémicas**

Tesis

que para optar por el grado de
Maestra en Filosofía de la Ciencia

presenta:

Biani Paola Sánchez López

Asesoras:

Dra. Mónica Gómez Salazar, Facultad de Filosofía y Letras

Dra. María de los Ángeles Eraña Lagos, Instituto de Investigaciones Filosóficas

Comité revisor:

Dra. Xenia Anaid Rueda Romero, Facultad de Filosofía y Letras

Dra. Marcia Villanueva Lozano, Instituto de Investigaciones Filosóficas

Dra. Zenia Yébenes Escardó, Universidad Autónoma Metropolitana

Ciudad Universitaria, noviembre 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



PROTESTA UNIVERSITARIA DE INTEGRIDAD Y
HONESTIDAD ACADÉMICA Y PROFESIONAL
(Graduación con trabajo escrito)

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 87, fracción V, del Estatuto General, 68, primer párrafo, del Reglamento General de Estudios Universitarios y 26, fracción 1, y 35 del Reglamento General de Exámenes, me comprometo en todo tiempo a honrar a la Institución y a cumplir con los principios establecidos en el Código de Ética de la Universidad Nacional Autónoma de México, especialmente con los de integridad y honestidad académica.

De acuerdo con lo anterior, manifiesto que el trabajo escrito titulado *Mujeres diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad: Injusticias y resistencias epistémicas* que presenté para obtener el grado de Maestría es original, de mi autoría y lo realicé con el rigor metodológico exigido por mi programa de posgrado, citando las fuentes de ideas, textos, imágenes, gráficos u otro tipo de obras empleadas para su desarrollo.

En consecuencia, acepto que la falta de cumplimiento de las disposiciones reglamentarias y normativas de la Universidad, en particular las ya referidas en el Código de Ética, llevará a la nulidad de los actos de carácter académico administrativo del proceso de graduación.

Atentamente

Biani Paola Sánchez López

No. de cuenta: 313715758

Para Daniel Matus,

'cause I don't shine if you don't shine, put your back on me.

AGRADECIMIENTOS

El trato con Lucía y Verónica iluminó senderos de comprensión en medio de la oscuridad, estoy agradecida con ellas por su colaboración y apertura.

Gracias al compromiso que Daniel Matus asumió con este proyecto, *nuestra* segunda tesis en convivencia. Dan me brindó mucho apoyo para la recopilación bibliográfica, la búsqueda de información y el procesamiento de entrevistas. Me sostuvo su compañía amorosa en el proceso y en las noches que le robé de descanso para trabajar juntos. Además, se ha convertido en mi interlocutor de cabecera y muchas de sus observaciones me hacen notar elementos confusos o vacíos argumentales en mi escritura; su *philia* es alimento para el pensamiento.

Haber adoptado un estilo de vida en torno al placer y la disciplina del trabajo intelectual, pero también arraigada a la tierra y a la *hechura* del mundo, es una consecuencia de los hábitos y obligaciones que mi papá, Arturo Sánchez, hizo florecer en mí. Gracias por encauzar la resistencia íntima y pública a la reproducción de injusticias, para tratar de dejar el mundo más bello que como lo recibimos.

Agradezco a mi hermano, Arturito Sánchez, por su alianza en este proyecto vital de celebrar la psicodiversidad como un repertorio de otras posibilidades de ser y hacer.

Gracias a Héctor Arias por la invaluable red de apoyo que hemos construido en Arjé Pastelería y, claro, por su calidez y cariño.

Con mis abuelos, Bertha López y Manuel Sánchez, y mi mamá, Esperanza López, estoy agradecida porque de muchas formas cultivan el aprecio a la humildad y la fortaleza heredada de nuestras ancestras. Estoy segura de que gracias a los esfuerzos de abuelita Chofi, Na Tomasa y Na Carmen Chente, de las que desearía saber más cosas, se abrieron las puertas; sin sus luchas no estaría aquí. Seguiré honrando su memoria.

Por sus amistades que aderezaron el camino, les llevo en el corazón: Oliver Martínez, Jocelyn Chee, Alejandro Matus, Alberto Hernández. También a mi suegra, Isabel Hernández, por la sororidad.

Siempre me sentí respaldada por mis coasesoras, Mónica Gómez Salazar y Ángeles Eraña, a quienes agradezco que me alentaron a trabajar con autonomía y confianza en mis capacidades. Ángeles también fue mi tutora del programa de estudiantes asociados y le agradezco el tiempo que dedicó a darme retroalimentación; admirarla fue el primer paso para acercarme a la filosofía hecha por mujeres y a estudiar injusticias epistémicas. Una no duda de que otro mundo es posible cuando se encuentra a maestras como ellas.

Agradezco a mis sinodales, Xenia Rueda, Marcia Villanueva y Zenia Yébenes, porque sus investigaciones son fuente de inspiración y sus comentarios enriquecieron este texto.

Justo cuando estaba por tomar un camino incierto de investigación, Fernando Broncano enfocó mi mirada; por eso le agradezco, y al Instituto de Investigaciones Filosóficas que propició la breve pero extraordinaria sesión de asesoría con él.

Gracias al Seminario de Diversidad Cognitiva, especialmente a Alejandro Vázquez del Mercado; así como al seminario de estudiantes asociados del IIFs, a David Fajardo, Diana Rojas y Areli Figueroa, por sus observaciones cuando les presenté partes de esta tesis. A Orgullo Loco Mx, especialmente a Victor Lizama e Ilse Gutiérrez.

Doy gracias al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la beca que me otorgó desde el 2020 hasta el 2022 para llevar a cabo mis estudios de maestría; a la Universidad de Utrecht, por las subvenciones que me asignó para participar en la escuela de verano *Science and Values: Historical and Philosophical Perspectives*; también al Programa de Apoyo a los Estudios de Posgrado por hacer posible mi asistencia. Esta investigación fue beneficiada por una beca del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) IA400322: "Injusticia epistémica, prácticas sociales de opresión y privilegio en la invisibilización de la producción de conocimientos de mujeres en México", de la UNAM.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	8
INJUSTICIAS EPISTÉMICAS.....	12
La mirada inaugural de Miranda Fricker	12
La mirada política de José Medina y Fernando Broncano.....	22
REFLEXIONES METODOLÓGICAS	29
Principios metodológicos.....	29
Método	32
Sistematización de resultados	36
Consideraciones éticas	38
“SEGURO ES BORDER”	41
Una panorámica del trastorno límite de la personalidad y sus problemas	42
Lucía y Verónica.....	50
INJUSTICIA HERMENÉUTICA Y TLP	63
Yo y <i>mi</i> diagnóstico	64
La sentencia del TLP	76
Variedades de injusticia hermenéutica en torno al TLP	81
La patologización del trauma como injusticia hermenéutica	87
La constricción del repertorio hermenéutico sobre el suicidio	95

INJUSTICIAS TESTIMONIALES Y TLP	102
El poder y la injusticia testimonial	102
Déficit de credibilidad	106
Silenciamiento, cosificación y derivación	110
RESISTENCIAS EPISTÉMICAS.....	119
La brecha de género, una fricción externa negativa	121
Resistencias internas negativas e ignorancia activa.....	128
<i>Meta-ceguera</i> cuerdista.....	133
Resistencias internas positivas.....	144
En medio de la oscuridad sobreviene la luz.....	145
Activismo, una fricción externa positiva	151
CONCLUSIONES.....	154
REFERENCIAS	158

INTRODUCCIÓN

Es invierno del 2019 y estoy en mi dormitorio, viendo y escuchando a Lili, una de tantas mujeres que fueron psiquiatrizadas en manicomios después de la Guerra Civil española hace 75 años. No lo imaginé; recibí una liga para descargar una aplicación de realidad aumentada (*Al Viento*¹). Fue la primera vez que tenía *tan cerca* el testimonio de una mujer que veía con desesperación cómo le era arrebatado injustamente el control de su destino. Conforme seguía explorando la aplicación, sentía crecer en mí un estado de desconcierto y turbación. Antes de esta exposición, ignoraba los rostros y voces de mujeres que experimentan un malestar subjetivo por el que se les etiqueta bajo el signo de la *locura*, y no sabía que lo ignoraba. Pero una vez que la crueldad es develada, es imposible dejar de mirarla.

Ese mismo año viví situaciones límite que me hicieron ir perdiendo el control sobre mi propia vida y me convertí en usuaria de servicios de salud mental; con muchas tensiones en el diseño terapéutico y negociaciones con los terapeutas, comencé a deshilar mi sufrimiento y a tejer mi recuperación. Necesitaba *comprender* qué había pasado en ese proceso, por qué aunque me oían no había sido escuchada y, a pesar de (o precisamente debido a) ello, había funcionado. Así surgió mi interés por investigar lo que ocurre cuando una es mujer y experimenta alguna forma de *locura*².

Aunque la vivencia personal fue el detonador de la curiosidad intelectual, elegí no abordar el tema desde una vía fenomenológica o autoetnográfica, ya que mis inclinaciones académicas desde el 2015 se han decantado por metodologías participativas, a favor de la producción intersubjetiva de recursos teóricos con intereses prácticos y de transformación social. Además, me habría resultado difícil renunciar a un trasfondo de saberes y competencias que he adquirido como aspirante a epistemóloga social. De modo que tuve que elaborar, revisar y corregir el planteamiento de la pregunta central de este trabajo.

¹ Por Toxic Lesbian, en colaboración con el colectivo insPIRADAS, la Federación Salud Mental Madrid y el grupo de investigación de Historia de la psiquiatría.

² Reclamar el poder de usar una palabra que se ha empleado para vulnerar a mujeres, en general, y a mujeres con sufrimiento psíquico en particular, es una acción política en la que coincidimos varios académicos y activistas (Cea, 2022; Ordorika & Gómez-Aguilar, 2021; M. Rashed, 2019; D. Sánchez et al., 2019).

En términos generales, trato de resolver la interrogante: ¿Qué dinámicas de poder afectan el conocimiento y la agencia epistémica de mujeres diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad?, circunscribiendo las dinámicas a aquellas que ocurren en los espacios sociales-epistémicos de puesta en común de información sobre su salud mental. En el estudio participaron dos mujeres que se identifican con los alias Lucía y Verónica. Delimitar los espacios excluye parcelas de la experiencia social de dichas mujeres, en las que sus diagnósticos no han cobrado tanta relevancia, por ejemplo, en entornos laborales. Ya que la delimitación es lo suficientemente amplia para abarcar *cualquier* intercambio en el que se pregunte o se hagan afirmaciones no triviales sobre la personalidad, el comportamiento o algún aspecto que requiera a las mujeres proporcionar información sobre su estado de salud mental, esto dejó una puerta abierta para abordar dinámicas que tienen lugar en el consultorio, el proceso terapéutico, los círculos familiares y amistosos.

Para dilucidar la relevancia de esta interrogante, hago explícito mis compromisos con algunos postulados analíticos. En primer lugar, considero que la principal tarea de la epistemología social es explicar ciertas dinámicas de poder que configuran nuestra experiencia social. Específicamente, le corresponden dinámicas del conocimiento y de la agencia epistémica, incluyendo problemas estructurales e interpersonales relacionados con: la manipulación en la formación de creencias, de conocimiento sesgado, el silenciamiento, etc. En segundo lugar, concibo a los agentes epistémicos como sujetos *situados* que experimentan y construyen el mundo de manera diferenciada en virtud de sus *identidades* sociales (género, clase, etnia, edad, ocupación, etc.)³ y de sus *posiciones* variables en los

³ A lo largo del trabajo hablo de identidades sociales, entendiéndolas desde un enfoque relacional y dinámico. Esta aclaración es importante para entender que las identidades no son estáticas ni esenciales. Si bien, desde que nacemos, somos categorizados como individuos pertenecientes a ciertos grupos que comparten determinadas características, la identidad no se agota ahí. La identificación social implica un proceso activo de autointerpretación de las posiciones *múltiples* que una ocupa en diferentes contextos sociales (en las relaciones de producción, de naciones, de género, familiares, etc.) y una instauración de alteridades: quiénes son los otros y cómo nos perciben. Tampoco asumo un enfoque psicologista, ya que no pretendo reducir el entramado de las identidades sociales a estados subjetivos; en cambio, enfatizo que las identidades se construyen en colectivo, movilizando recursos históricos, geográficos, de la memoria colectiva, de fantasías personales, de las instituciones, etc. (y no atributos naturales ni esenciales), siempre enmarcadas en relaciones de poder. Las personas que participaron en esta investigación ostentan múltiples identidades sociales: son mujeres, universitarias, diagnosticadas con TLP; tienen otras adscripciones identitarias no compartidas: ser indígena, ser *freelance*, ser activista o ser estudiante.

La formación de subjetividades bajo tensiones de pertenencia conlleva dificultades para delimitar la propia posición en el mundo dado que los discursos del otro, base donde las identidades se forman y

espacios socio-epistémicos (como sujetos dominantes o no-dominantes). En tercer lugar, asumo que los informes en primera persona brindan un acceso privilegiado para captar los rasgos agenciales y fenomenológicos de las dinámicas de poder sobre el conocimiento y entre sujetos epistémicos. De modo que la pregunta que orienta esta investigación adquiere relevancia porque busca hacer una contribución a nuestro entendimiento social, mostrando cómo se sitúan y participan las mujeres en la producción de sentidos sociales relevantes para sí mismas y para el conjunto de la humanidad.

De conformidad con mi tercer postulado, mi objetivo principal fue realizar una exploración colaborativa de narrativas personales, para identificar dinámicas de poder sobre el conocimiento y la agencia epistémica, tal como las experimentaron dos mujeres en diversos espacios sociales-epistémicos de puesta en común de información sobre su salud mental.

Mi conjetura inicial era que el trabajo sobre injusticias epistémicas de Miranda Fricker, brindaba herramientas altamente sensibles a las dinámicas sociales de intercambio testimonial, así que analizar las variedades de injusticia epistémica sería necesario y suficiente para ofrecer una panorámica del objeto de estudio. Sin embargo, en el curso de la interpretación me di cuenta de varias limitaciones de mi marco teórico frickeriano, así que de manera simultánea a la reconstrucción de la teoría, refiné mi hipótesis: El modelo de resistencias epistémicas de José Medina saca el mejor provecho de las herramientas conceptuales del trabajo de Miranda Fricker sobre injusticias epistémicas, ofreciendo otros recursos analíticos altamente sensibles para captar las dinámicas de poder en las prácticas socioepistémicas.

se construyen las actitudes de pertenencia, están cruzados y múltiples veces son contradictorios (Broncano, 2020, p. 14).

Esta cita de Broncano aclara por qué pluralizo el concepto de “identidad”, esto es, porque rechazo un sentido fuerte del término, ya que en la actualidad las posiciones sociales se experimentan inestables; por ejemplo, a raíz del desvanecimiento del movimiento obrero como fuente de cohesión social entre trabajadores, aunado a la tendencia a individualizar el trabajo en modalidades *freelance*, de emprendimiento y de contratación temporal, la identidad de las personas deja de estar determinada por su lugar en las relaciones de producción, la clase no es una fuente estable de identidad; el género tampoco lo es, ya que la disforia va unida a la “condición nómada de la existencia contemporánea” (Broncano, 2020, p. 14). Esta nota sugiere tomar con cautela la mención de “identidad social”, para evitar una lectura esencialista.

La primera sección de este documento, sobre *Injusticias epistémicas*, tiene el propósito de familiarizar al lector con el marco teórico requerido para unirse a la navegación, con ejemplos que refieren a realidades nacionales y también incluí reflexiones personales. La segunda sección de *Reflexiones metodológicas* describe la ruta que seguí en la indagatoria, cómo construí mis instrumentos, cómo sistematicé mis resultados y qué salvaguardas éticas orientaron la recogida, el procesamiento y la interpretación de información sensible. La tercera sección, “*Seguro es border*”, introduce los casos de estudio de Lucía y Verónica, así como un marco de entendimiento sobre el trastorno límite de la personalidad (TLP) y algunos problemas con este diagnóstico.

La última sección, en la que presento y discuto los resultados, se divide en tres ensayos interpretativos. A partir de la evidencia disponible, con los casos analizados y otros estudios empíricos, se perfila una aseveración: la injusticia hermenéutica y la injusticia testimonial se entrelazan en el diagnóstico de TLP. En el primer ensayo demuestro que la definición frickeriana de injusticia hermenéutica no nos permite captar las variedades que afectan a las mujeres diagnosticada con TLP, pero adoptando otro marco de comprensión salen a la luz y construí un argumento para introducir dos conceptos que nombran formas específicas de ese tipo de injusticia: la patologización del trauma y la restricción del repertorio hermenéutico sobre el suicidio. En el segundo ensayo describí variedades de injusticias testimoniales que afectaron a Lucía y a Verónica, incluyendo una crítica a lo que Fricker considera que es el daño epistémico primordial de este tipo de injusticia y argumentos para declinar a favor del modelo de resistencias epistémicas de José Medina. El tercer ensayo es un ejercicio de análisis que trata de llegar a estructuras más profundas, subyacentes a las injusticias epistémicas descritas: *Resistencias epistémicas*; para hacerlo, me apropio de nociones elaboradas por José Medina y propongo otra herramienta analítica: la meta-ceguera cuerdista.

INJUSTICIAS EPISTÉMICAS

Un primer acercamiento a la noción de “injusticia epistémica” puede darnos la impresión de un concepto que vagamente podemos situar en un campo intermedio de la política, la ética y la epistemología. El propósito de este capítulo es distinguir un marco interpretativo dentro del cual esta noción adquiere diversos sentidos, mas no cualquiera. Inspirada por el modelo analógico de interpretación (Beuchot, 2015), considero que es importante hacer explícito mi esquema de comprensión, es decir, no pretendo delimitar los sentidos que se pueden atribuir válidamente a esta categoría, sino señalar que cuando enfrenté la dificultad de elegir entre interpretaciones rivales, opté por una vía intermedia que da cuenta de las bondades de cada una.

La mirada inaugural de Miranda Fricker

Antes de Miranda Fricker, cuyo trabajo se considera pionero y referencia obligada al hablar de injusticias epistémicas, otras y otros problematizaron la ética y política de las prácticas de conocimiento. Muchos de ellos, fuera o al margen de los espacios académicos, levantaron la voz sobre las barreras que impiden que los grupos oprimidos hagan declaraciones de conocimiento sobre sus intereses y hablen por sí mismos.

Como observó Raúl Zibechi, desde finales de los años setenta, en América Latina los movimientos populares más relevantes han desarrollado una capacidad de formar a sus propios intelectuales, “en los sectores populares aparecen personas con nuevos conocimientos y capacidades que facilitan la autoorganización y la autoformación... Quedó atrás el tiempo en el que intelectuales ajenos al movimiento hablaban en su nombre” (Zibechi, 2003). En 1994 el Ejército Zapatista de Liberación Nacional mencionó la producción de ignorancia entre los factores que obstruyen el derecho de los pueblos a elegir libre y democráticamente su gobierno: “Hombres pobres como nosotros a los que se nos ha negado la preparación más elemental para así poder utilizarnos como carne de cañón”. En 1996, Paulo Freire defendía el deber de “no detenernos satisfechos en el nivel de las instituciones, sino someterlas al análisis metódicamente riguroso de nuestra curiosidad epistemológica”

(Freire, 2004, p. 22), curiosidad siempre anclada con una posición socio-epistémica, la de los “condenados de la tierra”, de los excluidos, de los “harapientos del mundo”. En el mismo continente, los estudios afroandinos pusieron en el centro de su discusión la geopolítica del conocimiento, construyendo categorías para pensar la reactivación de la memoria y saberes propios.

Con esto, quiero subrayar que el pensamiento decolonial, junto con el feminismo y la teoría crítica de la raza, son antecedentes que hicieron germinar el terreno sobre el cual ha sido posible desarrollar la categoría de “injusticia epistémica”. Para dar cuenta del campo semántico político-social que se teje con este concepto habría que referirse no solo a la obra de Fricker, sino a densas redes de sentido, con conceptos interconectados. Sin embargo, dadas las limitaciones de este abordaje, he tomado como mirada inaugural a las injusticias epistémicas, la de Miranda Fricker, reconociendo que la filósofa es quien brinda un primer estudio sistemático de la *gramática* del término, es decir, de sus usos legítimos.

En su libro *Epistemic Injustice*, Fricker establece una distinción entre injusticia testimonial e injusticia hermenéutica; la primera consiste en una disfunción en el intercambio comunicativo, que se expresa como un déficit de credibilidad hacia un hablante, debido a que el oyente sostiene algún estereotipo perjudicial hacia aquel y produce un agravio en el otro, distintivamente, en su capacidad como agente de conocimiento; mientras que la segunda, ocurre cuando hay un vacío o laguna en los recursos hermenéuticos colectivos que impide comprender algún segmento significativo de la experiencia social, no de manera incidental sino sistemática.

Estas definiciones operativas suponen una comprensión del testimonio como práctica social de puesta en común de información, de obtención de *conocimiento* a través de otros, que enmarca la atribución de etiquetas a quienes son capaces, a quienes son *conocedores*. Desde un punto de vista analítico, hay una gran brecha conceptual entre la noción de buen informante y conocedor/portador de conocimiento, pero las presiones prácticas en nuestras interacciones sociales fuerzan la objetivación y cierran la brecha. Esto transmite una comprensión muy pragmática de Miranda Fricker, que también adopto: conocer es esencialmente la acción de participar en intercambios de información. Por eso, “cuando alguien sufre una injusticia testimonial, es degradado *qua* conocedor”, porque se le excluye

de las prácticas cooperativas esenciales del conocimiento, se le niega la aptitud hacer aportaciones confiables y significativas, con esto, se le obstaculiza la expresión y construcción de su subjetividad, reduciéndolo en una capacidad esencial de su condición humana, por eso también “es simbólicamente degradado *qua* humano” (Fricker, 2009, p. 44).

Ahora bien, los intercambios testimoniales pueden estar atravesados por muchos tipos de prejuicios. Por ejemplo, en la interacción con científicas sociales que saben de mi formación filosófica, frecuentemente se presupone que mis investigaciones no tienen sustento empírico y por eso no tienen la misma validez para integrarlas en congresos sobre los temas que abordo, como diversidad cultural; mientras que en espacios no especializados, se ha considerado que mi palabra “vale más” sobre temas en los que no tengo dominio, como literatura alemana, solo porque poseo un título. Sin embargo, estos son ejemplos de situaciones y afectaciones muy localizadas, incidentales, de injusticias testimoniales, no tienen una significación social estructural y es rebuscado imaginar que sus efectos profundicen mi vulnerabilidad en otros aspectos, o sea, es difícil que desarrollen injusticias jurídicas o económicas. Y en el caso en el que se me atribuye un exceso de credibilidad, según el análisis de Fricker, no podemos decir que ocurre una injusticia porque la sobreestimación de mi capacidad como agente de conocimiento, no me menoscaba⁴.

En cambio, hay otros prejuicios que no se adhieren a los sujetos en situaciones muy circunscritas, sino que los *persiguen* y profundizan su vulnerabilidad en todos los aspectos de la vida. Los prejuicios negativos asociados con la identidad social de las personas tienen estos rasgos y por eso los llamamos sistemáticos. “La injusticia sistemática suele ser persistente, pues es probable que las concepciones de la imaginación de la identidad social que aparecen en los prejuicios relevantes más insistentes sean rasgos duraderos de la imaginación social” (Fricker, 2009, p. 29). Por ejemplo, las concepciones colectivas sobre ser mujer y ser afrodescendiente –se les perfila racialmente como no ciudadanas mexicanas, se les hipersexualiza refiriendo a su “calentura” y “disponibilidad sexual”–, dan lugar a que

⁴ De acuerdo con Fricker, el exceso de credibilidad no constituye una injusticia testimonial. Este planteamiento ha sido criticado por otros autores, como Emmalon Davis (2016), quien examina cómo la representación compulsiva y la explotación epistémica producen daños a los sujetos marginalizados por atribuciones excesivas de credibilidad; o como Carpan (2022), quien analizó la “adultización” de niñas negras, tendencia generalizada en el sistema de justicia penal estadounidense, que infla la sinceridad y competencia de estas niñas a comparación de sus pares blancas.

en casos de violencia sexual, en los ministerios públicos se revictimice a las denunciantes y se tergiverse su denuncia.

Es transparente el prejuicio identitario que se proyecta hacia la población afroamericana; he atestado transportándome frecuentemente dentro del territorio nacional, que para las autoridades migratorias no basta con que una persona de piel oscura declare que es mexicana, no se le cree, revisan sus documentos de identidad y aunque compruebe su nacionalidad, se le somete a otras pruebas, como cantar el himno nacional y responder largos interrogatorios. No ocurre solo en una ruta de transporte sino *sistemáticamente*, y no en contextos particulares, sino *persistentemente*. Los prejuicios sobre la población afroamericana tienen patrones generales identificables --no como aquellos que operan sobre mí por ser filósofa, cuyos efectos son muy variables y circunstanciales--, están extendidos en prácticamente todos los espacios de sociabilidad y sus efectos se imprimen de manera duradera, prolongada, en la vida de las personas; hasta el día de hoy, los pueblos afroamericanos ven violentados día a día sus derechos de acceso a la justicia, a la tenencia de la tierra, a la participación política, a la salud integral, al trabajo digno y otros más.

El segundo tipo de injusticia epistémica se relaciona con las desventajas que algunos grupos pueden sufrir porque en nuestro conocimiento colectivo del mundo social no hay herramientas interpretativas apropiadas o apropiables para dar sentido a sus experiencias sociales. Se trata de injusticias hermenéuticas. Para distinguirlas podemos establecer que las injusticias testimoniales operan en el orden de la credibilidad, infringiendo la capacidad de ser portador y dador de conocimiento; mientras que las injusticias hermenéuticas operan a un nivel subyacente, más abarcante, en el orden de los recursos hermenéuticos colectivos, infringiendo la capacidad de entendimiento social. Así, continuando con el ejemplo del manejo de las declaraciones de nacionalidad de personas afroamericanas, al no creerles se ven afectados por una injusticia testimonial; pero hasta antes del 2019, las personas, pueblos y comunidades afroamericanas no eran reconocidas constitucionalmente, por lo que su condición de ciudadanía no era respaldada plenamente y las estrategias para regular el tránsito no contaban --hasta ahora es un tema pendiente-- con un enfoque antirracista, de modo que a nivel legislativo, operativo y social había un vacío, pesaba la ausencia de conceptos

críticos como “perfilamiento racial” para nombrar las violencias ejercidas por los agentes de migración, esto constituye una injusticia hermenéutica.

Fricker ofrece explicaciones a través de casos literarios y del movimiento feminista estadounidense. En un libro muy reciente de Deanna Reder (2022) encontramos otro caso paradigmático. El pueblo cree fue sometido a políticas de segregación social, se le forzó a vivir en espacios delimitados y asistir a escuelas de indios, su condición de ciudadanía era negada pues se concebía a los cree como menores, no-inteligentes e improductivos, sujetos a la tutela estatal; se les prohibió hablar su lengua y dar continuidad a sus prácticas culturales. Aun invalidados como agentes de conocimiento y obstaculizado su entendimiento social, los intelectuales cree se negaron a adoptar una visión de la conquista de su pueblo impuesta desde el poder del conquistador, de acuerdo con la cual, no habían puesto resistencia por ser ingenuos; no aceptaron las enseñanzas, las cuestionaron. El pueblo cree tuvo que conocer y transmitir su historia a través de la oscuridad y el silencio; en el esfuerzo por hacer inteligible la experiencia de la conquista y colonización, ha elaborado recursos narrativos propios para interpretar y comunicar su devenir en el tiempo desde la tradición indígena, distanciándose de los relatos hegemónicos y coloniales. La autobiografía indígena ha constituido una fuente fructífera de recursos hermenéuticos que reclama un lugar para la epistemología cree, como eje para entender los procesos de colonización y decolonización. La filósofa cree, Lorraine Brundige, escribe al respecto:

Debido al valor cultural del kisteanemétowin (respeto entre las personas), no habían tenido razón para descartar a los europeos como menos que humanos o incapaces de interacción relacional [...] el pueblo cree estaba preparado para aceptar ‘otras’ historias y no encontró contradicción en la idea de que los europeos y los cree tuvieran diferentes creencias acerca del mundo. Mucho más importante que tener las mismas creencias, era tener la habilidad para comprometerse en interacciones respetuosas (Brundige, 2004, p. 116, 85, citada en Reder, 2022).

El pueblo cree tiene una trayectoria de destrucción y recreación de su relación con el pensamiento occidental, la identidad artificial de “indianidad” que se le impuso, lo privó de

la comprensión de su historia, mal entendida colectivamente. En el análisis de Reder, podemos inferir que los intelectuales cree vivieron lo que Fricker llama “melancolía hermenéutica”, que los sensibiliza para reconocer las injusticias epistémicas que los afectan –aunque no las llamen así– y el momento de *revelación* sobre el valor de su palabra es un avance hermenéutico, que incrementa su capacidad de protestar y actuar por transformar su realidad.

Encuentro valioso en el abordaje de Fricker que, haciendo epistemología social, enfatice que no basta con mirar lo epistémico y se necesita integrar lo ético. Así, adquiere centralidad la noción de marginación hermenéutica, “una forma de impotencia, ya sea estructural o puntual [...] que indica subordinación y exclusión de alguna práctica que tendría valor para el participante [...] siempre coaccionada socialmente” (Fricker, 2009, p. 154).

La marginación social puede originarse a causa del poder material, como en el caso de la población afromexicana condenada a la segregación racial (en las comunidades no hay escuelas, tienen que trasladarse con muchas dificultades para acceder a ellas; la pobreza, el trabajo infantil y la trata hacen que participar en la vida social y en la coproducción de saberes esté fuera de su alcance); a causa del poder identitario, que explica al menos parcialmente al poder material; o a causa de ambos.

El rango de experiencias que pueden calificar como casos de marginación hermenéutica es amplio, el concepto admite aquellas circunscritas a aspectos muy localizados, por ejemplo, un abogado laboral sobresaliente en su área, de clase media alta, heterosexual, con formación de alto nivel y con gran capital social –no ha sido sujeto de marginación hermenéutica en ningún aspecto relevante– y trabaja bajo un esquema de subcontratación brindando asesoría a varias empresas, pronto nota que este esquema reduce el poder de negociación de los trabajadores, incluyéndose, y posibilita que las empresas cometan abusos, pero jurídicamente no puede hacer algo al respecto porque nadie *lo escucha* cuando señala que la subcontratación opera como fraude; suponiendo que su nivel de participación en la dinámica de las empresas que asesora es reducida por un aspecto de su identidad social, ser sub-empleado o un empleado de segunda, es innegable que en este aspecto de su experiencia social llega a vivir marginación hermenéutica, pero es *fugaz* porque la subcontratación sin restricciones solo funcionó en México del 2012 al 2021, cuando se

reformó el marco normativo laboral, y no es *profunda* porque mantiene una participación social plena —incluso privilegiada— para dar sentido a otras áreas de su vida menos influenciadas por el esquema en el que está contratado. En este caso, “la injusticia no proviene de ningún prejuicio identitario estructural; por el contrario, sufre la injusticia no por, sino a pesar del tipo social que es” (Fricker, 2009, p. 158).

En el otro extremo, hay experiencias de marginación hermenéutica persistente y de amplio alcance. Maritza Urteaga ha expuesto cómo las juventudes mexicanas experimentan, a través de la precarización de la vida social y la violencia, el *empobrecimiento* de sus sentidos de pertenencia y futuro, y las veredas para participar en la producción de sentido son cada vez más restringidas, así que optan —sin mucho margen de elección— por asumir *identidades devaluadas*. Para ejemplificar este tipo de marginación hermenéutica retomo un caso que ha estudiado, los cholombianos, una cultura juvenil entusiasta de la cumbia cuya producción estética y simbólica creó sentidos de identidad en territorios estigmatizados, empobrecidos y criminalizados, articulando una fuerza comunitaria para disminuir la violencia en sus barrios —creaban fuentes de empleo a través de la música, convocaban a duelos de baile para resolver conflictos entre pandillas y evitar que escalaran a agresiones. Hubo una construcción mediática de los cholombianos como asociación del narcotráfico, se les demonizó, forzándolos a dejar sus expresiones culturales, incentivando acciones punitivas contra las juventudes creativas y condenándolas a desaparecer.

En contextos sociales donde las juventudes están precarizadas o marginadas son percibidas como el caldo de cultivo más nutritivo para que suceda la desviación, sobre todo en los sectores marginados donde los valores morales más preciados están diluidos por la miseria [...] En México, las juventudes adscritas a alguna cultura juvenil suelen ser demonizadas y encabezar pánicos morales; desde los chavos banda de los ochenta hasta los reguetoneros de principio de siglo (Moreno & Urteaga, 2022, p. 17).

En este tipo de marginación hermenéutica, se hace evidente que el “prejuicio afecta a las personas en virtud de su pertenencia a un grupo socialmente sin poder y, por tanto, en virtud de un aspecto de su identidad social” (Fricker, 2009, p. 155), por eso es tan persistente

y de amplio alcance. Sus efectos no solo atañen a los miembros de un grupo social sino al recurso hermenéutico colectivo general, ya que se configura de manera perjudiciada; cuando la voz de grupos hermenéuticamente marginados no influye como debería en el entendimiento social, la comprensión colectiva se vuelve estructuralmente discriminatoria y sus efectos impactan de manera diferenciada en los grupos sociales.

Injusticia epistémica	Incidental	Sistemática
Testimonial	Ocurre un déficit de credibilidad perjudicial...	
	localizado y carente de significación social estructural	por prejuicio identitario
Hermenéutica	Un área significativa de la experiencia social es oscurecida de la comprensión colectiva, debido a la marginación hermenéutica...	
	localizada y no derivada de alguna inequidad estructural de poder	por prejuicios identitarios

Tabla 1 Definiciones de injusticias epistémicas de acuerdo con Miranda Fricker. Fuente: Elaboración propia.

Como puede observarse en el recuadro, la marginación hermenéutica es una condición subyacente a la injusticia hermenéutica, esta solo se produce cuando un intento de hacer inteligible (para sí o para alguien más) cierta experiencia se ve obstaculizado.

Otra tesis llamativa de la filósofa es aquella que señala que *típicamente* las injusticias hermenéuticas se dejan sentir en el intercambio testimonial y suele agravarse por la atribución deficitaria de credibilidad (o sea, por injusticias testimoniales). Y para los sujetos afectados por injusticias hermenéuticas sistemáticas, se generaliza el doble perjuicio: “si intentan articular una experiencia poco comprensible para un interlocutor, su palabra ya merece un juicio de credibilidad *prima facie* bajo debido a su escasa inteligibilidad. Pero si el hablante

también está sujeto a un prejuicio de identidad, entonces se producirá una deflación adicional” (Fricker, 2009, p. 159).

Retomando el caso de los cholombianos, podemos notar que “juvenicidio” no es un término de circulación común; se ha desarrollado para nombrar el proceso de aniquilamiento sistemático de las personas jóvenes *por el hecho de serlo*. Si el lector no está familiarizado con casos de juvenicidio, es probable que no le resulte inteligible de inmediato, pues no estamos acostumbrados a pensar que los poderes públicos, militares, policiales, paraestatales, organizaciones criminales, ejecuten acciones para desaparecer colectivos juveniles por su mera condición etaria; es más ordinario pensar que las muertes juveniles pasan “porque se la buscan”, por la asociación de la condición juvenil con la criminalidad, sobre todo cuando se trata de sujetos precarizados. La presunción de que sean delincuentes, el prejuicio identitario derivado de la sujeción criminal, induce marginación hermenéutica para todo joven con expresiones culturales transgresoras y, en particular, para los cholombianos, que estuvieron bajo hostigamiento y amenaza de juvenicidio, sin poder expresarlo y que fueron escuchados apropiadamente; sobre este fondo, cuando asesinaron a 17 integrantes del grupo Kombo Kolombia, varios músicos y cholombianos salieron a exigir justicia:

¿Usted cree que si uno anduviera en eso los hubiéramos enterrado en este panteón municipal, el más pobre de todos? El dinero se nota, hasta en el vestido. Somos gente humilde, de barrio, obreros, albañiles. Pero la tocada la vamos a dejar sólo para los amigos, entre nosotros nomás. Hay miedo [...] Nos acusan de que tocamos para los malos. Si nos contratan, tenemos que trabajar para llevar el sostén a la familia. Exigimos justicia, que no quede impune. Después de esta matanza van a venir otras y no queremos vivir en eterno terror y miedo (Martínez, 2013).

La tendencia en la prensa fue la criminalización y, los pocos periodistas que escucharon sus testimonios, los devaluaron asociando la informalidad musical con un “semillero de sicarios, adictos y narcomenudistas” (Martínez, 2013).

Este ejemplo ayuda a reconocer que las lagunas hermenéuticas no solo tienen que ver con la falta de recursos para nombrar experiencias que a las personas *les interesa* hacer

inteligibles en la comunicación; “el estilo expresivo característico de un determinado grupo social puede convertirse en un obstáculo tan injusto para sus esfuerzos comunicativos como lo puede ser la ausencia interpretativa” (Fricker, 2009, p. 160). Los cholombianos eran percibidos con una voz diferente, no reconocida como confiable, verídica ni racional; debido a que vivían en zonas estigmatizadas como territorios del crimen, eran jóvenes de clase baja, su estilo expresivo incluía neologismos (muchos de ellos para nombrar las experiencias cotidianas de violencia y consumo de droga) asociados con baja escolaridad (porque escribían sin seguir las reglas ortográficas, mezclando frases coloquiales colombianas), inmadurez e incapacidad de participar válidamente fuera de contextos marginales. Más adelante retomaré este punto, ya que no es claro que el marco teórico de Fricker (2017) sea lo suficientemente amplio para caracterizar formas de injusticia hermenéutica que exceden la metáfora de la “laguna”.

Años después, una exposición fotográfica –estrenada en Inglaterra– llegó al Museo de la Ciudad de México, reconociendo el fenómeno regiomontano como parte de la diversidad cultural; en 2021 apareció la película *Ya no estoy aquí*, multipremiada y elogiada, fue entonces cuando se hizo manifiesta en la prensa, la violencia que los persiguió hasta acabar con su cultura juvenil, y despertó comentarios discriminatorios de los espectadores, incluso algunos habitantes de Nuevo León negaron públicamente que esta hubiera existido. Así, en retrospectiva se distingue que la estigmatización y desaparición de los cholombianos dio lugar a un empobrecimiento hermenéutico colectivo, pero claramente, perjudicó más a los miembros de un grupo social, cuyos esfuerzos por dar un sentido a su condición juvenil en un entorno altamente hostil fueron abatidos.

Sintetizando lo expuesto, podemos decir que el daño distintivamente epistémico de la injusticia epistémica es la exclusión prejuiciosa de las prácticas socioepistémicas y puede acarrear muchos otros daños prácticos: exclusiones de la vida social, obstrucción de oportunidades y derechos, desprotección institucional, impedimento para ser quien uno es e incluso muerte.

Un último planteamiento que retomo de Fricker es que la sensación de disonancia, de sospecha, puede ser empoderante si brinda a los sujetos valor moral-epistémico para criticar

los silencios impuestos. De hecho, el proceso de *tomar conciencia* sobre la propia situacionalidad epistémica, es mi principal objeto de interés.

La mirada política de José Medina y Fernando Broncano

Lo que distingue el enfoque de José Medina sobre las injusticias epistémicas, es que reclama el origen y uso político del concepto. Entiendo por política, lo que Ranciére (1996) concibe como el resultado del conflicto público que tiene lugar cuando aquellos, a quienes se les negaba la palabra, la usurpan para demostrar esa exclusión. Por eso, aunque puede ser conveniente para señalar casos problemáticos individuales, es más valioso su potencial para develar problemáticas estructurales y ser herramienta para la subjetividad colectiva, para la construcción de imaginarios y proyectos de transformación.

Fernando Broncano ha hecho énfasis en que el efecto de las injusticias epistémicas, el daño que infringen, es un mecanismo de exclusión social poderoso, que opera de manera estructural. Habiendo reconocido que el conocimiento se produce socialmente, este filósofo nos llama a indagar otro lado de la moneda: que la sociedad también está construida epistémicamente. El intercambio de información, principalmente a través del discurso público, el debate y la consulta, son pilares de nuestra vida social. De ahí que, la compartición de recursos epistémicos sea una condición necesaria para el ejercicio pleno de la agencia política en los sistemas democráticos y, a su vez, la vía para superar las injusticias epistémicas sea fortalecer la participación democrática en las prácticas socioepistémicas.

El mismo filósofo llama la atención sobre los procesos reales de transformación impulsados por la conformación de comunidades epistémicas, estas abren el paso a que nuevos actores sociales presionen y demanden respuestas sobre problemas no afrontados, subvalorados o abordados de manera ineficaz por los expertos convencionales.

Podemos pensar en comunidades epistémicas formadas precisamente con el objetivo de resolver la penuria de información y las dificultades que un grupo puede tener para alcanzar una explicación individualmente. Los movimientos sociales ocasionalmente crean redes informales que tienen como objetivo la producción de conocimiento: grupos de discusión,

clubes de lectura, universidades populares y otras muchas iniciativas que a lo largo de la historia han contribuido a iluminar las zonas sociales y temáticas oscurecidas por los intereses presentes en la cultura dominante (Broncano, 2020, p. 18).

Mi vinculación con el colectivo Orgullo Loco Mx ha nutrido mis bases teóricas con el compromiso público de diseñar líneas de investigación-acción sobre problemas que han sido dejados a un lado. Partiendo de ello, concibo que lo más importante del estudio de las injusticias epistémicas es empoderar a las comunidades epistémicas emergentes, contribuyendo a poner al descubierto que el orden social es contingente; que toda declaración de conocimiento ahora hegemónica tiene, en realidad, un carácter inestable y puede subvertirse, de modo que el ejercicio de nombrar y describir estas variedades de injusticias, implica la co-producción de recursos para que se constituyan sujetos políticos.

Hago eco de las ideas de Rancière, citado por Etcheagaray (2014), para sostener que esta forma de hacer epistemología es intrínsecamente política, porque fractura el orden establecido.

La instauración de la política supone siempre un acto de ruptura, un acto en el que lo invisible se manifiesta y se hace visible y en el que los sin nombre se dan un nombre y hablan. No se trata de incorporar nuevos interlocutores a una conversación interrumpida en un escenario previamente delimitado, sino de la irrupción de nuevos sujetos con un nuevo lenguaje en un escenario inédito (Etcheagaray, 2014, p. 41).

Con esta hibridación entre lo epistemológico y lo político, encontré en los Estudios Locos (*Mad Studies*), un campo de investigación amplio y polisémico, propicio para el *litigio*, es decir, para construir teoría-práctica para que quienes no han tenido derecho a ser contados como “seres parlantes” (Rancière, 1996), lleguen a serlo.

Ahora bien, hay algunos elementos del abordaje político de las injusticias epistémicas de José Medina, que considero que amplían y rectifican algunas líneas del análisis de Fricker. Reconocer la diversidad cognitiva y situacionalidad de los agentes conduce a tener como

punto de partida un espacio social-epistémico heterogéneo, un mosaico con diferentes perspectivas experienciales grupales entre las cuales, hay fricciones y resistencias. Medina emplea un sentido muy intuitivo de resistencia, que captura su dimensión activa –en tanto esforzarse para contrarrestar o vencer– y su dimensión pasiva –en tanto soportar la fuerza o el efecto de algo. Esta noción parece capturar elementos relevantes de nuestra vida cognitiva: “Algunas resistencias ligadas especialmente a las características sociales y pertenencia a grupos determinarán al menos tendencialmente, los tipos de experiencia que es probable que uno tenga y el tipo de conceptos que, en consecuencia, es probable que uno desarrolle” (Mills, 1998, p. 28, citado en Medina, 2013, p. 48).

Los sistemas democráticos se fortalecen con la presencia de resistencias epistémicas, pues producen condiciones para que proliferen la diversidad, la interacción y el dinamismo, a través de las cuales se obtiene retroalimentación, propuestas innovadoras y se generan correcciones. Para que esta dinámica se desenvuelva productivamente, se debe garantizar, por un lado, que la diversidad del cuerpo social tenga oportunidad de agruparse como *público con capacidades expresivas*, para dar voz a sus experiencias y puntos de vista compartidos; por otro lado, ese cuerpo social debe ser capaz de captar adecuadamente las expresiones de cada público. Estas descripciones corresponden a los requisitos de expresividad y receptividad, categorías centrales para el estudio de las injusticias epistémicas planteadas por Medina; analizando cómo estos requisitos suelen no satisfacerse en la comunicación, podemos dar cuenta de los daños resultantes.

Medina concuerda con Fricker, al puntualizar que las consecuencias de las injusticias epistémicas nos afectan diferencialmente, según nuestra pertenencia a ciertos grupos sociales, pero no cree que debemos subestimar el daño que perjudica a los sujetos hermenéuticamente más privilegiados, ni las ventajas epistémicas que pueden tener los grupos hermenéuticamente marginados.

“Todos somos afectados por los obstáculos epistémicos y distorsiones que emergen en situaciones de opresión” (Medina, 2013, p. 28), ver cómo se distribuyen las ganancias y pérdidas epistémicas nos ayuda a tener una comprensión más integral de las injusticias.

El privilegio hermenéutico se correlaciona, frecuente pero no necesariamente, con el privilegio económico y sociopolítico; las ventajas epistémicas que se derivan de esta

situación son el acceso a la educación, a la información, a tener una voz creíble, a ser capaz de participar en los intercambios de conocimiento, y en los casos más pronunciados, se relaciona con la concesión de excesos de autoridad y credibilidad. Por su parte, la marginación hermenéutica se vive como un déficit o privación de estos beneficios.

Pese a las prerrogativas de las que disfrutan, las personas hermenéuticamente privilegiadas suelen tener desventajas menos obvias pero que menoscaban sus vidas cognitivas.

Por no haber tenido nunca la experiencia de toparse con limitaciones culturales que hacen ininteligibles sus experiencias, sus problemas e incluso sus vidas, por no haberse sentido nunca severamente constreñidos como hablantes y sujetos de conocimiento, los sujetos privilegiados tienden a ser especialmente reacios a reconocer las limitaciones del horizonte de comprensión que habitan; es decir, tienden a ser ciegos a su propia ceguera, adormecidos o insensibles a los puntos ciegos culturales que han heredado y que recirculan en sus vidas epistémicas (Medina, 2013, p. 75).

Por eso es más probable que encarnen vicios epistémicos, en particular, arrogancia, pereza intelectual y cerrazón mental (*closed-mindedness*).

En contraste, desde la marginación hermenéutica, los sujetos tienen experiencias que los presionan a mirar las cosas de otra manera, que los sensibilizan para detectar lagunas e injusticias, aun sin tener los recursos conceptuales para señalarlas.

Los sujetos oprimidos tienden a sentir la necesidad de ser más atentos a las perspectivas de los demás. No tienen otra opción que reconocer, respetar y (hasta cierto punto) habitar perspectivas alternativas [...] La perspectiva epistémica de los sujetos oprimidos suele mostrar un tipo característico de hibridez, inclusividad y apertura mental, mientras que el funcionamiento cognitivo de las élites privilegiadas tiende a ser más parroquial y unilateral, y a menudo opera ignorando por completo los puntos de vista alternativos (Medina, 2013, p. 44).

Donde se resiente la opresión y apremia la resistencia, es más probable que se desarrollen hábitos de cuestionamiento y autocrítica; de superación de los obstáculos (entre ellos, los cognitivos) para sobrevivir en contextos desafiantes y estigmatizados, por ejemplo, familiarizarse con la noción de “violencia obstétrica” y capacitarse al respecto, ha sido una herramienta de las parteras tradicionales para responder a los obstáculos institucionales para la atención al parto con pertinencia cultural en territorios indígenas; también se impone el hábito de ver las cosas a través de los ojos de otros, a menudo de perspectivas mejor posicionadas socialmente, como en el caso de las servidoras de la Casa de la Mujer Indígena, que desarrollan una mirada institucional, acorde con los marcos operativos de los programas sociales, para anticipar resultados y tomar decisiones que se ajusten a los requisitos, pero mantienen una mirada insurgente e interseccional, receptiva a las demandas de otras poblaciones oprimidas, como las afrodescendientes, desplazadas, migrantes y diversidades sexogenéricas. Estos hábitos encauzan virtudes epistémicas: humildad intelectual, curiosidad y diligencia, apertura mental (*open-mindedness*).

Cabe aclarar –lo hace Medina– que no estamos hablando de atributos esenciales de ciertos grupos, de caracteres epistémicos homogéneos y universales, ni se transfieren en automático a un individuo por pertenecer a un grupo. Anteriormente, las epistemologías del punto de vista enfrentaron críticas por respaldar una imagen esencialista y reduccionista de las identidades sociales. Cuando planteamos que existen puntos de vista definidos identitariamente (*identity-defined standpoints*), suena riesgoso suponer que hay tipos sociales (*social kinds*) bien delimitados, estables e internamente consistentes. En realidad, en la epistemología feminista no hay –o no han sido relevantes– posturas esencialistas de este tipo. Afirmaciones como las de Medina y las teorías del punto de vista, deben ser tomadas como declaraciones empíricas, altamente sensibles a los contextos específicos; teorizaciones que “incluyen una comprensión cada vez más matizada del contenido específico y variable de los esquemas y de los factores contextuales que modulan sus efectos” (Wylie, 2012, p. 60).

Reconocer la experiencia diferenciada de los grupos hermenéuticamente marginados y privilegiados, no nos compromete con alguna forma de esencialismo; dar cuenta de la prominencia y persistencia de estas identidades colectivas es compatible con asumir que son

contingentes, con fronteras porosas e internamente diversas, y al mismo tiempo, con que no es necesario que sean ‘casi-universales’ para marcar una diferencia *sistemática* (Wylie, 2012).

Considero que esto amplía la mirada de Fricker, la cual transmite una imagen unidimensional de las personas cuyas vidas se ven afectadas por injusticias, como víctimas, e incluso, como víctimas de nadie en particular sino de un sistema impersonal. En cambio, Medina pone de manifiesto que los grupos oprimidos no solo son afectados por sus circunstancias, sino también presionados a despabilarse y, por lo mismo, tienen experiencias reveladoras, están “mejor equipados” para desafiar y desmontar las estructuras que los oprimen.

Medina justifica esta declaración mencionando evidencia histórica y sugiriendo un razonamiento inductivo, como los movimientos antirracistas. No se presume que *prima facie* la marginalidad provea de un estatus epistémico superior, pero viendo las trayectorias y caracteres personales de quienes están en tal situación reconoceríamos un tipo especial de *lucidez*, con fuerza subversiva. Además de los movimientos que ha analizado José Medina, en México es paradigmática la generación de recursos autónomos organizativos del Ejército Zapatista de Liberación Nacional y de otras naciones indígenas. En el 2022 brindé acompañamiento técnico a algunas Casas de la Mujer Indígena y Afromexicana (CAMIA) para la elaboración de diagnósticos regionales; debido a un cambio en el enfoque de implementación de políticas y programas públicos, cada CAMIA desarrolló sus propios instrumentos, metodologías y documentos para estudiar y comunicar sus necesidades y demandas, los resultados hicieron visibles problemas y saberes que habían pasado desapercibidos para los especialistas, rompiendo así la insensibilidad y el silencio institucional. Por mis experiencias de trabajo con grupos vulnerables, el intercambio con activistas en salud mental y productos derivados de perspectivas en primera persona sobre la locura (como Chamberlin, 2023; D. Sánchez et al., 2019), los ejemplos paradigmáticos de Medina (2013), la autoetnografía de Hultman y Hultman (2023), aunque no creo que haya evidencia empírica exhaustiva para demostrarlo, me inclino a sostener que los sujetos hermenéuticamente marginalizados están mejor equipados para subvertir las estructuras que

los oprimen, a comparación de sujetos que no experimentan la marginalización. Como se verá en los casos que abordo en esta tesis, es una afirmación plausible.

En el capítulo final profundizaré en la producción de ignorancia activa y los mecanismos correctivos, para cerrar el estudio de los casos ampliando la mirada hacia dinámicas de las injusticias epistémicas que únicamente con el marco teórico de Fricker permanecerían ocultas, pero pueden ser reveladas si identificamos la centralidad de la resistencia epistémica.

REFLEXIONES METODOLÓGICAS

El propósito de este capítulo es exponer algunos problemas metodológicos y resoluciones tomadas en este trabajo. Tales cuestiones no son secundarias y son parte sustantiva de la investigación, que propone apropiarse de metodologías no acostumbradas en la Filosofía pero sí en las Ciencias Sociales.

Principios metodológicos

En el Fedón, Platón hace uso de metáforas náuticas para reflexionar acerca de los caminos que había seguido la investigación filosófica. Los filósofos presocráticos habían realizado una primera navegación, estrechamente vinculada con los sentidos y lo sensible, extraviando el rumbo de las explicaciones sobre el mundo; por eso, opta por una segunda navegación, que da primacía al razonamiento y a la actividad intelectual pura.

Tuve miedo de que mi alma quedase completamente ciega al mirar las cosas con los ojos y al tratar de captarlas con cualquiera de los otros sentidos. Y por eso decidí que debía refugiarme en los razonamientos (logoi) y considerar mediante estos la verdad de las cosas [...] Me he internado en esta dirección y, en cada caso, tomando como base aquel razonamiento que me parezca más sólido, juzgo verdadero lo que concuerda con él, tanto con respecto a las causas como con respecto a las demás cosas, y lo que no concuerda lo juzgo no verdadero.

Este fragmento representa uno de los mitos fundacionales más importantes de la filosofía occidental, que configura todavía nuestra identidad social-profesional. De manera explícita, el mito se revive cuando definimos a la filosofía como una actividad libre –de los requerimientos de utilidad y satisfacción de necesidades–; y de manera implícita, cuando asumimos que el razonamiento es el método insigne de la disciplina.

En el intento de *hacerme* filósofa he encontrado extremadamente difícil seguir la segunda navegación de Platón por dos razones. La primera es que no he tenido la experiencia de un diálogo *a ciegas*, en el que los estándares de evaluación no estén de alguna manera relacionados con mi identidad de género, mi condición etaria o mi etnicidad; en *los razonamientos* no he encontrado un refugio sino un territorio de lucha contra la *ceguera* que invisibiliza realidades diversas, especialmente, de quienes no somos tomadx como legítimxs aspirantes al saber. Sistemáticamente, las filósofas mexicanas hemos sido degradadas como productoras de conocimiento, nuestros intereses y discursos se han subordinado a los que se generan desde regiones y autores consagrados; además, las mujeres indígenas en espacios académicos, tenemos en común la imposición de mecanismos para destribalizarnos, que han ido desde la castellanización forzada en la educación inicial hasta la autoexigencia de disimular el acento y blanquear el discurso, resultados de dinámicas coloniales y segregación racial que persisten. La segunda razón es que llegué a la filosofía, así como otrxs, motivada por la perentoriedad de aliviar el sufrimiento, por eso, creo que “la valoración de cada argumento concreto debe atender no solo a la forma lógica y a la verdad de las premisas, sino también a la idoneidad del argumento para las dolencias de aquellos a quienes va dirigido” (Nussbaum, 1994, p. 35).

Esclareciendo así mi lugar de enunciación (Ribeiro, 2020), me he sumergido en el problema de cómo devolver la experiencia al núcleo de la reflexión, sin desestimar el papel del rigor y la precisión de las definiciones. La respuesta ha sido reivindicar la posibilidad de que la comprensión se adquiriera *de persona a persona*, a través del diálogo y la escucha activa de críticas, cuestionamientos y demandas.

Cuando la cuestión es qué creer, la conversación es “un foro en el que ponemos en juego nuestras creencias y las exponemos a la prueba de realidad que otros representan para nosotros” (Pettit & Smith, 1996, p. 430). Lo que no concuerda, no puede ser juzgado como no verdadero sin pasar por el tamiz de la intersubjetividad.

Las personas asumen que cada una de ellas es una autoridad a la que merece la pena escuchar y [...] cuando difieren en sus juicios, una revisión de las pruebas disponibles en común puede revelar quién está equivocado y, por tanto, establecer un acuerdo [...] Juzgan que uno u otro

no tiene acceso a todas las pruebas, es decir, que no todas las partes disponen de las mismas pruebas y tratan de corregirlo (Pettit & Smith, 1996, pp. 430–431).

De modo que he adoptado una perspectiva de segunda persona, no basada única ni primariamente en la teorización ni en la recopilación de datos empíricos, más bien enraizada en la conversación: la verdad es aquella que *autorizan* las personas afectadas por el tema que se aborda.

Con base en tales reflexiones, opté por una técnica de investigación cualitativa que había aplicado anteriormente: la entrevista semiestructurada para conocer historias de vida. El diseño del instrumento buscó propiciar un intercambio dinámico, de ida y vuelta, cara a cara y profundo.

En una etapa del estudio, me correspondió *autorizar* a algunas mujeres como interlocutoras en la investigación, reconociendo que poseen una “variedad de capacidades sofisticadas de formación de creencias” (Pettit & Smith, 1996, p. 436). Así que la elección de participantes se hizo a través de un muestreo por conveniencia no probabilístico ni aleatorio, de casos críticos que se presumen verdaderos e ilustrativos de un conjunto; inicialmente identifiqué a cuatro mujeres con distintos perfiles, cuyos nombres fueron reemplazados para preservar la confidencialidad de sus datos:

Lucía, diagnosticada con trastorno límite de personalidad (TLP) pero con autopercepción de alta sensibilidad y trauma, tiene 27 años, es mamá y freelance.

Verónica, diagnosticada con trastorno del espectro autista (TEA) y antes TLP, con comorbilidades, tiene 25 años, es indígena en situación de migrante y estudia.

Felicitas, diagnosticada con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y autopercepción de TEA, con comorbilidades, tiene 36 años y es investigadora independiente.

Nadia, diagnosticada con TEA y comorbilidades, tiene 49 años, es escritora y creadora multidisciplinaria.

La disponibilidad de tiempo y la comunicación persistente, reciente y significativa fueron criterios de priorización, razones que me llevaron a trabajar solamente con Lucía y Verónica.

Método

El tema que abordo es una cuestión que puede situarse en los estudios filosóficos y sociales sobre (cómo nos relacionamos con) la ciencia y la tecnología; a profundidad, es un problema que atañe a nuestra capacidad para comprender a las personas y ayudar a que tengan una mejor comprensión de ellas mismas. De ahí que este sea un intento por poner la intersubjetividad y la escucha en el corazón de la investigación social y filosófica.

Dejar hablar es en sí mismo un problema metodológico. Haciendo eco de la teoría constructivista y contextual del conocimiento de Knorr-Cetina (2005), asumo que para *dejar hablar* se requiere de una metodología sensitiva, esta se distancia de la frialdad de otros métodos porque reconoce como pilares de la producción de conocimiento: la intervención más que la indiferencia, el contacto más que la distancia, el interés y la intersubjetividad más que la neutralidad. Captar la voz de las involucradas requirió negociar el control sobre la información en el estudio, para otorgarles no solo un estatus de informante sino de *participante* en la investigación.

Sobre el camino tuve oportunidad de des-aprender a hacer filosofía y de apropiarme de enfoques provenientes de las Ciencias Sociales. En particular, me fue útil retomar los planteamientos del interaccionismo interpretativo crítico de Denzin (2019).

Denzin se basa en una teoría de la sociología estadounidense estándar, el interaccionismo simbólico, cuyo canon contempla los siguientes supuestos:

Las personas actúan sobre las cosas con base en los significados que las cosas tienen para ellas.

Estos significados surgen en el proceso de interacción social.

Los significados se modifican a través de un proceso interpretativo, que involucra a individuos autorreflexivos que interactúan simbólicamente entre sí.

Lo crítico de este enfoque radica en que se dispone de las prácticas interpretativas con fines de justicia social y en que la investigadora debe asumir su responsabilidad como crítica cultural, como catalizadora de discursos desde una posición ética informada.

En cuanto a sus principios metodológicos, el interaccionismo simbólico plantea dos fases de la investigación. La primera consiste en una aproximación preliminar, exploratoria y flexible para comprender el problema, los datos que pueden ser relevantes, sentir relaciones y «lograr que las herramientas conceptuales del investigador evolucionen a la luz de lo que se va conociendo de la parte de la vida estudiada» (Álvarez-Gayou, 2003, p. 71). Por eso, me acerqué primero a grupos y redes, para presentar mis intuiciones sobre las injusticias epistémicas que vivimos las usuarias de servicios de salud mental, basadas en vivencias personales, revisión bibliográfica y en un ejercicio rudimentario de etnografía digital, que consistió en ubicar a activistas del *Colectivo InsPIRADAS* de España y *No es lo mismo ser loca que loco* de Chile, recopilé registros de su actividad en redes sociales y blogs, en algunos casos intercambiamos mensajes instantáneos y, analizando el cuerpo de información disponible, redacté un ensayo preparatorio que socialicé en varios espacios. A partir de ese momento, establecí canales de comunicación con activistas, académicas e interesadas en el tema. Con algunas, más que con otras, discutí ampliamente la relevancia de nombrarlas, describirlas y documentarlas. Después de tener un marco de entendimiento común y recursos teóricos compartidos, hice invitaciones personales a ser participantes de esa tarea.

Para realizar las entrevistas, construí una guía con preguntas que sugería la secuencia de temas a abordar. No fue diseñada para seguirse al pie de la letra y su flexibilidad favoreció que las participantes hablaran detalladamente sobre los que les parecían más relevantes, de manera espontánea. Más que lanzar preguntas, mi rol se enfocó en la escucha, la aceptación incondicional e interesada de los testimonios, el seguimiento y la aclaración de significados.

Este método de investigación tiene limitaciones, especialmente cuando se pone en relación con métodos más inmersivos, como la etnografía y la observación participante. La exploración de significados a través de entrevistas privilegia el conocimiento declarativo que tienen las personas de sí mismas y de sus historias, y demanda un gran esfuerzo de memoria. Los riesgos están ahí: el malentendido, la falta de apertura, el rechazo, el ocultamiento de información, etc. Pero considero que la conversación dirigida intencionalmente a dilucidar un ámbito de la existencia tiene dos rasgos asombrosos: la exposición y la interpelación; a diferencia de la observación o de la etnografía, en el diálogo una no puede voltear a otro lado, no es posible evadir la responsabilidad de expresar “heme aquí, para ti”. Hacer investigación filosófica durante los años de confinamiento y recuperación por la pandemia, requería tomar medidas apropiadas; no pude haber elegido otro método que me permitiera tomar “sana distancia” al mismo tiempo que me sumergía en la “aventura de la subjetividad”.

En el flujo de las conversaciones, algunas preguntas fueron descartadas y también identifiqué algunas que detonaron ricas narrativas y reflexiones:

Pregunta principal:

1. De las experiencias que has tenido con el sistema de salud mental, ¿puedes reconstruir algunas que te hayan resultado más significativas?

Preguntas de seguimiento y profundización:

- 1.1. ¿Durante ese periodo recibiste algún diagnóstico? ¿Qué tiempo tomó recibirlo y cómo te lo comunicaron? ¿Estuviste de acuerdo y cómo impactó en tu vida?
- 1.2. ¿Cómo fue la interacción con los profesionales? ¿La información fluía en una sola dirección, en ambas, había diálogo?
- 1.3. ¿Siempre sentiste plena confianza para compartir tus experiencias? ¿Alguna vez sentiste que las minimizaban o preferiste omitir información porque no la entenderían?

- 1.4. ¿Alguna vez sentiste que (tu familia, pareja o profesional) te responsabilizaban de lo que estabas viviendo o que no te dejabas ayudar? ¿Te sentías escuchada y comprendida? ¿Siempre sentiste que creían lo que te estaba pasando?

Pregunta principal:

- 2.¿Crees que tus experiencias con la salud mental tengan algo que ver con tu género? ¿Alguna vez sentiste que te afectó el estereotipo de inferioridad y patología (emociones incontrolables, debilidad de carácter, irracionalidad, sobreacción, loca) asociado a ser mujer? ¿Quiénes proyectaban esos estereotipos?

Preguntas de seguimiento y profundización:

- 2.1. Si eres o has sido activista feminista o militante en algún movimiento, ¿cómo influyó en este “despertar”? ¿Alguna vez se tematizaron tus compromisos políticos en terapia o sentiste que alguien los atribuyó a “problemas de personalidad” o síntomas de psicopatología?

Pregunta principal:

- 3.¿Qué opinas de estos términos y con cuáles crees que podrías hablar de tu experiencia? Enfermedad mental, paciente, malestar psíquico, sufrimiento, opresión, injusticia, neurodiversidad, neurodivergencia, locura, cura, resiliencia, sanación, resignación, despertar. ¿Se te ocurren otros que resuenen en tu vida?

Preguntas de seguimiento y profundización:

- 3.1. ¿Qué retos has enfrentado para reconocer y hacer que reconozcan tu experiencia como algo real o relevante/irrelevante en tu vida?

En el primer diseño del cuestionario cuidé que las preguntas no contuvieran juicios de valor, para que no fueran percibidas con un sesgo a favor o en contra del sistema de salud mental. En un proceso de revisión y recomposición de la guía, cambié el enfoque por uno inspirado en el empirismo feminista de Elizabeth Anderson –que analicé en un apartado de mi tesis de licenciatura (Sánchez, 2022). Anderson (2004) argumenta que los juicios de valor

desempeñan un rol evidencial en la investigación. Así, en la segunda pregunta principal hay un juicio, a saber, que “los estereotipos de género asociados con la inferioridad y patología afectan a las mujeres”; este tipo de afirmaciones no se sostienen dogmáticamente, sino con respaldo en juicios fácticos, es decir, son valoraciones basadas en evidencia recabada en contextos relevantes. Proyectando las ideas de Anderson (2004) y Clough (2008), considero que la integración de juicios de valor a la investigación con perspectiva de género hace visibles rasgos del fenómeno de estudio, que difícilmente habrían sido vistos sin ellos. Aun con la carga valorativa de ciertas preguntas, estas admitían una amplia variedad de respuestas y las redacté en términos de frecuencia (¿alguna vez? / ¿siempre?) para incitar el recuento de experiencias y la evaluación equitativa de sus efectos.

La segunda fase de investigación correspondió a la inspección y desarrollo teórico, para lo cual, examiné el contenido empírico y expliqué los patrones emergentes. En el siguiente apartado describiré cómo lo hice.

Sistematización de resultados

Tuve una conversación larga con Lucía, de 120 minutos aproximadamente, que grabé con su consentimiento. Con Verónica me reuní en varias ocasiones, ya que fue difícil condensar en una sola ocasión la conversación, debido a visitas familiares, a la sobrecarga emocional y a que el diálogo se prolongaba más allá del tema principal; las charlas fueron grabadas con su consentimiento y filtré 280 minutos.

Realicé las transcripciones y codifiqué los textos resultantes. En una primera lectura, realicé una codificación de significados, que consiste en resaltar segmentos llamativos y asignarles etiquetas, palabras clave que me ayudaran a precisar los significados relevantes para ser estudiados.

Transcripción	Etiquetas
Lucía: Porque pues, al final del día, el enojo dice algo y la tristeza dice algo. A veces de	Emociones como marcadores morales

<p>verdad me he preguntado: ¿vivo con gente insensible o con psicópatas?, o sea, cómo es posible que patologicen estas cosas y se vuelve como vergonzoso etc., y estemos viendo las mismas cosas... Y te juro que esta es una de las emociones que más he sentido porque de pronto, sí, me siento como muy, muy alienada del mundo.</p>	<p>Desconcierto, disonancia</p> <p>Patologización – vergüenza</p> <p>Se refiere a la violencia</p> <p>Alienación</p>
---	--

Hubo etiquetas que se repitieron o estaban relacionadas, por lo que procedí a agruparlas en nueve unidades de registro más amplias: determinantes sociales de la salud mental, maternidad, emociones, injusticias epistémicas, resistencias epistémicas, psicopatología/psicodiversidad en primera persona, medicación y clínica de la UNAM. Después establecí categorías más específicas, con base en las cuales, clasifiqué los significados.

Categoría: Determinantes sociales de la salud mental	Código	Etiqueta
Subcategorías:	01	Mamá que no sabe cómo ayudar
	01	Abuso sexual infantil por parte de un familiar
01: Familia, infancias	02	Violencia de pareja
	03	Sexismo en las instituciones
02: Violencia de género contra las mujeres	01	Crianza violenta
	02	Acoso sexual en la vía pública
03: Violencias estructurales	03	Productos culturales que normalizan la violencia y glorifican a los agresores
	04	Agresión policiaca y criminalización de la protesta
04: Violencia política	04	Intimidación y vigilancia estatal
	02	Acoso por amamantar en público

El siguiente paso en la sistematización fue el reordenamiento de los extractos con un mismo código, los agrupé, fusioné las ideas principales y relacionadas, hice a un lado las ideas redundantes o que no consideré tan relevantes.

Las subcategorías resultantes anudaron los recursos expresivos de las participantes, con mis propios recursos y aproximaciones analíticas. En un proceso posterior de triangulación, me desplazé a la búsqueda de categorías teóricas, incorporando aquellas que permitieran representar las voces de las participantes.

Consideraciones éticas

El intercambio comunicativo es una relación de “tú” a “tú”, en la que solo por momentos me he distanciado para considerar objetivamente las entrevistas. Al trabajar con historias cargadas de significado personal, me di cuenta de que es necesaria una ética de reciprocidad en la investigación, pocas veces explícita en los manuales de metodología.

No se trata únicamente de rellenar formatos de consentimiento informado; al entrevistar a mujeres que viven con psicopatologías o psicodiversidad, es importante convenir acuerdos sobre las responsabilidades que se asumen para lograr un propósito mediante su participación en la investigación. Por parte de las participantes, percibí que se esforzaron por hacer contribuciones valiosas, sinceras, ricas en detalles, hablaron sin censura sobre experiencias dolorosas, vergonzosas y tristes. Por mi parte, no he evitado involucrarme afectivamente con sus historias, no he tratado de minimizar que abordamos problemas con una carga emocional intensa, por lo que mis esfuerzos se han dirigido a buscar formas seguras para estar en terrenos delicados. Una de las tareas que me tomó más tiempo fue apropiarme de medidas de contención emocional, para minimizar el daño y mitigar el estrés de las participantes al pedirles que recordaran sucesos traumáticos.

En mi primer diseño metodológico, planteé que mi instrumento serían las autobiografías asistidas con una adaptación del método Bruselas, el cual ha sido empleado como un modelo terapéutico. Oportunamente, reconocí que era un proyecto demasiado ambicioso tomar esta investigación como un espacio de cierre y procesamiento de traumas;

“una entrevista única no puede imitar los beneficios psicológicos de una relación terapéutica continua” (Pascoe, 2022, p. 3). Si bien la intención de hacer entrevistas dejó de ser terapéutica, en el transcurso y en intercambios posteriores, las participantes me hicieron saber que la experiencia había dado lugar a que se generaran respuestas catárticas.

Otra de las situaciones que anticipé es que las dinámicas de poder obstruyeran el diálogo sincero. En las experiencias de trabajo que he tenido con mujeres indígenas y afromexicanas, aunque soy percibida como “una igual” en sentido amplio, también se me ha otorgado mayor autoridad por tener un grado académico o por laborar en una institución, lo cual conduce a que los intercambios tiendan a ser complacientes o sean manipulados por la falta de confianza. Por lo mismo, limité la participación de mujeres indígenas, considerando solo a las que, por su edad, por su experiencia o por su formación profesional, se reconocieran a sí mismas *autoridades* para hablar sobre los temas que se les presentaron. Así, fue posible trabajar también con el testimonio de Verónica, de autoadscripción indígena.

Durante las entrevistas, introduje pocas preguntas para calibrar la disposición de las participantes a seguir hablando de temas inquietantes, en realidad, fueron ellas quienes establecieron el ritmo, las pausas y los finales. En el caso de Lucía, era muy claro que había temas que la exaltaban pero no deseaba omitir; sus cambios de entonación y las expresiones que serían consideradas “groserías”, eran formas de poner el énfasis en aspectos importantes de sus experiencias. En el transcurso de un recuerdo, Lucía comenzó a sentirse nerviosa y expresó:

Mira, ahorita estoy como en un pequeño ataque de agorafobia... pero que, por ejemplo... ahora estoy teniendo como un pequeño miedo, como detrás de mi cabeza, estoy viendo las luces de una patrulla y está saliendo el papá de mi hijo por agua. Y estamos en Naucalpan y los pinches policías tienen una fama de sembrar drogas a la gente y...

En ese momento, pausamos las preguntas, decidí no profundizar más en los detalles del recuerdo por el riesgo de que fuera traumatizante. No trivialicé su miedo y mientras esperamos a que se moviera la patrulla, platicamos acerca de los detonantes sociales de esas

emociones y, aunque no despejamos por completo el estrés –ya que realmente vivíamos en zonas donde es frecuente el acoso policial y la siembra de evidencia–, se atenuó.

Por otro lado, frente al flujo abundante de anécdotas, me sentí responsable de ofrecer a las participantes algo a cambio y, oportunamente, evoqué las salvaguardas éticas que plantea Pascoe (2022); siguiéndolas, traté que la entrevista ofreciera a las mujeres una ocasión para reevaluar sus vivencias bajo una luz diferente y pretendo hacerles ver que sus testimonios contribuyen a “regenerar nuestra comprensión colectiva [...] y, por tanto, los guiones narrativos disponibles para que las mujeres den sentido a sus experiencias” (Pascoe, 2022, p. 14).

“SEGURO ES BORDER”

Para Lucía y Verónica, narrar la vida remite una y otra vez al trastorno límite de personalidad (en adelante, TLP).

Cuando cursaba la primaria, Lucía comenzó a tener comportamientos que fueron percibidos atípicos; solía ser una niña que se esmeraba en sus trabajos escolares, tenía un desempeño sobresaliente y poco a poco, dejó de hacer tareas, sus calificaciones bajaron y despertó su rebeldía. “Todo el mundo pensó que estaba en la edad de la punzada... una explicación de que las hormonas hicieron un cortocircuito”.

Aunque su madre no estaba segura de qué tipo de ayuda necesitaba, a esa edad tuvo un primer encuentro terapéutico, con una médico general amiga de la familia. Sin embargo, fue hasta los dieciocho años, a raíz de un intento de suicidio, que recibió atención psicológica en la Clínica de Salud Mental dirigida a la población universitaria. Lucía recuerda: “nunca me dijeron mi diagnóstico, o sea, nunca me dijeron ‘bienvenida al mundo del trastorno límite de la personalidad’, solo me metieron en una subárea de clínica especializada en borderline, me invitaron a los grupos de ayuda”.

Verónica también se atendió por primera vez en el Centro de Salud Mental de la universidad, en el 2014. Ella no estudiaba en el campus central y su escuela no contaba con atención psicológica, así que se trasladaba de una ciudad a otra para asistir a las consultas con un psiquiatra. Fue diagnosticada inicialmente con duelo patológico, se le prescribió medicación y no se sugirió que llevara acompañamiento terapéutico sino hasta un año después. Dejó de acudir al Centro y en el 2016 ocurrió un evento crítico, por el que reanudó terapia psicológica en los servicios universitarios y fue derivada con un psiquiatra privado; el diagnóstico era trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada. El terremoto del 2017 desató problemas difíciles de atravesar para su familia, cambió de residencia a una comunidad con acceso prácticamente nulo a servicios de salud mental y, posteriormente, regresó a vivir en la Ciudad de México. “Llevaba meses sintiéndome mal y valorando qué iba a hacer... Mi cuerpo y mi cabeza me decían: ya no podemos más, busca ayuda”.

Un día, transportándose en el metro de la ciudad, ocurrió una explosión en el vagón y quedó atrapada por algunos minutos junto con otros pasajeros. Al salir, “ya no sabía dónde estaba, el ruido del semáforo para cruzar, (la) sacó de (sus) casillas”. Una activista, que apenas conocía, acudió para auxiliarla en ese momento de crisis, Verónica le pedía: “llévame a un lugar donde me apaguen esto porque ya no puedo... pero no quiero que me internen”. Mientras se dirigían al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el conductor les advirtió que si entraban en ese estado la internarían y les sugirió dirigirse al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Llegaron a la sala de urgencias caminando, a Verónica le prescribieron medicamentos y se le planteó internamiento voluntario. Ella recuerda con indignación que el residente que la atendió le dijo: “tú, como las otras muchachitas, seguro es border; así llegan todas, como tú”, sin realizar una prueba, sin un test.

Una panorámica del trastorno límite de la personalidad y sus problemas

Cuando conocí a Lucía y Verónica no imaginé que en nuestras conversaciones, el TLP sería un componente primordial de sus relatos de vida ni que insistirían enérgicamente en abordarlo de manera crítica. Gracias a sus observaciones, reflexioné sobre algunos hechos relacionados con esta categoría diagnóstica, que es conveniente tener en cuenta para dimensionar las consecuencias que tuvo en sus vidas.

El Manual Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) es un documento de cabecera para orientar las prácticas, en el contexto clínico pero también en el educativo y legal, su uso se ha estandarizado. En el DSM-5, el TLP es clasificado como un trastorno de la personalidad; este grupo abarca varios trastornos que se expresan como patrones de percepción, cognición y acción “generalizados y duraderos que causan malestar significativo o deterioro funcional... prominentes, rígidos e inadaptados que deterioran el funcionamiento laboral y/o interpersonal” (Zimmerman, 2021a). Dentro del grupo, hay tres categorías de trastornos, la primera se distingue por parecer raro o excéntrico; la segunda, por su expresión dramática, emocional o errática; la tercera, por la presencia de ansiedad y miedo. El TLP se ubica en la segunda categoría y se define de la siguiente manera:

Se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad e hipersensibilidad en las relaciones interpersonales, inestabilidad en la imagen personal, fluctuaciones extremas del estado de ánimo e impulsividad.

Los pacientes con trastorno limítrofe de la personalidad tienen intolerancia a la soledad; hacen esfuerzos frenéticos para evitar un abandono y generan crisis, como hacer gestos suicidas de una manera que invita al rescate y al cuidado por otros (Zimmerman, 2021a).

El DSM-5 también recalca la complejidad de comorbilidades en pacientes con TLP, pues suelen tener otros trastornos, entre ellos, de ansiedad, de estrés postraumáticos, alimentarios y de abuso de sustancias.

Entre las conductas dramáticas, emocionales o erráticas típicamente asociadas al TLP se cuentan: sensaciones intensas de miedo e ira, difíciles de controlar y a menudo las demuestran de forma inapropiada (incluyendo expresiones de sarcasmo e injuria), temor al abandono, cambios drásticos y abruptos en la percepción de otros, en su imagen personal, en sus objetivos, pensamiento polarizado (ver las cosas en blanco y negro), sensación de vacío, sensibilidad extrema a tensiones con otras personas, autosabotaje, impulsividad, acciones autodestructivas y a veces síntomas psicóticos, como alucinaciones, episodios disociativos y pensamientos paranoides (Zimmerman, 2021a). Para diagnosticar TLP, el DSM-5 indica que el paciente debe mostrar un *patrón persistente* que contenga cinco o más de esos signos.

La descripción de manual se advierte débil en varios aspectos. Nociones como “patrón persistente”, “demostraciones inapropiadas”, “fluctuaciones extremas” e “inestabilidad” son huidizas, relativas a un punto de referencia que no se nos presenta nítido. Además, los cuadros clínicos posibles son múltiples y diversos que no parece tan sencillo establecer una delimitación, ¿hasta qué síntoma se satisface o se excede la descripción del TLP? Si bien se recomienda que el diagnóstico diferencial sea cauteloso y la experticia de los profesionales puede hacerlos más sensibles para discernir éste de otros trastornos con manifestaciones clínicas similares, es muy frecuente que el TLP se diagnostique erróneamente.

Hay un consenso amplio sobre la adhesión de la psiquiatría a los métodos médicos modernos, a esto se le conoce como el modelo biomédico y se puede adoptar en un sentido estricto o laxo. La interpretación fuerte del modelo dicta que la psicopatología debe entenderse en términos causales, como producto de anomalías en los sistemas neurobiológicos y como proceso patogénico corporal. En cambio, la interpretación débil no asume estos compromisos ontológicos, entiende a las enfermedades mentales como conjunciones de síntomas que *regularmente* co-ocurren y dependen de procesos neurobiológicos, pero no se presume que los sistemas de clasificación reflejen esas supuestas realidades físicas subyacentes. En una interpretación todavía más minimalista, Murphy refiere a las posturas de McHugh y Slavney, para quienes la enfermedad mental es esencialmente un recurso conceptual e inferencial.

Esta forma de pensar sobre las enfermedades prescinde de teorizar sobre las causas subyacentes de una entidad patológica en favor de una concentración en los fenómenos observables, no en las causas ocultas. Con todo, las enfermedades, entendidas como procesos destructivos, son las que constituyen los taxones de la medicina (Murphy, 2020).

En estos términos minimalistas se conciben a las psicopatologías en el DSM-5, como constelaciones de síntomas, es decir, como síndromes. Así, las personas que tienen en común un diagnóstico, por ejemplo, el TLP, probablemente compartan un conjunto de síntomas, pero ya que la lista es amplia y no tienen que expresarse todos, cabe la posibilidad de que no haya coincidencias en sus cuadros clínicos. Esto responde algunas dudas sobre la diversidad de experiencias que reportan las personas diagnosticadas con TLP; dado que el diagnóstico requiere la presencia de cinco síntomas de nueve enunciados, hay 256 combinaciones potenciales, algunos estudios sugieren que las variaciones son significativas para identificar subgrupos de TLP, lo cual tendría implicaciones relevantes para optar por distintas intervenciones terapéuticas (Antoine et al., 2023; Lenzenweger et al., 2008; Mosquera et al., 2011); por otro lado, un estudio con una muestra de ochenta y cuatro pacientes y una metodología de análisis que no parece tener precedentes (Hawkins et al., 2014), sugiere lo contrario y argumenta en contra de la existencia de configuraciones de síntomas que deban

ser abordados como subtipos de TLP, el mismo artículo menciona trece estudios anteriores que contribuyeron a considerar que el TLP es heterogéneo y de estructuras multidimensionales.

Ahora bien, ¿cómo se establece la frontera entre los patrones atípicos y los patrones psicopatológicos? Detectar “demostraciones inapropiadas” y “fluctuaciones extremas”, así como “patrones persistentes”, requiere algo más que reconocer comportamientos socialmente *desviados*; captar las alteraciones clínicamente significativas implica atribuir una *disfunción*⁵.

En el caso de los trastornos de la personalidad, los diagnósticos se basan en observaciones, pero no hay un estudio médico definitivo que arroje evidencia altamente confiable. Esto se debe a que existen algunas hipótesis sobre su etiología, pero la *estructura causal* de las psicopatologías permanece velada:

Ciertas personas pueden tener una tendencia genética para desarrollar respuestas patológicas a tensiones del medio ambiente [...] las alteraciones en las funciones de regulación de los sistemas cerebrales y de neuropéptidos también pueden contribuir, pero no están presentes en todos los pacientes con trastorno limítrofe de la personalidad (Zimmerman, 2021b).

La evidencia de síntomas clínicamente significativos de la que disponen los profesionales es, primordialmente, la *prueba conductual* que se presupone *predictivamente válida*. Esto quiere decir que el DSM-5, en términos prácticos, es un instrumento confiable en el campo psi porque las categorías suelen indicar concordancia entre información estadística y observaciones de casos clínicos concretos. El gran problema que persiste es la posibilidad de que los expertos en el campo, incluso los mejores, empleando sus herramientas más confiables para el diagnóstico, detecten un trastorno de personalidad *donde no existe*

⁵ Rashed (2019) explica que al modelo médico de discapacidad subyace una visión naturalista de las normas del funcionamiento físico y mental; un modelo sostiene que la función normal está determinada estadísticamente en relación a su contribución a la supervivencia y reproducción del individuo, mientras que otro modelo toma la función natural de un mecanismo como aquella para la que ha sido seleccionado evolutivamente. Así, se especifica la desviación de la función como *disfunción* física o mental. Pero esto no basta para delimitar qué rasgos atípicos deben ser tratados como psicopatológicos, “se requiere un componente evaluativo adicional, que consiste en la evaluación de esta disfunción como perjudicial a la luz de las normas personales, sociales y médicas” (M. Rashed, 2019, p. 34).

alguno. Es totalmente razonable que una persona *sana* reaccione de manera inapropiada y persistente a su entorno, además, en una forma indistinguible de cómo reaccionaría una persona con una *psicopatología*.

Estos problemas no son ajenos a la Asociación Americana de Psiquiatría, de hecho, el Grupo de Trabajo que se encargó de los Trastornos de Personalidad en el desarrollo del DSM-5, propuso una clasificación, que reducía la cantidad de trastornos a cinco, por ser los que tienen mayor evidencia empírica de validez y utilidad clínicas, lo cual no fue incorporado en la publicación del manual. También se diseñó un modelo de diagnóstico:

Cada síndrome es representado en un párrafo que describe en forma narrativa el prototipo de personalidad de que se trata. El clínico compara a sus pacientes con el prototipo y lo rotula en una escala de cinco puntos, desde 5 = muy buen ajuste, hasta 1 = muy poco ajuste (Florenzano & Guerrero, 2014, p. 44).

Se esperaba que esto aliviara algunos problemas de clasificación del DSM: “excesiva comorbilidad entre trastornos específicos, la heterogeneidad importante dentro de los trastornos, la inestabilidad temporal de los diagnósticos, la falta de límites claros entre personalidad normal y patológica, y la baja validez convergente y discriminante” (Florenzano & Guerrero, 2014, p. 45).

Quizás en otras ciencias este sea el menor de los males y podamos sentirnos satisfechos con que, dentro de las equivocaciones, haya algo de verdad en su estructura teórica, y mientras la actividad de la ciencia sea fructífera en términos prácticos, podemos obviar algunas consideraciones ontológicas y epistemológicas⁶.

⁶ Exploré una posición optimista afín, el realismo ingenuo, en mi tesis de licenciatura (B. Sánchez, 2022). Sin embargo, no es tan sencillo renunciar a compromisos metafísicos cuando pensamos que las categorías diagnósticas hacen más que relacionar datos y hacer predicciones; las nociones en el campo psi importan porque con ellas se ejerce control sobre la vida de personas y, además de clasificar, estigmatizan. La tesis de Nakaya (2021) presenta una postura naturalista y constructorista social interesante para tratar de dilucidar qué clase de tipo es la enfermedad mental. Aquí no profundizaré en ello, ya que solo me interesa enfatizar que el DSM-5 sigue siendo filosóficamente discutible.

Volviendo al TLP, su etiología se atribuye principalmente a estos factores:

Las tensiones durante la primera infancia pueden contribuir al desarrollo del trastorno fronterizo de la personalidad. El antecedente de abuso físico y sexual, abandono, separación de sus cuidadores, y/o pérdida de un padre durante la infancia es común entre los pacientes con trastorno limítrofe de la personalidad (Zimmerman, 2021b).

Algunas críticas al TLP especulan acerca de la prevalencia diferencial entre mujeres y hombres, que podría estar reflejando diferencias biológicas o socioculturales, o bien, sesgos de muestro y diagnóstico. Además, los síntomas del TLP podrían manifestarse en cualquiera, son reacciones que, hasta cierto punto, todas tenemos al pasar por dificultades psicológicas; Janet Wirth-Cauchon (2001) ha sostenido que el diagnóstico de TLP etiqueta los sentimientos y comportamientos socialmente producidos por la violencia y las expectativas contradictorias sobre el carácter de las mujeres. Por eso parece que el TLP ocupa un lugar ambiguo. “Los síntomas de las pacientes límite pueden leerse como signos de males culturales y sociales, a través de un análisis que los despatologiza y politiza, situándolos en un contexto más amplio de género y poder” (Wirth-Cauchon, 2001, p. 200). Sin embargo, incluso desde un punto de vista politizado y constructivista, Wirth-Cauchon no niega que hay personas cuyas vidas se ven dominadas por la persistencia y efectos profundos del sufrimiento real, y los males culturales y sociales no dan cuenta del porqué.

Desde hace algunos años, la investigación sobre la etiología del TLP adopta un modelo multifactorial, que entiende los síntomas como “producto final de una compleja mezcla de temperamento innato, experiencias infantiles difíciles y formas relativamente sutiles de disfunción neurológica y bioquímica (que pueden ser secuelas de esas experiencias infantiles o vulnerabilidades innatas)” (Bjorklund, 2006, p. 9). Una debilidad de este modelo es que carece de perspectiva de género, ya que no cuestiona los prejuicios hacia las mujeres integrados en el conocimiento psiquiátrico, ni la patologización de sobrevivientes de abuso sexual infantil. Con un enfoque feminista y antipsiquiatría, Shaw y Proctor (2005) argumentan que el TLP es una expresión del poder que se ejerce sobre las mujeres en una sociedad patriarcal, que patologiza sus estrategias de supervivencia y resistencia, las hace ver

como perturbadas porque su comportamiento amenaza el *statu quo*, cuando su angustia podría ser comprendida como respuesta natural a una realidad inaceptable.

El acto del diagnóstico psiquiátrico ignora el contexto de la angustia de una mujer al definirla como individualmente “defectuosa” [...] Mediante el diagnóstico del TLP, el daño y la disfunción se sitúan no en el sistema que lo produce sino en el individuo que lo experimenta (Shaw & Proctor, 2005, p. 488).

En este orden de ideas, los problemas del TLP se pueden agrupar en dos clases: aquellos relacionados con la construcción y uso de la categoría diagnóstica (orígenes históricos, sesgos, limitaciones) y aquellos sobre la causalidad y aspectos metafísicos (donde son centrales las discusiones sobre la importancia de las determinantes sociales de la salud mental).

Para poner en contexto el TLP y las vivencias de Lucía y Verónica, hay que tener en cuenta otros datos. En un comunicado de prensa, el gobierno mexicano dio a conocer que se estima que 1.5% de la población tiene TLP y la mayoría, entre el 76 y el 80 por ciento, son mujeres (Secretaría de Salud, 2018). Si bien esta afirmación es respaldada por la Secretaría de Salud, no se han publicado datos sobre su prevalencia en México. Por otro lado, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 70.1% de la población de mujeres de 15 años o más, reportaron haber pasado por al menos un incidente de violencia, con mayor prevalencia de la violencia psicológica, seguida de la violencia sexual y la violencia física (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021). De modo que ser mujer en México se relaciona con una alta probabilidad de experimentar abuso, violencia intrafamiliar, de género o política; la vulnerabilidad y la prevalencia se recrudecen según las características sociodemográficas de las mujeres (su edad, escolaridad, etnicidad, color de piel, situación conyugal, clase, etc.).

Se han llevado a cabo investigaciones que muestran fuertes asociaciones entre la violencia en la vida de las mujeres y su salud mental. Por ejemplo, se están consolidando proyectos acerca de la experiencia de violencia física por parte de la pareja como detonante

de ideaciones suicidas, arrojando luz sobre el fenómeno de los homicidio-suicidios (*homicide-suicides*), que ocurren cuando una persona aniquila a otra antes de que esta se quite la vida (Kafka et al., 2022).

En cuanto al Sistema de Salud Mexicano, un informe señala que “solo el 50% de las personas que buscaron atención especializada en salud mental, recibieron un tratamiento adecuado” (Organización Mundial de la Salud et al., 2011, p. 10). A esto, se suma que el modelo de atención se centra en el tercer nivel (del presupuesto asignado a salud, se destina un escaso 2% al rubro de salud mental y, de ese porcentaje, el 80% va a la operación de hospitales psiquiátricos) y más debilidades:

- A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención de la salud mental en México descansa en los hospitales psiquiátricos, en consecuencia los costos de atención resultan elevados y la mayoría de los esfuerzos (económicos, normas, etc.) no se destinan a los establecimientos del primer nivel de atención. El desarrollo del componente de salud mental dentro de los hospitales generales es muy escaso. Lo anterior imposibilita la detección temprana y continua de los trastornos mentales y del comportamiento [...]
- Los recursos humanos especializados en salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeros), que trabajan en el sector público, es reducido.
- Los servicios que existen están concentrados en las grandes urbes, lo cual dificulta el acceso a las poblaciones rurales e indígenas que suelen vivir en regiones distantes a estas ciudades.
- Existe un escaso contacto entre el sector salud y otros sectores en actividades relacionadas con la salud mental; por ejemplo, sólo 5% de las escuelas cuentan con un psicólogo y en pocas se desarrollan actividades de promoción de la salud y prevención de trastornos mentales. También son pocos los programas, destinados a que las personas con discapacidad mental, que puedan contar con un trabajo remunerado y con otras prestaciones sociales y legales (Organización Mundial de la Salud et al., 2011, p. 35).

Por eso, a pesar de mis compromisos naturalistas y optimistas sobre el desarrollo de la ciencia, valorar los supuestos problemáticos de las clasificaciones del DSM-5, la equivocidad de los diagnósticos, las debilidades de nuestro sistema de salud mental, la vulnerabilidad social de las mujeres en México y los prejuicios identitarios arraigados en la cultura misma, impuso salvaguardas en mi trato con Lucía y Verónica; ellas fueron diagnosticadas con TLP pero su autopercepción difiere del sistema de clasificación dominante y aducen buenas razones para ser reconocidas bajo otros conceptos o diagnósticos, experimentaron variedades de injusticias epistémicas y han desarrollado estrategias y redes de resistencia, por ello, aun teniendo en el panorama la mirada biomédica y “criteriológica”, he tratado de mantener una perspectiva intersubjetiva, que busca entender el malestar psíquico en su propio mundo, a través de interpretaciones de pacientes diagnosticadas con TLP, sus relaciones y conflictos interpersonales.

Lucía y Verónica

Lucía mencionó que a los cuatro y a los doce años estuvo expuesta a acontecimientos traumáticos de abuso por parte de pedófilos, integrantes de su familia. “En ese momento exploté, fue un proceso doloroso”, recuerda, y tuvo lugar un intento de suicidio. El sufrimiento que ella experimentaba era tal, que no podía nombrarse claramente y la empujaba hacia la autolesión y el suicidio.

Los médicos y enfermeras hablaron con ella tras la situación: “Eres muy joven, inteligente, muy bonita, eres delgada, eres rubia... ¿por qué te quieres matar?”, alimentando sus sentimientos de coraje, de soledad y vacío. “A una niña de doce años sabe qué le molesta, le molesta que la vean como solo un pedazo de carne”, dice Lucía. Sus años posteriores se caracterizaron por tener problemas de control y de rebeldía, también dice que hubo un periodo de desenfreno sexual.

Cuando le indicaron que asistiera a los grupos de ayuda para pacientes con TLP, no recibió formalmente un diagnóstico porque, ella supone, podía predisponerse. Así que hizo una búsqueda del diagnóstico y sentía que su cuadro clínico no encajaba, porque “había razones subyacentes a las cosas que hacía [...] sí hoy una persona que puede llegar a ser

agresiva, pero no soy agresiva irracional, sé decidir cuándo y con quién ser agresiva”. La pareja con la que se relacionaba, a raíz del diagnóstico, le decía que era una mujer manipuladora y comenzó a alimentar un relato autocompasivo: “mis exnovias están locas, he sobrevivido a mujeres con borderline”.

Tomaba quetiapina y clonazepam, sentía que no funcionaba el tratamiento farmacológico y acudía a sus citas con el psiquiatra, ella recuerda que “decía cosas bien torcidas, me decía ‘consíguete un novio que trabaje en una ONG porque esos son los únicos que tienen paciencia a las mujeres con borderline y son como almas caritativas”, además, percibió una visión fatalista y apesadumbrada del TLP, las sesiones incitaban sentimientos de pena, “como si fuera una especie de discapacidad psicosocial”.

Entrando a los veinte años, acudió con un psiquiatra que confirmó el diagnóstico de TLP al cabo de un par de sesiones, a diferencia de la primera clínica, él no realizó test de personalidad ni le solicitó un electroencefalograma. Constantemente, explica Lucía, le repetía: “acuérdate que las personas con borderline se imaginan cosas” y ella percibía que miraba lascivamente sus piernas; “sentí que estaba trabajando el terreno para ver si me podía hacer algo... y mientras me estaba viendo las piernas, me decía ‘todo está en tu imaginación’ y yo pensaba ‘no estoy psicótica, sé que estás haciendo esto’”. Lucía no mencionó que viviera una situación parecida en otro consultorio. En esta época, el psiquiatra aumentó la dosis de quetiapina que tomaba y cada mes la volvía a subir.

Una vez estaba tan drogada de quetiapina que me subí al metrobús, en Buenavista, y se me fue la onda, me desconecté y di como dos vueltas de donde el metrobús da la vuelta en Insurgentes. Es decir, me volví a subir a Buenavista y volví a bajar... y ya estaba así de “estoy en un loop temporal”.

Lucía no menciona con claridad cuándo, pero en su edad adulta fue violada e hizo una denuncia en el ministerio público, donde fue revictimizada. La persona a la que denunció trabajaba en la función pública y ella temía que tuviera los medios para atacarla; “tenía un mal viaje de ‘no vaya a llegar alguien de la Guardia Nacional y me vaya a matar’ o ‘es que

va a venir un militar a sembrarme marihuana””. Estaba frágil y sabía que medicarse no iba a cambiar el hecho de que las fuerzas del Estado son empleadas para vulnerar los derechos civiles; Human Rights Watch (2022) reporta que en México, soldados y marinos han realizado detenciones arbitrarias de civiles, inventan o “les siembran” pruebas, los amenazan, torturan o asesinan. Mientras me narraba estos acontecimientos, Lucía tuvo, lo que ella denominó, un ataque de agorafobia; dijo que estaba sintiendo miedo porque se veían las luces de una patrulla y el papá de su hijo estaba por salir, se mantuvo alerta por si ocurría algún abuso policial. La entrevista con Lucía tuvo lugar antes de que se desplegara a más de seis mil elementos de la Guardia Nacional en el metro de la Ciudad de México, para realizar tareas de vigilancia, lo cual fue rechazado ampliamente por los usuarios del transporte, ya que incrementó la percepción de peligro; el 20 de enero del 2023 la Red Feminista Antimilitarista se manifestó contra la orden emitida.

Dejó de ir con el psiquiatra. Durante su embarazo, menciona que una conocida le dejó un mensaje: “no deberías seguir con tu embarazo porque las personas con TLP agreden a sus hijos”, esa fue la única vez que la hicieron dudar de su capacidad para materner. Ella comenta que las mujeres con TLP son duramente juzgadas, se les cuestiona para qué tienen hijos si pasaron infancias tan duras, “piensan que no puedes hacer las cosas distintas, pero a mí se me da muy naturalmente, me gusta que mi hijo sea feliz”. Otra amiga le recomendó a una psicóloga feminista especialista en TLP y agendó una cita. Lucía estaba embarazada y experimentaba emociones diferentes, el malestar se había acomodado y la terapia removió traumas infantiles asociados con la pedofilia y el abuso, sembrando terrores sobre lo que le podría pasar a su hijo.

Empecé a soñar que menstruaba y decía “qué bueno, ya me bajó”, no me daba cuenta de que estaba teniendo un aborto en mis sueños. Y justo en mis sueños, me peleaba con los pedófilos de mi familia. Y dije: a ver, estoy embarazada, este es otro momento de mi vida, no sé por qué tengo que estar rascándole al trauma [...] ya está en el pasado y sigue siendo trauma, va a existir y tener su lugar, pero una cosa es el pasado y en el presente estoy embarazada.

La terapeuta, además, hizo comentarios sobre su vida sexual que la incomodaron. No continuó con ella pero siguió siendo usuaria de servicios de salud mental. Agendó cita con una psiquiatra, esta vez ya no buscaba un diagnóstico sino hacer algo por el bien de su bebé, ya que le preocupaba afectarlo por su miedo a estar en espacios públicos. Fue la primera vez que escuchó algo distinto a TLP, le planteó que su cuadro clínico encajaba mejor con el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y decidieron conjuntamente no llevar un tratamiento *integral*, sino atender síntomas que la estaban afectando más: la agorafobia, la depresión, el dolor nervioso y la taquicardia. La medicación fue regulada, pues se previó que amamantaría. Tomó propranolol y pregabalina. Nadie le había tratado el dolor del cuerpo ni la taquicardia, aunque se lo había informado a los psiquiatras; en seis meses de tratamiento dejó se sentirlo.

También le hicieron un test que confirmó la intuición de la psiquiatra: Lucía tenía más rasgos típicos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y algunos asociados con el trastorno del espectro de autismo (TEA). Para entonces, ella tenía veintisiete años, sin embargo, desde los doce había escuchado sobre el TDAH, porque algunos terapeutas lo mencionaron como hipótesis diagnóstica, que fue descartada porque su familia objetó: “cómo va a ser eso, solamente es floja” y decidieron no tratarla como paciente con TDAH.

El nacimiento de su hijo fue transformador, con el niño en brazos sentía paz y seguridad, afirma: “una de las cosas que pensé fue: todo el trauma se ve muy pequeño y lejano al lado de este bebé, de este bebé chiquito de cuatro kilos [...] ni todos los pedófilos del mundo le ganan a mi bebito”.

Si bien su segundo embarazo no ha sido fácil, se siente con estabilidad, Lucía agrega: “obviamente sigo teniendo problemas sociales”. Entre esos problemas, cuenta que ha increpado y agredido a acosadores en el transporte público: “cuando veo que están hostigando a muchachitas, les digo ‘oiga, viejo asqueroso, ¿no le da asco? Podría ser su hija. No me gusta, me pone muy nerviosa pelearme, pero no puedo evitarlo en un mundo tan hostil con las mujeres”.

También siente mucha rabia, sufre mucho por las injusticias, que otros normalizan pero ella no puede pasar por alto. Le genera enojo pensar, en el momento de nuestra

conversación, en la matanza de Acteal, en la pobreza, en la violencia estructural, la romantización de asesinos seriales, se exalta al contar que en una manifestación feminista fueron brutalmente golpeadas varias mujeres por parte de policías ministeriales. Ahora está embarazada por segunda vez y le enfurece recordar que golpearon a una manifestante embarazada y a sus hijos, dejando inconsciente a una niña de catorce años. El caso que narra ocurrió en Ecatepec, en septiembre del 2020, las afectadas fueron activistas, supervivientes, madres de mujeres asesinadas y sus hijos, que protestaban por la falta de justicia para las víctimas (Animal Político, 2020).

Aun con las emociones a flor de piel, mantiene la calma y añade: “guardo mis corajes para las cosas que necesito, ahorita estoy muy enfocada en hacer que mi hijo no crezca violentado”.

Verónica comienza a narrar su historia con los servicios de salud mental desde su segundo semestre en la universidad, fue derivada al Centro de Salud Mental porque no asistió tres semanas a clases, sin avisar a nadie. La alerta se activaron porque justo antes, su generación había perdido a un estudiante, por sobredosis. Al llegar al Centro, recuerda cómo se sentía el ambiente: hospitalario, limpio, higienizado, estéril, “era un espacio en el que te abrían, pero cuidaban que no sangraras”.

La primera consulta duró 45 minutos. El doctor preguntó por qué iba vestida así; ella usaba prendas tradicionales de su pueblo. “¿Por qué iba vestida así? Como si fuera una cosa a la que tenía que darle demasiada importancia. No tengo explicaciones de esto, así me visto”. Para salir del paso, respondió que era la costumbre, para conmemorar el aniversario luctuoso de su tío. Así, la primera sesión versó sobre la muerte de su tío y fue tratada como una paciente con duelo patológico.

Verónica ha tenido desde muy joven un metabolismo hepático atípico y sabía que no toleraba bien algunos medicamentos, pero no tenía conocimiento de que era intolerante a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que la sertralina y la fluoxetina le provocan intensas náusas y vómito. Por eso, cuando le recetaron fluoxetina, no dio réplica a la indicación. No se sugirió que recibiera acompañamiento terapéutico desde la primera sesión, sino casi un año después.

Platicó con sus padres acerca del diagnóstico y recuerda con dolor que su madre lloraba, decía que Verónica se inventaba la depresión y temía que se volviera adicta a la medicación.

Dado que tenía que trasladarse de una ciudad a otra, una vez a la semana, para asistir a las terapias y no había facilidades para justificar sus inasistencias, tomar clases en línea u optar por una estrategia de aprendizaje diferente, reprobó por faltas una asignatura.

En la primavera del 2016, falleció su padre tras una atribulada y extenuante temporada de cuidados paliativos en casa. El psiquiatra la refirió con una psicoterapeuta, describiéndola como una mujer muy buena en su trabajo porque “es casi como una mamá, dulce, tierna”. En la primera sesión, le planteó un ejercicio para simular que su padre le hablaba, que para Verónica fue irrespetuoso e inapropiado; después hizo un test de personalidad, revisando juntas el resultado, la terapeuta le dijo: “qué bueno que resultó esto y no otra cosa, porque de otro modo, significaría que te gustan las mujeres y eso no estaría bien, ¿verdad?”. A raíz de este comentario, que para Verónica sacó a relucir lesbofobia, no volvió al Centro; intentó continuar con la medicación pero los efectos secundarios le resultaron intolerables y la dejó.

En los meses siguientes el consumo de marihuana y LSD, que había sido esporádico, se volvió recurrente. Ese verano, Verónica no regresó a su tierra natal, como solía hacerlo en cada periodo vacacional. El hogar que conocía ya no era el mismo; ya no estaba su padre, figura de comprensión y aceptación incondicional, su hermana estaba en una relación violenta y se divorció, su madre adoptó una postura de control sin precedentes y entre las tres existían conflictos que originaban peleas. En agosto, a Verónica le detectaron un tumor pequeño.

En las noches, me empezaba a quemar, se inflamaba y se ponía morado. Tenía miedo. Me hicieron ultrasonido y dijeron que era pequeño como para preocuparse, pero creció en dos meses. Me *friquie* (sic) horrible, yo escucho la palabra “tumor” y siento que me voy a morir de cáncer, porque la única vez que pensé que todo iba a salir bien, mi papá se murió.

Al temor, se sumaba un dolor físico que ella describe como insoportable, debido a una fractura en el coxis de años atrás; además, la incertidumbre, porque esperaba una cirugía sin garantías de que el dolor parara, y la preocupación porque tenía que anticipar una decisión en caso de que se encontrara algo más que un pequeño tumor. Lloraba todo el tiempo, vivía angustiada y en noviembre estuvo lista para compartir con su familia la difícil decisión que había tomado: la voluntad de no llevar ningún tratamiento en caso de que fuera cáncer. Al llamarles, trivializaron la situación, interrumpiendo sus explicaciones para ponerla al día con los problemas en casa. Ella colgó, le mandó un mensaje a una compañera de la escuela que vivía en el mismo edificio: “ya no puedo más, ya no quiero, estoy harta”. También marcó al teléfono que era de su padre y, cuando nadie contestó, lanzó su celular. No recuerda qué pasó después.

Verónica tuvo una crisis con intento de suicidio, seguido de un apagón (*blackout*, se refiere a una pérdida de memoria).

Me desperté, ya no traía los pantalones de la pijama y estaba acostada sobre todo el vidrio que había en mi casa... los nudillos los tenía así (gesticula) porque rompí el espejo con mis manos, rompí los vasos, los platos, las veladoras, los floreros, todo lo rompí en un mismo lugar. Estaba acostada ahí y sangrando.

Solo pasaron cuarenta minutos para que llegara su vecina de edificio, la limpió y revisó sus heridas, había cortadas en su cuerpo pero ninguna era fatal. Verónica se reincorporó y envió un ensayo que tenía pendiente, en el correo explicó que se había retrasado porque tuvo una crisis. Al otro día, el maestro se acercó y dijo que era necesario buscar ayuda. Así que acudió con una psicóloga, en una institución universitaria hermana de la escuela en la que estudiaba, pues en esta no había servicios de salud mental.

La terapia se complicaba porque el consumo de sustancias persistía y los problemas en casa empeoraban, así que le propuso pedir ayuda de un psiquiatra. Verónica se negaba porque no quería tomar medicamentos, hubo diálogo y negociación en tres sesiones, hasta que aceptó acudir con otro profesional.

Primera sesión: hablamos 45 minutos, novecientos pesos la consulta. Me dice: “Te vamos a medicar y si sigues así, te vamos a dar otra cosa”. Yo decía dentro de mí: “¡Pregúntame! Pregúntame si quiero, pregúntame algo, pregúntame si me siento bien, si he tomado medicamentos antes, si tengo historial de adicciones, pregúntame lo que sea”.

Dos sesiones fueron suficientes para replantearse el propósito de ir con el psiquiatra. En la última sesión, le contó el historial de violencia que traía cargando, le platicó que difundieron sus fotos íntimas sin consentimiento cuando era menor de edad, que no cerraba esa herida porque las habían vuelto a circular en redes sociales, que su madre la había corrido de la casa después de la muerte de su padre por esas fotos; el médico, de inclinación psicoanalítica, pasó por alto lo dicho y redujo la explicación causal a la preeminencia del padre y el papel secundario de la madre en la formación de su carácter durante la primera infancia.

Seguía yendo con la psicóloga, bajo los efectos de alcohol o drogas. “No podemos seguir así, tienes que llegar en mejor estado, no tiene sentido la terapia cuando llegas así”, trataba de persuadirla, sin lograrlo. En ese momento, Verónica “rascaba la pared para sacar fuerzas... era la única manera en la que podía vivir”, consumiendo alcohol o marihuana. La psicóloga desestimaba la efectividad de los grupos de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos, así que no le planteó esa opción, sino que estableció que si no dejaba su consumo, ya no la atendería. Entonces llegó el terremoto.

Fue un duelo que me costó mucho atravesar porque se cayó la casa de mis abuelos, el lugar donde puedo decir con toda certeza que, hasta ahora, es el lugar en el que más feliz he sido en toda mi vida. Decía que cuando tuviera hijos, los traería a casa de mis abuelos y les enseñaría lo que mi papá me enseñó, lo que me hizo ser quien soy, lo que me hizo feliz y... de repente no había nada.

También repentinamente se convirtió en la principal cuidadora de su sobrino, un pequeño al que llevó a vivir a su casa por las dificultades que estaba pasando su hermana. “Mi roomie y yo le dimos de comer al niño, ni siquiera iba a la escuela, no estaba inscrito. Nos pedía pollo porque tenía semanas sin comer carne, cuando le cocinábamos el niño lloraba”. Sobre ella recayó el deber de salvar a su hermana, de hacerla salir de una relación violenta y regresar a casa.

Mi mamá y mi abuela decían: en tus manos está que salga de ahí, en tus manos está que el niño se salve. Nadie preguntaba cómo estaba ni cómo estaba llevando el duelo, ni por qué todo el tiempo les contestaba ebria ni por qué les mentía. Sólo era: tú tienes que sacarla, tú tienes que salvarla. Yo ya había pasado lo del tumor. Mi mamá me dejó sola el día de la biopsia.

Verónica lo logró, intervino y pagó las primeras terapias para rescatar a su hermana, pero ella misma seguía siendo un problema en casa porque no tenía el ánimo de convivir, siempre estaba de malas, por lo que regresó a la Ciudad de México sin tener claro qué sería de ella. Fue cuando ocurrió el accidente del metro y terminó en la sala de urgencias del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Dos recuerdos tiene ese día, que revive como pesadillas. El primero, que se sintió invadida al ir al baño, pues todos los sanitarios se cierran únicamente por fuera, el personal la escoltó, revisó y vigiló. El segundo, que bajaron de una ambulancia a una mujer joven, ensangrentada, se había tirado del techo y tenía fracturas expuestas; en la sala de espera hubo una discusión entre quienes la trasladaban y el personal del Instituto, porque no podían recibirla en tales condiciones, pero otros dos hospitales generales la habían rechazado porque argumentaban que primero debían controlar la crisis. Fueron cuarenta minutos, según recuerda, sumamente decepcionantes, actuaban como si no hubiera protocolos.

Cuando fue su turno, el interno le dio pastillas y argumentó que no podía darle un esquema farmacológico más integral o efectivo porque reportaba abuso de sustancias. Le planteó internamiento y presentó los requisitos, entre ellos, que llevara a una cuidadora de su

mismo género. “En el Nacional, aunque tú vayas en la peor crisis del mundo, gracias a Dios no te pueden internar si no firmas el consentimiento. Para mí, una joya, porque siento que en Fray Bernardino me hubieran internado sin más”. Consideró internarse, llamó a sus familiares y todos dieron excusas: “me dijeron que quedaba lejos, que no tenían tiempo y que no me podían ayudar... era un fin de semana y estaban viendo una película en su casa. ¿A quién más le podía marcar? No tenía a nadie”. Optó por llamar a su tío abuelo, a quien llama “papá”, él ofreció rutas para apoyar su decisión, cómo le haría llegar dinero para contratar a enfermeras que fueran sus cuidadoras, evitaría que su madre la visitara... Un residente se acercó a decirle “seguro es border” y fue razón suficiente para que no se internara.

De nueva cuenta en su comunidad de origen, visitó a un homeópata. Desde el 2017 ha habido iniciativas para ampliar la cobertura de servicios de salud mental en la región indígena de la que proviene, en años recientes se abrieron centros de salud mental que integran a psicólogos, homeópatas con diplomados en terapia y terapeutas alternativos; destaca que en el 2022 se inauguró una casa de salud comunitaria que retoma la cosmovisión y prácticas tradicionales de sanación, también llama la atención el difícil acceso a atención psiquiátrica, por la reducida cantidad de profesionales que tienen que rotarse en diferentes pueblos, los costos de la consulta privada y la escasez de psicofármacos, limitados en farmacias a las opciones de patente (más costosas) o a presentaciones cuya concentración no corresponde con las dosis indicadas. La homeopatía sigue siendo una opción a la que recurre una buena parte de la población, además se distingue de la medicina alópata porque las consultas suelen durar varias horas, los pacientes se sienten escuchados, en confianza y establecen vínculos duraderos. Verónica tiene una formación sólida en ciencias y desestima la efectividad de la homeopatía, pero en un momento de desesperación, fue el recurso que tenía más próximo.

El homeópata preguntó sobre sus molestias, físicas y mentales, registraba cálculos en un cuadro siguiendo un tabulador. Ella externó que se sentía molesta con su familia, también que tenía dolor corporal que no cesaba y parálisis; el médico dijo que todos esos problemas de derivaban de la muerte de su papá. Verónica no da crédito de cómo todos sus problemas parecían ser razonables a la vista de otros, por el fallecimiento de su padre.

De vuelta en la Ciudad de México, fue al Instituto Nacional de Psiquiatría; el proceso para ser atendida es muy largo y burocrático (preconsulta, valoración, estudio socioeconómico, segunda valoración y dictamen), sin embargo, para ella fue más rápido por haber llegado a través de urgencias. El dinero no le alcanzaba para ir a psicoterapia, así que solo iba a las citas bimestrales de psiquiatría; en el Instituto le ordenaron un electroencefalograma y arrojó que tiene una estructura cortical distinta, relacionada con depresión y con patrones de inflamación. La residente que hizo la prueba, la derivó a la clínica de TLP, donde tomó terapia grupal con enfoque dialéctico-conductual.

En su estancia en la clínica, tomó quetiapina, que la hacía dormir en exceso y vomitar varias veces al día, pese a sus efectos secundarios creía que era preferible para no sentir dolor.

Estuve tomando un medicamento que solo me dormía y me causaba mucho malestar. Un día me puse tres horas a buscar la fórmula y documentar en qué se he usado. A partir de eso decidí si iba hacerlo y una de las cosas que me ayudó a tomar la decisión fue un foro de Reddit, donde una morra contaba que la alimentación le había ayudado mucho. Entonces lo tomé y con cambios en la alimentación me fue muy bien.

La terapia estaba siendo efectiva. Su hermana, quien ya “había pasado por su propio proceso”, le brindó ayuda: “un día, me mandó mensaje, me pedía perdón por no haber estado ahí, por no haberse hecho cargo, por no haberme cuidado y haber influido para que mi mamá no me creyera ni me cuidara”. Sus primos, quienes no acudieron a su primer llamado de auxilio, también tuvieron experiencias críticas y comenzaron a ser más empáticos. Además, estableció una red de apoyo a través de la organización Ola Violeta. Volvió a tener una crisis suicida, al hablar de ella lo hace tranquila, en un tono de aceptación diferente a cuando habla de la primera. En esta, se comunicó con la organización y estuvo acompañada, le enviaron un botiquín de primeros auxilios, “como de... a lo mejor no podemos evitar las autolesiones, pero podemos ser gentiles con el cuidado”.

Estalló la pandemia y tuvo que dejar la Ciudad de México, por lo que no terminó el proceso de terapia grupal. De regreso en su comunidad, se hicieron más severos los síntomas

de patologías autoinmunes y dolor crónico, se embarcó en una odisea por comprender la enfermedad idiopática que padece, trasladándose a otras ciudades para visitar a especialistas, hacerse exámenes de imagenología y, simultáneamente, trataba de concluir su tesis e ingresar a un posgrado. Los medicamentos indicados por el neurólogo le quitaban el sueño y el dolor no le daba tregua. Para lidiar con la presión y el aislamiento social, buscó a una psicóloga que da terapia narrativa; ya no buscaba un diagnóstico, sino apoyo en los procesos complejos que estaba viviendo.

La primera consulta duró cuatro horas y media, Verónica afirma con incredulidad, la psicóloga le hizo preguntas que nadie había hecho antes: “¿cuál es tu historia con la psiquiatría? ¿qué terapias has tomado? ¿qué medicamentos te han dado? ¿dónde te has atendido? Cuéntame todo... se me hacía super raro que quisiera todos los detalles”. Ella habló con confianza y recuerda hasta los gestos de su interlocutora, que se mostraba interesada por escucharla. Al cabo de la sesión, la psicóloga la invitó a leer un artículo y ver una ponencia de mujeres psiquiatras; ambas hablaban de lo mismo: autismo y mujeres. “Sentí que estaban hablado de mí, les dije ‘¡gracias!’”, expresa Verónica. En la siguiente sesión, la terapeuta le dijo que le había sugerido esos archivos para presentarle la posibilidad de que su diagnóstico de TLP fuera erróneo, planteándose de una manera no invasiva; le hizo unas pruebas y fue diagnosticada con trastorno del espectro de autismo (TEA). Verónica recuerda que fue:

Un proceso más de autorreconocimiento, no de que solo ella me etiquetara, sino que realmente yo me proyecté y no me sentía sola, somos varias mujeres en distintas geografías y con distintas experiencias [...] Llegó a mí esa luz de entender que nunca había sido el problema [...] Para mí fue como plantarme en el mundo y decir: ¿sabes qué? Yo no voy a cambiar esto porque es algo que no puedo cambiar y que a mí no me conflictúa [...] Es una manera de habitar el mundo que no necesariamente es un problema.

¿Qué patrones en las experiencias de Lucía y Verónica, pudieron haber observado o no los familiares, los especialistas y ellas mismas, que les llevaron a pensar que algo estaba mal y debía abordarse en el sistema de salud mental? ¿Cómo se detecta la psicopatología? ¿Qué reacciones socialmente inapropiadas se vuelven clínicamente significativas? Estas

interrogantes me han guiado para reconstruir las historias de vida detrás de los cuadros clínicos de las entrevistadas.

En los siguientes capítulos presento una interpretación de sus experiencias a través de dos filtros: el prototipo de personalidad del TLP según el DSM-5 y su modelo diagnóstico, y la “gramática” de las injusticias epistémicas. La interpretación no es, por supuesto, una ratificación ni auscultación de los diagnósticos de Lucía y Verónica; mi propósito es identificar cómo podrían encajar las piezas para armar el rompecabezas, con la ventaja de que he dado un vistazo a aquellas que en terapia o en las consultas psiquiátricas estaban ocultas, no se expresaron o no sobresalieron.

INJUSTICIA HERMENÉUTICA Y TLP

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, se menciona que “los abusos físicos y sexuales, la negligencia, los conflictos hostiles y la pérdida temprana de los padres son más frecuentes en los historiales infantiles de las personas con trastorno límite de la personalidad” (American Psychiatric Association, 2013, p. 665). Un estudio colaborativo, con pacientes de varios sitios, mostró que el diagnóstico de TLP está asociado con el abuso y la negligencia infantil más que cualquier otro trastorno de la personalidad (Battle et al., 2004; Yen et al., 2002). La literatura, incluyendo algunos artículos citados a lo largo de este trabajo (Mosquera et al., 2011), evidencian un patrón acerca de los pacientes con TLP: pasan por infancias y adolescencias desafiantes, pero generalmente son diagnosticados en la temprana adultez, siendo adultos jóvenes con “episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y altos niveles de consumo de recursos sanitarios y de salud mental” (American Psychiatric Association, 2013, p. 665). A estos signos se suma lo que Mosquera (2004) ha escrito detalladamente como falta de autoconocimiento, la sensación subjetiva de incertidumbre y la búsqueda angustiante de *identidad* en pacientes con TLP.

En los blogs y grupos de Facebook de “Comunidad Borderline” abundan relatos, predominantemente de mujeres, sobre los obstáculos que encuentran para presentar su experiencia del malestar como algo real e inteligible. Un registro de la usuaria con alias Antropóloga Trastornada, ilustra la constante:

Durante la mayor parte de mi vida, mi relación con mi diagnóstico es inexistente. Sufría, fui algunas veces al psiquiatra, tomé alguna que otra pastilla, me sentía un poco rara y diferente, no sabía bien por qué algo no me terminaba de cuadrar. Pero, oye: NO ME PASA NADA. Varios psiquiatras me han visto, nadie parece darle demasiada importancia a lo que me pasa. De hecho, yo misma no sé bien qué me pasa. Sea lo que sea, no tiene importancia. Estos señores no indagan mucho en mi vida, no me dicen nada. Ni siquiera sé por qué voy (A. Trastornada, 2018b).

¿Podríamos estar frente a una clase de injusticia epistémica? ¿No poder nombrar el malestar, no poder dar sentido a rasgos de la propia identidad por el hecho de no recibir un diagnóstico temprano, podría revelar injusticia hermenéutica? Estas interrogantes brotaron en el curso de las entrevistas, motivadas por las críticas de Lucía y Verónica a la investigación y servicios de salud mental.

Las preguntas anteriores, planteadas de manera tosca, pueden conducirnos a respuestas apresuradas y superficiales. Antes bien, tendríamos que problematizar la relevancia que tienen los procesos identificatorios por vía del diagnóstico y los procesos de subjetivación contemporánea a través de las instituciones psiquiátricas.

En los siguientes apartados desarrollo un argumento para demostrar que la ausencia de diagnóstico puede generar variedades de injusticia hermenéutica que no encajan con la definición de Fricker (2017), pero que emergen al adoptar un enfoque diferente. Además, sostengo que la llegada del diagnóstico no resuelve los problemas, ya que puede dar paso a variedades de injusticia testimonial. En este capítulo me enfoco en la injusticia hermenéutica y, en el siguiente, en la injusticia testimonial.

Yo y *mi* diagnóstico

La relación del sujeto contemporáneo con *su* psicopatología es de un tipo histórico singular, diferente al pasado. El desarrollo de la psiquiatría como especialidad de la Medicina, afiliada a la rama de las ciencias, afianzó un modo de ver a las enfermedades, desórdenes o condiciones mentales como “cosas” que las personas “tienen”. El proceso *lógico* de construcción del objeto de estudio de la psiquiatría, se entiende como una abstracción. Para Peirce, referido por Rashed (2020), por medio de la abstracción se pasa a considerar algo, independientemente de sus asociaciones y atributos. La abstracción es hipostática, cuando la relación entre predicados y sujetos se vuelve una relación entre dos sujetos; esta operación ocurre, por ejemplo, cuando pasamos de “el agua es transparente” a “la transparencia del agua”, así, algo que primero se considera una propiedad (“es transparente”), se separa e hipostasias como algo en sí mismo (“la transparencia”).

El diagnóstico médico es una forma de abstracción hipostática que permite *desintegrar* la unidad compleja de la “persona enferma”, para tomar la “enfermedad” como una cosa a tratar, asumiendo que la condición no es parte de la persona. Esto es central para concebir su recuperación o cura, pues permite adoptar una actitud hacia el problema para intentar abordarlo objetivamente; así, en oncología, no se habla de “luchar contra sí mismo” sino de “luchar contra el cáncer”. Rashed (2020) sostiene que el estatus de la psiquiatría como especialidad médica, con enfoque científico distintivo frente a otras aproximaciones al sufrimiento humano, depende de su capacidad de hacer abstracciones hipostáticas, es decir, de *emplear* categorías diagnósticas.

Valsiner (1999) llama, desde otro campo de estudios, “entificación” a estas operaciones de conversión de descripciones de procesos a entidades causales. Pone como ejemplo la noción de “aprendizaje”; para explicar los logros de un organismo, al principio empleamos descripciones como “lo intenta”, “se retroalimenta”, “vuelve a hacerlo de manera diferente”, y una serie de enunciados que dan cuenta del proceso de avance hacia un nuevo estado.

Como la descripción verbal repetida del proceso es engorrosa, se le asigna una etiqueta genérica: "aprendizaje". Al principio, esta etiqueta es meramente descriptiva; es una referencia abreviada al proceso que representa. Sin embargo, su uso en el discurso pronto le lleva a adquirir un nuevo matiz (sobrante): pasa a utilizarse como entidad causal (por ejemplo, "el niño adquiere la habilidad X mediante el aprendizaje", o "el aprendizaje provoca el desarrollo") (Valsiner, 1999, p. 7).

Un ejemplo paralelo es que existe un mundo afectivo que puede ser caracterizado con descripciones como “tiene problemas para sacar provecho de sus habilidades”, “recurre al pensamiento mágico”, “siente que pierde el control”, “le aterra ser traicionada o abandonada”, o bien puede entificarse con una etiqueta: TLP.

La abstracción hipostática o la entificación son operaciones meramente lógicas y/o semánticas. Valsiner (1999) alerta sobre los riesgos metodológicos de la sobreimposición del

lenguaje sobre los procesos dinámicos del desarrollo (con campos semióticos nebulosos), cuya naturaleza contrasta con el uso estático de las etiquetas. Rashed, por su parte, recalca que debemos ser cautelosos con sus implicaciones ontológicas, es decir, aunque en el pensamiento podamos concebir por un lado al agua y, por otro, a la transparencia, o a las personas y a las enfermedades, como cosas separadas, esos objetos solo son reales ocasionalmente. Uno de los temas que se trabajan desde la filosofía de la psiquiatría es, precisamente, el estatus de realidad y científicidad de las enfermedades mentales, que no abordaré en esta tesis⁷.

Vale la pena aclarar que las abstracciones no impactan únicamente en el orden del pensamiento, sino que se incorporan en las prácticas institucionalizadas de clasificación de individuos. No es lo mismo clasificar objetos de acuerdo con sus propiedades, que clasificar a personas según categorías diagnósticas; las categorías humanas son interactivas. Refiriendo a los planteamientos de Ian Hacking, sobre el efecto bucle de la clasificación, Zenia Yébenes afirma que:

La pretensión normalizadora de la medicina, aunada a la emergencia de la estadística y las políticas de salud pública, clasifica a las personas a través de categorías médicas. No es que una determinada clase de sujetos ya existente comenzara a ser reconocida por los científicos y expertos, sino que esa clase de sujetos “viene a ser” al mismo tiempo que la propia clase o categoría es formulada [...] Es decir, nuestra manera de ser y de actuar, nuestra subjetividad y nuestras acciones no son independientes de cómo somos descritos y clasificados (Yébenes, 2022, p. 2).

⁷ *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (Fulford et al., 2013) es un libro que presenta un panorama amplio y actualizado de problemas filosóficos de la psiquiatría, en el que convergen miradas desde la filosofía antigua, la fenomenología, la filosofía de la mente y la filosofía de la ciencia. Esta obra es interesante porque se deslinda de proveer “fundamentos” y grandes teorías, tampoco trata de definir de una vez por todas qué es la enfermedad mental, en lugar de eso, plantea un abordaje “responsablemente orientado al producto” y augura que este será el camino para las futuras investigaciones en el campo. La responsable orientación al producto busca atender cuestiones conceptuales y empíricas que surgen de los problemas *del día a día* en la investigación y la práctica en salud mental. Abrazando esta determinación pragmática, prioricé algunas discusiones y descarté otras, tomando como brújula la experiencia centrada en los contextos de cuidado y la responsable orientación a producir una caja de herramientas para evaluarlos y mejorarlos. La Enciclopedia Stanford tiene una entrada sobre los principales problemas filosóficos relacionados con los trastornos mentales (Radden, 2023).

Al constituir categorías, se legitiman formas de sufrimiento como *condiciones* problemáticas, estableciendo así objetos que uno puede “tener” o no, vinculados con sistemas de prácticas para su manejo en un marco médico. Dicho de otro modo, el efecto bucle nos hace ver que las enfermedades mentales no son simplemente objetos que uno puede adquirir o no, con *independencia* de las categorías diagnósticas que las legitiman.

De alguna manera están entretnejidos la popularización de diagnósticos y el despliegue de posibilidades de *tener*, *ser* y *hacer*. El lenguaje de la psiquiatría ha entrado a nuestras conversaciones cotidianas y al hablar de enfermedades mentales, las personas no solo dicen que “tienen” una experiencia concreta a la que se refieren los diagnósticos; además de decir “*tengo TDAH*”, también dicen cosas como “*estoy ansiosa*” o “*soy bipolar*”. Brinkmann identifica, a través de estas expresiones lingüísticas, tres aspectos de cómo se experimenta una condición mental: el de la entidad, la identidad y la acción.

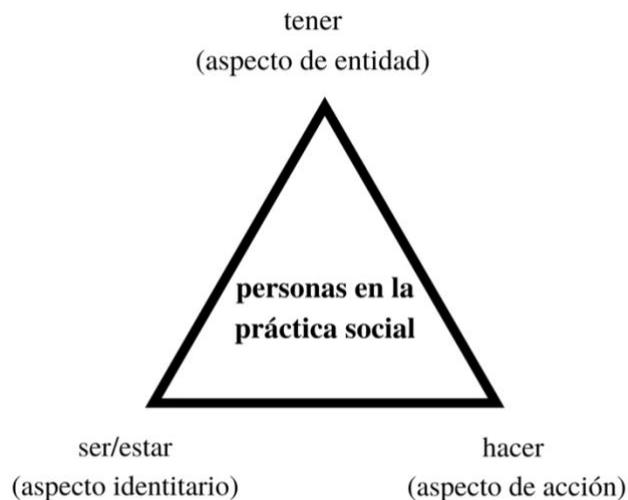


Diagrama 1. Modelo heurístico para el estudio cualitativo de cómo se viven las enfermedades mentales.
Fuente: Brinkmann (2016, p. 30). Traducción propia.

En lo cotidiano, podemos decir que una persona *tiene* o no una enfermedad mental, como si dijéramos que *tiene* o no un paraguas. Al hablar de esta manera, los diagnósticos son tomados como entidades, tal como tomamos a las enfermedades somáticas: tener una

fractura, tener un tumor, tener TLP. Por supuesto que la semejanza no es exacta. El dolor abdominal severo y las náuseas, pueden ser síntomas de un problema subyacente que los causa; entonces se diría que alguien tiene apendicitis. Existe una relativa diferencia entre los síntomas y la enfermedad somática. Pero no es el caso cuando nos referimos a muchas enfermedades mentales, de las que no se han identificado con claridad biomarcadores, de modo que cuando alguien tiene un trastorno, frecuentemente se identifica únicamente con los síntomas; decir que Guadalupe tiene trastorno de estrés postraumático no parece sustancialmente algo distinto que decir que tiene pesadillas y problemas para dormir, tiene miedo y tristeza de manera continua e intensa, tiene ataques de rabia, tiene recuerdos recurrentes e involuntarios, etc. Concibo algunas preguntas que podrían develar el iceberg bajo este aspecto; algunas de ellas requieren más investigación empírica: ¿Cómo afecta la temporalidad a las categorías con las que hablamos de las enfermedades mentales como cosas que *tenemos*? ¿Un individuo diagnosticado con TEPT, tiene un trastorno todo el tiempo, en todas las circunstancias de la vida? ¿Son condiciones reversibles o solo tratables? Y otras, ameritan una exploración filosófica profunda: ¿Bajo qué condiciones es apropiado abandonar el lenguaje descriptivo de los procesos dinámicos de la vida, rica en significados nebulosos, para “entificar” una categoría? ¿Qué posibilidades de ser y hacer se le presentan al individuo cuando su malestar se atribuye a que *tiene* una enfermedad mental?

Por ahora, me centraré en los otros dos aspectos que señala Brinkmann. La etiqueta diagnóstica se ha convertido en una fuente de identidad en la cultura moderna, ya sea de manera transitoria o crónica. Svend Brinkmann (2016) realizó trabajo de campo con adultos diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y reconoció que hablaban de sí mismos como “soy *ADHDer*” por las siglas en inglés, que en español equivale más o menos a “soy hiperactivo”. Navegando por grupos de Facebook, he encontrado que una minoría de pacientes diagnosticadas con TLP se refieren a sí mismas como “soy borderline”, “soy TLP”. Contrasta con las expresiones de activistas autistas organizados, por ejemplo, el Pronunciamiento de la Comunidad Autista Peruana en Primera Persona Frente a la Reformulación de la Ley TEA, comienza con la frase: “Nosotros, los autistas”. “Obviamente, muchas otras categorías también son importantes a la hora de enmarcar las identidades de las personas (como madre, padre, estudiante, desempleado, divorciado, etc.),

pero el diagnóstico entra en la autocomprensión de las personas como un componente significativo” (Brinkmann, 2016, p. 31).

¿Qué tan relevantes llegan a ser los procesos identificatorios por vía del diagnóstico? Una respuesta plausible pero apresurada sería que el lenguaje diagnóstico es un recurso con valor terapéutico porque ayuda a externar lo incomprensible de los problemas personales. Brinkmann ha teorizado rigurosamente al respecto, y de acuerdo con él, la demanda del propio diagnóstico no solo responde a la expansión de la psiquiatría, sino a un acontecimiento más trascendente: el desarrollo de culturas diagnósticas. En otros tiempos, los conceptos religiosos fueron articuladores de la identidad, de las relaciones con el sufrimiento y con los demás; el auge de la civilización post-secular ha dado lugar a que la cultura religiosa sea desplazada y sustituida por la invocación de diagnósticos, que son usados como mediadores semióticos para la autocomprensión; nos miramos a nosotros mismos y al sufrimiento bajo la luz de categorías psiquiátricas.

De esta manera, los diagnósticos han dejado de ser meros objetos epistémicos⁸ especializados para el campo psi y se han integrado a nuestros recursos hermenéuticos colectivos. El lenguaje diagnóstico ya es una hebra del tejido cultural que conecta a grupos con características e intereses compartidos, que encuentran consonancia en algunas experiencias sobresalientes de sus vidas pese a su diversidad geográfica y sociocultural. Queda claro que “independientemente del valor de verdad de la comprensión biomédica [de las experiencias vitales desafiantes], esta tiene una serie de efectos sobre cómo se utiliza el diagnóstico para mediar en la autocomprensión de las personas diagnosticadas” (Brinkmann, 2016, p. 67).

Un uso frecuente del diagnóstico es que media la comprensión del sujeto con respecto a sus propios comportamientos problemáticos, brindándole una explicación con potencial de alivio. Verónica lo experimentó así:

⁸ Llamo “objetos epistémicos” (OE) a los objetos de conocimiento que anidan lo que se sabe, ya sea en forma de un esquema de categorías, un dispositivo, una teoría, etc. Me apego a las consideraciones de Knorr-Cetina (1999) sobre los objetos epistémicos y su característica falta de exhaustividad (*lack of completeness*), que exhibe lagunas en el conocimiento, detonan interrogantes y mantienen al objeto en constante evolución. Los OE tienen detrás de sí una historia de configuración e impugnación colaborativa, integrada en “marcos de acción que rigen comunidades de práctica específicas” (Khazrae & Gasson, 2015, p. 139).

En ese momento [su primera consulta psiquiátrica] yo estaba rascando la pared, intentando agarrarme de algo, porque estaba sola, no conocía a nadie, no tenía a nadie... Había un señor frente a mí, en un consultorio, con su sonrisota hasta acá [gesticula] que me dice: “es que es duelo patológico”. Y yo dije “sí, a huevo, es eso” [entona con euforia].

Ella buscaba encarecidamente un significado a lo que estaba viviendo, su afán era motivado por el reclamo profundamente humano de dotar de sentido a aquello que no parece tenerlo.

Otro uso del diagnóstico es la mediación autoafirmativa; a través de la etiqueta varios fenómenos de la vida se convierten en síntomas, incluyendo rasgos que se considerarían funcionales y otros que no encajan del todo con el cuadro clínico. Brinkmann reconoció este uso en personas diagnosticadas con TDAH, yo no lo identifiqué en las entrevistas ni en las redes sociales de la “Comunidad Borderline”.

La tercera forma en que suele invocarse un diagnóstico es para deslindarse de responsabilidades, o mejor dicho, para transferir la responsabilidad de la persona como sujeto volitivo, al trastorno. En el caso del TLP, ocurre algo similar a lo que pasa con el TDAH y varios trastornos: aun sin haber sido diagnosticados, es común ver que algunos individuos les atribuyan rasgos “indeseables” de su personalidad.

El diagnóstico puede invocarse como mediador semiótico que permite a la persona distanciarse de su propia agresividad y frustración, lo que lleva a restar importancia a un conflicto, porque la culpa no se confiere ni al ego, la persona en sí, ni al alter, la otra persona en un conflicto [...] sino a la entidad TDAH interior, lo que lleva a un mayor control personal en este caso (Brinkmann, 2016, p. 72).

Actualmente, para Lucía y Verónica no tiene sentido usar el TLP de manera autoafirmativa ni eximitoria, porque cuestionan la precisión del diagnóstico recibido. Pero sí se perciben otras prácticas discursivas que transmiten el impacto que tuvo en sus vidas.

Haber podido recibir un diagnóstico les permitió obtener algunas “ventajas”, principalmente relacionales, ya que la categoría se convirtió en un vehículo legítimo para comunicar sus aflicciones y justificar ante otros lo difícil que les resulta hacer cosas que para la mayoría no requieren un gran esfuerzo. Esto propició también la creación de nuevas relaciones, con otras mujeres que tenían experiencias más o menos parecidas, con quienes compartían sus sentires y vivencias. Además, propició hábitos de investigación y registro de sus emociones, como menciona Verónica:

Aprendí a leer manuales y artículos educativos [...] Ya sé, aceptando mi diagnóstico de TLP pero también saboteándolo. Me puse a leer *papers* de estudios sociales de la ciencia y un clic me llevó a otro, y leo un *paper* que se llamaba algo así como “teoría de la construcción del diagnóstico de TLP” y hablaba sobre cómo se construía el diagnóstico por la condición de mujer, que muchas de las diagnosticadas en realidad tenían TEPT como consecuencia de la violencia sexual y pensé “esto sí me suena”.

La ventaja material que trajo consigo el diagnóstico, fue el acceso a terapias grupales con enfoque dialéctico conductual y, en el caso de Verónica, el apoyo económico de su madre para atender su salud mental, lo cual contrasta con las desventajas que vivió en la universidad: sin apoyos ni bajas justificadas para asistir a las sesiones de terapia, su inasistencia a clases condujo a que se le negara el derecho a exámenes ordinarios y no se buscó una estrategia educativa que atendiera sus barreras para el aprendizaje y la participación.

La terapia dialéctico conductual (DBT por sus siglas en inglés) se desarrolló para abordar a personas con conductas autolesivas e intentos de suicidio y ha ganado terreno en la clínica como guía para la intervención, ya que es un abordaje basado en evidencias. Se basa en la terapia cognitivo-conductual y reconoce sus obstáculos: los pacientes no se apegan al tratamiento porque son invalidados, confrontados o responsabilizados. En respuesta a ellos, enfatiza la importancia de crear ambientes de validación, entendimiento, trato cálido y entrenamiento de habilidades, por lo que retoma elementos del budismo zen, estrategias de *mindfulness* y la filosofía dialéctica.

La DBT establece a la *desregulación emocional* como la base de la etiología del TLP. Esta desregulación se define como la incapacidad –incluso cuando se intenta seriamente– para cambiar o regular las claves, las acciones y las respuestas verbales y no verbales emocionales cuando es necesario (Mosqueda, 2021, p. 16).

Además plantea que el TLP es el resultado de la interacción prolongada de vulnerabilidad emocional y ambientes invalidantes. La vulnerabilidad emocional es un factor ligado a lo biológico, con la alta sensibilidad a estímulos, alta reactividad emocional y lento retorno a la calma. Estos rasgos configuran dificultades cuando se crece en un ambiente invalidante, definido como: “Un contexto en el que recurrentemente se responde en forma inapropiada a las experiencias privadas, donde se minimiza, trivializa o se responde de una manera extrema a la comunicación de preferencias, pensamientos y emociones” (Mosqueda, 2021, p. 17).

Este modelo biopsicosocial no es incompatible con la definición del DSM, mas es claro que acentúa la raíz del trastorno en los procesos de socialización infantil, que no contribuyen a que el niño confíe en y module sus respuestas, tolere el malestar y fracturan su capacidad de interpretar la experiencia subjetiva de sus emociones. La DBT fue propuesta por Marsha Linehan, psicóloga clínica e investigadora, diagnosticada erróneamente con esquizofrenia; sus investigaciones son en gran medida producto de haber experimentado en primera persona el TLP y de reconocer la ineficacia de los enfoques terapéuticos convencionales, incluyendo la hospitalización (Linehan, 2020a).

Verónica cuenta acerca de la terapia DBT, que aprendió que “la vida que vale la pena vivir no puede construirse a través de aumentar el autoestima para que te sientas bien, porque el autoestima depende mucho de las personas que están afuera; sino de aprender a validarte, a validar tus emociones”.

Todavía, cuando enfrenta momentos difíciles, recurre a estrategias de regulación emocional y para comunicar lo que siente. Me mostró brevemente cómo se realiza un

ejercicio de *mindfulness* y uno de descripción exhaustiva de situaciones, para enfocarse en el aquí y ahora.

En este apartado he tratado de construir un argumento narrativo propio para mostrar que en la actualidad, las vidas se imaginan y organizan recurriendo a unidades de sentido que proporcionan las categorías diagnósticas. *Las condiciones de inteligibilidad de la experiencia están determinadas histórica y culturalmente*. En palabras de Brinkmann, los diagnósticos representan “anclas que de algún modo prometen solidificar las experiencias de sufrimiento de las personas en una situación cultural que Bauman ha descrito como modernidad líquida” (Brinkmann, 2016, p. 84).

En concreto, para varias mujeres que viven con sentimientos *crónicos* de vacío, de inestabilidad en su autoimagen, recibir el diagnóstico de TLP marca un antes y un después.

Empiezo a enterarme de qué iba mi vida [...] Durante la mayor parte de mi vida, mi relación con mi diagnóstico es inexistente [...] me agarré a un clavo ardiendo, me agarré al diagnóstico y decidí investigar por mi cuenta. Leí sobre el TLP y cada vez lo tenía más claro: esa era mi etiqueta. Me di cuenta de que únicamente centrándome en la etiqueta podía dar sentido a mi vida [...] ahora mismo solo intento sobrevivir, y cada vez que profundizo leyendo sobre el TLP me conozco mejor. También me doy cuenta de que lo que me pasa es mucho más duro y grave de lo que yo imaginaba. Nunca me habría dado cuenta de ello sin el diagnóstico (A. Trastornada, 2018a).

Muchas críticas se han hecho a este sistema de significados, a la construcción de subjetividades psiquiátricas y, en general, al ejercicio del poder sobre la vida en las sociedades occidentales. Más allá de Foucault, algunos intelectuales contemporáneos han abonado a la articulación de las relaciones de poder, las formas de conocimiento y los modos de subjetivación de este momento concreto, en el que el discurso psicopatológico configura formas de vida.

En México, desde los años setentas, el Centro Intercultural de Documentación de Cuernavaca (CIDOC) hizo cuestionamientos radicales a la “burocratización de la vida” a

través del saber psi; presente en varios congresos, Franco Basaglia comunicó propuestas antipsiquiatría, que fueron difundidas y nutridas por profesionales mexicanos que articularon la Red Latinoamericana de Alternativas a la Psiquiatría, entre ellos, Sylvia Marcos. La Red coordinó encuentros internacionales, de los que resultaron algunos libros como *Antipsiquiatría y Política*, en el que se incluyó un ensayo de Marie Langer sobre “La mujer, la locura y la sociedad” (1984); no logré tener acceso a los títulos publicados por la Red pero hacer alusión a ellos es, también, una exhortación a ponerlos en circulación.

Por otro lado, Zenia Yébenes publicó recientemente un artículo en el que revisa la constitución histórica de la psicosis como “agudización radical de los procesos de objetivación de la conciencia propios de ciertas formas de vida” (Yébenes, 2022, p. 15) asociados con una forma de subjetividad moderna. Por su parte, Sandra Caponi (2022) ha mostrado, a través del análisis de publicidad, que las farmacéuticas emprendieron durante las décadas de 1950 y 1960, la misión de promover la gestión de la feminidad mediante la administración de neurolépticos. La publicidad de psicofármacos como Clorpromazina y Thorazine, distaban de brindar información objetiva para los consumidores; en lugar de ello, imponían patrones de normalidad sobre conductas de la “mujer ideal”, constituyendo así un dispositivo disciplinar para el campo de la psiquiatría.

Refrendo sus planteamientos y coincido en la opinión de que el saber-poder asociado con la salud mental, sintetiza creencias y prácticas adaptadas a un orden social neoliberal, que borra o invalida otros marcos de comprensión.

A mi parecer, una confusión típica en los posicionamientos *contraculturales* –como algunas vertientes del activismo antipsiquiatría, por ejemplo, la de Weinbinder (n.d.)– es que igualan el poder con la represión y la fuerza de la prohibición. De hecho, Foucault señaló que esta noción es inadecuada para dar cuenta de los efectos positivos o productores del poder; sin ignorar que hay formas autoritarias en las que se ejerce el poder y prevalecen estados de dominación, es necesario afirmar que “si existen relaciones de poder a través de todo el campo social, es porque existen posibilidades de libertad en todas partes” (Foucault, 1994, p. 127). Poniendo entre paréntesis la idea de que las categorías diagnósticas no son más que dispositivos de coacción, de negación o limitación de ciertas expresiones, se observa que con ellas emergen posibilidades de gesticular, de comportarse, de interpretarse a sí mismo.

Bajo esta luz se vislumbra que las categorías diagnósticas tienen una naturaleza performativa que excede las evaluaciones de verdad, científicidad e incluso de legitimidad. Son performativas porque constituyen un saber que *afecta* al sujeto en un sentido foucaultiano: “el conocimiento útil, el conocimiento en el que la existencia humana está en cuestión, es un modo de conocimiento relacional a la vez asertivo y prescriptivo, capaz de producir un cambio en el modo de ser del sujeto” (Foucault, 1994, p. 79). Las personas se transforman en otras con respecto a quienes eran antes de que *su* diagnóstico fuera *emitido*.

Se puede decir que los diagnósticos de enfermedades mentales en algunos casos mejoran o incrementan los recursos hermenéuticos para quienes los reciben. Independientemente del estatus de *explicación* que se le otorgue a los diagnósticos desde la filosofía de la ciencia (ya que si bien clasifican y ordenan constelaciones de síntomas, no es claro que los expliquen), estos pueden ser entendidos como *explicativamente* importantes desde las narrativas personales. Son casos en los que el análisis conceptual y la evidencia por sí mismas no son los únicos factores de los credos.

El potencial beneficio epistémico de los diagnósticos no es un hecho dado, sino que depende de la acción personal, que incluye a consideración de William James, la fe en su advenimiento, la fe basada en el deseo. “Cuando nos aferramos a una verdad (sea del tipo que sea), lo hacemos con todo nuestro ser y resolvemos permanecer o caer por los resultados; el escéptico, con igual ardor, adopta la actitud dubitativa. En cuanto a quién es más perspicaz, solo la Omnisciencia lo sabe” (James, 1992, p. 473).

Es importante remarcar dos afirmaciones: la primera, que las etiquetas diagnósticas no necesariamente acarrearán injusticias epistémicas; la segunda, que existe una *alta probabilidad* de que lo hagan por las características estructurales de los sistemas sanitarios.

Recibir un diagnóstico tiende a producir diversos daños: cuando a una persona se le hace creer que su estado mental no es adecuado, los recursos hermenéuticos de los que disponía para dar sentido a sus experiencias desafiantes reciben menos apoyo, son desacreditados o anulados por completo; o puede ocurrir el efecto de disminución de la confianza que el agente tiene en sus propios recursos y capacidades expresivas, bloqueando a su vez, otras formas de entender sus vivencias, no necesaria pero posiblemente más

beneficiosa en términos terapéuticos. Las siguientes secciones versan sobre este tipo de casos.

La sentencia del TLP

El estigma que acompaña al TLP parece cargado de más hostilidad que el de otros diagnósticos, las personas con TLP frecuentemente son retratadas como “monstruos manipuladores”. Un estudio piloto sobre sus representaciones sociales estigmatizantes, arrojó evidencia preliminar sobre los patrones léxicos:

Estigma creado por la asistencia sanitaria vs. creado por la opinión pública



Diagrama 2. Patrones léxicos estigmatizantes. Fuente: Widuch (2021). Traducción propia.

Este y otros descubrimientos similares entran en conflicto con las expectativas implícitas y generalizadas en amplias campañas anti-estigmas, acerca de que adoptar las explicaciones biomédicas ayuda a “desviar la culpa” o la percepción de responsabilidad que recae sobre el individuo, reduciendo las reacciones negativas hacia él y la estigmatización. Esto parece haber funcionado al concebir a las adicciones como problemas de salud mental,

pero las revisiones de estudios experimentales muestran un fenómeno más complejo cuando se tratan otras condiciones. El meta-análisis de Kvaale, Gottdiener y Haslam (2013) ofrece resultados intrigantes, hallaron que la población que adopta explicaciones biogenéticas sobre los trastornos mentales tiende a *culpar* menos a quienes son diagnosticados, sin embargo, los toman como más peligrosos y sienten que es necesario distanciarse socialmente de ellos.

Por supuesto que esto tiene consecuencias sobre las personas diagnosticadas, que reportan sentimientos de rechazo, ira, dolor y frustración. Mosquera registra el testimonio de una mujer que habla al respecto:

En general se habla de los TLP como manipuladores y cuando lo lees te sientes como una asquerosa, si encima se lo preguntas a un terapeuta desinformado y te dice que sí, que tú eres una manipuladora, no porque te conozca sino porque lo leyó en un libro, como me lo dijeron a mí, ni te cuento cómo te sientes (Mosquera, 2004, p. 52).

Se han realizado estudios empíricos sobre la percepción de peligrosidad y rechazo social hacia pacientes con TLP, con grupos pequeños o casos concretos. Sansone y Sansone (2013) mencionan un estudio de caso realizado en Nueva Zelanda y Australia, en el que 140 clínicos informaron que los pacientes con TLP les generan sentimientos de incomodidad, frustración, angustia, impotencia, los perciben como pacientes manipuladores, que consumen su tiempo y más difíciles que cualquier otro. Markham (2003) aplicó cuestionarios a personal sanitario del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, para evaluar medidas de peligrosidad, distanciamiento social, optimismo sobre el cambio y valoraciones de experiencias personales al tratar con personas diagnosticadas con TLP, esquizofrenia y depresión. El diseño de la investigación ofrece datos sólidos y contrastables, además de una herramienta de análisis cuantitativa de creencias y prácticas, basada en escalas de valoración. Resultó que hay menor rechazo hacia los pacientes diagnosticados con esquizofrenia y son vistos como menos peligrosos que los TLP, sobre estos últimos también hay menos optimismo sobre su pronóstico y el personal sanitario valora negativamente su experiencia de trabajo con este tipo de pacientes.

Si bien se argumenta que recibir un diagnóstico podría ofrecer a los pacientes un medio para legitimar su malestar y producir otros sentidos sobre su identidad, incluso promoviendo cohesión de grupos de personas con experiencias similares, la realidad es tensa; los pacientes con diagnóstico de TLP reportan que la etiqueta influye en sus interacciones con el personal sanitario, poniendo barreras para que sean atendidos con dignidad. Mi argumentación se dirige a demostrar que la falta de diagnóstico puede dar lugar a injusticias hermenéuticas, que no son captadas por la definición de Fricker pero sí adoptando otro marco de comprensión; también sostengo que el arribo del diagnóstico no exenta problemas, pues puede abrir el paso a injusticias testimoniales, que menciono a continuación y analizo con mayor detalle en el siguiente capítulo.

Tienen que hacer esfuerzos extras por ser tomados en serio cuando sus malestares no son lo suficientemente alarmantes o visibles y, después de autolesionarse o realizar intentos de suicidio, a menudo sienten vergüenza de acudir a los servicios de salud porque son vistos como esfuerzos de querer llamar la atención o de manipular a otros. A ello, se suman barreras para la atención de molestias no relacionadas con el diagnóstico; algunos pacientes informan que al acudir con médicos generales, no son examinados adecuadamente por el peso estigmatizante que tiene el TLP, por ejemplo, una paciente entrevistada por Campbell (2008) informa que tuvo un accidente, que le provocó quemaduras graves pero su médico de cabecera no creyó que fuera un accidente y no la derivó al hospital, por lo que tuvo que recurrir a otro médico y de inmediato fue trasladada.

Los siguientes extractos de entrevistas realizadas por Campbell ejemplifican lo dicho. El primero corresponde a una paciente que acudió por ayuda después de autolesionarse; el segundo, es de otra paciente que percibe que sus dolencias físicas siempre son tomadas como síntomas de su condición psíquica.

Sentir... sentir que no te quieren tratar, lo has hecho tú mismo así que tienes que mirar las consecuencias de hacerlo. “¿Por qué deberíamos ayudarte cuando lo has hecho tú mismo y hay otras personas que realmente necesitan nuestra ayuda, quienes no han hecho nada para hacerse daño?”, ya sabes, “no fue culpa suya que se rompiera la pierna”.

Tengo un problema con mi intestino, pero podría estar hablando con la pared porque dicen “llame a su psiquiatra cuando llegue a casa” [...] me tomaron muestras, pero cuando llamaba no había resultados porque no la habían enviado [a análisis] (Campbell, 2008, p. 54 y 69).

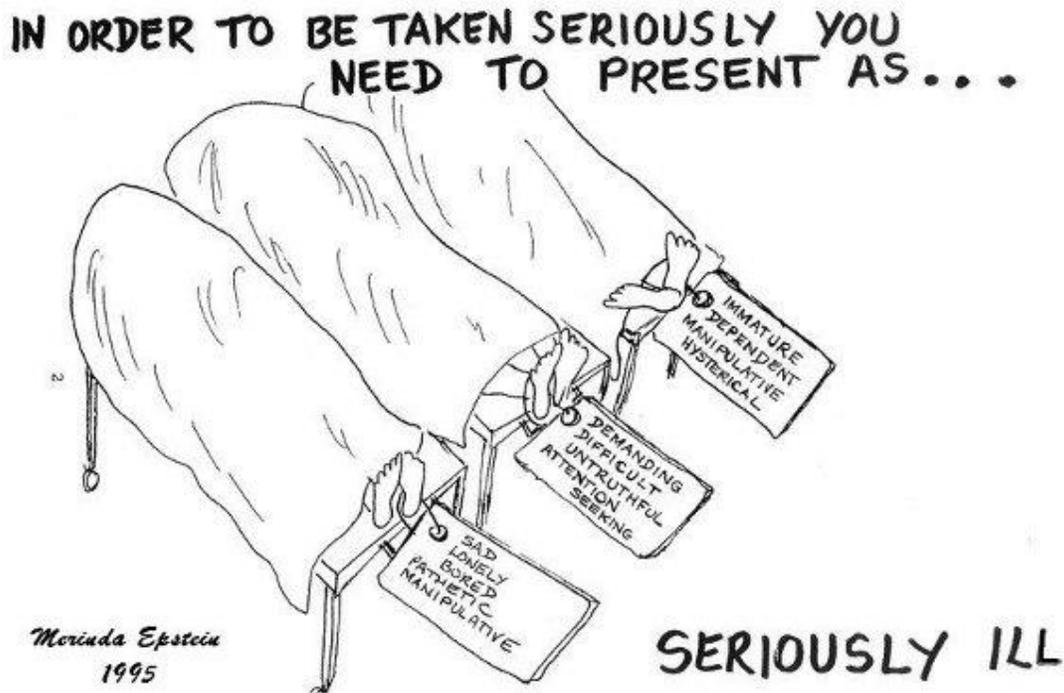


Figura 1. Ilustración de Merinda Epstein (1995). Fuente: takver.com/epstein.index.htm

En otro orden de ideas, para la mayoría de personas la adolescencia se caracteriza por inestabilidad emocional, impulsividad y problemas de identidad, que no llegan a considerarse *clínicamente* significativos. En la comunidad de psiquiatras, ha habido cautela para evitar patologizar estas reacciones típicas adolescentes, por lo que los diagnósticos de TLP han tenido la cláusula tácita de no atribuirse a menores de dieciocho años.

El DSM-IV y el DSM-5 puntualizan que “los adolescentes y adultos jóvenes con problemas de identidad (especialmente cuando van acompañados de consumo de sustancias) pueden mostrar transitoriamente comportamientos que dan la impresión errónea de Trastorno Límite de la Personalidad” (American Psychiatric Association, 1994, p. 652, 2013, p. 665). Y llaman a considerar para el diagnóstico diferencial, no confundir experiencias propias de una etapa del desarrollo, cambios derivados de condiciones médicas que afectan al sistema

nervioso o síntomas por el uso crónico de sustancias, con un desorden mental. Una notoria diferencia entre ambos manuales es que en la actualización del DSM-5, se explicita que es apropiado hacer diagnósticos de trastornos de la personalidad (a excepción del trastorno de personalidad antisocial) a menores de dieciocho años “en casos relativamente inusuales” (American Psychiatric Association, 2013, p. 647), ya que una detección temprana iría de la mano con tratamiento que podría mejorar el pronóstico de los pacientes.

El riesgo no radica únicamente en la sobremedicalización de la adolescencia, que podría atenuarse si se da un seguimiento centrado más en terapia y menos en psicofármacos. Irónicamente, al ser un diagnóstico altamente estigmatizado incluso por terapeutas, ser etiquetado desde temprana edad puede resultar contraproducente. Las revisiones de literatura (Klein et al., 2022; Sansone & Sansone, 2013) muestran resultados consistentes en estudios sobre la percepción y respuestas emocionales hacia los pacientes con TLP: hay una actitud prejuiciosa por parte del personal sanitario hacia ellos. Saber que un paciente ha sido diagnosticado con el trastorno, predispone a distanciarse emocionalmente, lo cual, no ayuda a tratar a personas especialmente sensibles al rechazo y al abandono.

Hoolachan (2020), retomando a Erving Goffman (1963), explica que los relatos institucionalmente sancionados sobre la psicopatología, tienen mucha fuerza sobre la construcción de la identidad.

En lugar de ser una cualidad innata, la identidad de una persona es el producto de una combinación única e infinita de interacciones que encuentra a lo largo de su vida. A través de estas interacciones, una persona interioriza atributos que otros le imponen y estos atributos se reflejan en los comportamientos, acciones e interacciones posteriores del individuo. Cuando estas opiniones impuestas se entienden como estigmatizadores, se percibe que un individuo tiene una “identidad estropeada” (*spoiled identity*), lo que puede repercutir negativamente en su bienestar (Hoolachan, 2020, p. 77).

Si se asume que un rasgo del TLP es la fragilidad y fragmentación del sentido del yo, el daño que puede infligir la estigmatización y la configuración de una “identidad estropeada” es mayúsculo; el auto-estigma y los efectos negativos sobre la calidad de vida persisten

incluso cuando los síntomas han disminuido, ya que “las personas que son conscientes de los prejuicios públicos contra sí mismas que pueden exponerlas y humillarlas en los contactos sociales son más propensas a la vergüenza” (Rüsch et al., 2006, p. 771). En contraste, los pacientes comentan que algunos gestos simples, que no replican estigmas sobre ellos, tienen un impacto positivo en sus vidas (Campbell, 2008); recibir un apretón de manos por parte del personal que los atiende, que se tomen el tiempo de presentarse, que escuchen y validen sus preocupaciones, que lean sus notas, etc.

Una investigación (Rüsch et al., 2006, 2007) reclutó a sesenta pacientes diagnosticadas con TLP y a treinta, con fobia social. Ambos grupos tenían en común ser conscientes de los estereotipos públicos hacia mujeres con enfermedades mentales, les resultan *familiares* desde temprana edad. Al medir el impacto del auto-estigma en sus vidas, se descubrió que las mujeres con TLP se enfrentan a la estigmatización de manera diferente, ellas son más propensas a avergonzarse de ser quienes son. La propensión se deriva, en parte, de sus experiencias traumáticas y, en parte, es una consecuencia emocional de los estigmas sociales.

Ahora sí, sobre este escenario, vuelvo a plantear la pregunta germinal de este capítulo: ¿No poder nombrar el malestar, no poder dar sentido a rasgos de la propia identidad por el hecho de no recibir un diagnóstico temprano, podría revelar injusticia hermenéutica?

Variedades de injusticia hermenéutica en torno al TLP

Para abordar esta pregunta he tenido que rodearla y ponerla en contexto para aclarar una intuición: las interacciones simbólicas con el diagnóstico del TLP evaden la noción de injusticia hermenéutica de Fricker.

Para empezar, recapitulo lo expuesto en el marco teórico. Miranda Fricker (2017) concibe que la injusticia hermenéutica ocurre cuando hay una *laguna* en los recursos hermenéuticos colectivos que *impide* comprender algún segmento significativo de la experiencia social, de manera sistemática; es sistemática debido a la marginación hermenéutica derivada del prejuicio que afecta a ciertas personas, por el hecho de pertenecer a un grupo sin poder. Sus efectos se hacen sentir de dos maneras: los intentos por hacer

inteligible (para sí o para alguien más) ciertas experiencias se ven frustrados y el recurso hermenéutico colectivo general se ve empobrecido. Mencioné el caso de los cholombianos en Monterrey, jóvenes que habitaban zonas estigmatizadas como territorios del crimen, cuyas expresiones culturales fueron asociadas con delincuencia, baja escolaridad, inmadurez e incapacidad de participar fuera de contextos marginales, lo que contribuyó a la aniquilación de lo que después fue reconocido como su *cultura juvenil*.

Lucía, Verónica y varias mujeres con TLP, llegan al diagnóstico después de una larga y dolorosa búsqueda de pistas para encontrar explicaciones a lo que les ocurre, en el camino experimentan confusión, dificultad para entenderse a sí mismas e incompreensión por parte de quienes las rodean. Recibir el diagnóstico establece un antes y un después, con diversos matices que a veces se expresan juntos: abre marcos de entendimiento, provoca estigmatización y marginalización, atiza la diligencia por seguir informándose, constriñe las expectativas de superación personal, etc. Las heridas hermenéuticas escuecen las capacidades de crear y compartir significados vitales, para las mujeres que no son diagnosticadas con TLP y se presentan con cuadros clínicos que encajan con la categoría (falsos negativos), para las que son diagnosticadas erróneamente con TLP (falsos positivos), para las que son diagnosticadas y estigmatizadas, y para las que buscan ayuda mas no un diagnóstico. Pero no es el caso de que haya un *vacío*, una *falta* de etiquetas, una *ausencia* de interpretaciones, “huecos en los que debería haber un nombre para una experiencia que interesa al sujeto poder volver comunicativamente inteligible” (Fricker, 2017, p. 171). Es problemático plantearlo de esta manera, porque claramente existe un sistema de categorías para nombrar y explicar determinado tipo de experiencias desafiantes, si bien es cierto que su implantación ha traído consigo silenciamientos y marginación hermenéutica, también ha habido *logros* interpretativos en el seno de las culturas diagnósticas contemporáneas. Y esto no encaja con lo que consideró Fricker.

Miriam Jerade (2022) también observa limitaciones en el abordaje frickeriano, ha sugerido que la injusticia hermenéutica no debe pensarse solo como ausencia o tergiversación de categorías. Ella recupera la noción de “esquema corporal” de Frantz Fanon para argumentar que la experiencia vivida del cuerpo debe ser un eje de estudio. En concreto, sostiene que en la sociedad colonial, el horizonte epistémico de las intervenciones sociales

de ciertos sujetos se ve reducido, ya que sus cuerpos son afectados por procesos de racialización.

José Medina afirma que “cuando se trata de daños e injusticias hermenéuticos, la cuestión no es simplemente si existen o no recursos expresivos e interpretativos disponibles para crear y compartir significados, sino cómo se utilizan esos recursos, por quién y de qué manera” (Medina, 2017, p. 43). Considero que los parámetros de clasificación de variedades de injusticias hermenéuticas propuesto por Medina, es una buena caja de herramientas para hacer un diagnóstico cuidadoso sobre el tema de este apartado.

1. Origen	
Semántico	Performativo
2. Dinámica	
Estructural / Institucional	Interpersonal
3. Amplitud	
Casos fortuitos / aislados	Casos sistemáticos / generalizados
4. Profundidad	
Cutánea (<i>skin-deep cases</i>)	Medular (<i>marrow-of-the-bone cases</i>)

Tabla 2. Parámetros del daño hermenéutico, para la clasificación de injusticias hermenéuticas.
Fuente: Elaboración propia con base en Medina (2017).

Las injusticias hermenéuticas producidas semánticamente, resultan de la indisponibilidad de etiquetas para nombrar ciertas experiencias, ya sea porque no existen o porque no está permitido emplearlos. Varios casos paradigmáticos de Fricker (2017) caen bajo este parámetro, por ejemplo, la situación que vivían las víctimas de acoso sexual en una sociedad en la que todavía no se acuñaba el concepto. Otro ejemplo es que aunque disponemos del concepto de “conquista”, todavía es polémico utilizarlo para nombrar la violencia sanguinaria que sufrieron los pueblos conquistados por el reino de Castilla.

En el contexto del TLP, hay una plétora de etiquetas para nombrar experiencias, que no se reducen a las incluidas en el DSM-5. Desde la práctica clínica y la reflexión teórica, se

han desarrollado etiquetas alternativas que tratan de capturar vivencias desafiantes que, dentro del modelo biomédico, serían vistas como TLP.

Judith Herman, psiquiatra feminista, planteó que el “trastorno de estrés postraumático complejo” (TEPT-C) es un diagnóstico que, en vez de atribuir los problemas a una deficiencia de la personalidad, los enmarca como consecuencias de la victimización principalmente relacionada con abuso sexual infantil (Herman, 1992); siguiendo su propuesta, varias psiquiatras feministas sostienen que la etiqueta del TEPT-C da relevancia a las raíces traumáticas que no son apropiadamente comprendidas por la etiqueta del TLP (Nicki, 2016).

Marsha Linehan, de quien hablé al principio del capítulo, prefiere el término “desorden de la regulación emocional”, acorde con un modelo biosocial del malestar. Lelan Heller lo llama “dislimbia”, haciendo referencia a las alteraciones en el sistema límbico; Mary Zanarini, “trastorno mercurial”, quizás tratando de retomar las expresiones en primera persona sobre “el yo mercurial” de mujeres diagnosticadas con TLP, como el de Van Gelder (2010), que refiere a un modo de ser sujeto a cambios impredecibles y muy reactivos; y Carolyn Quadrio, “desorganización postraumática de la personalidad” (Fairfax, 2011).

Desde las usuarias y supervivientes de servicios de salud mental, se han acuñado repertorios interpretativos ricos en descripciones desde un punto de vista en primera persona. Aunque a veces emplean los términos “desorden” y “enfermedad”, sus connotaciones son distintas, pues al usarlos transmiten la tensión, lucha y negociación interna de su sentido de “propiedad” de un trastorno y su capacidad de agencia. Una investigación exploratoria sobre la diversidad de discursos disponibles para las personas etiquetadas con TLP y cómo se relacionan con la comprensión de sus experiencias, optó por hacer una etnografía digital superficial en Twitter, mostró que:

Por un lado, los autores sugieren que se espera de ellos que ‘mejoren’ y asuman la agencia personal y el control de sus acciones. Sin embargo, por otro lado, este objetivo es inalcanzable, ya que el TLP es intrínseco a ellos como individuos, y por lo tanto no puede ser eliminado/tratado (Dyson & Gorvin, 2017, p. 785).

Diamantes en bruto compila un repertorio usado por pacientes para relatar cómo viven el TLP, de elaboración compleja, rica en imágenes y metáforas: “soy como una funambulista dopada y novata que se pone obstáculos a sí misma, que se presiona tanto como el que echa sal a una herida abierta [...] me zambullo en mi vacío interior” (Mosquera, 2004, p. 16). En este tono, una canción que compuso Mónica Formoso dice:

Hay temeridad en mi sangre,

Cuando no me siento asustada y perdida,

Hay fuerza en mi alma,

Cuando no me siento débil y desilusionada... (Mosquera, 2004, p. 23)

Las entrevistas anexadas a la tesis *Mujeres diagnosticadas con Trastorno Límite de Personalidad: significaciones en torno al género, el diagnóstico y la historia de vida* (Rodríguez et al., 2022), son otro banco que resguarda las narrativas desarrolladas en primera persona.

Lucía y Verónica tienen sus propios repertorios para hablar de su condición. Lucía se refiere a sí misma como “persona altamente sensible” y argumenta que las emociones que experimenta son tan fuertes que “se pueden considerar borderline”. La psiquiatra a la que acude reconoce este diagnóstico y para ella, ha sido una etiqueta a través de la cual puede comprender sus emociones “como una especie de habilidad cognitiva política”.

Algo interesante alrededor de la categoría “persona altamente sensible” (*highly sensitive person*) es el proceso interactivo de construcción detrás. Aunque su nacimiento tiene un nombre asociado, una buena parte de la investigación y refinamiento de su definición proviene de una comunidad epistemológica anónima, que intercambia cartas con investigadores e interactúa en foros y redes sociales. A diferencia de México, en el norte de Europa es un término popular para nombrar a un tipo de individuos que, por nacimiento (predisposición genética), son más reactivas emocionalmente y más conscientes de las situaciones sociales. Como sugiere la definición, no se aborda como una deficiencia de

personalidad o enfermedad mental, ni siquiera como un diagnóstico, sino como un rasgo positivo, valioso y codiciado, que a veces puede causar dificultades cuando hay una sobreestimulación negativa. Es una categoría atractiva porque compatibiliza el enfoque de la psicología positiva con la celebración de las diferencia neuroatípicas y su “democratización” se relaciona con lo accesible que es informarse e identificarse, a través de libros de autoayuda y pruebas en línea de autoevaluación.

Investigaron cómo los jóvenes que generan contenido digital sobre las personas altamente sensibles, se comprenden a sí mismos y a los demás en relación con dicha categoría, analizaron un foro virtual y blogs suecos, sus resultados apuntan a que se están conformando insólitas comunidades de conocimiento que usan, impugnan y reformulan los discursos hegemónicos y alternativos sobre la salud mental. Concluyeron que la subjetividad de los jóvenes altamente sensibles se expresa en cómo desempeñan (en el sentido de que *performatizan*) la autorreflexividad, la superación personal y el cuidado, asumiendo “una nueva ética informada del yo” (Edenroth-Cato & Sjöblom, 2022, p. 94).

Lucía, más que *creer* que es una persona altamente sensible, *performatiza* la etiqueta, así, su enojo y tristeza tienen sentido porque le dicen algo, la hacen capaz de reconocer injusticias, con estos recursos explica que reconocer su propio sufrimiento ha sido un proceso político de comprensión de problemas sociales. Lucía comparte lo siguiente:

Algo que vi es que el enojo para mí no fue transitorio; sigue siendo y desde ahí hago algunas cosas [...] no es que esté resentida de que me dejó mi novio, ¿sabes? Estoy resentida de que violan a mujeres, de que hay niñas pariendo, sí siento el tema de mi enojo políticamente, ha sido como un vehículo para intervenir en la realidad [...] Creo que sí me salvó acompañar mujeres, me salvó pelear por las mujeres, me salvaron las mujeres y en este momento de mi vida puedo decir que me salvaron los niños.

Con esto, quiero demostrar que la *ausencia* de etiquetas de la que habla Fricker no encaja con el paisaje que se levanta frente a nuestros ojos: una espesa serranía de múltiples tonalidades. Para mi investigación, dejar de buscar *vacíos* y *lagunas*, ha abierto el panorama

para captar las resistencias que surgen donde el saber-poder psi domina. Al afirmar que hay injusticias hermenéuticas originadas en la inexistencia de etiquetas, se corre el riesgo de ocultar la producción –aunque sea incipiente– de “técnicas imaginativas”, las cuales producen “desde todos los espacios discursivos posibles, estrategias de resistencia que [hacen] frente a las tecnologías y dispositivos de poder que gobiernan las vidas de los individuos y las poblaciones” (López, 2021, p. 79).

La patologización del trauma como injusticia hermenéutica

Soy una niña cuyo proceso de individuación fue interrumpido

Antropóloga trastornada (alias)

En cuanto a las injusticias hermenéuticas que hunden sus raíces en el hecho de que la utilización de ciertas etiquetas no está permitido, hay una situación que llama la atención: aunque las historias del TLP se relacionan fuertemente con antecedentes de violencia sexual infantil, el seguimiento que tienen las pacientes no tematiza este problema social, no promueve algún sentido de responsabilidad comunitaria ni impulsa acciones para contribuir al cambio social.

Lucía comienza a narrar su historia, retrocediendo a momentos en los que ella ni siquiera había nacido, cuando se originó su familia y, con ello, el malestar: “El gran mito fundacional de mi familia es que un señor le quitó a una mujer a sus hijos, luego se casó con una niña; así que mi abuela no tenía mamá y mi abuelo era un pedófilo”. Siendo adolescente, se activaron sus alarmas sobre las anécdotas familiares aunque todavía no comprendía la magnitud de la violencia. Ella ya había vivido una situación de abuso y a los doce ocurrió de nuevo, entonces, su “disforia de rechazo” se exacerbó.

“Disforia de rechazo” es un término que algunos profesionales han integrado en su léxico pero la mayoría no está familiarizada con él, no se discute en los espacios académicos, no se realiza investigación formal al respecto, porque nace y se multiplica desde las redes sociales de usuarios y exusuarios de servicios de salud mental, varios de ellos diagnosticados

con TDAH o TEA. No hay consenso sobre una definición, en cambio, hay una plétora de relatos en primera persona dispersos en foros, blogs y redes. El común denominador es el miedo desproporcionado a decepcionar a los demás, a dejar de ser amado, a ser rechazado o abandonado, al grado de dañar la autoimagen y propiciar ideaciones suicidas. Puede ser tan estresante para quien la experimenta, que desencadena respuestas físicas como la contracción dolorosa de músculos, agitación y falta de aire: “Es como si el crítico interior encendiera una hoguera en nuestro interior y bastara un comentario hiriente para que se encendiera una cerilla y se produjera un incendio masivo que, por supuesto, nadie más puede ver ni sentir” (Marshall, 2022).

Al tratar de profundizar en los acontecimientos de su infancia y adolescencia, parece rodear el tema y habla de su perro; “es un perro con trauma que se pone muy mal, tiene apegos y le tiene miedo a los perros, pensamos que vivió años difíciles en la calle, porque le querían morder otros perros”. Presentí que el comentario no era trivial y comunica, en una forma sutil, lo inenarrable. Lucía explicó que fue cuando aparecieron las ideaciones suicidas.

Verónica afirma que “su venganza es ser feliz”, aunque gran parte del tiempo sea difícil serlo, desde que fue víctima del *primer* acto de violencia machista en su vida: pornografía infantil. Siendo menor de edad, subieron a redes sociales fotografías suyas, sin su consentimiento. La respuesta social general fue de rechazo, pasó humillaciones públicas por parte de extraños y parientes, incluso frente a sus padres, su pareja la dejó y cuando el problema parecía contenido en un territorio vecinal, repentinamente explotó en su escuela, donde fue agredida por compañeros y maestros. Aunque la producción, posesión y distribución de pornografía infantil es un delito tipificado, no ha denunciado por miedo a la revictimización. Lejos de ser un acontecimiento aislado, la ha perseguido. Poco tiempo después de la muerte de su padre, volvieron a circular las fotografías y fue objeto del severo rechazo de su madre, entonces se desarrolló una crisis suicida. Con intervención de activistas feministas, se frenó el fenómeno en redes sociales y sus redes de apoyo (anidadas principalmente en Twitter) la salvaron. Unos años después volvió a ocurrir. Cada cierto tiempo, vuelve a ver su nombre en carpetas de pornografía infantil que se ofrecen en redes sociales por un pago, recibe mensajes de acoso, insultándola, revictimizándola, etc. y, cada cierto tiempo, estalla una crisis suicida en consecuencia. Ella sabe que sus fotos siguen siendo

vendidas y le intranquiliza que en cualquier momento sean otra vez difundidas, escalando a niveles que afecten su trayectoria académica y profesional. La impotencia, la frustración, el temor al rechazo y abandono atraviesan su día a día. Su venganza es ser feliz.

Escuchando a Lucía y Verónica, llegó a mí una interrogante: ¿bajo qué consideraciones sus respuestas emocionales al trauma temprano, se convierten en parte de un cuadro psicopatológico?

En el DSM-5 encontramos una mención ambivalente sobre el abuso sexual en la infancia; por un lado, se cree que ha habido una infradeclaración de los sucesos por pérdida de memoria, por negación o distorsión de los testimonios por parte de adultos, mientras que por otro lado, cabe la posibilidad de que las denuncias sean excesivas, ya que los recuerdos infantiles se consideran poco fiables. Aunque es un tema controversial, es muy frecuente que las personas diagnosticadas con TLP tengan historias de abuso físico y sexual durante la infancia que, además, los médicos suelen menospreciar alegando que “los pacientes borderline tienen tendencia a magnificar, exagerar o inventar traumas infantiles con el fin de llamar la atención de los terapeutas” (Mosquera et al., 2011, p. 13).

Una forma sencilla de entender el impacto del abuso en la patogénesis, es reconociendo la violación de fronteras, de los límites invisibles que protegen nuestra integridad; romperlos conduce a una pérdida de sentido sobre sí mismo y sobre la propia seguridad. Cuando, además, los principales cuidadores no se muestran emocionalmente disponibles a las necesidades afectivas, se puede desarrollar apego evitativo en los niños (Ntshingila et al., 2016), es decir, una tendencia a reprimir su deseo de buscar consuelo en sus círculos cercanos. Con esto, no hay que caer en una explicación simplista sobre los “malos padres” como causantes del TLP. Lucía dice al respecto: “mi mamá no tenía la educación como para entender qué tipo de ayuda necesitaba, hizo lo que pudo con sus medios”.

Mosquera, González y van der Hart (2011) proponen otra forma de entender el componente del trauma en los trastornos de la personalidad. Los autores analizan que, desde una teoría de la disociación estructural de la personalidad, los procesos de traumatización grave temprana pueden generar una división de la personalidad. El trauma puede incluir maltrato, abuso o negligencia. En un grado severo de disociación, ocurre que las personas

relacionan aspectos inevitables de su vida cotidiana con los eventos traumáticos de su pasado, lo cual reactiva sus recuerdos.

El día a día de Lucía encaja con esta imagen. Una preocupación se infiltra entre sus pensamientos y expresiones, a saber, que su hijo esté expuesto a sufrir por pedofilia. Por eso, cuando la abuela del niño interactúa con él, ella se mantiene alerta de que los juegos no den lugar a tocamientos sobre los genitales o pezones. Confrontar a la abuela con severidad sobre su forma de acariciar al bebé, parecería exagerada en un contexto normal; pero contextualizando el trauma temprano de Lucía, que rompió sus fronteras y pudo haber desencadenado apego evitativo sobre las figuras que considera que debieron cuidarla, nos lleva a *comprender* su intranquilidad.

“Acomodar el trauma” en su propio relato de vida ha sido para Lucía un logro personal. Ella reporta que en terapia y en las interacciones con amigas, sentía que patologizaban sus respuestas emocionales, contribuyendo a la autopercepción de mujer “intensa, fuera de control, mala”. Poner el trauma en su lugar ha implicado “digerir y procesar terapias” en las que solo había sido abordado marginalmente, como un indicador más que corroboraba un cuadro clínico, pero nadie parecía entender verdaderamente “lo difícil que había sido vivir con pedófilos” y vivir expuesta a la violencia machista.

¿Así que la patologización del trauma debe clasificarse como una variedad de injusticia hermenéutica que afecta a las mujeres diagnosticadas con TLP? La sentencia es afirmativa cuando se reúnen ciertas condiciones:

Las mujeres en cuestión han sido victimizadas por alguna o varias manifestaciones de violencia, y sus respuestas emocionales al trauma son ajustadas a un cuadro clínico psicopatológico que les genera un daño hermenéutico profundo. Este daño tiene lugar cuando se menosprecia el peso del trauma en la narrativa propia con la que se explican los problemas que tienen, o cuando la cronificación del trauma constriñe o impide el desarrollo de una voz propia.

Por su dinámica, la patologización del trauma puede ser estructural/institucional, entendiendo que “el conjunto de la maquinaria de los significados sociales colectivos se [engrana] de forma efectiva para mantener esas experiencias apartadas de la vista y en la

oscuridad” (Fricker, 2017, p. 163); en este tenor, vale la pena discutir si la existencia de una categoría diagnóstica que agrupa mayoritariamente a mujeres, de las cuales, muchas han pasado por abuso sexual infantil, concreta un ejercicio del poder heteropatriarcal para resguardar un orden social que crea a sujetos marginalizados: mujeres que reaccionan de maneras desproporcionadas.

O bien, la patologización del trauma puede tener una dinámica interpersonal, cuando en las interacciones se pone en tela de juicio la inteligibilidad de las personas.

Las miradas escépticas, parecer confuso, perplejo o incapaz de seguir, interrumpir constantemente o cuestionar lo que significa para uno, son algunas de las sutiles (a veces no tan sutiles) intimidaciones comunicativas y microagresiones que pueden silenciar a las personas o animarlas implícitamente a limitar su discurso o a tomar un desvío discursivo (Medina, 2017, p. 46).

En el marco de la terapia dialéctico conductual, a Verónica le dieron un “manual de vida”⁹ con diagramas de flujo para reconocer emociones y regular reacciones. Ella comenta al respecto:

Este manual se trataba de entender qué pasa en el aquí y ahora, y que la vida vale la pena de ser vivida a pesar del diagnóstico este. Te daba un gran sentido de responsabilidad: aquí tú tienes que hacerte cargo. Y digo, está bien, pero a veces sí era como... [hace un gesto de insatisfacción y dice en tono irónico] estás con veinte morras que están contando historias de violencia sexual y nada se dice sobre eso.

La disonancia que enfrenta Verónica tiene dos polos: es evidente que la angustia psicológica y la ira que tienen las mujeres con TLP tiene entre sus antecedentes el abuso infantil y la violencia sexual, sin embargo, la terapia hace que toda la responsabilidad de

⁹ Se refiere al *Manual de entrenamiento en habilidades DBT para el/la consultante* de Marsha Linehan (2020b).

cambio recaiga sobre sí misma, sin denunciar las condiciones sociales y políticas que desataron su malestar, sin meter en la ecuación la responsabilidad comunitaria por atender problemas públicos. Además, en su grupo se prohibió que las pacientes tuvieran interacción externa, no conocían sus nombres, no podían intercambiar teléfonos ni datos personales, lo cual frenaba los intentos de Verónica por discutir con las otras mujeres el impacto de la violencia sexual en sus vidas.

Por supuesto que también hay una producción performativa de la injusticia hermenéutica en las interacciones interpersonales, que se relaciona no con lo que dicen, sino con *cómo* las mujeres comunican lo que experimentan.

Lucía y Verónica suelen ser percibidas como mujeres intensas y violentas, porque narran lo que han vivido con una fuerza emocional que se exagera cuando sus relatos son atravesados por problemas sociales. Su entonación transmite desesperación, dolor y rabia, su expresión es enérgica pero no tienen arrebatos de agresión. Verónica, además, intercala palabras o frases en su lengua indígena, a veces por costumbre y otras, de manera intencionada, para hacer *inaudibles* algunos mensajes.

Los estilos expresivos personales, emotivos, anecdóticos y biográficos, no tienen la misma acogida que otros estilos más distantes, objetivos, fríos y lógicos, sobre aquellos se imponen restricciones; hay muchos contextos en los que, hablar como lo hacen Lucía y Verónica, las hace sonar menos racionales o menos competentes para transmitir información valiosa.

Las redes sociales han impactado significativamente en las formas en las que compartimos información personal, al grado de que se ha acuñado un término para nombrar a la práctica de revelar demasiado de uno mismo: *oversharing*. Las culturas digitales fomentan la sobrerrevelación, tienen un efecto deshinibitorio y de retroalimentación pública de los hitos en nuestras vidas privadas, al mismo tiempo que condenan la sobreexposición de detalles incómodos y expresiones fuera de la norma.

En foros de Reddit, blogs y grupos de Facebook, se han construido espacios públicos, otros cerrados y autorregulados, en los que varias personas diagnosticadas con TLP comparten sus perspectivas. Verónica utiliza su Facebook personal y una cuenta alterna de

Twitter para compartir sus problemas de salud, narra cómo ha vivido las crisis, describe detalladamente lo que siente y esto le ha permitido llevar un registro de los detonantes, las ayudas recibidas y sus esperanzas. Le preocupa que dar voz a sus experiencias nuble la percepción que tienen otros sobre sus capacidades académicas, por preferir un estilo expresivo inusual.

Las mujeres con TLP notan que sus intentos de abrirse hacia los demás son señalados como *oversharing* o demandas inapropiadas de atención. En un foro de Reddit de personas con TLP, varias compartieron anécdotas al respecto, como la que transcribo a continuación:

Me ha pasado que al compartir más de la cuenta (*oversharing*), me sale el tiro por la culata: ahora una persona me ve como una manipuladora que busca atención y está en su derecho, porque no entiende del todo mis problemas. Sentía que tenía una conexión con ella, así que compartí más de la cuenta (*overshared*) ([BloodlessCorpse], 2020).

Butler (2013) y Sykes (2017) argumentan que el uso del término *oversharing* tiene una carga de género: “El uso contemporáneo del término está impregnado de misoginias demasiado familiares que privilegian la subjetividad masculina sobre la femenina, y caracterizan el autoconocimiento femenino y el compartir públicamente ese conocimiento, como algo vergonzoso” (Sykes, 2017, p. 158). Butler desglosa un único artículo de una revista de estilo de vida para mujeres, realiza un análisis crítico del discurso que deja al descubierto la carga ideológica que permea en la industria de la prensa para mujeres, y ve que la noción de *oversharing* implica la percepción pública de falta de competencia comunicativa, que las críticas al compartir más de la cuenta están “feminizadas”, en el sentido de que “la caracterización de las personas que comparten exceso como proveedoras de comunicaciones banales, corporales, domésticas, emocionales y quizás incluso mentalmente inestables se basa y contribuye a las nociones estereotipadas de las preocupaciones y rasgos femeninos” (Butler, 2013, p. 14).

Identificar casos en los que la patologización del trauma constituye una injusticia hermenéutica requiere dimensionar, a través de estudios participativos, la amplitud y profundidad de los daños.

De este diagnóstico incipiente que realizo ha surgido una conjetura. Considero que revertir las injusticias hermenéuticas derivadas de la patologización del trauma temprano, daría pie a un cambio en el rol explicativo de este componente; distinguiendo el tipo y gravedad del trauma, se podría desagregar al conglomerado de pacientes con TLP y brindar una atención más apropiada para sus diversas expresiones, capturando elementos significativos de sus historias traumáticas que, empleando exclusivamente los criterios del DSM-V, no serían tomados en cuenta.

Entender cuál es la contribución relativa de cada aspecto a un problema específico en un paciente es relevante, porque algunos aspectos del tratamiento, como las intervenciones farmacológicas o la terapia EMDR¹⁰ para aspectos relacionados con el trauma, tendrían más o menos peso en el tratamiento dependiendo de esta evaluación (Mosquera et al., 2011, p. 21).

Desde un punto de vista afín al que sostengo, investigadores (Mosquera et al., 2011) subrayan que es extremadamente difícil distinguir si un cuadro clínico debe ser diagnosticado como TLP, TEPT complejo o un trastorno disociativo, ya que la constelación de síntomas es semejante y se yuxtaponen entre ellos: la desregulación, la disociación, los intentos de suicidio, el abuso de sustancias, las autolesiones y las dificultades para relacionarse. Basándose en datos empíricos, sostienen que “la mayoría de pacientes con diagnóstico de

¹⁰ EMDR es la sigla con la que se conoce a la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, en inglés, *eye movement desensitization and reprocessing*. En México también se le conoce como terapia de reprocesamiento del trauma, con la sigla TRT. Esta técnica terapéutica es avalada por la Organización Mundial de la Salud y varias guías clínicas con validez internacional. De acuerdo los Lineamientos de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático (American Psychological Association, 2017), a través de la terapia EMDR se busca que el paciente se enfoque en recuerdos traumáticos, por un tiempo corto determinado, mientras que simultáneamente recibe estimulación bilateral; los resultados favorecen la reducción de estrés, emociones negativas y la vividez con que se recuerda el trauma.

TLP pueden ser entendidos y tratados como individuos traumatizados que han experimentado abuso temprano y negligencia” (van der Hart et al., 2006, p. 133).

La constricción del repertorio hermenéutico sobre el suicidio

Los suicidios de pacientes diagnosticados con TLP está por arriba del 10% de los casos, con una edad promedio que oscila entre los 30 y 37 años, no obstante, no se cuenta con directrices efectivas, basadas en evidencia, para el manejo de la suicidalidad. En la literatura sobre TLP y conductas suicidas, se hallan datos estadísticos, escalas y cuestionarios para identificar riesgos y grados de letalidad, pero ningún algoritmo ha demostrado ser altamente confiable para predecir la conducta suicida. El personal sanitario y las familias recurren al sentido común, pero a la vez, esquivan entrar a fondo en las *razones* que motivan los intentos de suicidio.

Lucía *sabe* que sus ideaciones suicidas son cualitativamente distintas que lo que se han imaginado las personas a su alrededor; “tienen que ver con trauma, no con depresión, y mi depresión es menos violenta que la parte de mi trauma”. Por eso, cuando fue diagnosticada con depresión postparto consideró que no había riesgo de otro intento de suicidio, porque el nacimiento de su hijo y la terapia que había llevado anteriormente le habían ayudado a estar en paz con la niña que fue, “toda esa parte de suicida se me ha aplacado mucho con mi bebé, me hace muy feliz hacerlo feliz y me hace ver que vale la pena esperar”.

La mayoría de los pacientes con TLP, a pesar de tener pensamientos suicidas durante largos periodos de tiempo y múltiples intentos de suicidio, nunca se suicidan. Por lo tanto, el nivel de alarma creado por los pacientes con TLP que se presentan en clínicas y urgencias con ideas suicidas no está necesariamente justificado, incluso cuando las amenazas son dramáticas o espeluznantes (Paris, 2019, pp. 3–4).

Esta conclusión, a la que arriba una revisión (Paris, 2019) de toda la literatura seleccionada en MEDLINE¹¹ y PsycInfo¹², publicada desde el año 2000 hasta el 2019, sugiere que las tareas terapéuticas están poniendo demasiado énfasis en la suicidalidad, lo que genera una distracción para trabajar en la recuperación de funcionalidad de los pacientes.

Qué sencillo es todo, no hay más que seguir atentamente la bibliografía especializada para saber... ¿Qué? Nada. Allí donde el suicidio se observa como un hecho objetivo, como si se tratase de galaxias o partículas elementales, el observador se aleja tanto más de la muerte voluntaria cuantos más datos y hechos recoge [...] La suicidología tiene razón. Solo que sus afirmaciones están vacías de significado para el suicida o suicidario, ya que lo fundamental para ellos es la absoluta singularidad de su situación, la *situation vécue*, que nunca es absolutamente comunicable, de forma que cada vez que alguien muere por su propia mano, o intenta morir, cae un velo que nadie volverá a levantar, que quizás, en el mejor de los casos, podrá ser iluminado con suficiente nitidez como para que el ojo reconozca solo una imagen huidiza (Améry, 1999, p. 15 y 19).

La cita de Jean Améry hace antesala a la idea principal que sostengo: la *fenomenología* de la ideación suicida crónica que experimentan las personas con TLP no entra en el repertorio de la “suicidología científica”, no por falta de etiquetas, sino porque lo que se puede decir sobre el suicidio está restringido, explico esta idea a continuación.

Las restricciones varían dependiendo del contexto en el que nos enfoquemos. En el ámbito de la investigación, es muy pequeño el número de estudios que analizan los motivos que explican la conducta suicida para *quien la realiza*. La razón que más se repite es que se presenta como la vía para escapar u obtener alivio ante situaciones extremadamente angustiantes y la intención de mejorar las cosas para quienes rodean a la persona que sufre

¹¹ MEDLINE es un proyecto que forma parte de la base de datos de PubMed, que archiva investigaciones en ciencias biomédicas y biológicas; MEDLINE supervisa la selección de revistas que aprueba la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos.

¹² PsycInfo es un recurso digital de American Psychological Association, se ha establecido como la mayor base de datos indexada de investigaciones verificadas y autorizadas en temas de ciencias sociales y del comportamiento.

(Brown et al., 2002). Los resultados son apenas aproximados, pues no se han realizado estudios amplios, las metodologías varían mucho, las definiciones no son claras, no consideran como variables el diagnóstico ni el género de los participantes, etc. El reporte de Brown, Comtois y Linehan (2002) pretende ir unificando algunos criterios metodológicos.

Con un diseño radicalmente distinto, en el 2023 se publicó un estudio experimental de inducción de emociones (Fulham et al., 2023), planteando escenarios de rechazo por parte de seres queridos (madre, amigo y pareja), para medir la relación entre la sensación de vacío y los impulsos suicidas de personas diagnosticadas con TLP. Este abordaje se justifica apelando a que la información resultante, puede ser crucial para reconocer cuándo es útil centrarse en la sensación de vacío para reducir los impulsos suicidas y cómo influye este vacío cuando los impulsos son provocados por estresores interpersonales (como el rechazo social).

La prueba experimental consistió en que a 40 participantes con TLP se les pidió que imaginaran las historias (prediseñadas) de rechazo como si las estuvieran viviendo ellos mismos. Las personas con TLP tienen una reactividad emocional muy elevada cuando están frente a estímulos de rechazo. Primero permanecieron sentados en silencio cinco minutos, después se reprodujo una grabación del guión de inducción de emociones, dándoles la consigna de visualizarse en tal escenario lo más vívidamente posible. Cada participante repitió el procedimiento tres veces con diferentes guiones. Midieron su sensación de vacío e impulsos suicidas después de cada fase, usando una escala visual: cada participante reportaba qué tan de acuerdo estaba con determinadas frases (“me siento vacío”, “tengo ansias de intentar suicidio” y “tengo ansias de autolesionarme”) poniendo un punto a lo largo de una línea continua que iba desde el extremo 0: nada vacío o ningún impulso, al extremo 100: muy vacío o con impulsos muy fuertes. La declaración de ética dice que esta investigación empleó datos de otro, realizado en el 2020, que fue aprobado por el comité de ética de la Universidad de Toronto.

Aunque el fin que se persigue es honorable, el diseño experimental reluce por su desconexión con la vivencia real, no inducida, de las crisis suicidas, además de que impone de antemano términos emocionales que restringen los sentidos que les pueden otorgar los participantes reclutados. El vacío (*emptiness*) es abordado como un “síntoma” y “constructo

transdiagnóstico”, la investigación pretendió explícitamente introducirlo como una variable predictora, medible y cuantificable.

En los contextos sanitarios y en sus entornos familiares, a Lucía y a Verónica no se les permitió *dar razones*, explicar por qué intentaron quitarse la vida, y no solo les pasa a ellas. En los foros de familiares y parejas de personas con TLP, expresan especulaciones que hieren a las personas diagnosticadas: “fantasean con hacerlo”, “justifica su estatus de víctima”, “es una estrategia de control”, “¿cómo pueden ir a trabajar/estudiar/hacer cosas ordinarias si su vida verdaderamente pende de un hilo?”.

En las redes sociales, como Facebook, en las que se han encontrado pacientes diagnosticadas con TLP y creado grupos para compartir información, experiencias y ayudarse entre ellas, se han reforzado los candados para el contenido que los algoritmos consideran violentos. De acuerdo con su portal de transparencia, se bloquea y elimina contenido que celebre o promueva conductas suicidas, al mismo tiempo que se permite el debate sobre esos temas, para construir espacios digitales donde se compartan experiencias, haya concientización sobre los problemas y se brinde apoyo mutuo. Además, se añaden señalizaciones de contenido delicado que advierten al usuario y le permiten elegir si lo mira o no, y cuando haces una búsqueda o generas contenido relacionado con suicidio, emergen ventanas que te dirigen a organizaciones de ayuda.

En contraste, sus políticas con el contenido que se genera en vivo (*streaming*) han sido tema de controversias, ya que cuando una persona muestra intenciones de suicidarse en una transmisión en directo, autorizan que esta se prolongue el máximo tiempo posible, ya que esa extensión da oportunidad de que un amigo o familiar llame a los servicios de emergencia; si el equipo operativo de Facebook detecta que el riesgo es inminente, se comunica con los servicios de emergencia y, si el intento se materializa, se detiene la transmisión.

En foros de TLP en perspectiva de primera persona, se conversa sin censura acerca de las crisis suicidas.

Es muy frustrante que nadie me tome en serio cuando digo que me quiero morir. Dicen que no les importa porque ya lo había dicho antes y soy “como el niño que gritó lobo” y están

cansados de oírlo [...] Intento hablar porque me duele y necesito que alguien crea lo mucho que me duele todo y empatice conmigo por una vez (Anónimo, 2018).

Las plataformas que proveen los medios sociales para hablar de temas silenciados en otros espacios, están planteando preguntas difíciles sobre la libertad de expresión, los derechos digitales, la elusión de restricciones usando juegos lingüísticos (por ejemplo, usando el código SU1C1D10), la censura, la biopolítica y la salud mental de sus usuarios. Algunas preguntas que alientan la investigación en el marco de la epistemología social son: ¿Cómo constituir consejos asesores de contenido en redes sociales? ¿Qué tipo de experticia y liderazgo cívico pueden asumir las personas usuarias y supervivientes de los servicios de salud mental? ¿Cómo integrar iniciativas externas, propuestas civiles y recomendaciones de expertos, a los desarrollos empresariales de servicios informáticos y de redes sociales?

La organización no gubernamental y sin fines de lucro TARA4BPD (siglas en inglés de Avances en el Tratamiento y la Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad), ha realizado un trabajo interesante para resistir al trato prejuicioso hacia las personas con TLP y tendencia a la suicidalidad. Desde 1994, TARA aboga por la eliminación de los estigmas hacia el TLP ante varias instancias, incluyendo ámbitos legislativos, proveedores y administradores de servicios de salud mental y familias. Promueven que los pacientes, los profesionales y las familias aprendan tanto como sea posible del TLP, de fuentes confiables basadas en evidencia. Y en lo que respecta a la suicidalidad, llevan a cabo encuentros y talleres de sensibilización, para que los médicos y las familias respondan a la ideación e intentos de suicidio con empatía, indagando en las intenciones cautelosamente. Además, crearon un fondo de becas en memoria de las personas con TLP que dieron fin a su vida, que se otorgan a otras personas diagnosticadas con deseos de asistir a conferencias y procesos formativos; a través de este fondo, las familias y supervivientes pueden contribuir a buscar formas de prevenir suicidios.

TARA no respalda explícitamente la perspectiva en primera persona del TLP, incluso reproduce la patologización del trauma temprano, porque está prioritariamente dirigida a familiares y, en específico, a madres que viven con culpa y vergüenza de ser “malas madres”. Considero que esto no desacredita las acciones de TARA, pues revierten injusticias

hermenéuticas localizadas en otro grupo vulnerable: las mujeres que crían y/o cuidan a pacientes con problemas mentales. Ellas tienen en común una carencia de recursos para explicar, dar sentido y honrar la pérdida de los sujetos a su cuidado que se suicidan, debido a la estigmatización que afecta por un lado a las personas con TLP y, por otro, a sus familias como causantes o responsables de la muerte. TARA encamina acciones para revertir esa escasez de recursos; invitar a las madres a publicar una foto en el Muro Conmemorativo para honrar a su ser querido, es un instrumento entre los pocos que tienen disponibles, para relatar juntas el estrés de ser cuidadoras y el sufrimiento de perder a la persona que estaba bajo su cuidado.

Llamaré “fraternidades epistémicas” a estas iniciativas que nacen de la conciencia vulnerada y de la ansiedad por la falta de ayuda colectiva para salir adelante girando la mirada hacia la situación compleja en que están sumidos, con la idea de situarla en una topografía de la opresión. A diferencia de las comunidades epistémicas, en las fraternidades epistémicas hay una conciencia mucho más intensa de la fragilidad y de la penuria cognitiva por parte de los miembros del grupo. La agrupación tiende a ser un subproducto de las necesidades de encuentro, muchas veces formadas de manera contingente aprovechando espacios comunes de asociaciones o instituciones públicas, otras veces a instancias de activistas dentro de movimientos sociales más amplios, o como derivas de otros grupos ya constituidos (Broncano, 2020, p. 20).

Aunque las madres que participan en el Muro Conmemorativo no llegaran a constituir un movimiento social que demande líneas de investigación sobre aspectos oscuros del TLP y la suicidalidad de las personas que reciben este diagnóstico, logran desarrollar lo que Broncano (2020) llama “proto-virtudes epistémicas”: redirigen su atención hacia problemas desatendidos, experimentan cambios emocionales sobre las creencias y valores internalizados que laceran los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, etc. En este sentido, la iniciativa de TARA da una clave para revertir injusticias hermenéuticas: la creación de espacios para el intercambio de experiencias entre sujetos que reconocen mutuamente sus necesidades, sus angustias, sus deseos de apoyo y compañía, sus

resentimientos, su indignación, etc. no garantiza pero sí alienta la formación de comunidades epistémicas, de las que hablé en el marco teórico.

INJUSTICIAS TESTIMONIALES Y TLP

En el epílogo del libro *Diamantes en bruto*, obra derivada del aprendizaje interactivo con pacientes TLP, llama la atención una nota que deja una de las informantes clave para la autora: “Infinitas gracias, Dolores, *por creer en mí como nadie lo había hecho antes*” (Mosquera, 2004, p. 148). Estas líneas transmiten otra experiencia común a las mujeres diagnosticadas con TLP, la sensación de extrañamiento cuando su voz es escuchada plenamente. ¿Qué hace al *ser escuchada* una vivencia poco común y no la norma? Este capítulo trata de ofrecer una respuesta, caracterizando el problema en términos de injusticia testimonial.

El poder y la injusticia testimonial

Imagina que estás reposando en tu casa un domingo por la mañana. Tu mamá aparece en la entrada de tu cuarto; la escoltan tres desconocidos: dos están uniformados; el tercero viste de blanco. Se dirigen hacia ti. Sorpresa. Miedo. Confusión. El último en entrar es el primero en perder la distancia: sientes una punzada. Agitación; después, letargo. Te sujetan varias manos que rápidamente se convierten en nudos blancos que no permiten que te muevas. Ya estás en una ambulancia. Un grito de auxilio ahogado. Imágenes borrosas en repetición. Despiertas sobre una cama, las esposas te enfrían la piel. Entra un sujeto con bata blanca: “Dice que en unos días te vuelve a ver”. Se azota una puerta. Se escucha un candado (Rabasa, 2020).

El testimonio citado arriba se atribuye a una persona que pasó por un internamiento involuntario en un hospital psiquiátrico, e ilustra una realidad cotidiana que atemoriza a las personas con discapacidad psicosocial, como a Verónica, quien me comentó:

Llevaba meses sintiéndome mal y valorando qué iba a hacer [...] No quería ir a otro psiquiátrico porque me iban a internar. Eran como dos fuerzas, ¿sabes? Mi cuerpo y mi cabeza

diciéndome “ya no podemos más, busca ayuda”. Y por otro lado era: “No, porque me van a internar. No, porque no quiero que me internen”.

Los internamientos forzosos son una expresión nítida del desequilibrio de poder entre los especialistas, las familias y los usuarios de los servicios de salud mental, que atraviesa a todo el sistema sanitario y rebasa sus fronteras, diseminándose a través de las dinámicas laborales, los medios de comunicación y redes sociales, la educación, los libros de autoayuda, etc., creando así un entorno social en el que se ha *normalizado* que a cierto tipo de individuos se les restrinja su capacidad jurídica, se les prive de la libertad y de la toma de decisiones.

En México, desde la publicación de la reforma a la Ley General de Salud, en mayo del 2022, quedó establecido que el internamiento solo puede ser voluntario y debe operar bajo el principio del consentimiento informado. La efectividad de este acontecimiento legislativo se diluye por la falta de armonización con artículos transitorios y documentos normativos, por la falta de mecanismos claros para su aplicación y las debilidades operativas.

A finales de ese mismo año, hubo un fenómeno mediático que involucró a una *influencer*, quien expuso públicamente el proceso violento de internamiento que vivió contra su voluntad. Forcejeó con el grupo de personas que la sacaron de su domicilio, fue golpeada durante el traslado a un hospital psiquiátrico, donde la sedaron, le prohibieron comunicarse con su esposo y la obligaron a recibir veinte sesiones de estimulación electromagnética, bajo amenazas constantes de que si no cumplía con el tratamiento se prolongaría su estancia varias semanas más. Ella expresó que ni siquiera contar con un título en Medicina, la libró de los abusos en el hospital. En mayo del 2023, otra persona influyente en redes sociales, denunció agresiones que vivió internado contra su voluntad en una clínica de adicciones. Estos dos casos son la punta del iceberg: pese a lo que la ley dicta, las relaciones de poder muestran resistencia al cambio.

Pensar en los internamientos forzosos me permite ilustrar el ejercicio activo del poder, mediante prácticas coordinadas de coerción. Se trata de una forma agencial de poder, porque un agente social –como lo puede ser la familia, el médico, el hospital– actúa sobre otro. Ahora bien, Fricker argumenta que hay otras formas meramente estructurales del poder, que

“carecen de agente”, porque no hay alguien en concreto que lo ejerza. En este contexto, se podría suponer que no hay un agente en particular que impida el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), pero por complejas razones sociales, los derechos humanos siguen siendo un asunto negado para este grupo social.

El poder social puede entenderse como una capacidad práctica y socialmente situada para controlar las acciones de otros. Se ejerce de maneras activas y pasivas, por agentes particulares o puede operar de forma meramente estructural (Fricker, 2017).

La diferenciación entre lo normal y lo patológico ha sido analizada como una manifestación cultural ligada al ejercicio de poder. Por ejemplo, la *Historia de la locura* de Michel Foucault, publicada por primera vez en 1961, reconstruye los procesos culturales con los que se dotó a la enfermedad de un sentido de desviación y, al enfermo, de una condición que lo excluye de la vida social. Si bien la CDPD y otros documentos normativos, reprueban la interdicción¹³ y defienden la capacidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial, en el día a día este tipo de *muerte civil*, es decir, la supresión generalizada de

¹³ Por medio del juicio de interdicción, una persona con discapacidad intelectual y/o psicosocial es declarada natural y legalmente incapaz. El estado de interdicción solo permite que estas personas ejerzan sus derechos a través de otros, a quienes se les asigna su tutela; decidir sobre un procedimiento médico, sobre el matrimonio, heredar, comprar o vender, valiéndose de uno mismo, es imposible bajo el estado de interdicción, ya que la voluntad y las preferencias personales son *sustituídas* por las de la figura protectora del tutor o representante legal. Un caso mediático que despertó el debate público sobre la interdicción, fue el de Britney Spears, quien peleó en tribunales la revocación de la tutela de su padre a la que estuvo sujeta trece años y que le impidió durante ese tiempo, el retiro del DIU de su propio cuerpo. En el 2019, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, emitió un amparo de revisión, en el que reconoció que la interdicción tal como estaba regulada en el código civil, “suprime el derecho a la personalidad jurídica, pues establece que las personas con discapacidad pueden ser desprovistas de la capacidad para hacer vales sus derechos por sí mismos y, con ello, se transgrede el artículo 12 de la CDPD y se viola la dignidad humana” (*Amparo en revisión 1368/2015*, 2019, p. 18), además se expresa lo siguiente:

Solo se regulan dos estados o situaciones en las que una persona puede ubicarse: o tiene capacidad de ejercicio o bien no la tiene [...] no contextualiza el dercho respecto de las características y condiciones de cada individuo. El juzgador solo puede decidir entre la incapacidad o preservarla, sin tener facultad para aclarar los actos jurídicos que puede realizar y los que no dada la discapacidad específica del individuo [...] Se restringe el derecho a la capacidad de ejercicio más allá de lo estrictamente indispensable para su fin. No hay correspondencia entre la importancia del fin buscado por la ley y los efectos perjudiciales que produce en otros derechos e intereses constitucionales y convencionales (*Amparo en revisión 1368/2015*, 2019, pp. 26–27).

Por estas y más razones, se concluyó que es una figura inconstitucional.

derechos, sigue cometiéndose y con consentimiento de una considerable parte de la sociedad, que respalda discursos y prácticas estigmatizantes –creencias como “los esquizofrénicos son peligrosos”, “las mujeres trans deben ir a terapia”–, bajo el supuesto de que velan por los intereses colectivos y segregan a los elementos que amenazan su consecución.

Ahora bien, el poder social se expresa como poder identitario (Fricker, 2017) cuando además de la coordinación institucional logra tener el consenso imaginario-social (que no siempre es consciente ni necesita enunciarse explícitamente) sobre lo que es ser un individuo de cierto tipo –como ser un enfermo mental– y, en función de esa identidad social, la autoridad y confianza epistémica que puede tener para pronunciarse sobre ciertos asuntos. La injusticia testimonial ocurre cuando a una persona se le niega credibilidad con base en un prejuicio sobre su identidad y podemos identificar tres formas en que se presenta. Cuando algunas personas quieren compartir sus opiniones, suelen toparse con la incredulidad como única respuesta, ya que un prejuicio identitario distorsiona la percepción que el oyente tienen de ellas; a esto llamaremos un *déficit de credibilidad*¹⁴. Hay algunos grupos sociales a los cuales ni siquiera se les tiene en cuenta para pedir información, simplemente, sus opiniones no son requeridas y son privados de manera anticipada de la oportunidad de hacer aportaciones a nuestro entendimiento colectivo; a esto llamaremos *silenciamiento*¹⁵. También ocurre que algunas personas son tomadas como meras fuentes de información y no como informantes, es decir, otros hacen uso de ellas como algo de lo que se puede obtener

¹⁴ Es debatible si este fenómeno debe ser caracterizado como un déficit de credibilidad o como un problema de audibilidad. Si es tomado de la segunda manera, ¿entonces se trataría de una injusticia hermenéutica y no de una injusticia testimonial? La desambiguación es una tarea compleja y no creo que haya sido zanjada, como me lo hizo ver Ángeles Eraña en comunicación personal, sin embargo, considero que no adopto una definición problemática. El caso que tomo como paradigmático del déficit de credibilidad, en este contexto, es un registro de Campbell (2008) que cité anteriormente; una paciente con TLP informa a su médico que tuvo un accidente que le provocó quemaduras graves, pero el doctor no cree que haya sido un accidente, no toma el relato de los hechos como creíble con base en un estereotipo: los pacientes con TLP tienden a la autolesión. En ese caso, “el sujeto es juzgado como menos creíble de lo que lo serían otros sujetos en la misma situación epistémica” (Medina, 2018, p. 248) y, por lo tanto, encaja con la clasificación de injusticia testimonial, en su forma específica de déficit de credibilidad.

¹⁵ Esta afirmación también es debatible. Medina diría que cuando “el sujeto es juzgado como ininteligible o menos inteligible que otros sujetos” (2018, p. 249) estamos frente a una injusticia hermenéutica. Considero, haciendo eco de los planteamientos de Pohlhaus (2017), que dependiendo de los lentes con los que veamos las prácticas sociales de puesta en común de información, hacemos notorias distintas variedades de injusticia. El silenciamiento, visto desde el lente de las interacciones lingüísticas directas entre hablantes y oyentes, aparece bajo la forma de injusticia testimonial y así lo describo en este capítulo. En cambio, visto desde el lente de las estructuras de opresión y las injusticias sociohistóricas más allá de las interacciones concretas, aparece bajo la forma de injusticia hermenéutica y así lo describí en el capítulo anterior.

conocimiento, sin embargo, no las consideran capaces de participar en la puesta en común de este; a esto llamaremos *cosificación*, retomando la terminología de Fricker (2017).

Lo que me interesa a continuación es describir cómo se produce este tipo de injusticia epistémica en algunos contextos relevantes para las mujeres diagnosticadas con TLP.

Déficit de credibilidad

Nuestros hábitos de percepción social llevan una carga epistémica; como he venido explicando, nos disponen a otorgar más o menos credibilidad a ciertos hablantes en función de su identidad social. En el intercambio testimonial *percibimos* indicios sobre la sinceridad y competencia del hablante, basados en suposiciones no del todo explícitas (alimentadas por estereotipos, algunos de ellos prejuiciosos).

En el entorno familiar de Verónica se comentaba que ella “se inventaba la depresión” y le increpaban que “solo quería llamar la atención”. La población indígena en la que ella creció se caracteriza por la preponderancia social de la mujer, lo cual ha llamado la atención de científicos sociales, ya que es una condición atípica a comparación de cómo viven las mujeres de otras etnias y de poblaciones mestizas. No obstante el poder social que ejercen, las mujeres indígenas como Verónica siguen siendo subordinadas en parcelas significativas de su experiencia social. En concreto, ella resintió el proceso diferenciado de socialización primaria en razón de su género; mientras que los niños de su etnia gozan de mayor libertad y permisividad para mostrarse “débiles de carácter”, inseguros, dependientes, etc., a las niñas se les presiona para ser “fuertes de carácter”, seguras, independientes, abnegadas y dispuestas a encargarse del cuidado de sus familiares (Miano, 2002). Verónica habitó este mundo en el que verbalizar su dolor, su vulnerabilidad, la hacía desviarse de la norma de género. Aunado a esto, ser víctima de un delito sexual siendo menor de edad, generó una respuesta social que exoneraba al perpetrador y reprobaba la conducta de la niña, sobre quien recayó el estigma de inmoralidad.

Identificar los estereotipos particulares que operaban en los contextos específicos de Verónica, sin imponer una mirada exotizadora, requeriría de un trabajo etnográfico más profundo sobre la vida afectiva de los pueblos indígenas. Lo que su relato de vida me permite

afirmar, es que los prejuicios identitarios se recrudecen cuando se intersectan el género, la etnia, la clase social y la edad. Los prejuicios interseccionales que se proyectaron hacia ella, posiblemente asociados con la “falta de determinación moral”, propiciaron que los oyentes, incluyendo a aquellos miembros de su familia, interactuaran con ella con una actitud más próxima a la sospecha y al desprecio, que a la empatía y el respeto, devaluando la credibilidad de su palabra.

Al cabo de unos años, sus propios familiares experimentaron malestar psíquico y acudieron a servicios de salud mental, fue entonces que comenzaron a creer que realmente le había estado pasando y le pasaba algo, se disculparon por no haber hecho más por ella y por haber influido en otros para que no le creyeran o no la cuidaran. Verónica dice: “Tuvieron que vivir cosas en primera persona para poder tener empatía”.

El cambio se produjo por la experiencia en carne propia, que entrenó y matizó las respuestas emocionales de los oyentes. Conuerdo con Fricker en sostener que la sensibilidad epistémica “no es netamente intelectual, contiene un *sentimiento* de confianza” (Fricker, 2017, p. 88) y pueden realizarse aportaciones positivas a este sentimiento, mediante el ajuste de la propia sensibilidad, que no requiere necesariamente de una reflexión crítica como mediadora.

Lucía, quien había empezado con ideaciones suicidas en la adolescencia, cuando tuvo contacto por primera vez con una doctora, le dijo con incredulidad: “¿Te quieres matar? Mátate aquí en mi consultorio”. Lucía no es un caso aislado; la autolesión, la ideación y los intentos de suicidio de pacientes diagnosticados con TLP suelen tomarse como demandas inapropiadas de atención o manipulación. Los sentimientos, pensamientos y comportamientos que expresan son puestos en duda, provocando un daño real en la capacidad de personas como Lucía, de participar en el intercambio de información sobre su propia vida. Esto es, a grandes rasgos, a lo que se denomina “invalidación”.

Quizás superar el distanciamiento emocional hacia las personas altamente sensibles, como Lucía y Verónica, resulta complicado porque sus reacciones parecen inadecuadas, inmaduras o desproporcionadas bajo la luz de la conducta que se espera de ellas. “Una chica se tomó una sobredosis de pastillas porque se le habían caído todos los libros de una estantería que estaba organizando. Decía que en ese momento no pensó que hubiese otra solución y que

quería que todo ese caos desapareciese” (Mosquera, 2004, p. 45). Una llamada telefónica desencadenó un torbellino de emociones en Verónica, se comunicó con sus familiares porque necesitaba expresar la angustia que sentía por el tumor que le detectaron:

Les hablé como para decirles que me sentía mal, estaba muy preocupada y quería que supieran mi decisión. Le hablé a una y se empezó a quejar de la otra... y yo llorando porque le quería decir algo y no podía... El último recuerdo que tengo es que le mandé un mensaje a Celeste: Ya no puedo más, ya no quiero, ya estoy harta. Me acuerdo de que le marqué a mi papá, obviamente no me iba a contestar porque está muerto. Entonces, cuando en la llamada nadie me contestó, agarré el teléfono y lo aventé. Lo siguiente que recuerdo es que me desperté, ya no traía el pijama y estaba acostada sobre todo el vidrio que había en mi casa, todas las cosas de vidrio... mis nudillos estaban... porque rompí el espejo con mis manos, rompí los vasos, los platos, unas veladoras, unos floreros, todo, todo, lo rompí en un mismo lugar. Empecé a sangrar y me acosté ahí.

En ese momento de su vida, Verónica no contaba con alguien en su familia más cercana, que creyera que realmente le estaba pasando algo. ¿Lo que ella hizo no era más que un intento de llamar la atención? ¿Fue una reacción desproporcionada, manipuladora? Dolores Mosquera (2004) sugiere dejar a un lado estos juicios invalidantes para reconocer la complejidad de las personas que viven con TLP, así, bajo la luz de la empatía podemos ver en el comportamiento un intento desesperado de adaptación a un ambiente hostil, para hacer reaccionar a sus oyentes.

Una variación en este tipo de injusticia testimonial tiene lugar cuando se *subestiman* los informes en primera persona de las mujeres con sufrimiento psíquico, minimizando el grado de malestar subjetivo que les genera, simplificándolo o relativizándolo. Puede tener lugar con expresiones como “es común que...”, “si yo la he pasado peor y no reacciono así...”, o “a cualquiera le pasa”; no siempre tiene rasgos maliciosos, pero invalida los relatos en la interacción de los profesionales con las pacientes.

Un ejemplo de la simplificación del testimonio es lo vivido por Lucía, al ir con terapeutas tras un intento de suicidio: “A una niña de doce años le molesta que le digan ‘estás

muy bonita, ¿por qué te quisiste matar?’, no soy un pedazo de carne... El doctor me decía ‘eres muy joven, inteligente y bonita’ y yo [con sarcasmo] ‘gracias, gracias, ya no me quiero matar, me reinició el contador’, algo así como si fuera mi preocupación en la vida”.

Al tratar a pacientes con TLP, existen razones normativas por las que se debe actuar de determinada manera. Hay códigos que prescriben cierto tipo de acciones correctas, y que hacen que no llevarlas a cabo o realizar otras, sea incorrecto. La fuerza normativa de estas acciones depende decisivamente de la evidencia y del consenso experto sobre su valor terapéutico. Ambos, por supuesto, se transforman con el tiempo.

Se sabe, por los estudios empíricos, que la terapia centrada exclusivamente en el cuestionamiento para propiciar el *cambio*, no tiene un impacto positivo en los pacientes con TLP, ya que al remarcar los aspectos disfuncionales de su personalidad se exagera la idea de que son personas-problema, intrínsecamente malas. Pero “darle por su lado” a alguien tampoco es eficaz en ninguna terapia. La procuración de un punto medio es la razón normativa, que debe guiar la terapia no hacia la “cura” –como los antibióticos curan una infección– sino hacia la construcción de una vida que valga la pena vivir (Linehan, 2020a).

Si nos comprometemos con seguir los enfoques mejor apoyados por la evidencia de su eficacia, es conveniente tomar a la terapia dialéctica conductual como un estándar de actuación apropiada en la clínica. Así, en el camino para construir una vida que valga la pena, una de las habilidades que se debe desarrollar a través de la terapia dialéctica conductual es la aceptación radical, tanto en los pacientes como en los terapeutas.

En el intercambio terapéutico, *corregir* la forma en que los pacientes con TLP perciben el mundo no es el ideal regulativo, sino *aceptar* radicalmente que ven el mundo tal como es. Aceptar las terribles verdades de la vida que producen un *increíble* sufrimiento para las personas, validar que su dolor es causado por situaciones reales y apechugar que la vida merece la pena aunque conlleve tal sufrimiento son razones normativas para *creer en el testimonio* de personas con alta suicidalidad (o que satisfacen criterios para un posible diagnóstico de TLP).

Sin embargo, es difícil adoptar una posición de este tipo en el intercambio clínico, ya que los prejuicios impregnan la percepción que los profesionales tienen de los pacientes con

TLP, y la que estos tienen sobre sí mismos. Para concluir esta sección, recupero un registro de caso que muestra con nitidez el fenómeno:

Hace un mes vino a verme una chica diagnosticada de Trastorno Límite de la Personalidad. En principio había sido tratada y diagnosticada de Anorexia y Bulimia. Ella misma se describía como manipuladora, chantajista, mentirosa... bueno un sin fin (sic) de calificativos que no vienen al caso. Cuando le pedí que me explicase qué era para ella ser manipuladora y chantajista se quedó muy sorprendida y no supo qué decir. Después de un rato me dijo: *“bueno, es lo que me han dicho los psicólogos que me han visto, que formaba parte de mi trastorno”* [...]

Al marcharse me facilitó la copia de unos informes y a uno de ellos le quitó una hoja que tan solo tenía los datos del envío de un fax... Me lo dijo y simplemente le di las gracias, no le pedí que me enseñase el papel. Se sorprendió y me dijo *“te lo enseño para que veas que no miento”*. Le respondí que no hacía falta. Ella me dijo *“esto se me hace raro, no estoy acostumbrada a que se crea lo que yo digo”*. Al día siguiente me encontré una tarjeta en el buzón que ponía *“gracias por el trato que me ha dado, me he sentido como una persona, no como un mero cliente o problema”*. (Mosquera, 2004, pp. 59, 61).

Silenciamiento, cosificación y derivación

El silenciamiento tiene lugar cuando las personas son privadas de manera anticipada de la oportunidad de aportar información. Catalogo como una variación de este tipo de injusticia al *gaslighting*, frecuentemente traducido como luz de gas. Esta noción se entiende como un tipo de abuso psicológico, que procura desorientar a alguien, pero yo prefiero retomar la conceptualización de Rachel McKinnon, quien ha presentado un mecanismo epistémico con el que opera la luz de gas: “el oyente del testimonio plantea dudas sobre la fiabilidad del orador a la hora de percibir los hechos con exactitud” (McKinnon, 2017, p. 168). Los ataques a la versión de la realidad son indicadores de esta variedad de injusticia testimonial, que consiste básicamente en la duda *prejuiciosa* acerca de si las cosas realmente sucedieron como afirma el hablante.

Considero importante precisar que se trata de una duda *prejuiciosa* porque, para ser tomada como una injusticia testimonial tendría que haber un prejuicio identitario de por medio.

Ser percibida como mujer históricamente ha ido de la mano con la proyección de estereotipos de inferioridad y patología (emociones incontrolables, debilidad de carácter, irracionalidad, sobre-reacción), que socavan la presunción de racionalidad y alimentan dudas sobre la fiabilidad perceptiva. Además, el estigma de “loca” es una forma común de descartar el testimonio de una mujer, de invalidar su capacidad de ver las cosas como son.

Lucía vivió esta forma de luz de gas de parte de familiares y profesionales, cuando hablaba de los casos de pedofilia en su entorno cercano. Le hacían sentir que ella recordaba lo que *quería* recordar y no lo que ocurrió en verdad. Es posible que sus oyentes simplemente le daban un mayor peso a sus conocimientos de fondo, por ejemplo, pudieron pensar que como ellos nunca actuarían en contra del bienestar de una niña y menos si fuera su familiar, tampoco alguien de su círculo cercano sería capaz de hacerlo.

En otros casos, la luz de gas se realiza de manera maliciosa. En su adultez, Lucía acudió a terapia con un psiquiatra: “sentí que estaba trabajando el terreno para ver si me podía hacer algo... me vía lascivamente en sesiones y mientras me estaba viendo las piernas, me decía ‘todo está en tu imaginación, acuérdate que las personas con borderline se imaginan cosas’”. En sus interacciones con este psiquiatra ella notaba que había esfuerzos deliberados por hacerla dudar de que era hábil para pensar clara y racionalmente, le repetía que el TLP la hacía especialmente sensible como para tener una percepción alterada de lo que estaba viviendo; el diagnóstico, en este ejemplo, fue materia prima del prejuicio identitario. “En términos de Dotson (2011), esto constituye el silenciamiento testimonial: la hablante sufre un déficit de credibilidad tan grave que es como si nunca hubiera hablado” (McKinnon, 2017, p. 169).

La luz de gas puede llegar a ser tan efectiva que logre silenciar, literalmente, a quienes la sufren. Un caso que lo ejemplifica es el sistema jurídico mexicano que brindó los mecanismos para silenciar a una mujer con discapacidad psicosocial en *su* juicio de interdicción.

En el año 2004, en el estado de Nuevo León, una mujer promovió una diligencia ante el juez, para que declarara el estado de incapacidad mental de su hermana y se suspendiera la patria potestad sobre su hija de diecisiete años. A su carpeta se anexaron cuatro dictámenes médicos que declaraban unánimemente que la afectada padece de:

Un trastorno delirante paranoide y trastorno límite de la personalidad; y que por ello se dificulta sus interacciones impidiendo se desempeñe laboral y socialmente de manera adecuada; que sus padecimientos son permanente e irreversibles y su historia natural de su cuadro psicótico paranoide tiende al agravamiento conforme transcurre el tiempo, y que ello la incapacita para tomar decisiones de índole económico y ejercer la patria potestad o tutela de su hija y que por ello se le considera incapacitada de forma permanente (sic) (Amparo en revisión 1368/2015, 2019, p. 9).

Con base en los artículos 916 y 917 del Código de Procedimientos Civiles para el Estado de Nuevo León, el juez dictó la resolución decretando el estado de interdicción y la suspensión de la patria potestad, asignando a la hermana como tutora de la afectada y de su hija. Siete años después, en el 2011, la hija de la afectada solicitó al juez que se separara a la tutora y la nombrara a ella como responsable de su madre, ya que su tía había declarado falsedades ante la autoridad judicial sobre los bienes de su madre, que pasaron a manos de su tía y eran administrados sin rendir cuentas a nadie; también señaló el incumplimiento de la obligación ordenada por el juez de presentar cada año un certificado médico sobre la afectada y refirió que su tía, sin el consentimiento de ella, había internado de manera involuntaria a su madre en clínicas de rehabilitación que no le permitían verla.

Además de las irregularidades, se promovió un amparo, para para revisar los artículos 916 y 917, porque no establecen la obligación del juez de garantizar el derecho de audiencia para las personas sujetas a procedimientos de interdicción. La afectada no fue notificada cuando se inició el procedimiento, sino hasta tiempo después de que se dictó la sentencia. La afectada nunca tuvo oportunidad de ofrecer pruebas o alegar en su defensa; su derecho de audiencia fue suspendido de antemano, porque la ley permitía que se decidiera sobre su vida sin requerir de su intervención en el proceso.

El exceso de credibilidad otorgado a los médicos, estipulada por la ley, autorizó al juez a dar por verdadera la preexistencia de *incapacidad natural y jurídica* de la afectada, sin haber tenido un trato personal con ella. El juez respondió al recurso de revisión, que:

Resultaría paradójico e impráctico pretender que en las diligencias respectivas se otorgue audiencia directa a una persona que tiene incapacidad física y legal, ya sea porque no puede gobernarse a sí mismo o no puede manifestar su voluntad por algún medio (*Amparo en revisión 1368/2015*, 2019, p. 16).

El silenciamiento, en este caso, debe tomarse al pie de la letra: se impidió que una persona escuchara y expusiera su caso, por razón de un prejuicio identitario (ser una mujer con diagnóstico psiquiátrico), lo cual no solo produjo un daño epistémico; puso a la afectada en un estado de indefensión absoluta, menoscabando todos sus derechos civiles y su humanidad misma.

El amparo fue turnado a la Suprema Corte de Justicia de la Nación, que dejó en claro que no se pronunciaría sobre el proceso de interdicción en general, sino únicamente revisaría la regularidad constitucional de la legislación de Nuevo León sobre este proceso. La Primera Sala desestimó los argumentos del juez, haciendo énfasis en que se sostenía de prejuicios discriminatorios que contravienen a la Convención y, aunque la ley no dijera expresamente que se debía garantizar el derecho de audiencia de la afectada, el juez estaba obligado a realizar *ajustes razonables* para que ella ejerciera sus derechos.

Fue así que en el año 2015, se resolvió el amparo a favor de la afectada y la Suprema Corte se pronunció así:

La condición de discapacidad de ninguna manera releva a las autoridades de la obligación de cumplir con las formalidades del procedimiento y, en particular, de soslayar el derecho de audiencia [...] Es obligación dar audiencia a la persona cuyos derechos están en juego y, con mayor razón, si estos derechos involucran la libertad, la autonomía en las decisiones, el libre desarrollo de la personalidad, además de otros derechos de proyección patrimonial. *No puede*

aceptarse de manera alguna que al estar involucrada una persona con discapacidad, so pretexto precisamente de su discapacidad, ni siquiera se contemple la posibilidad de oír-la, vulnerando con ello las formalidades esenciales del procedimiento, el derecho de acceso a la justicia y el principio de igualdad y no discriminación (Amparo en revisión 1368/2015, 2019, pp. 37, 38, énfasis añadido).

Profundizando en este caso, entendemos a lo que Miranda Fricker llama *cosificación* y que, para ella, constituye el daño primario de la injusticia testimonial:

El sujeto queda injustamente excluido de la comunidad de informantes en los que se confía, lo que significa que es incapaz de ser un participante en la puesta en común de conocimiento (salvo en la medida en que otros puedan hacer uso de él como objeto de conocimiento, como fuente de información) (Fricker, 2017, p. 141).

Es inaceptable esta tesis de la degradación de la agencia epistémica a un estado de “cosa”, de pasividad absoluta, porque borra la resistencia de las personas sujetas a esta forma de opresión. En algunos casos, como en el juicio de interdicción mencionado, la violencia estructural es tal que en serio anula la subjetividad de la persona, declarándola incapaz de participar en las decisiones que la afectan y cuyo testimonio solo era requerido una vez al año para ratificar su incapacidad. Pero en otros casos, como los de Lucía y Verónica, aun cuando se les silenciaba química –los psicofármacos las mantenían desorientadas, adormecidas y mareadas– y epistémicamente, describir las injusticias que vivieron como *cosificación* les atribuye una pasividad no problemática –como la de un objeto que simplemente está ahí a disposición del sujeto– que anula una historia de esfuerzos por resistir los daños.

Gaile Pohlhaus (2014) critica esta forma de explicar el daño primario de la injusticia testimonial. La relación entre oyente y hablante en un intercambio injusto no es primordialmente como la que hay entre un sujeto y un objeto; aunque sí hay una percepción devaluadora del sujeto, por lo que sería más apropiado hablar de una relación

sujeto/semisujeto o sujeto/otro. Aquí hay que entender al semisujeto o al otro, no como una cosa pasiva, sino como una posición devaluada en las interacciones socioepistémicas.

En esta relación, las personas tratadas como ‘otros’ sirven para reconocer y mantener prácticas epistémicas que dan sentido al mundo tal y como se experimenta desde las subjetividades dominantes, pero no reciben el mismo apoyo epistémico con respecto a sus distintas experiencias vividas del mundo (Pohlhaus, 2014, p. 105).

Si en vez de hablar de cosificación, usamos la noción de *derivación*, que retomo de Pohlhaus (2014), podemos nombrar el proceso mediante el cual, el perpetrador de la injusticia testimonial desprecia los elementos de la subjetividad del hablante que no coinciden con la suya. Solo aquello que se deriva de la subjetividad del oyente es aceptado y aquello que no, no es reconocido, es subalternizado, como si no pudiera aportar algo propio al intercambio de información.

Al dialogar con Lucía, ella habló de la alienación, entendida como un estado de mental en el que se pierde el sentido de la identidad. Lucía y Verónica suelen experimentar ese estado de alienación, al que también llaman disociación, cuando se sienten distanciadas de la realidad y de sí mismas; muchas personas lo vivimos cuando enfrentamos acontecimientos extremadamente desafiantes, como episodios circunstanciales, en cambio ellas lo hacen habitualmente. Lucía es altamente sensible a las contradicciones de la vida cotidiana desde niña:

Pienso cómo le voy a explicar ciertas cosas a mi hijo, o sea, cuando vea a una persona comer de la basura, cuando le tenga que contar que en Latinoamérica protestas y te agarran a balazos... No sé cómo te lo voy a contar... Estamos en el borde de la esquizofrenia con las cosas que pasan en la calle todo el tiempo, con la tortura y la muerte. Y contarle eso a mi psiquiatra es de: “pues tienes que ir a terapia cognitiva conductual”. Pero si todos normalizamos... si nos seguimos enfocando en esta tendencia individualista como “sanar el yo”, sanar como individuos para “estar bien”... ¿Quién se va a quedar a ver el horror? ¿Quién va a seguir diciendo “esto es el horror”? Ya nadie quiere hablar de esto. No quiero ser

cómplice de la normalización de cosas espantosas [...] A veces de verdad me pregunto: ¿vivo con gente insensible? ¿cómo es posible que patologicen estas cosas y se vuelva vergonzoso sentir? ¿estamos viendo las mismas cosas? De pronto sí, me siento muy alienada del mundo [...] Como que siento que volteo y veo una cosa y las personas ven otra.

Al entrar a un consultorio de psiquiatría, el médico no espera recibir a una paciente como Lucía, el complejo entramado de violencia que ella denuncia excede los límites de la subjetividad moldeada por la formación profesional. Las relaciones de poder entre pacientes y especialistas nunca han sido horizontales, para que el intercambio sea fructífero según los estándares de la disciplina, el médico se ve conducido a silenciar la voz de Lucía. No es necesario que supongamos que lo hace intencionalmente, incluso se puede explicar como resultado de la sociacilización profesional de los médicos, en el que los estudiantes aprenden a percibir a otras personas como inferiores a ellos. Marcia Villanueva (2019) realizó un trabajo etnográfico que llegó a esta conclusión.

Una mujer alterada en el consultorio es derivada a la condición de semisujeto. El psiquiatra todavía la escucha, participan en una práctica epistémica de puesta en común de información, pero los aportes de Lucía no penetran en los recursos del médico para comprender el sufrimiento. Él, como un sujeto situado dominante, “no está dispuesto a ver el mundo desde los ojos de sujetos situados no dominantes” (Pohlhaus, 2014, p. 109), por eso las declaraciones de Lucía solo son escuchadas como un síntoma más, una derivación del saber psiquiátrico.

La experiencia habitual de la alienación, dependiendo del enfoque que se adopte, puede ser interpretada como un rasgo de patología subyacente, o bien como manifestación de la enajenación en el mundo contemporáneo, por la reducción del sentido de la vida a la lucha por la supervivencia en una sociedad con profundas desigualdades y violencia, y la presión que ejerce la psicoeducación en el individuo, responsabilizándolo por problemas y contradicciones sociales. Lacerda y Lobo (2012) realizaron un análisis desde la psicología de la liberación y el marxismo, a partir de la historia de una mujer de clase trabajadora, en cuya vida, el sufrimiento marcaba el ritmo; este trabajo brinda una perspectiva alternativa y crítica de la alienación.

Por su parte, Verónica compartió otra situación que amerita abordarse. Cuando ella fue canalizada desde su universidad para recibir atención psiquiátrica, se presentó al consultorio con vestimenta tradicional de luto. Extraigo un fragmento del diálogo con ella:

Me preguntó el doctor por qué iba vestida así, como si fuera una cosa a la que tenía que darle demasiada importancia. No tengo explicaciones de esto, así me visto le dije, vengo a una consulta... Insistió en mi vestimenta y le dije que iba así porque ese día era el aniversario luctuoso del hermano de mi papá. Y la primera cita versó sobre mi tío y hablamos de la muerte. El doctor dijo “es que lo que tú tienes es duelo patológico” [...] ¿Cómo puede una patologizar el dolor? A una le duele y ya. En mi tierra el duelo se lleva así, es prolongado, se le da tiempo, es comunitario. Una llora y hace ruido y tan sencillo como eso [...] Cuando fui al primer funeral fuera de mi tierra me preguntaba: ¿a qué hora lloran?

Varias naciones indígenas, incluyendo a la que pertenece Verónica, practican ritos asociados con la muerte que preservan elementos de la cosmovisión prehispánica y otros de carácter religioso. En su comunidad, no se despide al difunto en un velatorio; el luto se prolonga por siete años obligatorios, con conmemoraciones mensuales y anuales en los que la vida suspende su tiempo coloquial para dar lugar al tiempo sagrado. Existen estudios sobre la pluralidad de formas de vivir el duelo y expresar el luto. Alejandro Vázquez del Mercado argumenta desde un paradigma de la continuación de vínculos, que en la formación terapéutica hace falta mejorar la comprensión de su valor epistémico y menciona que “existen reportes frecuentes de problemas para llevar esto al ejercicio profesional entre quienes no comparten o sienten rechazo hacia las creencias religiosas y/o espirituales de la persona doliente, especialmente cuando pertenece a otra cultura” (Vázquez, 2022, p. 5).

Las representaciones de la muerte y el duelo en el consultorio de psiquiatría, que atiende principalmente a personas de alta escolaridad y provenientes de contextos urbanos, están distanciadas de las experiencias de estudiantes que emigran de pueblos indígenas. Por eso Verónica se sitúa en una posición devaluada de semisujeto; la información que brindó fue interpretada como una derivación de las representaciones hegemónicas del duelo, específicamente, una representación disfuncional, patológica. Si el intercambio hubiera sido

horizontal sujeto/sujeto, el médico habría reconocido la necesidad de reconfigurar su subjetividad a las expresiones culturalmente distintas de continuar los vínculos con los muertos.

El análisis me lleva a concluir que el concepto de “derivación” resulta más sensible a las desigualdades de poder que el de “cosificación”, ya que introduce a la gramática de las injusticias epistémicas nociones de *posicionalidad* entre sujetos situados dominantes y no dominantes. Asimismo, da cuenta de que los sujetos no dominantes ven obstaculizada su agencia epistémica sin que tengamos que asumir que experimentan el daño con total pasividad. Los argumentos de Pohlhaus tienden un puente entre el trabajo de Fricker (2017) y el de Medina (2013), también entre este capítulo y el siguiente, en el que describiré formas en que Lucía y Verónica se rebelaron ante las injusticias epistémicas que afrontaron.

RESISTENCIAS EPISTÉMICAS

La crítica de Pohlhaus a la cosificación como daño primario de la injusticia testimonial, evidencia las limitaciones de este concepto. La derivación, en cambio, describe con mayor detalle cómo se obstaculiza la agencia epistémica de los sujetos que sufren una injusticia testimonial; estos, aunque son degradados a una posición de semisujetos, no llegan a ser meros objetos pasivos, lo cual nos permite dar cuenta de sus posibilidades de *negociación*.

Cuando uno es consciente de su estatus en la comunidad como sujeto truncado, puede tener una idea de las regiones de su mundo experiencial sobre las que puede ofrecer información sin arriesgarse a una pérdida injustificada de credibilidad y hasta dónde puede atraer la atención epistémica de los agentes situados predominantemente, tanto en términos generales como con respecto a individuos concretos con los que ha tenido un historial de interacciones epistémicas (Pohlhaus, 2014, p. 112).

Una vez que reconocemos la diversidad cognitiva y situacionalidad de los agentes en el espacio social-epistémico en el que interactúan, también podemos esclarecer fricciones y resistencias. Capítulos atrás resumí la postura de José Medina al respecto, de la que retomo la noción intuitiva de resistencia, entendida como el esforzarse para contrarrestar o vencer (en su dimensión activa) y como el aguantar la fuerza o el efecto de algo (en su dimensión pasiva). También estoy de acuerdo con el filósofo, en lo que respecta al daño de las injusticias epistémicas: todos somos afectados, aunque de manera diferenciada.

Medina distingue entre tipos de resistencias epistémicas internas y externas, que pueden ser positivas o negativas dependiendo de cómo contribuyan a nuestro florecimiento como agentes epistémicos. Las fuerzas que nos mueven a ser críticos o a discutir prejuicios, son resistencias internas a las influencias del medio y aportan algo positivo a nuestras vidas cognitivas. Por el contrario, la reticencia a aprender o la terquedad, son resistencias internas que se interponen en nuestro desarrollo. Por el lado de las resistencias externas, hay entornos

que nos obligan a ser autocríticos, a dar razones, a contrastar puntos de vista y, por lo tanto, ofrecen fricciones epistémicas beneficiosas; en cambio, entornos en los que hay censura, silenciamiento, inhibición del aprendizaje, ofrecen fricciones epistémicas perjudiciales. Este esquema debe entenderse como un recurso pedagógico que no asume en sentido estricto que “lo interno” y “lo externo” sean dominios separados.



Diagrama 3. Tipos de resistencias epistémicas. Fuente: elaboración propia con base en Medina (2013).

Ahora bien, ¿cómo debería ser una sensibilidad epistémica virtuosa que procure resistencias positivas? Se plantean dos principios reguladores, el primero es el de reconocimiento y compromiso, de acuerdo con el cual, “todas las fuerzas cognitivas que nos encontramos deben ser reconocidas y, en la medida de lo posible, debemos implicarnos con ellas de algún modo (aunque en algunos casos solo sea posible o epistémicamente beneficioso un modo negativo de implicación)” (Medina, 2013, p. 50). El segundo principio es el de equilibrio epistémico, por el que debemos de procurar que esas fuerzas cognitivas interactúen en equilibrio. Poner en práctica ambos principios nos encaminaría hacia diversas virtudes epistémicas, y alejarnos de ellos, hacia vicios epistémicos.

En los siguientes apartados haré explícitas algunas resistencias negativas externas que contextualizarán, más adelante, cómo se produce la ignorancia activa que encarna formas

viciadas de resistencia epistémica y después, exploraré algunos esfuerzos correctivos que promueven la adquisición de virtudes.

La brecha de género, una fricción externa negativa

Con este marco teórico, identifiqué que hay fricciones que han obstaculizado una comprensión apropiada del malestar subjetivo de las mujeres; los prejuicios y sesgos que impregnan a las instituciones y estructuras sociales levantan un muro resistente e impenetrable para cierto tipo de información.

Ser mujer implica, en muchos contextos, entrar a las interacciones comunicativas con desventajas. Es abundante la literatura acerca de las desigualdades estructurales de poder que hacen a las mujeres más propensas a vivir injusticias epistémicas. En la UNAM se ha articulado recientemente un proyecto de investigación sobre este tema (PAPIIT IA400322: Injusticia epistémica, prácticas sociales de opresión y privilegio en la invisibilización de la producción de conocimientos en mujeres en México).

Hasta ahora he descrito variedades de injusticias testimoniales y hermenéuticas que tienen impacto en las narrativas de vida de las personas diagnosticadas con TLP. He señalado algunos problemas relativos a esta etiqueta y dificultades que se pueden presentar en la clínica. Pero ha habido un segmento de las historias de Lucía y Verónica que rehuye del análisis: ellas *no encajaban* con el diagnóstico de TLP y hoy *saben* que fueron mal diagnosticadas. Acudiendo con otros profesionales e investigando por cuenta propia, ambas se descubrieron con rasgos de TDAH; ahora Verónica se reconoce como autista y Lucía contempla este posible diagnóstico pues se lo planteó su último psiquiatra.

Mientras que el TLP es visto como un diagnóstico “feminizado”, el autismo se diagnostica con mayor frecuencia en hombres. La brecha de género hunde sus raíces en la investigación sobre autismo, en la que históricamente las mujeres han sido subrepresentadas. Un estudio realizado sobre una muestra extensa de datos (D’Mello et al., 2022), determinó que en la investigación científica, hay “fugas” en los procesos de reclutamiento de mujeres autistas. Esto se debe a la sub-identificación; es más probable que las mujeres sean clasificadas como autistas cuando muestran comportamientos que típicamente tienen los

hombres autistas, a pesar de que hay evidencia de que el fenotipo autista varía en función del género. A esto se suma que las mujeres son más propensas que los hombres a adoptar mecanismos de “camuflaje”, para enmascarar rasgos que serían tomados como claros signos de autismo, y que las herramientas (test, escalas) para diagnosticar TEA no están diseñadas para detectar prácticas de camuflaje ni consideran las diferencias de género en cómo se expresa la condición.

Las habilidades de comunicación social se perciben como mejores en las chicas autistas que en los chicos (a pesar de la gravedad equivalente de los síntomas en este ámbito), lo que da lugar a mejores primeras impresiones [...] Estas herramientas también son menos precisas para capturar ciertos subgrupos o fenotipos, como las mujeres autistas con coeficientes intelectuales altos (D’Mello et al., 2022, p. 1935).

Se vuelve un círculo vicioso cuando consideramos que las deficiencias en los muestreos para la investigación, se originan en procesos previos a ella, tanto en la clínica como en el contexto social más amplio. Dado que las mujeres tienen más barreras para ser diagnosticadas como autistas (porque no encajan perfectamente con las conceptualizaciones, androcéntricas, del autismo y, se suma a ello, la devaluación de sus estilos expresivos), el grupo de mujeres queda reducido y sesgado antes de que los investigadores recluten a participantes para sus estudios.

Las normas sociales también contribuyen al enmascaramiento de rasgos autistas en mujeres. Por ejemplo, en cuanto a los patrones de juego repetitivos o estereotipados parecen más apropiados en las niñas que en los niños (coleccionar u organizar obsesivamente muñecas se interpreta comunmente como típico juego de niñas). Y los procesos de socialización reproducen, pasiva o activamente, roles de género a través de la crianza. Es difícil que otros agentes socializadores, como los trabajadores sociales o los profesores, canalicen a las niñas por algún signo de autismo, ya que no suelen ser vistas como hiperactivas ni agresivas.

Los padres de las niñas en el espectro autista, que muestran dificultades sociales, pueden interpretar los comportamientos de sus hijas como reflejo de características de personalidad propias del género, como timidez, pasividad o inmadurez y los compañeros pueden reaccionar ante esas sutiles dificultades sociales con agresividad relacional y ostracismo [...] La vigilancia de la feminidad comienza a una edad temprana, a menudo a través de la intimidación relacional y la vergüenza, que actúa como un fuerte motivador para que las niñas en el espectro autista mantengan la apariencia de “normalidad” (Seers & Hogg, 2021).

La vigilancia de la feminidad y las expectativas sobre las mujeres, las presiona desde temprana edad y conduce para que, de manera consciente o no, imiten a sus pares neurotípicos y se esfuercen por aprender comportamientos socialmente aceptables. Milner, McIntosh, Colvert y Happé (2019) realizaron un estudio cualitativo emblemático sobre la experiencia del TEA con perspectiva de género; también he revisado otras investigaciones (Bargiela et al., 2016; Milner et al., 2019) que se enfocan en las diferencias de género en la expresión del autismo para sustentar esta sección de mi tesis.

A estos factores hay que añadir la yuxtaposición de síntomas entre los trastornos de personalidad y el espectro autista (Dudas et al., 2017), que generan incertidumbre diagnóstica especialmente al abordar casos de mujeres, así como el conocimiento impreciso sobre sus etiologías, la relevancia de los componentes genéticos y ambientales, sus relaciones psicopatológicas y comorbilidades.

La percepción que tenían Lucía y Verónica, de “no encajar” con el TLP, es compartida por varias mujeres que no se sienten representadas en los diagnósticos que reciben. El hecho de que varios agentes formen creencias falsas sobre el sufrimiento psíquico que experimentan estas mujeres, incluyéndolas a ellas mismas, no es un hecho fortuito, es decir, no se explica como un caso de mala suerte epistémica, como accidentes que sobrevienen a un estado todavía inmaduro de la investigación científica. Un acontecimiento puede tomarse como un caso de mala suerte epistémica si y solo si los agentes cumplen con todos sus deberes epistémicos para averiguar algo, pero pese a ello, no lo averiguan. Llamar la atención sobre los mecanismos (sesgos en el muestro, injusticias hermenéuticas) que mantienen a ciertas parcelas de la experiencia humana –de grupos particularmente

vulnerables como las mujeres neurodiversas— inexploradas, incomprendidas o ignoradas, revela fracasos en el cumplimiento de los deberes epistémicos.

Décadas atrás, las mujeres y sus aliados expertos, han señalado sesgos en la investigación y en la atención a su salud mental. Franca Basaglia, por ejemplo, denunció que las restricciones impuestas al rol y a las obligaciones sociales de las mujeres, tenían un peso significativo en las “infracciones” que son etiquetadas como condiciones psiquiátricas: “la relación entre el disturbio psíquico —y su consiguiente codificación y sanción— y la rigidez de las reglas de comportamiento es más evidente en el caso de la mujer que en el del hombre” (Basaglia, 1985, p. 31). El espacio vital de las mujeres, a decir de Franca, se conforma de una limitada gama de experiencias consideradas normales: “pasividad, desdoblamiento, disponibilidad, son parte de su naturaleza y corresponden al ideal de salud mental para una mujer. Ideal que se transforma en realidad al ser aceptado por las mismas mujeres como algo que satisface sus exigencias y tendencias naturales” (Basaglia, 1985, p. 44). Las transgresiones sociales a estas obligaciones y expectativas de género, por mínimas que sean, sancionan a las mujeres como agresivas, impulsivas, manipuladoras, sarcásticas y fuera de sí, en un grado que no experimentan los hombres.

Sin embargo, ha prevalecido la insensibilidad a las críticas feministas, a las demandas de asociaciones de pacientes, sobrevivientes y luchas memoriales de víctimas de la psiquiatría¹⁶. El conocimiento en primera persona, de corte fenomenológico, sigue sin ser tomado plenamente en cuenta. Algunos obstáculos estructurales son relativamente sencillos de identificar: la investigación independiente que pueden realizar pacientes, usuarias y supervivientes difícilmente podrá acceder a algún tipo de financiamiento y el reconocimiento de sus resultados pasa por procesos más largos y arduos.

¹⁶ En Twitter existen cuentas memoriales de Zoe Zaremba y Elyssa Fern, que guardan registro de los fallos sistemáticos en los servicios de salud mental. Zoe Zaremba se suicidó a los 25 años, había sido diagnosticada con un trastorno de personalidad que era fuente de gran angustia, luchó por demostrar que era incorrecta la etiqueta y pedía que se eliminara de sus registros; el juicio por su caso determinó que “a su muerte contribuyeron las acciones e inacciones de los médicos en un sistema de atención que no estaba suficientemente desarrollado para tratar a una persona autista con necesidades complejas” (BBC News, 2022). Elyssa Fern documentó sus encuentros con el sistema de salud mental que “no comprendía” su autismo, ella fue diagnosticada con TDA por dos psiquiatras pero no hubo un registro apropiado, en lugar de ello, fue erróneamente etiquetada como una paciente con TLP; horas antes de suicidarse, tuiteó por última vez: “es imposible explicar la magnitud del daño a alguien que no lo ha experimentado. La sensación de desprecio y odio a uno mismo que crea. Mata a las personas” (Fern, 2020).

Volteando la mirada a los ensayos clínicos de psicofármacos, hay que considerar que en 1977, la Food and Drug Administration (FDA) publicó una guía para su realización, en la que se emite la norma de excluir de la investigación de toxicidad y efectos adversos a las mujeres en edad fértil. Hasta 1993 apareció una nueva guía que instaba a la inclusión de mujeres en las muestras de los ensayos, reconociendo que las medidas adoptadas anteriormente habían provocado *escasez de información* sobre los efectos de los medicamentos en mujeres; sin embargo, el análisis de resultados sigue sin adoptar una perspectiva de género, en parte debido a que las guías emitieron estas recomendaciones para la investigación clínica mas no establecieron un requerimiento estricto (Mastroianni et al., 1994). Los deberes epistémicos son difíciles de cumplir en la investigación clínica porque requiere un mayor esfuerzo cognitivo; los cambios hormonales, las interacciones con otros tratamientos, entre ellos, el uso de anticonceptivos, hace más complejo el objeto de estudio.

Estas razones de exclusión son las que hacen recomendable su inclusión, pues para prescribir un fármaco hay que conocer la existencia de variaciones en la respuesta al tratamiento según el estadio del ciclo menstrual y si es antes o después de la menopausia, si las terapias hormonales afectan a la respuesta, si los fármacos estudiados pueden afectar su fertilidad y si ambos sexos responden de forma diferente al mismo tratamiento (Ruiz-Cantero & Verdú-Delgado, 2004, p. 120).

En pleno auge de la medicina basada en evidencias, se continúa recetando fármacos a pacientes con TLP con base en la tradición clínica. La evidencia disponible acerca de los beneficios y riesgos de los antidepresivos –ampliamente usados para tratar TLP– y estabilizadores de ánimo, falla en demostrar su eficacia. Por eso se dice que no hay un esquema farmacológico para el TLP, sin embargo, los médicos sobreestiman la intervención farmacológica y recurren a prácticas de polifarmacia (*polypharmacy*) sin fundamento en evidencia científica y que incrementa el riesgo de efectos secundarios: “los pacientes con TLP toman a menudo de 4 a 5 fármacos, con al menos un fármaco de cada grupo principal” (Paris, 2005, p. 439).

La *escasez de información* se vive de forma diferenciada en mujeres que gestan, diagnosticadas con enfermedades mentales. La investigación clínica con mujeres gestantes y lactantes está restringida por barreras éticas, legales y sociales. Siendo un grupo subestudiado, se carece de información sobre la seguridad, la eficacia y los perjuicios de los esquemas farmacológicos.

Después de dar a luz, a Lucía le comenzó a preocupar que su condición psíquica tuviera efectos negativos en el desarrollo de su hijo. Ella estaba experimentando una agudización de los síntomas del TDAH, no podía sentarse a trabajar, perdía la noción de lo que estaba haciendo, se sentía muy distraída, también se manifestaban expresiones de agorafobia y acudió con una psiquiatra en busca de tratamiento. Como estaba amamantando, le recetó medicamentos solo enfocados al dolor nervioso y a reducir la taquicardia, lo cual resultó efectivo para Lucía y respetuoso con los senderos de comprensión y autorregulación que la maternidad abría ante sus ojos: “cuando salí de mi área, tenía a mi hijo en brazos y una de las cosas que pensé fue: es que todo el trauma se ve muy pequeño al lado de este bebé, de este bebé chiquito de cuatro kilos”.

La entrevista de Lucía deja ver que el embarazo, el alumbramiento y el posparto fueron experiencias *informativas*, con algún valor epistémico, porque gracias a ellas comenzó a confiar más en las interpretaciones subjetivas de su malestar psíquico. La biomedicina ha tratado de *controlar* los procesos asociados con la maternidad y de *arreglar* los problemas supervenientes; las tradiciones clínicas imponen formas legítimas de desear la maternidad cuando se carga con una etiqueta diagnóstica: se naturaliza la creencia de que cierto tipo de mujeres no deben maternar porque se les presume incapaces, inestables o insuficientes, a otras se les exige interrumpir la medicación por posibles riesgos en el desarrollo fetal, dejando en segundo lugar los riesgos sobre ellas mismas.

Mujeres a quienes el aparato judicial obliga a consumir grandes dosis de drogas psiquiátricas y vigilan mediante exámenes de sangre ese consumo porque está en cuestión su capacidad de ser madres, cuyo ejercicio depende del veredicto de un psiquiatra quien tiene la potestad absoluta sobre este aspecto de sus vidas y muchas veces se les niega ejercer la maternidad.

Como mujeres no tenemos derecho a elegir no parir y como locas no tenemos derecho a criar hijos (No es lo mismo ser loca que loco, 2017).

Aunado a esto, no recibe atención el saber adquirido por mujeres, en primera persona, a través de otros modos de *interactuar* con sus vivencias transformadoras. La marginalización hermenéutica tiene consecuencias claras: se subordina y excluye en las prácticas de producción de conocimiento sobre mujeres, neurodiversidad y maternidad, a quienes experimentan estas condiciones en primera persona. Debido a que la marginación, en estos casos, no se origina en *un* solo prejuicio que afecta a las personas en virtud de *un* aspecto de su identidad social, sino que emerge de la superposición de múltiples prejuicios identitarios sexistas, cuerdistas y capacitistas, es imperativo estudiar las formas cruzadas de opresión y cómo se configuran las injusticias epistémicas en contextos sanitarios, así como dentro de las *comunidades de resistencia*.

Hago mención de esto último porque un fenómeno contemporáneo dentro del activismo en primera persona, ha sido el desprendimiento de subgrupos que reivindican la locura feminista. Por ejemplo, en Chile, el surgimiento del colectivo No es lo mismo ser loca que loco, integrado por mujeres que solían ser activistas de Autogestión Libre-Mente, se deriva que ellas reconocieron que sufren situaciones por las que sus compañeros de lucha no pasan y que, además, son relativizadas por ellos. El origen de InsPIRADAS en España es paralelo, cuando las activistas comenzaron a visibilizar violencias simbólicas con perspectiva de género se toparon con la negación de los recursos hermenéuticos que iban desarrollando; para sus pares de lucha, ya era complejo reconocerse como parte de un grupo oprimido por la cultura de la salud mental y ahora se les exigía hacer crítica sobre su privilegio hermenéutico como hombres en un sistema patriarcal. Estos colectivos feministas en primera persona no son reticentes a denunciar la marginación hermenéutica estructural que recae sobre sus pares, sino que evidencian que sobre ellas se impone de manera diferenciada¹⁷.

¹⁷ Las activistas chilenas han denunciado casos de mujeres que acuden a consultas ginecológicas y salen recetadas con psicofármacos, porque todo cuanto sienten y dicen se entiende como producto de sus problemas mentales; también han documentado casos de mujeres que son incapacitadas por el Estado y cuyas vidas pasan a tutelaje de instituciones psiquiátricas o familiares.

En un orden de ideas paralelo, también existen prejuicios que impregnan las estructuras de los servicios de salud mental. Ejemplo de ello es la oscura noción de “manipulación”. Aunque las conductas manipuladoras no constituyen un criterio diagnóstico del TLP, es la característica más asociada con este trastorno para la sociedad en general y dentro de los contextos clínicos particulares. El personal sanitario lo usa para etiquetar negativamente muchas cosas que van desde la mentira hasta la amenaza de presentar quejas formales, pasando por intimidación, estafa y acoso. “Los clínicos utilizan el término como una categoría superior en la que se incluyen formas moralmente incorrectas de interactuar” (Potter, 2006, p. 145), el problema estriba en que no es una práctica terapéuticamente útil y suele basarse en estereotipos que perjudican a las personas diagnosticadas con TLP; suma a su carga emocional, el señalamiento de ser “deliberadamente malos” en vez de “enfermos”.

Otros mecanismos que conducen a injusticias epistémicas tienen una naturaleza agencial más evidente. Las interacciones interpersonales entre profesionales y pacientes son tensas.

Resistencias internas negativas e ignorancia activa

A lo largo del trabajo, he citado a Lucía y Verónica, para transmitir un panorama fidedigno de cómo fue su trato con varios profesionales de la salud mental y sus familiares. En distintos momentos, los testimonios dejan ver que había fricciones epistémicas entre ellas y los otros sujetos. Ahora me interesa explicar un tipo de resistencia que generó obstáculos en el intercambio de información:

La resistencia interna del sujeto que evita activamente las resistencias del exterior, tratando de eliminar u ocultar perspectivas alternativas, protegiendo su propia perspectiva contra cualquier poder o autoridad epistémica que no se ajuste a ella, ya sea destruyéndolos o volviéndose insensible a ellos (Medina, 2013, p. 56).

El filósofo sugiere que esta resistencia interna negativa se origina en la situacionalidad y socialización del sujeto: una posición *privilegiada* en el espacio social-epistémico y una formación viciosa del carácter la explicarían. Esta afirmación me resulta problemática porque creo que Medina eligió el término equivocado y no es una mera sutileza.

Descifrando la adolescencia de Lucía, notamos que las personas a su alrededor no tomaban en serio su sufrimiento; la edad de Lucía parecía una razón suficiente para resistirse a creerle.

La mentalidad cerrada o la estrechez mental (*closed-mindedness*) hacia el testimonio no adulto está normalizada, en general no mantenemos apertura a tomar las experiencias y puntos de vista de los niños, adolescentes y jóvenes, más que como formas derivadas (en el sentido que expuse en el capítulo anterior) de la subjetividad adulta; apenas vemos a las personas no adultas como semisujetos y solo en circunstancias excepcionales consideramos que podemos *aprender* de ellas. No sería un desperdicio estudiar las dinámicas de intercambio de información entre las personas no adultas y adultas, una hipótesis que me parece plausible es que entre ellas aparecerían esfuerzos activos por no escuchar sin importar la evidencia, o dicho de otro modo, “una constante distorsión y redescipción que lleva al sujeto a estar abierto solo a la negación del fenómeno en cuestión” (Medina, 2013, p. 35).

Lucía transmite una imagen de su madre, como una mujer que hizo lo mejor que podía dado el silenciamiento que había vivido y reproducía; su estrechez mental, que la llevaba a menospreciar el sufrimiento de Lucía reduciéndolo a “la punzada adolescente”, no proviene de su pertenencia a un público privilegiado, ni en términos sociales-económicos, ni en términos epistémicos. La noción de “privilegio” distorsiona las posiciones de sujeto, tiende a presentarlas más estables de lo que son y oscurece la relatividad contextual de las relaciones de poder. Por ejemplo, Verónica es un sujeto social y epistémicamente privilegiado cuando está en su comunidad, pero no cuando está en la Ciudad de México y tampoco cuando está en espacios académicos. Intuyo que el error de Medina es que concibe al sujeto como un yo idéntico a sí mismo, no como una constelación de yoes o de identidades yuxtapuestas, sensibles a los contextos, que se expresan dominantes o no dominantes dependiendo del acomodo social en el que se encuentren. Sin demorarme más en estas cuestiones más propias de la ontología, opto por cambiar el vocabulario: declino de la noción de privilegio para

hablar mejor de dominación, dejando claro que no los considero términos intercambiables. Sería absurdo señalar que la madre de Lucía era privilegiada frente a su hija adolescente, en cambio, es razonable sostener que en la familia tradicional mexicana prevalece un modelo de crianza adultocéntrico, en el que la subjetividad adulta es dominante sobre la de otros grupos etarios. No solo tenemos así una descripción aceptable, también es más fértil, porque permite explorar el desarrollo de vicios epistémicos en sujetos que no pertenecen a grupos privilegiados, pero que en ciertos contextos son dominantes y capaces de infringir injusticias con una dinámica propia, activa, creativa y no solo *residual*, como subproducto de la falta de privilegios que viven.

Otro vicio epistémico que identifiqué por parte de sujetos dominantes, a través de los testimonios de las participantes, es la arrogancia, que “inhibe la capacidad de autocorrección y de estar abiertos a las correcciones de los demás (lo que requiere cierta cantidad de humildad epistémica y apertura mental” (Medina, 2013, p. 31). Cuando Lucía llega a urgencias tras un intento de suicidio, los médicos cometen las injusticias testimoniales que describí en el capítulo anterior, y su conducta se explica porque al tener un estatus dominante en el entorno hospitalario, la arrogancia afecta su capacidad de buscar las razones que llevaron a Lucía a actuar como lo hizo; a los sujetos dominantes se les ha autorizado creer que tienen una especie de omnipotencia cognitiva, de modo que “entienden” el intento de suicidio como una actuación banal e irreflexiva, sin sentirse convocados a buscar la comprensión a través del testimonio de quien lo intenta.

La arrogancia epistémica también es el denominador común de la insistencia en aumentar la medicación, sin integrar en la valoración de cada caso las fricciones externas que demandan una indagación de las variables personales de los efectos adversos. Y está presente en el diseño terapéutico unidireccional, en el que solamente el experto determina qué información es relevante de recabar y con qué finalidad. Incluso cuando Lucía acudió con una psicóloga feminista, de la que se esperaba más cuestionamiento a las relaciones de poder, esta asumió de antemano una posición dominante, silenciando a su paciente.

La arrogancia va de la mano y propicia la aparición de otro vicio epistémico: la pereza intelectual, “la falta habitual de curiosidad epistémica [que] atrofia las actitudes y

disposiciones cognitivas” (Medina, 2013, p. 34). En el interrogatorio clínico en un consultorio privado, Verónica percibía la falta de esmero y de interés:

Primera sesión: hablamos 45 minutos, novecientos pesos la consulta. Me dice: “Te vamos a medicar y si sigues así, te vamos a dar otra cosa”. Yo decía dentro de mí: “¡Pregúntame! Pregúntame si quiero, pregúntame algo, pregúntame si me siento bien, si he tomado medicamentos antes, si tengo historial de adicciones, pregúntame lo que sea”.

En la tabla de abajo presento un resumen del análisis de los casos, en los que identifiqué vicios epistémicos que subyacen a las variedades de injusticias testimoniales que afectaron a las participantes de este estudio.

Experiencia concreta	Vicios epistémicos sobresalientes	Injusticia que se comete
Lucía, adolescente, intenta esclarecer la pedofilia en su entorno cercano y sus oyentes niegan que ocurriera como ella lo percibió a pesar de la evidencia	Estrechez mental o mentalidad cerrada	Luz de gas, silenciamiento
Psiquiatra procura hacer dudar a Verónica de su capacidad para pensar clara y racionalmente	Arrogancia	Luz de gas, silenciamiento
Los aportes de Lucía no penetran en los recursos del médico para comprender el sufrimiento; la información que brinda solo es tomada como un síntoma más, una derivación del saber psiquiátrico	Arrogancia, pereza intelectual	Derivación
El psiquiatra no trata de comprender la expresión culturalmente diversa del duelo de Verónica	Pereza intelectual, estrechez mental	Derivación

Tabla 3. Vicios epistémicos, análisis de casos. Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con lo observado y con el modelo de resistencias epistémicas, las consecuencias de las injusticias no afectan exclusivamente a la víctima directa, sino también al perpetrador porque refuerza vicios epistémicos, pierde la oportunidad de conocer otras experiencias que aumentarían su entendimiento social y, por eso mismo, es privado de formas de autoconocimiento que dependen de la contrastación del conocimiento que tenemos de otros sujetos. A nivel estructural, la prevalencia de injusticias genera un empobrecimiento en los recursos epistémicos colectivos, ya que se perpetúan los sesgos en nuestros sistemas de conocimiento.

Ahora bien, los agentes sociales dominantes son socializados de un modo que les hace *no necesitar* saber ciertas cosas. En el caso de los médicos, Marcia Villanueva (2019) documentó que el ascenso en la jerarquía de este gremio depende de un proceso de “galenización” de la identidad de los sujetos. Sus informantes explican que graduarse como médicos los coloca en posiciones de autoridad intelectual y moral en todos los ámbitos sociales, aprenden a representar el papel de “el que sabe”. Un principio normativo de la galenidad es la fortaleza, que se entiende como el desarrollo de un carácter desvinculante y autoritario hacia los subordinados y pacientes, que algunos médicos describen como “malignización”, así nombran la pérdida de empatía e interés en los pacientes. La narrativa grupal hegemónica en la formación médica le confiere al profesional capacidades superiores y le adscribe a los pacientes capacidades inferiores a las humanas, así que se ha vuelto común que el consultorio sea un espacio de disciplinamiento, regaño, amedrentamiento y patrones de interacción sistemáticamente deshumanizadores.

El deshumanizador piensa, siente, se expresa, reconoce y responde con base en la caracterización suprahumana de los miembros de su grupo social, y trata al deshumanizado como a un inferior, trabajando en favor del orden social opresivo. Del mismo modo, cuando los deshumanizados piensan, sienten, se expresan, reconocen y responden con base en la caracterización subhumana que los deshumanizadores hacen de su grupo social, terminan por aceptar con complicidad su opresión, contribuyendo también a mantener el orden social opresivo en el que están inmersos (Villanueva, 2019, p. 262).

Es tácito que estas dinámicas tienen un correlato epistémico; la insensibilidad naturaliza que los médicos *no necesiten saber* ciertas cosas dada su posición dominante en los espacios sociales-epistémicos. La narrativa de la galenidad es un campo fértil para el desarrollo de la arrogancia, pereza y estrechez mental, que cultivan una ignorancia por causa de negligencia, así como otro tipo de ignorancia que me interesa más, la que requiere esfuerzo para ocultar e ignorar ciertos cuerpos de información.

La ignorancia activa es un mecanismo de defensa y evasión, que implica un esfuerzo recalitrante por *no ver*. En la clínica de TLP, Verónica percibió que se omitía abordar el sufrimiento de las pacientes con perspectiva de género: “a veces sí era como... [hace un gesto de insatisfacción y dice en tono irónico] estás con veinte morras que están contando historias de violencia sexual y nada se dice sobre eso”. El terapeuta del grupo sabía lo que habían vivido las pacientes y en el manual de entrenamiento (Linehan, 2020c, 2020b) se sugiere llamar a una línea de ayuda si están en una relación que ponga en peligro su vida, pero no había una tematización explícita del sufrimiento derivado de una violación, del acoso sexual constante, de los feminicidios, etc. De alguna manera, el terapeuta podía ver al grupo, conformado por una mayoría de mujeres, como pacientes sin género, sin clase social, sin rasgos culturalmente diversos; en el fondo, hay una suposición –arrogante o perezosa– de que *no hay nada que ver* más allá de síntomas homogéneos, “que esos aspectos de la identidad no pueden desempeñar ningún papel ni tener ninguna importancia” (Medina, 2013, p. 38) y así, la información que podría ponerse en circulación sobre el malestar psíquico que se experimenta de forma diferenciada (de acuerdo con el género, la clase, la edad, la etnia, etc.) es bloqueada por cuerpos activos de ignorancia, en estos casos concreto, por una ceguera de los determinantes sociales del género (*gender-blindness*).

Meta-ceguera cuerdista

*Uno no se ilumina imaginando figuras de luz,
sino haciendo consciente la oscuridad*

Carl Jung

Mientras Lucía me contaba sus experiencias, ella esbozaba algunas conjeturas sobre los orígenes de los problemas que identificaba en la atención clínica que tuvo y me comentó lo siguiente:

No sé si es como una especie de alienación cognitiva a través del privilegio [...] lo de “privilegio” no estoy segura pero creo que sí hay una cosa de desensibilización, aunque no creo que sea solo eso, ¿sabes? Creo que es ignorancia [...] Pobrecitos, no pueden verla... ¿a propósito o sin querer?

Esa aportación de Lucía me ayudó a construir una hipótesis que explicara por qué su caso y el de Verónica remiten, una y otra vez, a encuentros en los que los sujetos en una posición epistémica-social de dominación parecen insensibles a su propia insensibilidad. Introduzco un concepto que funciona como radar para detectar las raíces de los obstáculos en la atención a personas diagnosticadas con TLP: la *meta-ceguera cuerdista* es la resistencia a reconocer las limitaciones del horizonte de comprensión de la subjetividad dominante.

El concepto de “sanitismo” (*sanism*) fue acuñado por un abogado, Mortin Birnbaum, y empleado en el caso de Edward Stephens, diagnosticado con esquizofrenia paranoide e internado contra su voluntad por más de treinta años. Stephens recurrió a Birnbaum para defender ante tribunales su derecho a vivir en libertad y a recibir un tratamiento adecuado; el abogado denunció varias veces el prejuicio sanitista, es decir, la intolerancia y discriminación hacia las personas afligidas por enfermedades mentales graves (Birnbaum, 2010).

Pero quizás el primer análisis conceptual publicado, fue el artículo “On Sanism” de Michael Perlin (1993). El autor recalcó que, a diferencia del racismo o el sexismo, el cuerdisto es una ideología que las personas respetables pueden expresar públicamente. Además, identificó algunos mitos centrales del cuerdisto, que resumo y Enriquezco:

1. *Los enfermos mentales son diferentes y quizás menos que humanos.* La cordura es una propiedad de todo-o-nada y la enfermedad mental se

experimenta como una privación de cordura, así que se ve al enfermo mental como un tipo radicalmente diferente de ser humano. Perlin enlista algunos prejuicios: “son erráticos, desviados, moralmente débiles o primitivos, sexualmente incontrolables, emocionalmente inestables, supersticiosos, perezosos, ignorantes, incapaces de mostrar amor o afecto y, de alguna manera, son despreciables” (Perlin, 1993, p. 393).

2. *La locura es peligrosa.* Las personas con enfermedades mentales con invariablemente más peligrosas y aterradoras que quienes no las tienen, además, los expertos son capaces de identificar fácilmente y con precisión la peligrosidad de un individuo.
3. *La anormalidad es incapacitante.* Las personas con enfermedades mentales no tienen las capacidades necesarias para tener vidas normales, para decidir de manera autónoma sobre sus vidas, ni siquiera en lo que respecta a su salud y bienestar.
4. *El enfermo mental no está en condición de oponerse.* Si una persona ha sido diagnosticada con una enfermedad mental, negarse a reconocerse como enfermo o a tomar un tratamiento, no son decisiones que pueda tomar; si declina de una indicación experta, su acción reafirma la condición patológica y su peligrosidad.
5. *La enfermedad mental es evidente.* No solo los expertos, sino cualquiera, puede identificar fácilmente enfermedades mentales porque coinciden con las descripciones populares y el sentido común. De manera inversa, este prejuicio es el que decide si una persona miente o solo quiere llamar la atención, cuando dice que tiene una enfermedad mental y no lo parece para el sentido común.
6. *Las etiquetas no son problemáticas.* Aunque se originen en prácticas de segregación y mantengan sentidos peyorativos, es aceptable usar las etiquetas tradicionales para referirse a las personas con enfermedades mentales; al menos, no es tan problemático como el uso de etiquetas peyorativas para señalar a mujeres, judíos y homosexuales.

7. *La segregación es aceptable.* Las personas con enfermedades mentales amenazan la estabilidad económica y social, por lo que segregarlos en instituciones especializadas es una solución.
8. *Apelar a la locura da privilegios morales y penales.* Las pruebas de enfermedad mental en contextos legales dan el privilegio de la indulgencia y la elusión de responsabilidad, por eso las personas con enfermedades mentales son un tipo de delincuente potencial peligroso y sujetos con una moralidad cuestionable.
9. *Los enfermos mentales no se esfuerzan lo suficiente.* Ceden a sus instintos, no hacen el esfuerzo por autocontrolarse.
10. *Los activistas en salud mental inducen problemas donde no los hay.* Se entrometen en la vida de personas con condiciones mentales, las manipulan, perturbando el orden social, desencadenando problemas que no había y desestabilizando de manera injustificada a las instituciones.

Judith Chamberlin (2023), quien vivió internamientos involuntarios, medicalización forzada y aislamiento en celdas, escribió su autobiografía traducida al español este año, donde encontramos más desarrollados estos estereotipos como componentes del “mentalismo” (*mentalism*).



ES SÓLO UN "DECIR" LOCURA, ESTIGMA Y LENGUAJE

"¡DEJA DE GRITAR ASÍ, PARECES LOCO!"

Ana reprendiendo a su hijo por reír prolongadamente y en un tono alto.



EXPRESIONES EN TONOS ALTOS DE VOZ

"NO VAYAS A COMETER UNA LOCURA"

Elena pidiendo a su hermano no golpear a su esposa por celos.



VIOLENCIA

"EN EL TRABAJO, MI JEFA SE PORTÓ COMO UNA LOCA"

Juan refiriéndose a su jefa mientras le daba una indicación en un tono agresivo.



ENOJO Y AGRESIVIDAD

"POBRECITA, NO LE CREAS ESTÁ LOQUITA"

Isaías, desprestigiando la opinión de su hermana.

ANULACIÓN Y DESPRESTIGIO

"YA DÉJATE DE LOCURAS Y SONRÍE"

Karla pidiendo a su mejor amiga que deje de llorar por haber terminado con su pareja.



PATOLOGIZACIÓN DE LAS EMOCIONES

"CREO QUE NECESITAS IR CON UN PSIQUIATRA"

Daniel expone un proyecto personal a Sofía. Ella considera que es impreciso y nada certero.



DESACREDITACIÓN Y PATOLOGIZACIÓN DE LA DIVERSIDAD

Cuando utilizamos la palabra "loco o loca"...

¿A qué o a quiénes hacemos referencia?

Existen condiciones que creemos inherentes a la locura.

Es tiempo de cuestionar el cuerdisimo.

Figura 2. Infografía con ejemplos cotidianos de expresiones cuerdistas. Fuente: Orgullo Loco Mx.

El uso del neologismo *cuerdismo* se ha extendido entre activistas, para nombrar una forma de opresión estructural, en cuyo núcleo encontramos la presuposición de que los pensamientos y experiencias de *cordura* son superiores a los de *locura*. Como ocurre con el sexismo y el racismo, todas las personas interiorizamos al menos algunos de los diez prejuicios que detalló Perlin; incluso entre activistas más despabilados y críticos, prevalecen ideas residuales. ¿Por qué es tan difícil sobreponerse a las creencias y prácticas cuerdistas? Porque pasan desapercibidas. ¿Y qué tipo de fallo epistémico es este?

En la sección anterior argumenté que las injusticias epistémicas vividas por Lucía y Verónica, se originaron en la insensibilidad a formas diferenciadas de sufrimiento que experimentan ciertos sujetos por su pertenencia a grupos no dominantes en virtud de su género y su etnia (así como su edad, aunque solo lo haya mencionado superficialmente). Sus casos confirman que la ceguera de género (*gender-blindness*) opera en detrimento de la agencia epistémica. También dan lugar a pensar acerca de otra forma activa de ignorancia, que podríamos denominar ceguera étnica o cultural, que me parece irreductible al fenómeno que Medina nombra ceguera racial (*color-blindness*), pero no profundizaré en ello.

Los sujetos que se conducen cegados al género en el intercambio comunicativo con otros cuya subjetividad es afectada por experiencias généricamente situadas (*gender-situated*), no perciben su insensibilidad porque asumen una meta-actitud de arrogancia: creen que no hay nada más significativo de percibir más allá de sus marcos de entendimiento. Si la insensibilidad epistémica puede pasar desapercibida para el sujeto al que se le atribuye, estamos hablando de una deficiencia en su carácter epistémico que toma forma de insensibilidad de segundo orden o *meta-ceguera*.

En los casos que analicé, advierto que hay al menos dos variedades de meta-insensibilidad: la meta-ceguera de género y la meta-ceguera cuerdista. Más abajo, el diagrama 4, brinda apoyo visual para descomponer estos conceptos.

En términos generales, podemos entender la ceguera de género como la falta de perspectiva de género en nuestros sistemas de creencias y prácticas. La forma en que nos relacionamos con esos sistemas de creencias, qué percibimos sobre nuestra manera de percibir, puede *no* ir de la mano con una meta-ceguera. Sócrates caracteriza muy bien este caso; Sócrates percibe que su entendimiento tiene límites y *al ver cuánto ignora*, hace algo

al respecto para enriquecer su carácter epistémico virtuoso. Sin embargo, si Sócrates fuera incapaz de ver cuánto ignora de la subjetividad femenina, lo acusaríamos acertadamente de una meta-ceguera de género.

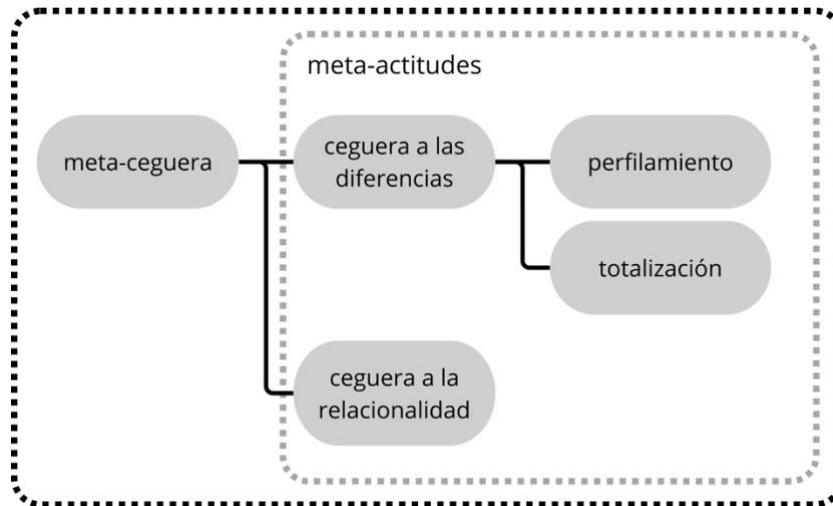


Diagrama 4. Meta-insensibilidad. Fuente: elaboración propia con base en Medina (2013).

La meta-ceguera de género se enraiza en las estructuras perceptuales, cognitivas y afectivas a través de meta-actitudes sociales; una de ellas es la ceguera a las diferencias, que puede manifestarse en actitudes de *perfilamiento*. Para elaborar esta categoría me basé en la de “perfilamiento racial”¹⁸, ampliando su sentido. El perfilamiento consiste en la actitud discriminatoria que lleva al sujeto a dirigirse con sospecha o desconfianza hacia personas con identidades sexogénicas no dominantes. En nuestra sociedad heteropatriarcal, lo masculino dicta el estándar. El sujeto es incapaz de ver a otro no-hombre con apertura, reconocimiento y aceptación; las mujeres suelen ser perfiladas como personas con emociones incontrolables, débiles de carácter, irracionales, hipersensibles, sobrerreactivas y locas, incluso por parte de otras mujeres. Esa confianza de fondo en un conjunto de rasgos generales y prejuiciosos,

¹⁸ La literatura sobre perfilamiento racial es extensa, destaca la investigación de Birzer (2012) porque sistematiza más de ochenta entrevistas, poniendo en el centro la experiencia que tienen los miembros de minorías étnicas y raciales, así como los significados que construyen en torno a la elaboración de perfiles raciales por parte de autoridades policiales. En español, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación publicó una guía para la prevención de prácticas de perfilamiento racial (Secretaría de Gobernación, 2018).

conduce a que las mujeres sean perfiladas antes de iniciar cualquier intercambio comunicativo, apareciendo en el espacio social apenas como semisujetos, subjetividades truncadas, seres cuyas diferencias obstaculizan el desarrollo de las que sí son subjetividades plenas, masculinas. El perfilamiento de género afectó las trayectorias de Lucía y Verónica por los servicios de salud mental. Cuando Lucía llegó a urgencias por un primer intento de suicidio, los comentarios del personal reflejaron estereotipos estigmatizantes hacia las mujeres y su malestar; asumieron por su apariencia, que encajaba con los estándares normativos de belleza y juventud, que no tenía motivos racionales para sufrir. Más adelante, cuando un profesional le recomendó encontrar una pareja que trabajara en una ONG, interpreto que hubo perfilamiento en el abordaje de su caso como una mujer inestable que necesitaba de una figura que la mantuviera controlada. Para Verónica, el perfilamiento de género impactó en el encuentro clínico, el profesional probablemente por sospecha o desconfianza hacia el testimonio de “una loca”, no consideró significativa la historia de violencia machista que narraba su paciente y redujo su sufrimiento a la preeminencia de la figura paterna en su crianza, lo que explicaba un desarrollo truncado de su personalidad.

La ceguera a las diferencias también puede expresarse a través de la *totalización*, que no requiere ser explícitamente hostil hacia ciertos sujetos como en el perfilamiento. La totalización es una meta-actitud que restringe la sensibilidad a las especificidades de las experiencias de otros sujetos no dominantes. El sujeto dominante *totaliza* su punto de vista porque considera que las distinciones solo son superficiales y en el fondo *todos somos iguales*. El sujeto está abierto y reconoce a otros en la medida en que son como él, para preservar la concordancia con la subjetividad dominante se les despoja de las especificidades de su ser y, por lo tanto, esto niega la información que podrían aportar desde contrapuntos de vista. Pero si los otros expresan diferencias irreconciliables con la subjetividad dominante, el resultado no es el borramiento sino la sobrexposición, los otros adquieren “una *mayor visibilidad* pero precaria y negativa: llegan a ser visibles solamente *como un problema*” (Medina, 2013, p. 152). Algunos sujetos evidencian la totalización cuando elogian la lucha por la equidad siempre y cuando se plantee en términos de “ni machismo ni feminismo, sino humanismo”, lo cual tiene un efecto protector sobre los esquemas de entendimiento social, no produce una disonancia severa ni cuestionamientos profundos. Pero hay expresiones de la actitud totalizadora más sutiles; como cuando se construye una categoría diagnóstica

(autismo) con base en la sistematización de los signos presentes en sujetos masculinos, con la confianza de fondo de que los resultados son generalizables, borrando las especificidades de los signos en mujeres; o cuando se construye una categoría diagnóstica (TLP) con base en la sobreexposición de conductas que no se ajustan a las expectativas de género que recaen sobre sujetos no dominantes; o cuando un médico emplea estos cuerpos de información sesgados, sin cuestionar las omisiones o distorsiones por prejuicios de género, ya que no suele mirar a sus pacientes como sujetos genéricamente situados.

Por otro lado, la ceguera a la relacionalidad es una meta-actitud independiente de las otras, puede presentarse aunque aquellas estén ausentes. El sujeto insensible a la relacionalidad social, considera que hay información muy ajena a él, ese distanciamiento propicia el desinterés por hacer algo con respecto a la ignorancia, le permite evadir el cumplimiento de sus responsabilidades epistémicas¹⁹ de procurar la corrección de su

¹⁹ Como expuse en el marco teórico, estoy de acuerdo con Medina (2013) y Broncano (2020) sobre el supuesto de que la compartición de recursos epistémicos es condición necesaria para el ejercicio pleno de la agencia política en los sistemas democráticos, y esto también se ve reflejado en el abordaje teórico de la epistemología política; por eso, desde mi punto de vista, tratar de explicar las obligaciones morales, políticas y epistémicas como cosas diferentes no es tan relevante como sí lo es mostrar la continuidad y consonancia entre ellas. Por eso, Medina (2013) recupera el modelo de conexión social de la responsabilidad de Iris Marion Young (2011), que a grandes rasgos plantea que la responsabilidad no se desprende primordialmente de la culpa, sino de las acciones de cada agente que contribuyen a los procesos *estructurales* productores de injusticias; es decir, sin limitarlas a su actuación personal ni aislando a sus autores individuales sino reconociendo y abordando las injusticias sistémicas presentes en las estructuras sociales. La responsabilidad es compartida y se desprende del compromiso público por procurar un orden social más justo. A diferencia de Fricker (2017), que se decanta por un puente entre el conocimiento y las obligaciones éticas a través de la epistemología de la virtud, Medina (2013) hace eco de Marion Young (2011) y tiende un puente entre el conocimiento y la responsabilidad política a través del modelo de resistencia. Así, las responsabilidades epistémicas se presentan emparentadas con las responsabilidades políticas y se podría decir que *especifican* un ámbito de acción: las estructuras sociales que afectan nuestras prácticas de producción y difusión de conocimiento. La mejora de nuestras vidas epistémicas y la superación de la ignorancia producida por las relaciones de poder, son responsabilidades compartidas por todos. Medina (2013) enfatiza que también hay obligaciones diferenciales que se determinan en función de la posición que cada sujeto ocupa en las relaciones de poder.

Todos deberíamos estar alerta para evitar posibles vicios epistémicos que surgen en contextos de opresión y que pueden viciar nuestra interacción epistémica, pero por supuesto estamos expuestos de manera diferente a esos factores viciantes. Todos deberíamos buscar activamente oportunidades para cultivar virtudes epistémicas que puedan mejorar nuestros hábitos y actitudes cognitivo-afectivas, pero por supuesto tenemos un acceso diferencial a tales oportunidades (Medina, 2013, p. 17).

Aunque no profundizaré en la complementariedad de Marion Young (2011) y Medina (2013), es importante mencionar que el filósofo hace un análisis robusto de las responsabilidades epistémicas relativas al conocimiento de sí mismo y de los otros; su argumentación sugiere que como agentes responsables, ejercemos la autorreflexión crítica, hacemos conscientes las influencias sociales en nuestro sistema de creencias, buscamos

conocimiento social, aunque perciba que es un fin deseable también le parece prescindible o no prioritario. La ceguera a la relacionalidad se asoma en ideas como “qué bueno que haya un curso de perspectiva de género, ¿pero por qué tendría que tomarlo?, que lo tomen las que quieran”.

Interpreto en los casos de Lucía y Verónica, evidencias de ceguera de género aunque las pruebas no son exhaustivas para trazar los patrones de meta-ceguera de género. Las categorías que esboqué en los párrafos anteriores pueden brindar una caja de herramientas para analizar otros casos.

Ahora introduzco un concepto que funciona como radar para detectar otra raíz del problema descrito: la *meta-ceguera cuerdista*, entendida como la resistencia a reconocer las limitaciones del horizonte de comprensión de la subjetividad dominante que se proclama cuerda. La meta-ceguera cuerdista es un concepto que trata de capturar la experiencia de los sujetos afectados por las creencias y prácticas cuerdistas, así como aspectos fenomenológicos de las resistencias internas que las hacen casi invisibles. La confianza en la superioridad y rectitud de la cordura hace que se pierdan de vista las lagunas en nuestro conocimiento y las limitaciones de nuestro entendimiento social. Los procesos fiables de obtención de conocimiento se invierten: antes de investigar el significado de una conducta ya se estableció su interpretación como patológica; antes de aprender información sobre la especificidad del malestar subjetivo, se realiza la prescripción del tratamiento.

Marcia Villanueva, en comunicación personal, me ayudó a ver que la meta-ceguera cuerdista se entrelaza con la meta-ceguera de género. Para dilucidar el vínculo podemos tomar las dicotomías de la Modernidad (racional/emocional y objetivo/subjetivo), que se han heredado para reforzar las normas y estereotipos sociales sobre la salud mental y el género. La masculinidad se asoció con la racionalidad y la contención emocional, mientras que la emotividad y la sensibilidad son feminizados. A menudo, la concepción normativa de la salud mental se alinea con estos estereotipos de género; asumiendo que la cordura implica un

activamente nutrirlo con otros puntos de vista y construimos espacios más inclusivos y justos para el intercambio de conocimiento.

predominio de la razón, el control y la objetividad, mientras que a la locura le corresponden los rasgos del polo feminizado de las dicotomías: emotividad, inestabilidad y subjetividad.

En el mismo tenor, cabe señalar la influencia de los estereotipos en la alineación de las expectativas de género con expresiones específicas de bienestar o angustia. A las mujeres con alta suicidalidad, que se autolesionan, que tienen relaciones problemáticas, que son impulsivas, etc. se les perfila como seres disfuncionales con base en generalizaciones estereotípicas. La actitud hacia ellas no es de horizontalidad y en el intercambio testimonial son percibidas como semisujetos, poco fiables y poco creíbles. Los interrogatorios son insensibles a las diferentes formas de percibir la realidad, de experimentar el sufrimiento y reaccionar a la vida, porque se ha perdido la relación *rostro a rostro* y solo se puede ver un *caso*, una *instancia*, un cuadro clínico.

Una vez que se adhiere la etiqueta del TLP, el perfilamiento se refina con otras generalizaciones. Se instala una asociación entre el trastorno con un carácter epistémico vicioso, en el que predomina la manipulación. Así, la meta-ceguera da lugar a la sospecha, al desprecio, al rechazo de la creencia y a la devaluación de la credibilidad como actitudes naturales para acercarse a la persona con TLP.

La actitud totalizadora se muestra muchas veces como reticencia a creer que, para algunas personas, vivir tiene costos afectivos, cognitivos y sociales diferentes a los que uno percibe en su propia vida. El sujeto dominante *totaliza* su punto de vista porque considera que las distinciones solo son superficiales y en el fondo *todos somos guerreros que lidian con las mismas batallas cotidianas*.

La galenidad prescribe la actitud totalizadora: la mirada estrictamente profesional del médico demanda mantenerse ciego a las especificidades de cada intercambio personal, pues aunque pueden ser elementos para construir el historial clínico, detenerse en los detalles es un despilfarro de los recursos limitados que tiene.

El proceso de galenización de los expertos, a su vez, educa la insensibilidad a la relacionalidad social. En etornos de atención sanitaria fuertemente burocratizados, se naturaliza que el médico sea un sujeto distanciado de sus pacientes, con obligaciones morales y epistémicas excepcionales que le permiten abstraerse de otras menos relevantes, como la

revisión de lagunas y sesgos en las etiquetas heredadas para clasificar a las personas, o el combate a la arrogancia.

El planteamiento plástico de la meta-ceguera cuerdista pone a nuestra disposición una caja de herramientas interpretativas, con las que se pueden construir diagnósticos de los obstáculos profundos en los diversos espacios sociales-epistémicos donde prevalecen injusticias. En esta sección puse mayor énfasis en la meta-ceguera de fondo en las dinámicas entre expertos y pacientes, aunque también podría haber abordado los intercambios de información entre familiares y sujetos diagnosticados, entre pacientes y supervivientes, y otros más. La riqueza del modelo de resistencias de José Medina es que la documentación de las injusticias epistémicas no se acaba con la identificación de flujos, perpetradores y víctimas; demanda reflexiones que den cuenta de “las conexiones, intersecciones, puntos de convergencia y divergencia” (Medina, 2013, p. 14), en resumen, del dinamismo de nuestras vidas cognitivas, afectivas y políticas.

Resistencias internas positivas

En secciones anteriores de este trabajo subrayé algunas limitaciones en el abordaje de las injusticias epistémicas de Miranda Fricker. La que más llamó mi atención fue que al sostener que el daño primario de la injusticia es la cosificación, es decir, la reducción del sujeto afectado a un mero objeto pasivo, la teoría cerró las posibilidades de resistir al daño.

Al hacer hincapié en la pasividad del hablante en relación con el perpetrador, el marco sujeto/objeto oculta el hecho de que los sujetos no situados de forma dominante pueden retener activamente la información, así como presentar la información de forma selectiva. Además, debido a que el modelo sujeto/objeto no distingue el tipo de información que es probable que se crea del tipo de información que no lo es, no ofrece una visión de las formas en que los sujetos epistémicos que no están situados de forma dominante pueden y a menudo negocian adecuadamente los casos de injusticia testimonial (Pohlhaus, 2014, pp. 111–112).

Argumenté que, en cambio, distinguir el daño primario de las injusticias epistémicas como derivación, capta la posición devaluada de los sujetos no dominantes sin borrar su agencia epistémica. No ser escuchado, ser escuchado a medias o de manera distorsionada, tiene consecuencias en el carácter epistémico, lo erosiona. Pero en algunos casos se podría decir que las fricciones externas negativas forjan el carácter.

Tener una actitud humilde y de autocuestionamiento hacia el propio repertorio cognitivo puede conducir a muchos logros y ventajas epistémicas: cualificar las propias creencias y hacer discriminaciones más precisas; identificar las propias lagunas cognitivas y lo que se necesitaría para llenarlas; ser capaz de formular preguntas y dudas para uno mismo y para los demás; etcétera (Medina, 2013, p. 43).

En la reconstrucción de su primera experiencia con el sistema de salud mental, Verónica expresó que fue “como un encontronazo con todo *lo que no sabes que tienes*”. Recibir un diagnóstico inicial le abrió las puertas a otro marco de comprensión del dolor paralizante con el que vivía. Ella y Lucía demuestran dominio de conocimientos concretos de psiquiatría, de psicología y farmacología relacionados con su diagnóstico de TLP, con un nivel de detalle, precisión y contrastación que no es común fuera de las disciplinas psi. *Saben más de lo que se supone que deberían saber*, lo que me lleva a inferir retrospectivamente que se sintieron motivadas a apropiarse de la etiqueta, a informarse para tomar decisiones apropiadas y para rellenar las lagunas de sentido en sus vidas. La curiosidad intelectual y la diligencia fueron virtudes que emergieron de la oscuridad.

En medio de la oscuridad sobreviene la luz

Tras diversas experiencias que había tenido Verónica en el sistema de salud mental, asistió con regularidad a la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría. Si bien había reglas estrictas para evitar que las pacientes de la terapia grupal se relacionaran, ella comenzó una amistad con otra mujer diagnosticada, con la que compartía sus vivencias, materiales informativos y comentarios críticos sobre el TLP.

Ella se sentía una *outlier*, un caso muy apartado del conjunto, era muy diferente a las otras. Aunque ella tenía razones para decir que no encajaba del todo con la categoría diagnóstica, en ese momento era un punto de apoyo para construir un sentido vital, además, reconoce que la terapia dialéctica conductual le estaba ayudando y era un privilegio al que solo podía acceder aceptando su diagnóstico. Verónica me dijo lo siguiente:

En la clínica te hacen unas pruebas de cómo te has sentido en los últimos quince días y valoras del 1 al 5, 1 si te resulta poco familiar o 5 si te resulta muy familiar. Las preguntas son como: ¿has tenido ideaciones suicidas? Un día de esos, alguien no se dio cuenta de que traía impreso hasta abajo cómo calcular el resultado. ¡Y me lo aprendí! Llegué a mi casa y lo busqué, memoricé los coeficientes y todo, entonces cuando resolvía el cuestionario iba sumando: aquí le voy a poner 3 porque si no, me van a subir la dosis o me van a decir que me tienen que internar... así que ya sabía qué responder para que no me internaran.

De este modo, ella se aferró a la posición truncada de sujeto en los intercambios terapéuticos, revelaba información que sería interpretada como síntoma de su trastorno, sin arriesgarse a que creyeran que no necesitaba la terapia pero tampoco a que tuvieran más poder sobre ella. Necesitaba saber más de lo que se esperaba de ella, disimuladamente, para poder anticiparse a los movimientos de los sujetos dominantes que pudieran contravenir a sus intereses. Verónica en verdad se sentía beneficiada por la terapia, le gustaba el enfoque porque los médicos les repetían que “no eran un diagnóstico, sino personas” y no alimentaban prejuicios sobre el TLP; dejaban a un lado las pláticas sobre autoestima y se enfocaron en la autovalidación; desarrolló un gran sentido de responsabilidad sobre sí misma y adquirió herramientas para comunicarse con los demás; se apropió de habilidades TIP²⁰ y ejercicios de *mindfulness* (conciencia plena), incluso me dijo que un día antes de la entrevista se sentía

²⁰ En inglés, es el acrónimo de temperatura, ejercicio intenso, respiración pausada rítmica y relajación muscular en paralelo. Fueron diseñadas por Marsha Linehan (2020b, 2020c) como un conjunto de habilidades de supervivencia en momentos de crisis, cuyo mecanismo se basa en cambiar la química corporal para generar un efecto rápido en las emociones, regulándolas.

mal y llevó a cabo uno de los ejercicios para enfocarse en el aquí y ahora. Fuera de la clínica, se empapaba de discursos antipsiquiatría, ella comenta:

Empecé a leer mucho al respecto sobre el control de los cuerpos, la manera en que te tratan de normar los sentires; estaba hasta en grupos de antipsiquiatría, leía a varias morras de Twitter y blogs, leía los post en Facebook... un día una chava recomendó un texto de Foucault, lo leí y de ahí llegué a Canguilhem. Leí una crítica al psicoanálisis de Freud. Hurgué en la biblioteca de mi papá, tenía libros de psicoanálisis, de Karen Horney y demás [...] un día me acuerdo que le dije a mi mamá que ir a terapia es un privilegio de clase, que es intentar normalizar a la gente desde el privilegio y a mi familia le hizo muy feliz porque siempre me decían que era muy cuadrada.

Esa diligencia y curiosidad intelectual no la llevó a desarrollar alguna forma de arrogancia o estrechez mental; al contrario, como persistían fricciones entre sus convicciones críticas y el bienestar relativo que estaba alcanzando con el apoyo de la clínica de TLP, mantenía apertura hacia diversas perspectivas por más contradictorias que fueran y se esforzaba por encontrar puntos de equilibrio entre unas y otras. Durante el tiempo que asistió al Instituto Nacional de Psiquiatría hizo ajustes a su actitud hacia la biomedicina:

Cuestionar las herramientas no implica renunciar a ellas, y te lo digo no solamente con la teoría sino con todo lo que he vivido... eso también implica tomarlas aún con sus limitaciones, hay cosas que yo como paciente que rehuye de la medicina trataría y otras que no trataría.

El esquema de psicofármacos que le recetaron la mantenían durmiendo y con letargo, le causaban malestar, así que se dedicó a buscar las fórmulas y documentarse sobre sus ensayos clínicos. Su formación universitaria era le daba un trasfondo de conocimientos necesarios mas no suficientes para interpretar artículos científicos, aprendió a leer los anuarios de farmacología y no se limitó a este tipo de información. Encontró foros de Reddit,

donde otras personas usuarias compartían sus experiencias tomando las píldoras, cambiando hábitos y sus procesos de desmedicalización. Verónica decidió seguir tomando los medicamentos, “una morra contaba que la alimentación le había ayudado mucho, hice cambios en lo que comía y con eso me fue muy bien, o sea se me quitaron las ganas de matarme pero sin adormecerme”, expresó.

Verónica llegó al autorreconocimiento como mujer autista, con mediación de una psicóloga con enfoque narrativo. Después de una primera consulta que duró más de cuatro horas, esta le envió un artículo y una ponencia sobre autismo y mujeres; revisarlos e investigar por cuenta propia dio lugar a un proceso de autorreconocimiento y validación para Verónica. Solo después de comprender que sus experiencias encajaban mejor con el espectro autista, la profesional le hizo pruebas cuyos resultados respaldaron el diagnóstico.

Eso me empezó a hacer mucho sentido, en la entrevista sobre la familia empezaron a salir cosas, como que mi papá cortaba las calcetas porque no soportaba el roce del resorte, o que mi papá usaba siempre el mismo modelo de zapatos porque no le apetecía usar otro tipo porque le incomodaba, era muy meticuloso en ciertas cosas. A mi mamá le preguntaron cosas más de cuando fui pequeña y... desde hace mucho yo hago esto con las manos todo el tiempo (hace ademanes). Y mi mamá contó que cuando yo era niña, a mí me regalaron un anillo por mi cumpleaños y me lo ponía en este dedo... Yo no uso accesorios porque no me gustan, pero ese anillo me gustaba y me lo quitaron porque como todo el tiempo hacía este movimiento de estimulación, me levanté toda la piel. Y así, cosas por el estilo [...] Le preguntaba a mi mamá, si ella no sentía que algo estaba raro y me dijo que no, porque asumía que era como mi papá, pero pues muy probablemente el señor era autista.

En ese momento, Verónica relata que hizo descubrimientos invaluable; renunció al uso de la palabra “trastorno” que estigmatiza formas diversas de configurar la vida y trata de emplear herramientas de las disciplinas psi bajo perspectivas críticas. Mantiene activo su radar de investigaciones actuales sobre procesos inmonológicos e inflamatorios de base cerebral, pero ya no le interesa corregir o modular su diagnóstico.

Llegó a mí esa luz de entender que nunca había sido el problema [...] Para mí fue como plantarme en el mundo y decir: ¿sabes qué? Yo no voy a cambiar esto porque es algo que no puedo cambiar y que a mí no me conflictúa [...] Es una manera de habitar el mundo que no necesariamente es un problema [...] Después de eso yo dije: renuncio, renuncio a la palabra “trastorno” y también implicó cuestionar y decir “yo no soy aquello”.

Aunque parezca paradójico, ella se encuentra en una permanente búsqueda y sistematización de informes neurológicos, que le sirven para interpretar los resultados de un encefalograma que le ordenaron en el Instituto Nacional de Psiquiatría antes de ser admitida a la clínica de TLP. Ahora sabe que tiene una estructura cortical distinta y ha recurrido informalmente a neurocientíficos para contrastar y validar el conocimiento que ha adquirido. Le gusta la ciencia ciudadana, las formas comunitarias de abordar el sufrimiento, la crítica antipsiquiatría.

La historia de vida de Lucía también revela resistencias internas que contribuyeron positivamente a su carácter epistémico, si bien su proceso tiene algunas similitudes con el de Verónica, hay muchos elementos específicos que es importante notar.

Lucía cuenta con dolor y rabia que sentirse invalidada y vulnerable en tantos entornos, la hacía ir por la vida con inseguridad, siempre a la expectativa de recibir un daño físico, moral o cognitivo. Su narrativa transmite que estar tan expuesta su subjetividad a las influencias externas de otros sujetos en posiciones sociales y epistémicamente más aventajadas o dominantes, dio pie a que predominara un vicio epistémico: la estrechez de mente, que reforzaba una actitud de sospecha, desconfianza y vigilancia hacia quienes se suponía que podían ayudarla a comprender su sufrimiento, levantando así muros difíciles de traspasar.

Su participación en agrupaciones feministas la hizo consciente de las limitaciones en los recursos hermenéuticos disponibles para interpretar las violencias que la perseguían por su identidad de género. La sensibilizó para percibir las contradicciones sociales y la inmunizó a la meta-ceguera de género y a la meta-ceguera cuerdista. Trabajar en el empoderamiento de mujeres y en el acompañamiento de abortos fue transformador para ella; entendió que su enojo no tenía que representar un problema para ella, no tenía que ser transitorio, podía servir

como un impulso o un vehículo político para alzar la voz y hacerse escuchar. En sus propias palabras: “Me salvó pelear por las mujeres. Me salvaron las mujeres y me salvaron los niños [...] El miedo, el enojo y todas esas cosas que me patologizan son herramientas que yo tengo para poder construir una vida con sentido”.

Es cierto que Lucía tiene una sensibilidad extraordinaria para percibir las exclusiones en los sistemas de conocimiento; en el curso de la entrevista me familiarizó con su crítica, profunda y sólida, al borramiento de la literatura africana y de las escritoras en el currículo de Letras Modernas. También me sugirió rastrear el “doble estándar” en el abordaje del malestar psíquico y lo que se considera disfuncional, que tiene una gestión diferenciada en función de la identidad de género del paciente; me explicó el lugar de los determinantes sociales en la evolución de su trauma y cómo detonan en ella procesos de somatización; me compartió sus hipótesis sobre la genealogía del diagnóstico del TLP y su carga ideológica. Además, me platicó que tomó un seminario específicamente sobre psicoanálisis, trauma y narrativa.

Todo esto me dejó claro que Lucía ha entrenado virtudes epistémicas como la curiosidad intelectual y la diligencia por superar los puntos ciegos de sus marcos de entendimiento. Es portadora de una lucidez que ilumina parcelas de la experiencia social que han estado ensombrecidas. Constaté en mí misma, los efectos de la lucidez subversiva que logran sujetos en posiciones devaluadas, como Lucía; escuchar su testimonio con una actitud abierta, humilde y activa, me llevó a reconocer lagunas y prejuicios en mis esquemas de percepción social, especialmente aquellos relacionados con la maternidad.

Ser madre fue otro acontecimiento transformador para Lucía; el embarazo la sensibilizó más, gestar otra vida produjo cambios en sus meta-actitudes, desde entonces afronta la vida de una manera más “intuitiva”: “abrazo mi cerebro de mamá”. ¿Qué significa tener un carácter epistémico maternal? Me di cuenta de que incluso quienes trabajamos perspectivas naturalizadas de epistemología, nos olvidamos de investigar las formas de lucidez que sobrevienen a la experiencia de materner y cómo la conciencia corporal del embarazo puede constituir una resistencia interna positiva. ¡Cuánto ignoramos!

Lucía y Verónica encarnan de forma ejemplar lo que Medina llama “la proeza epistémica de mantener activa en su mente dos perspectivas cognitivas simultáneamente

mientras realiza diversas tareas” (Medina, 2013, p. 44). Experimentar variedades de injusticias epistémicas les produjo un estado de irritación y disonancia, que las presionó para superar y reparar los daños.

Activismo, una fricción externa positiva

Los hallazgos de este estudio sugieren que el proceso que lleva a la obtención de un diagnóstico de TLP, por parte de una mujer, no puede comprenderse al margen de su experiencia sociocultural y los efectos de la socialización de género.

El activismo feminista ha sido una fuente de fricción externa positiva para combatir la meta-ceguera de género. A través de la educación popular, las declaraciones colectivas, las manifestaciones públicas, la ganancia de espacios de representación política, las propuestas de ley y las investigaciones con perspectiva de género, se ha puesto en circulación un cúmulo de información que ha enriquecido nuestros recursos epistémicos colectivos. La *sensibilización* ha sido una estrategia eficaz para introducir puntos de vista alternativos en la discusión pública, favoreciendo cambios profundos en nuestras culturas epistémicas. El trabajo de Wirth-Cauchon (2001) es notable en este sentido pues puso el acento en las contradicciones culturales de género y la ruptura del sujeto femenino en la sociogénesis del TLP. Sin embargo, un problema con el enfoque de Wirth-Cauchon y otras posturas constructivistas radicales, es que caen en una forma de meta-ceguera cuerdista, que trata la locura como una mera “ficción social”.

La meta-ceguera cuerdista es todavía avasalladora; sus raíces están tan hundidas y diseminadas en la cotidianidad, que tenemos un largo camino por recorrer para la reestructuración de las actitudes cognitivo-afectivas hacia las diversas expresiones de *locura*. José Medina acierta en señalar que se requiere de movimientos sociales que abran el paso y de la interacción sostenida entre grupos e individuos significativamente diferentes.

Es interesante voltear la mirada hacia otros contextos en los que activistas han realizado acciones de sensibilización y van conquistando terreno para el reconocimiento de su lucidez y de la experiencia en primera persona.

En el Reino Unido, se han realizado esfuerzos por fortalecer un sistema de atención a la salud centrado en los pacientes; hace poco más de dos décadas se publicó un reporte gubernamental paradigmático (Department of Health, 2001), motivado por una observación hecha frecuentemente por el personal sanitario: los pacientes entienden mejor su enfermedad que los médicos. En este reporte se introdujo un concepto innovador: los pacientes expertos, es decir, aquellos que tienen una buena calidad de vida a pesar de que tienen enfermedades crónicas, además, tienen la confianza, las habilidades, los aportes y el conocimiento para tomar un rol activo en el manejo de sus condiciones (incluyendo cáncer, enfermedades del corazón, artritis, diabetes, asma y enfermedades mentales), y para contribuir con sus habilidades y conocimientos en la mejora de los servicios sanitarios.

En otros países europeos, latinoamericanos y en Estados Unidos, en los últimos años se ha propuesto la inclusión de las personas *expertas por experiencia* en la investigación en salud mental. Hay evidencia de que integrar a empleados que son o han sido usuarios de servicios de salud mental, tiene efectos beneficiosos en las instituciones; una revisión sistemática (Simpson, 2002) mostró que ellos suelen pasar más tiempo cara a cara con los pacientes, quienes además reportan una mejoría en su calidad de vida y se redujo la cantidad de hospitalizaciones. El mismo estudio afirma que la implicación de usuarios en los procesos formativos del personal hospitalario, los sensibilizó y tuvieron una actitud en lo general más positiva hacia la enfermedad mental.

Los estudios que identificamos sugieren que los usuarios de los servicios de salud mental pueden participar como empleados de dichos servicios, formadores o investigadores sin perjudicarlos [...] los entrevistadores que habían sido usuarios sacaron a la luz opiniones negativas sobre los servicios que de otro modo no se habrían obtenido. Los estudios sugieren que los usuarios con antecedentes de trastornos graves pueden participar en los servicios. Esto puede depender de un apoyo adecuado, ya que todos los estudios que encontramos incluían detalles sobre el apoyo proporcionado a los usuarios implicados. Esto incluía formación y remuneración por la implicación. Los proveedores de servicios han prestado apoyo práctico y personal a los usuarios, por ejemplo, discutiendo cuestiones de confidencialidad o asesorando sobre asuntos laborales (Simpson, 2002, p. 4).

En México, en el 2018 se realizó el primer Foro Mexicano de Personas Expertas por Experiencia (Ordorika & Gómez-Aguilar, 2021). Este concepto tiene un carácter polisémico, porque lo que se considera necesario para satisfacer el estatus de experto por experiencia es todavía un terreno de negociación de significados; varían entre las organizaciones, proyectos sociales y programas gubernamentales, las respuestas que se dan a interrogantes como: ¿experimentar una enfermedad mental es *necesario* y *suficiente* para tener el estatus de persona experta por experiencia? ¿los cuidadores pueden tener este estatus? ¿las personas no diagnosticadas pero que se autoidentifican pueden tenerlo? Un punto de encuentro entre la pluralidad de voces es el supuesto de que la experiencia en primera persona es valiosa en términos epistémicos, es decir, no solo se apela a la inclusión porque es moralmente deseable, sino porque propicia la adquisición de bienes epistémicos (conocimiento, justificación, entendimiento).

En el año 2023 se celebró el Foro Iberoamericano de Justicia Loca y Psicodisidencias, junto con la Quinta Marcha del Orgullo Loco y el Festival de Artivismo Loco “LocxFest”. Si años atrás nos hubieran dicho que la Biblioteca de México, que una de las universidades más importantes del país y que el Ángel de la Independencia, serían espacios que se tomarían para hablar de la locura y celebrar sus diversas expresiones, no lo habríamos creído. Gracias a que algunas personas lo imaginaron, las jornadas de Orgullo Loco Mx 2023 llegaron con un caudal de recursos críticos y una actitud insólita: ya era hora de escuchar a los usuarios y ex usuarios de servicios de salud mental, a los supervivientes de anexos y hospitales psiquiátricos.

Señalar lo que no era evidente, produce *fricciones*. *Incordiar* mediante marchas, foros de expertos por experiencia, actos performativos, documentales autogestivos, podcast y radio, ruedas de prensa, sacude las formas de meta-ceguera.

CONCLUSIONES

Al cabo de la investigación he arribado a una respuesta compleja que responde la pregunta central: ¿Qué dinámicas de poder sobre el conocimiento y la agencia epistémica, viven las mujeres en sus trayectorias a través de los espacios sociales-epistémicos de puesta en común de información sobre su salud mental?

Al analizar las historias de vida de Lucía y Verónica, lo primero que noté es que el diagnóstico que recibieron es por sí mismo problemático y con frecuencia se etiquetan erróneamente casos de TLP. La definición del trastorno límite de la personalidad (TLP) es huidiza y, aunque es un diagnóstico con mayor prevalencia en mujeres que en hombres, y su etiología se relaciona con antecedentes de abuso físico y sexual, el modelo biomédico para su detección y abordaje carece de perspectiva de género.

Los casos de Lucía y Verónica, contrastados con otros estudios de caso y revisiones sistemáticas, muestran un patrón de exposición temprana a formas de violencia sexual (abuso, violación y pornografía infantil), expresión de conductas atípicas durante la adolescencia y diagnóstico en la temprana adultez. El periodo que precede al diagnóstico se caracteriza por la pérdida de sí mismas y la búsqueda angustiante de identidad. Dado que las etiquetas diagnósticas constituyen una fuente de identidad en la cultura moderna (porque median la comprensión de los sujetos con respecto a sus propias experiencias desafiantes), pero también adhieren prejuicios sobre los sujetos a los que se les atribuye, hay dos escenarios posibles: que el diagnóstico mejore o incremente los recursos hermenéuticos de quien lo recibe o que los recursos hermenéuticos previos pierdan apoyo, sean desacreditados o anulados, disminuyendo la confianza del agente en sus propias fuentes de sentido.

A la pregunta: ¿No poder nombrar el malestar, no poder dar sentido a rasgos de la propia identidad por el hecho de no recibir un diagnóstico temprano, podría revelar injusticia hermenéutica?, mi respuesta es que es una cuestión indecidible (a menos que se revise caso por caso), ya que las interacciones simbólicas con el diagnóstico del TLP evaden la noción de injusticia hermenéutica de Fricker. Pero empleando otro marco teórico que retomando los parámetros de clasificación de variedades de injusticias hermenéuticas (IH), propuesto por José Medina, sí distinguí dinámicas de poder sobre el conocimiento que propician injusticias

hermenéuticas por: la patologización del trauma y la constricción del repertorio hermenéutico sobre el suicidio.

En resumen, la patologización del trauma da lugar a una IH cuando las mujeres han sido victimizadas por alguna o varias manifestaciones de violencia, y sus respuestas emocionales al trauma son ajustadas a un cuadro clínico psicopatológico. El daño hermenéutico radica en que se menosprecia el peso del trauma en la narrativa propia, y en que la cronificación del trauma constriñe o impide el desarrollo de una voz propia.

La constricción del repertorio hermenéutico del suicidio da lugar a una IH porque la *fenomenología* de la ideación suicida crónica que experimentan las personas con TLP no entra en el repertorio de la “suicidología científica”, no por falta de etiquetas, sino porque lo que se puede decir sobre el suicidio está restringido.

A la pregunta: ¿Qué hace al *ser escuchada* una vivencia poco común y no la norma entre pacientes con TLP?, mi respuesta es: el desequilibrio de poder entre especialistas, familias y usuarias, que genera dinámicas injustas en el intercambio testimonial. Distinguí tres expresiones de injusticias testimoniales: el déficit de creibilidad, el silenciamiento y la derivación, rechazando lo que Miranda Fricker denominó cosificación.

El problema central de la cosificación es que una noción poco sensible, no captura aspectos relevantes de la agencia epistémica de los sujetos que sufren injusticias testimoniales, reduciéndolos a un estado de pasividad absoluta, como víctimas sin más, sin posibilidades de resistir a la opresión. Sostuve que la derivación capta de manera apropiada la dinámica de poder mediante la cual, el perpetrador de la injusticia testimonial desprecia los elementos de la subjetividad del hablante que no coinciden con la suya, sin que tengamos que asumir que la víctima experimenta el daño con total pasividad. Además, este concepto abrió el camino para introducir a la gramática de las injusticias epistémicas nociones de *posicionalidad* entre sujetos situados dominantes y no dominantes.

Una vez que se reconoce la situacionalidad de los agentes en el espacio social-epistémico en el que interactúan, también podemos esclarecer fricciones y resistencias. Identifiqué y caractericé la brecha de género como una fricción externa negativa, que obstaculiza la comprensión apropiada del malestar subjetivo de las mujeres, porque permite

la proliferación de prejuicios y sesgos que impiden la circulación de cierto tipo de información. Por otro lado, señalé como resistencias internas negativas, un conjunto de vicios epistémicos: la estrechez mental, la arrogancia y la pereza intelectual; mostré el alcance de sus consecuencias, que no afectan exclusivamente a los sujetos no dominantes, sino a todos en general, ya que tienden a suprimir las oportunidades de conocer otras experiencias que incrementarían o mejorarían nuestro entendimiento social.

Pero la historia no se acaba ahí, pues los vicios epistémicos fertilizan el campo para que crezca la ignorancia activa, un mecanismo de defensa y evasión que implica un esfuerzo recalcitrante por *no ver*. Entonces planteé una hipótesis auxiliar que explica por qué en los intercambios comunicativos de Lucía y Verónica, los sujetos en una posición epistémica-social de dominación parecen insensibles a su propia insensibilidad. La hipótesis indica que la meta-ceguera o meta-insensibilidad se enraiza en las estructuras perceptuales, cognitivas y afectivas a través de meta-actitudes sociales; una de ellas es la ceguera a las diferencias, que puede manifestarse en actitudes de perfilamiento, totalización y ceguera a la relacionalidad.

También me di cuenta que en los casos que analicé hay al menos dos dinámicas diferentes y entrelazadas de la meta-insensibilidad; la meta-ceguera de género y la meta-ceguera cuerdista.

Esbocé una definición de la meta-ceguera cuerdista como la resistencia a reconocer las limitaciones del horizonte de comprensión de la subjetividad dominante que se proclama cuerda. Y usé este planteamiento para interpretar los obstáculos más profundos profundos en los diversos espacios sociales-epistémicos donde prevalecen injusticias.

Procedí a identificar y caracterizar resistencias internas positivas en Lucía y Verónica, quienes desarrollaron virtudes notables: humildad epistémica, diligencia y curiosidad intelectual, las cuales, les ayudaron a superar los puntos ciegos de sus marcos de entendimiento, alcanzando lucidez sobre parcelas de la experiencia social que han estado ensombrecidas.

Por último, señalé que el activismo puede constituir una fuente de fricciones externas positivas para combatir las formas de meta-insensibilidad. Las experiencias de los

movimientos sociales enseñan que hay estrategias eficaces para introducir contrapuntos de vista, favoreciendo cambios profundos en las estructuras sociales.

Con este balance general, se logra el objetivo principal de la investigación. El producto es una exploración colaborativa de narrativas personales, a través de las cuales, identifiqué dinámicas de poder sobre el conocimiento y la agencia epistémica, en diversos espacios sociales-epistémicos de puesta en común de información sobre la salud mental de mujeres diagnosticadas con TLP.

Otros objetivos específicos también se cumplieron. Por un lado, confirmé que el modelo de resistencias epistémicas de José Medina logra dar cuenta de las injusticias epistémicas que el modelo clásico de Fricker nos ayuda a identificar, con muchas ventajas adicionales, porque también logra dar cuenta de variedades de injusticia a las que el modelo de Fricker no puede abarcar, y ofrece otros recursos analíticos altamente sensibles para captar las dinámicas de poder en las prácticas socioepistémicas.

Aunado a lo anterior, se logró el propósito de dar un giro político a la epistemología social, ya que el análisis nos acercó a casos problemáticos concretos, de dinámica interpersonal, pero también demostró tener potencial para entender problemáticas estructurales. Al hacer explícitos los mecanismos arbitrarios que limitan la capacidad de dar conocimiento desde la locura, y los mecanismos de resistencia que favorecen el alcance de lucidez desde la locura, se deja una caja de herramientas para la construcción de imaginarios y proyectos de transformación. Quedan muchas preguntas abiertas, mi recomendación para trabajarlas es que la filosofía suspenda momentáneamente las investigaciones de escritorio para construir redes de educación popular e incentivar el diálogo con sujetos subalternizados. Con la imaginación vislumbramos posibilidades de subversión; con la epistemología política, producimos de manera colaborativa recursos para llevarlas a cabo.

REFERENCIAS

- A. Trastornada. (2018a). “*No me pasa nada*”, pero... necesito un diagnóstico. Diario de Una Autoetnógrafa. <https://autoetnografa.com/2018/06/17/no-me-pasa-nada-pero-necesito-un-diagnostico/>
- A. Trastornada. (2018b). *Una historia más de sobre-medicación: del seroxat al “California Rocket Fuel.”* Diario de Una Autoetnógrafa. <https://autoetnografa.com/2018/08/17/una-historia-mas-de-sobre-medicacion-del-seroxat-al-california-rocket-fuel/>
- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología.* Paidós.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD.* American Psychological Association.
- Améry, J. (1999). *Levantarse la mano sobre uno mismo. Discurso de la muerte voluntaria.* Pre-textos.
- Anderson, E. (2004). Uses of Value Judgments in Science: A General Argument, with Lessons from a Case Study of Feminist Research on Divorce. *Hypatia*, 19(1), 1–24. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2004.tb01266.x>
- Animal Político. (2020). *Policías agreden y detienen a mujeres que tomaron sede de la CODHEM en Ecatepec.* Animal Político. <https://www.animalpolitico.com/2020/09/policias-agreden-y-detienen-a-mujeres-que-tomaron-sede-de-la-codhem-en-ecatepec>

- Anónimo. (2018). *BPD, suicide, and people taking you seriously* [Post de foro en línea]. https://www.reddit.com/r/BPD/comments/9hxzxn/bpd_suicide_and_people_taking_you_seriously/?utm_source=share&utm_medium=web2x&context=3
- Antoine, S., Fredborg, B., Streiner, D., Guimond, T., Dixon, K., Chapman, A., Kuo, J., Links, P., & McMain, S. (2023). Subgroups of borderline personality disorder: A latent class analysis. *Psychiatry Research*, *323*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115131>
- Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *46*(10), 3281–3294. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>
- Basaglia, F. (1985). La mujer y la locura. In *Mujer, locura y sociedad* (pp. 29–56). Universidad Autónoma de Puebla.
- Battle, C., Shea, T., Johnson, D., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M., Sanislow, C., Skodol, A., Gunderson, J., Grilo, C., McGlashan, T., & Morey, L. (2004). Childhood Maltreatment Associated With Adult Personality Disorders: Findings From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*, *18*(2), 193–211. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.2.193.32777>
- BBC News. (2022). Zoe Zaremba: Care failings led to autistic woman's suicide - inquest. *BBC News*. <https://www.bbc.com/news/uk-england-york-north-yorkshire-61110849>
- Beuchot, M. (2015). *Tratado de hermenéutica analógica*. UNAM.
- Birnbaum, R. (2010). My Father's Advocacy for a Right to Treatment. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *38*(1), 115–123.
- Birzer, M. (2012). *Racial Profiling. They Stopped Me Because I'm -----!* Routledge. <https://doi.org/10.1201/b13254>
- Bjorklund, P. (2006). No Man's Land: Gender Bias and Social Constructivism in the Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, *27*(1), 3–23. <https://doi.org/10.1080/01612840500312753>

- [BloodlessCorpse]. (2020). *How do I stop oversharing?* [Post de foro en línea].
https://www.reddit.com/r/BPD/comments/ibjsuw/how_do_i_stop_oversharing/
- Brinkmann, S. (2016). *Diagnostic Cultures. A Cultural Approach to the Pathologization of Modern Life*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315576930>
- Broncano, F. (2020). Teoría y práctica de las fraternidades epistémicas. *Dilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 33, 11–21.
- Brown, M., Comtois, K., & Linehan, M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198–202. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.1.198>
- Butler, J. (2013). *Too much info? “Women’s Health” Magazine on “Oversharing” in Social Media - a Critical Discourse Analysis*.
https://www.academia.edu/7592591/Too_Much_Info_Womens_Health_Magazine_on_Oversharing_in_Social_Media_-_a_Critical_Discourse_Analysis
- Campbell, C. (2008). *“But what can a Psychiatrist do about my Bowel?!” Borderline Personality Disorder in Primary Care: A Qualitative Analysis of Patient Experience* [Tesis doctoral]. The University of Edinburgh.
- Caponi, S. (2022). Gestión psicofarmacológica de la feminidad: Antipsicóticos para mujeres insumisas. *Resistances. Journal of the Philosophy of History*, 3(6), 1–22.
<https://doi.org/10.46652/resistances.v3i6.94>
- Carpan, C. (2022). The Adultification of Black Girls as Identity-Prejudicial Credibility Excess. *Ethical Theory and Moral Practice*, 25(5), 793–807.
<https://doi.org/10.1007/s10677-022-10324-6>
- Cea, J. (2022). Estudios Locos Latinoamericanos: marcos conceptuales y agenda de investigación. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 32(4), 1–20.
<https://doi.org/10.1590/s0103-73312022320403>
- Chamberlin, J. (2023). *Por nuestra cuenta. Alternativas autogestionadas frente al sistema de salud mental*. Katakarak.

- Clough, S. (2008). Solomon's Empirical/ Non-Empirical Distinction and the Proper Place of Values in Science. *Perspectives on Science*, 16(3), 265–279. <https://doi.org/10.1162/posc.2008.16.3.265>
- Davis, E. (2016). Typecasts, Tokens, and Spokespersons: A Case for Credibility Excess as Testimonial Injustice. *Hypatia*, 31(3), 485–501. <https://doi.org/10.1111/hypa.12251>
- Denzin, N. (2019). A call to a critical interpretative interactionism. In M. Hviid (Ed.), *Critical and Cultural Interactionism Insights from Sociology and Criminology* (pp. 45–60). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315141640-4>
- Department of Health. (2001). *The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century*.
- D'Mello, A., Frosch, I., Li, C., Cardinaux, A., & Gabrieli, J. (2022). Exclusion of females in autism research: Empirical evidence for a “leaky” recruitment-to-research pipeline. *Autism Research*, 15(10), 1929–1940. <https://doi.org/10.1002/aur.2795>
- Dudas, R., Lovejoy, C., Cassidy, S., Allison, C., Smith, P., & Baron-Cohen, S. (2017). The overlap between autistic spectrum conditions and borderline personality disorder. *PLOS ONE*, 12(9), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184447>
- Dyson, H., & Gorvin, L. (2017). How Is a Label of Borderline Personality Disorder Constructed on Twitter: A Critical Discourse Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(10), 780–790. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1354105>
- Edenroth-Cato, F., & Sjöblom, B. (2022). Biosociality in Online Interactions: Youths' Positioning of the Highly Sensitive Person Category. *YOUNG*, 30(1), 80–96. <https://doi.org/10.1177/11033088211015815>
- Etchegaray, R. (2014). La filosofía política de Jacques Rancière. *Nuevo Pensamiento*, IV.
- Fairfax, H. (2011). Re-conceiving personality disorders: Adaptations on a dimension? *Counselling Psychology Quarterly*, 24(4), 313–322. <https://doi.org/10.1080/09515070.2011.630589>

- Fern, E. [@ElyssaLeopard]. (2020, July 8). *It's impossible to explain the extent of the harm to someone who hasn't experienced it* [tweet]. <https://twitter.com/ElyssaLeopard/status/1280808307796709376>
- Florenzano, R., & Guerrero, J. (2014). Trastornos de personalidad: desde Schneider al DSM-5. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(Suplemento 1), 38–49.
- Foucault, M. (1994). *Hermenéutica del sujeto*. La Piqueta.
- Freire, P. (2004). *Pedagogía de la autonomía*. Paz y Tierra.
- Fricker, M. (2009). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.
- Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica*. Herder.
- Fulford, K., Davies, M., Gipps, R., Graham, G., Sadler, J., Stanghellini, G., & Thornton, T. (Eds.). (2013). *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199579563.001.0001>
- Fulham, L., Forsythe, J., & Fitzpatrick, S. (2023). The relationship between emptiness and suicide and self-injury urges in borderline personality disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1–10. <https://doi.org/10.1111/sltb.12949>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Penguin Books.
- Goffman, E. (1976). *Asylums*. Penguin.
- Hawkins, A., Furr, R. M., Arnold, E., Law, M. K., Mneimne, M., & Fleeson, W. (2014). The structure of borderline personality disorder symptoms: A multi-method, multi-sample examination. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(4), 380–389. <https://doi.org/10.1037/per0000086>
- Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery*. Basic Books.
- Hoolachan, J. (2020). Exploring the “Spoiled” and “Celebrated” Identities of Young and Homeless Drug Users. *Social Inclusion*, 8(1), 76–85. <https://doi.org/10.17645/si.v8i1.2311>

- Hultman, L., & Hultman, M. (2023). "Believe me, only I know how I feel". An autoethnographic account of experiences of epistemic injustice in mental health care. *Frontiers in Psychiatry, 14*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1058422>
- Human Rights Watch. (2022). *México: La militarización de la seguridad pública amenaza los derechos humanos*. <https://www.hrw.org/es/news/2022/08/26/mexico-la-militarizacion-de-la-seguridad-publica-amenaza-los-derechos-humanos>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Violencia contra las mujeres en México*. Tableros Estadísticos. <https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/vcmm/>
- James, W. (1992). The Will to Believe and Other Essays in Popular Philosophy. In *William James: Writings 1878-1899* (pp. 445–704). Library of America.
- Jerade, M. (2022). *Negritud e injusticia hermenéutica. Historicidad y esquema corporal en la obra de Frantz Fanon*. <https://youtu.be/UQPgPwc3qpM>
- Kafka, J., Moracco, K., Taheri, C., Young, B., Graham, L., Macy, R., & Proescholdbell, S. (2022). Intimate partner violence victimization and perpetration as precursors to suicide. *Social Science and Medicine: Population Health, 18*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101079>
- Khazraee, E., & Gasson, S. (2015). Epistemic Objects and Embeddedness: Knowledge Construction and Narratives in Research Networks of Practice. *The Information Society, 31*(2), 139–159. <https://doi.org/10.1080/01972243.2015.998104>
- Klein, P., Fairweather, K., & Lawn, S. (2022). Structural stigma and its impact on healthcare for borderline personality disorder: a scoping review. *International Journal of Mental Health Systems, 16*(1), 1–41. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00558-3>
- Knorr-Cetina, K. (1999). *Epistemic cultures: how the sciences make knowledge*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.4159/9780674039681>
- Knorr-Cetina, K. (2005). *La fabricación del conocimiento. Un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia*. Universidad Nacional de Quilmes.

- Kvaale, E., Gottdiener, W., & Haslam, N. (2013). Biogenetic explanations and stigma: A meta-analytic review of associations among laypeople. *Social Science & Medicine*, 96, 95–103. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.017>
- Lacerda, F., & Lobo, R. (2012). Conciencia, vida cotidiana y alienación. Una interpretación a partir de la psicología social y del marxismo. *Teoría y Crítica de La Psicología*, 2, 126–147.
- Langer, M. (1984). La mujer, la locura y la sociedad. In S. Marcos (Ed.), *Antipsiquiatría y política* (pp. 172–184). Extemporáneos.
- Lenzenweger, M., Clarkin, J., Yeomans, F., Kernberg, O., & Levy, K. (2008). Refining the Borderline Personality Disorder Phenotype through Finite Mixture Modeling: Implications for Classification. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 313–331. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.313>
- Linehan, M. (2020a). *Building a Life Worth Living: A Memoir*. Random House.
- Linehan, M. (2020b). *Manual de entrenamiento en habilidades DBT para el/la consultante*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- Linehan, M. (2020c). *Manual de entrenamiento en habilidades DBT para el/la terapeuta*. Editorial de la Universidad Nacional de la Plata.
- López, B. (2021). Lenguaje y subjetividad (una lectura teórico-metodológico-vital de Foucault). *Andamios, Revista de Investigación Social*, 17(44), 61–83. <https://doi.org/10.29092/uacm.v17i44.790>
- Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of ‘borderline personality disorder’: Social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*, 12(6), 595–612. <https://doi.org/10.1080/09638230310001627955>
- Marshall, C. (2022). *The unbearable heartache of Rejection Sensitive Dysphoria*. Reframing Autism. <https://reframingautism.org.au/the-unbearable-heartache-of-rejection-sensitive-dysphoria/>

- Martínez, S. (2013). Droga y violencia en Monterrey; muertes al compás de la música. *Periódico La Jornada*, 23. <https://www.jornada.com.mx/2013/02/03/sociedad/032n1soc>
- Mastroianni, A., Faden, R., & Federman, D. (1994). Women's Participation in Clinical Studies. In A. Mastroianni, R. Faden, & D. Federman (Eds.), *Women and Health Research: Ethical and Legal Issues of Including Women in Clinical Studies* (Vol. 1, pp. 36–74). National Academy Press.
- McKinnon, R. (2017). Allies behaving badly. Gaslighting as epistemic injustice. In J. Kidd, J. Medina, & G. Pohlhaus (Eds.), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice* (pp. 167–174). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315212043-16>
- Medina, J. (2013). *The Epistemology of Resistance*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199929023.001.0001>
- Medina, J. (2017). Varieties of Hermeneutical Injustice. In I. Kidd, J. Medina, & G. Pohlhaus (Eds.), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice* (pp. 41–52). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315212043-4>
- Medina, J. (2018). Epistemic injustice and epistemologies of ignorance. In P. Taylor, L. Alcoff, & L. Anderson (Eds.), *The Routledge Companion to Philosophy of Race* (pp. 247–260). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315884424-18>
- Miano, M. (2002). *Hombre, mujer y muxe' en el Istmo de Tehuantepec*. Plaza y Valdés / CONACULTA / INAH.
- Milner, V., McIntosh, H., Colvert, E., & Happé, F. (2019). A Qualitative Exploration of the Female Experience of Autism Spectrum Disorder (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(6), 2389–2402. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03906-4>
- Moreno, H. C., & Urteaga, M. (2022). Criminalización y juvenicidio de culturas juveniles asociadas a organizaciones delincuenciales: caso cholombianos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 20(3), 1–36. <https://doi.org/10.11600/rlcsnj.20.3.5637>

- Mosqueda, C. (2021). Síntesis teórica y metodológica de la terapia dialéctica conductual. *Revista Del Instituto Jalisciense de Salud Mental*, 16, 14–24.
- Mosquera, D. (2004). *Diamantes en bruto. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares*. Ediciones Pléyades.
- Mosquera, D., Gonzalez, A., & van der Hart, O. (2011). Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. *Persona*, 10–40.
- Murphy, D. (2020). *Philosophy of Psychiatry*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/psychiatry/>
- Nakaya, I. (2021). *Entre lo natural y lo construido: Una ontología de la enfermedad mental* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Nicki, A. (2016). Borderline Personality Disorder, Discrimination, and Survivors of Chronic Childhood Trauma. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 9(1), 218–245. <https://doi.org/10.3138/ijfab.9.1.218>
- No es lo mismo ser loca que loco. (2017, July 26). *El cuerpo de las locas*. <https://locurafeminista.wordpress.com/2017/07/26/texto-el-cuerpo-de-las-locas/>
- Ntshingila, N., Poggenpoel, M., Myburgh, C. P. H., & Temane, A. (2016). Experiences of women living with borderline personality disorder. *Health SA Gesondheid*, 21, 110–119. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.01.001>
- Nussbaum, M. (1994). *La terapia del deseo. Teoría y práctica en la ética helenística*. Paidós.
- Ordorika, T., & Gómez-Aguilar, I. (2021). Personas expertas por experiencia. Entrevista con Víctor Lizama, miembro de SinColectivo. *Inter Disciplina*, 9(23), 109–124.
- Organización Mundial de la Salud, Secretaría de Salud de México, & Organización Panamericana de la Salud. (2011). *IESM-OMS Informe sobre el sistema de salud mental en México*. https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf

- Paris, J. (2005). Recent Advances in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(8), 435–441. <https://doi.org/10.1177/070674370505000802>
- Paris, J. (2019). Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina*, 55(6), 1–6. <https://doi.org/10.3390/medicina55060223>
- Pascoe, C. (2022). The afterlife of interviews: explicit ethics and subtle ethics in sensitive or distressing qualitative research. *Qualitative Research*, 22(5), 777–794. <https://doi.org/10.1177/14687941211012924>
- Perlin, M. (1993). On Sanism. *SMU Law Review*, 46(2), 373–407.
- Pettit, P., & Smith, M. (1996). Freedom in Belief and Desire. *The Journal of Philosophy*, 93(9), 429–449. <https://doi.org/10.2307/2940892>
- Pohlhaus, G. (2014). Discerning the Primary Epistemic Harm in Cases of Testimonial Injustice. *Social Epistemology*, 28(2), 99–114. <https://doi.org/10.1080/02691728.2013.782581>
- Pohlhaus, G. (2017). Varieties of epistemic injustice. In I. Kidd, J. Medina, & G. Pohlhaus (Eds.), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice* (pp. 13–26). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315212043-2>
- Potter, N. (2006). What is Manipulative Behavior, Anyway? *Journal of Personality Disorders*, 20(2), 139–156. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.2.139>
- Rabasa, L. (2020, June 30). 2022: ¿Se acabaron los internamientos involuntarios en México? *Nexos*. <https://eljuegodelacorte.nexos.com.mx/2022-se-acabaron-los-internamientos-involuntarios-en-mexico/>
- Radden, J. (2023). *Mental Disorder (Illness)*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2023/entries/mental-disorder/>
- Rancière, J. (1996). *El desacuerdo. Política y filosofía* (Nueva Visi).

- Rashed, M. (2019). *Madness and the demand for recognition: A philosophical inquiry into identity and mental health activism*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198786863.001.0001>
- Rashed, M. A. (2020). The Identity of Psychiatry and the Challenge of Mad Activism: Rethinking the Clinical Encounter. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 45, 598–622. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhaa009>
- Reder, D. (2022). *Autobiography as Indigenous Intellectual Tradition. Cree and Métis âcimisowina*. Wilfrid Laurier University Press.
- Ribeiro, D. (2020). *Lugar de enunciación*. Ediciones Ambulantes.
- Rodríguez, O., Pavón, B., & Vicencio, R. (2022). *Mujeres diagnosticadas con Trastorno Límite de Personalidad: significaciones en torno al género, el diagnóstico y la historia de vida* [Trabajo terminal de licenciatura]. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Ruiz-Cantero, M., & Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18, 118–125.
- Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G., Bohus, M., Lieb, K., & Corrigan, P. (2006). Self-Stigma in Women With Borderline Personality Disorder and Women With Social Phobia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(10), 766–773. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000239898.48701.dc>
- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., Jacob, G. A., Corrigan, P. W., & Bohus, M. (2007). Shame and Implicit Self-Concept in Women With Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 500–508. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.3.500>
- Sánchez, B. (2022). *El empirismo social, ¿un modelo epistemológico para el desarrollo democrático de la ciencia?* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez, D., Vásquez, A., Fredes, R., Cano, O., Bernasconi, J., Perla, L., Cantón, M., Robinson, A., Borges, S., & Rodríguez, M. (2019). *Por el derecho a la locura: La reinención de la salud mental en América Latina* (J. Cea, Ed.). Proyección.

- Sansone, R., & Sansone, L. (2013). Responses of Mental Health Clinicians to Patients with Borderline Personality Disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *10*(5–6), 39–43.
- Secretaría de Gobernación. (2018). *Guía para la acción pública: Prevención de prácticas de perfilamiento racial*. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Secretaría de Salud. (2018). *Alrededor de 1.5% de la población padece trastorno límite de la personalidad*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad#:~:text=Alrededor%20de%201.5%20por%20ciento,de%20Consulta%20Externa%20del%20Hospital>
- Seers, K., & Hogg, R. (2021). “You don’t look autistic”: A qualitative exploration of women’s experiences of being the ‘autistic other.’ *Autism*, *25*(6), 1553–1564. <https://doi.org/10.1177/1362361321993722>
- Shaw, C., & Proctor, G. (2005). I. Women at the Margins: A Critique of the Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Feminism & Psychology*, *15*(4), 483–490. <https://doi.org/10.1177/0959-353505057620>
- Simpson, E. (2002). Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *British Medical Journal*, *325*, 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7375.1265>
- Amparo en revisión 1368/2015, (March 13, 2019). <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/sentencia/2020-01/AR%201368-2015%20p%C3%BAblica.pdf>
- Sykes, R. (2017). “Who Gets to Speak and Why?” Oversharing in Contemporary North American Women’s Writing. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, *43*(1), 151–174. <https://doi.org/10.1086/692482>
- Valsiner, J. (1999). Stability and flow in human experience: philosophical preliminaries. In *Culture and Human Development* (pp. 5–16). SAGE.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2006). *The haunted self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. W. W. Norton & Company.

- Van Gelder, K. (2010). *The Buddha and the borderline: my recovery from borderline personality disorder through dialectical behavior therapy, Buddhism, and online dating*. New Harbinger Publications.
- Vázquez, A. (2022). Epistemología del duelo: reflexiones sobre la continuidad de vínculos. *Resistances. Journal of the Philosophy of History*, 3(6). <https://doi.org/10.46652/resistances.v3i6.98>
- Villanueva, M. (2019). *Somos médicos, no dioses. Una etnografía filosófica de la deshumanización de la medicina* [Tesis de doctorado]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Weinbinder, N. (n.d.). *Antipsiquiatría: La muerte del rótulo y el estigma*. Proletarios.Org.
- Widuch, K. (2021). “I am not a monster”: The linguistic stigma of Borderline Personality Disorder. In C. Pracana & M. Wang (Eds.), *Psychological Applications and Trends 2021* (pp. 406–408). inScience Press. <https://doi.org/10.36315/2021inpact085>
- Wirth-Cauchon, J. (2001). *Women and Borderline Personality Disorder: Symptoms and Stories*. Rutgers University Press.
- Wylie, A. (2012). Feminist Philosophy of Science: Standpoint Matters. *Proceedings and Addresses of the American Philosophical Association*, 86(2), 47–76.
- Yébenes, Z. (2022). Esbozo para una filosofía social de la psicopatología. *Resistances. Journal of the Philosophy of History*, 3(6), 1–22. <https://doi.org/10.46652/resistances.v3i6.93>
- Yen, S., Shea, T., Battle, C., Johnson, D., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., Skodol, A., Grilo, C., Gunderson, J., Sanislow, C., Zanarini, M., Bender, D., Rettew, J., & McGlashan, T. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(8), 510–518. <https://doi.org/10.1097/00005053-200208000-00003>
- Young, I. (2011). *Responsibility for Justice*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195392388.001.0001>

Zibechi, R. (2003). Los movimientos sociales latinoamericanos: tendencias y desafíos. *Observatorio Social de América Latina*, 9, 185–188.

Zimmerman, M. (2021a). *Generalidades sobre los trastornos de la personalidad*. Manual MSD Versión Para Profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/generalidades-sobre-los-trastornos-de-la-personalidad>

Zimmerman, M. (2021b). *Trastorno límite de la personalidad*. Manual MSD Versión Para Profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-lim%C3%ADtrofe-de-la-personalidad-tlp#:~:text=El%20trastorno%20lim%C3%ADtrofe%20de%20la,estado%20de%20C3%A1nimo%20e%20impulsividad>.