

PATOLOGIZACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA. SUS IMPLICACIONES DE GÉNERO Y BIOÉTICAS: TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD, UN ESTUDIO DE CASO

PATHOLOGIZATION OF DAILY LIFE. ITS GENDER AND BIOETHICAL IMPLICATIONS: BORDERLINE PERSONALITY DISORDER, A CASE STUDY

ELIZABETH JENNY HERNÁNDEZ RAMÍREZ¹

¹ Universidad Nacional Rosario Castellanos, México.
Correo electrónico: elizabeth.hernandez@rcastellanos.cdmx.gob.mx

Resumen

Uno de los mayores desafíos en la psiquiatría y la psicología clínica ha sido la creación de diagnósticos que ayuden a reconocer y tratar el malestar mental de las personas bajo criterios basados en modelos objetivos y que brinden veracidad. Si

DOI: <https://doi.org/10.32870/lv.v7i63.8072>

bien en la medicina el diagnóstico proporciona claridad para el tratamiento, crea un lenguaje común entre los especialistas y favorece la prevención (Jutel, 2009), en la salud mental la situación es más compleja. A pesar de los intentos por establecer criterios diagnósticos objetivos, como los del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5, Asociación Estadounidense de Psiquiatría [APA], 2014), la objetividad sigue siendo una meta difícil de alcanzar.

Este artículo presenta un análisis crítico de la categorización de los trastornos mentales, tomando como caso de estudio el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Se cuestiona la falta de claridad y vaguedad de los criterios diagnósticos, señalando la injusticia y arrogancia epistémica, así con sus implicaciones de género y bioéticas. En casos específicos como el TLP, a menudo se patologiza a las personas sin tomar en cuenta las experiencias y subjetividades del sufrimiento.

Palabras clave: psiquiatría, Trastorno Límite de la Personalidad, injusticia y arrogancia epistémica, género y bioética.

Abstract

One of the greatest challenges in psychiatry and clinical psychology has been the creation of diagnoses that help recognize and treat individuals' mental distress, based on criteria rooted in objective models that provide veracity. While in medicine, diagnosis offers clarity for treatment, creates a

common language among specialists, and promotes prevention (Jutel, 2009), the situation in mental health is more complex. Despite attempts to establish objective diagnostic criteria, such as those in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, American Psychological Association, 2014), objectivity remains a difficult goal to achieve.

This article presents a critical analysis of the categorization of mental disorders, using Borderline Personality Disorder (BPD) as a case study. It questions the lack of clarity and vagueness of the diagnostic criteria, highlighting the arrogance and epistemic injustice as well as its gender and bioethical implications that, in specific cases like BPD, often lead to the pathologization of individuals without considering their experiences and subjectivities of suffering.

Keywords: psychiatric, Borderline Personality Disorder, arrogance and epistemic injustice, gender and bioethics.

RECEPCIÓN: 30 DE OCTUBRE DE 2024/ACEPTACIÓN: 30 DE MAYO DE 2025

INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se clasifica dentro del grupo B de los trastornos de personalidad, que incluye a personas “dramáticas, emocionales o erráticas”. Se

define como un “patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, acompañado de una notable impulsividad, que comienza en la adolescencia o la adulterez temprana y se manifiesta en diversos contextos” (Asociación Estadounidense de Psiquiatría [APA], 2014). A partir de esta definición y los criterios asociados al TLP, este artículo busca destacar la falta de precisión y la vaguedad que caracterizan la categorización de los trastornos mentales en el ámbito psiquiátrico. En cuanto a la prevalencia, aunque la incidencia de este diagnóstico varía según el contexto, el TLP es considerado el trastorno de personalidad más común y el más diagnosticado en pacientes que recurren a servicios psiquiátricos. Entre el 10% y el 15% de los pacientes en salas de emergencia psiquiátrica presentan TLP, y su prevalencia en entornos de atención primaria puede ser hasta cuatro veces mayor que en la población general, lo que sugiere que quienes padecen este trastorno son usuarios frecuentes de servicios médicos generales (Feitosa Soares et al., 2023). Según datos del DSM-5 (APA, 2014, p. 665), la prevalencia del TLP en la población que busca atención primaria es del 6%, en centros de salud mental del 10% y del 20% entre personas hospitalizadas en instituciones psiquiátricas. Se estima que el 1.8% de la población mundial presenta este trastorno (Dahlenburg et al., 2024) y en México alrededor del 1.5% de la población, lo que equivale a más de dos

millones de personas (Ríos-Valdez et al., 2023) entre las cuales del 76% y el 80% son mujeres (Secretaría de Salud, 2018). En este contexto, es fundamental reconocer que el desarrollo de un trastorno de la personalidad generalmente requiere la presencia de diversos factores, incluidos un entorno desfavorable en términos económicos, afectivos, sociales y culturales, así como una historia de desarrollo marcada por experiencias traumáticas, como la violencia física, sexual y psicológica. Esta combinación, junto con un apego inseguro, puede llevar a comportamientos reactivos en la vida adulta, que se expresan de diversas maneras en términos de disfuncionalidad.

Por estos motivos, este artículo se propone revisar cómo se entiende el trastorno límite de la personalidad (TLP) en el ámbito psiquiátrico. En primer lugar, se señalará cómo la visión actual sobre el TLP a menudo omite un análisis más profundo de los factores y aspectos que contribuyen al desarrollo de comportamientos considerados disruptivos –tales como dramáticos, emocionales o erráticos– en la vida adulta. Además, se explorará de qué manera esta omisión puede traducirse en injusticias epistémicas y problemas bioéticos dentro de la práctica psiquiátrica. Finalmente, se identificarán las razones detrás de la mayor prevalencia del TLP en la población femenina.

Para responder a tales objetivos, el texto se divide en tres apartados: en el primero se analiza el significado del diagnóstico en psiquiatría; en el segundo, se aborda la vaguedad de los criterios psiquiátricos utilizando el TLP como estudio de caso; y

en el tercero se presentan las injusticias epistémicas que surgen al diagnosticar a una persona con TLP, así como las implicaciones de género y bioéticas asociadas al proceso diagnóstico. Para ello, se utilizan datos obtenidos de narrativas de personas diagnosticadas con TLP, quienes fueron entrevistadas en profundidad como parte de la investigación doctoral de la autora.

Finalmente, se señalará la necesidad de un cambio de paradigma en la psiquiatría, que promueva un enfoque que aborde la salud mental desde la complejidad y la multiplicidad, en lugar del reduccionismo epistémico.

1. EL DIAGNÓSTICO ¿UN FRACASO PARA LA PSIQUIATRÍA?

Desde la adolescencia ya manifestaba algunas cosas que se intensificaron a los 23 o 24 años. Me diagnosticaron con TLP después de un divorcio bastante caótico, hace tres años. Sufrí de mucha violencia; el que era mi esposo me golpeaba con frecuencia, en esa ocasión me pegó en la cabeza y me tuve que salir de la casa y denunciarlo. Después de eso, caí en una depresión muy fuerte y traté de suicidarme. Me llevaron al hospital psiquiátrico y ahí me diagnosticaron con Depresión Mayor, me hicieron un electroencefalograma y a partir de esos resultados me dijeron que tenía TLP. Me dijeron que mi personalidad era inestable y me medicaron con clonazepam, diazepam, carbamazepina [anticonvulsivo] y clorpromazina [antipsicótico]. Con

eso estuve durante dos años; pero como me ponía muy mal y, prácticamente estaba drogada todo el tiempo, los dejé de tomar y un psiquiatra nuevo me recetó Fluoxetina y, sólo para cuando me sintiera muy ansiosa, el clonazepam. Desde hace 8 meses ya no tomo nada. (K. 35 años)

Ese relato es una representación de la manera en que se diagnostica el TLP, del tipo de tratamientos que se designan de los factores que acompañan al diagnóstico y el impacto que tiene el tratamiento psiquiátrico en la vida de las personas.

A continuación, además de describir las características del diagnóstico en la medicina general y distinguir la manera en que opera el diagnóstico en la psiquiatría, se propone la despatologización del TLP. Puesto que se considera que, como el caso de K., así como el de muchas mujeres que son diagnosticadas con TLP, este diagnóstico es el resultado de una serie de experiencias traumáticas, enmarcadas en un sufrimiento que muchas veces no pueden nombrar. "Eso" que no se puede nombrar tiene un nombre, pero la condición se caracteriza por un sufrimiento de tal magnitud que no se puede articular con claridad. Es el tipo de sufrimiento del cual el suicidio, en ocasiones, parece ser la única salida (Bjorklund, 2006), como sucedió con K.

El diagnóstico, en medicina, se entiende como un proceso inferencial, realizado a partir de un "cuadro clínico", destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente (Capurro y Rada, 2007, p. 534). Algunas propiedades y beneficios que

se destacan sobre el diagnóstico refieren a la organización de la enfermedad que lleva a identificar opciones de tratamiento, a predecir resultados y proporcionar un marco explicativo.

Por otro lado, el diagnóstico permite establecer una jerga común entre expertos y, de manera relevante, se destaca su propiedad administrativa en tanto que el diagnóstico se convierte en el “permiso para estar enfermo”, puesto que, los individuos como parte de una red social que funciona a partir de mecanismos de producción, hace posible que se puedan gestionar licencias para ausentarse del trabajo, hacerlo más liviano o tener derecho a descansos por medio de incapacidades que propicien tanto el tratamiento como procesos de recuperación (Jutel, 2009).

El diagnóstico en la psiquiatría, a pesar de lo que pretende, se ha enfrentado al desafío de clasificar y objetivar la subjetividad que, se encuentra intrínsecamente relacionada con los trastornos mentales en dos sentidos: en la manera que las personas describen su malestar –a partir de síntomas que parten de una narrativa particular– y el problema que representa la diversidad de modelos teóricos que pretenden describir los trastornos mentales, los cuales en ocasiones son contradictorios o incommensurables (como en el caso del conductismo y el psicoanálisis).

Para la psiquiatría, por ejemplo, es importante describir diagnósticos a partir de nosologías psiquiátricas como el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM-5; APA, 2014) o la Clasificación Internacional de

Enfermedades (CIE-11; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022) y que estén libres de teorías que traten de explicar su etiología y/o evolución, con la pretensión de que los criterios sean observables, medibles y mayormente identificables, independientemente de su origen o contexto.

Sin embargo, a pesar de los avances de instrumentos para el diagnóstico y el diseño de nosologías que pretenden compartir un lenguaje común, existe una gran división entre los propios especialistas que, desde los años sesenta, dio a luz al movimiento “antipsiquiatría” en el que psiquiatras como Ronald Laing (1931-1986), David Cooper (1927-1989) y Thomas Szasz (1920-2012) pusieron el peso de la discusión en el uso de tratamientos psicofarmacológicos para tratar trastornos psicóticos, depresión y trastornos de ansiedad, apelando a la idea de que los fármacos en la psiquiatría podría representar la nueva “lobotomía” del siglo XX, llevando a que los individuos se mantengan adormecidos y no se trabaje en la búsqueda del bienestar, sino en la anulación de la agencia y de la posibilidad del autocuidado (Pérez Soto, 2012).

Si bien, la antipsiquiatría fue relevante en su momento, la modificación de los manuales de psiquiatría y el surgimiento de más categorías psiquiátricas llevaron a que por algunos años, la antipsiquiatría perdiera peso en el mundo “psi” y se llegara a algunos acuerdos que nuevamente unificarían el uso de nosologías como el DSM (APA, 1952), hasta el surgimiento del DSM-5

publicado por la APA en 2013, que nuevamente llevaría a que se evidenciara una clara escisión de los propios especialistas.

Allen Frances (2014) señala que el problema principal del DSM-5 (APA, 2014) es el sobrediagnóstico, la creación indiscriminada de trastornos mentales que llevan a la patologización de la vida cotidiana y que, en consecuencia, llevan a que las personas sean objetos de medicación. Enfatiza en su crítica, la falta de precisión de los diagnósticos, la vaguedad en los criterios, su falta de claridad y ambigüedad.

El caso del TLP representa ese problema. Al definirlo dentro de un grupo de personas dramáticas, erráticas o emocionales da cuenta, además de la vaguedad, del estigma social asociado de manera intrínseca a ese diagnóstico. En ese sentido, podríamos señalar que el problema de la construcción de diagnósticos en psiquiatría radica en que las personas como objeto de estudio tienen un horizonte que es inagotable, jamás podríamos apoderarnos de la totalidad del individuo ni de la totalidad de su mundo, de forma que siempre quedará un remanente no aprehendido del otro (Adán Manes, 2016).

En el relato de K., con el que se inició este apartado, tenemos un acercamiento a una de las tantas situaciones que pueden llevar a que las personas tomen una decisión como ir contra su propia vida. Sin embargo, ¿para el psiquiatra que atendió a K. quedaron claras esas circunstancias? ¿Cuáles fueron las causas que llevaron a K. al intento suicida, las condiciones de violencia

en las que se vio inmersa o fue el diagnóstico de TLP que, en esencia la hicieron responder de manera “dramática y emocional”?

En el siguiente apartado, se describe lo que implica un diagnóstico como el TLP y el problema de vaguedad de sus criterios y se mostrará cómo estos se contraponen a la intención de objetividad de la psiquiatría.

2. GENERALIDADES DEL TLP Y EL PROBLEMA DE VAGUEDAD CATEGORIAL

Los trastornos de personalidad aparecen como categorías psiquiátricas en el DSM-III y son definidos en el DSM-5 como “un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar al malestar o al deterioro” (APA, 2014, p. 645). Se clasifican en tres grupos como se aprecia en la Tabla 1.

Tabla 1**Trastornos de la personalidad, Clasificación DSM 5**

Grupo a	Grupo B	Grupo C
Exraños o excéntricos	<i>Drámáticos, emocionales y erráticos</i>	<i>Ansiosos</i>
Trastorno paranoide de la personalidad	Trastorno Antisocial de la personalidad	Trastorno de la personalidad por evitación
Trastorno esquizoide de la personalidad	Trastorno límite de la personalidad	Trastorno dependiente de la personalidad
Trastorno esquizotípico de la personalidad	Trastorno narcisista de la personalidad	Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad
	Trastorno antisocial de la personalidad	

Fuente: APA, 2014.

El TLP ha sido una categoría que se había asignado a personas que no encajaban en ningún otro diagnóstico psiquiátrico conocido, o bien, a usuarios con resistencia a ciertos tratamientos o terapias, esto ha llevado a que tenga diversas versiones, de las que se han mantenido criterios medulares como: la inestabilidad –impulsada por el carácter dramático y errático en

las relaciones interpersonales-, inestabilidad en la autoimagen y en la afectividad caracterizada por una gran impulsividad (López-Garza, como se citó en Hernández Ramírez, 2022).

Actualmente, en la CIE-11 la descripción del TLP destaca las características diagnósticas como la inestabilidad en el sentido de sí mismo, las relaciones y los afectos, y la marcada presencia de impulsividad, por ejemplo, sexo inseguro, consumo excesivo de alcohol, conducción imprudente, alimentación incontrolable (Organización Mundial de la Salud, 2022).

En el DSM-5 el TLP se define como “un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta”, está presente en diversos contextos y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos que se describen en la Tabla 2.

Tabla 2

Criterios del TLP

a) Esfuerzos desesperados por evitar el abandono real o imaginario.

Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.

b) Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

- c) Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
- d) Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
- e) Sensación crónica de vacío.
- f) Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- g) Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Fuente: (APA, 2014, p. 663).

Ahora bien, ¿qué es lo que se entiende por vaguedad y en qué sentido los criterios del TLP tienen esa propiedad? La vaguedad señala, en general, una imposibilidad de dar respuesta a casos límite resistentes a la prueba; un término es vago, en tanto que es indeterminado (Sorensen, 2022). En el caso del TLP se podrían señalar como vagos los términos dramáticos, emocionales y erráticos, cuando se señalan como condiciones necesarias para el diagnóstico sin recuperar el contexto, los antecedentes, ni las asociaciones que se han entrelazado

para que una persona reaccione ante una situación de manera “dramática”, se pueden cometer errores en la manera que se juzga la reacción emocional de una persona, reforzando así estigmas sociales relacionados con los trastornos mentales.

El estigma social, por lo regular, se ha asociado a las manifestaciones de rechazo por la diferencia (Goffman, 2015). Sin embargo, el estigma no lo encontramos solamente enmarcado en los grupos sociales, sino que también se presenta y es reforzado por los propios especialistas en salud mental. Este tipo de estigma se podría considerar como “estigma de especialistas en psiquiatría” (Hernández Ramírez, 2022) provocado por la “arrogancia epistémica” que consiste en una actitud activa sostenida en la creencia (acrítica) de que la experiencia propia e individual del mundo es generalizable a toda la realidad y sobre esa base se sustentan muchos juicios de neutralidad y universalidad (Eraña, 2023). En el caso de la psiquiatría, la arrogancia epistémica recae no en una creencia personal, pero sí en un marco médico hegemónico que originalmente tiene la intención de plantear la verdad sobre las cosas, en este caso de la salud mental de las personas.

De acuerdo con Á. Eraña (2023), la arrogancia epistémica lleva no solo a la desacreditación del juicio del otro, sino también a la ignorancia activa, en la que se desestiman las críticas de las cuales son objeto, y de manera deliberada continúan un ejercicio acrítico de la práctica clínica. En la psiquiatría esto se ve reflejado en diferentes dimensiones,

que implican un problema ético en el ejercicio de la profesión, pues no sólo se les niega a los consultantes la posibilidad de decidir, sino que se decide qué es lo mejor para ellos, afirmando que no saben lo que les conviene y que no tienen conciencia de lo que es bueno, o no, para su bienestar.

En seguida, se presenta un caso en el que se describen las consecuencias del estigma de los especialistas y la arrogancia epistémica que pueden, no sólo bloquear el desarrollo emocional de una persona, sino también coartar su crecimiento académico, laboral y de oportunidades para el bienestar.

Fui diagnosticada con TLP desde hace 12 años, estaba en la universidad y me puse muy mal porque estaba con un chico y me dejó. Fui con la psicóloga de la universidad y ella me refirió con un psiquiatra porque me dijo que tenía una depresión profunda. Comencé a ir con el psiquiatra y la verdad, en lugar de ayudarme, me hizo muy mal. Al principio yo pensé que era bueno, me hacía sentir escuchada, pero terminó abusando sexualmente de mí como en tres ocasiones y, además, él me hizo creer que no podía dedicarme a mi carrera. Yo quería ser psicóloga clínica, terminé la carrera, pero la verdad es que nunca me titulé. Él me dijo que, así como estaba, nunca podría ver pacientes, que para trabajar con otras personas se necesita estar

equilibrada y yo no lo estaba, que mejor me dedicara a otra cosa. Yo llegué a creerle, la verdad, porque me comenzó a medicar y yo no me sentía bien [por los efectos de los medicamentos], sentía mi cabeza toda hueca y pensé sí, yo así no puedo ver a nadie [se refiere a la posibilidad de atender pacientes].

Yo me sentía muy mal, estaba muy vulnerable, creo que me manipuló y como tres veces tuvimos sexo en su consultorio, aunque yo no lo deseara. Dejé el proceso con él y nunca le dije a nadie. La verdad es que nunca lo he trabajado, es algo que no me gusta pensar mucho, me da mucha rabia cuando me acuerdo y prefiero seguir, creo que eres la primera que lo sabe de hecho, no se lo he dicho ni a mi psicóloga y psiquiatra, como no dije nada para que no sucediera [se refiere a negar su consentimiento a ser tocada sexualmente] siento que no me van a creer o no sé. (M. 37 años)

Esta narrativa hace evidente dos aspectos importantes, por un lado, encontramos una persona vulnerable que, a sus 20 años, acude con un psiquiatra confiando en que este podría ayudar a su bienestar. Al contrario de lo esperado por M., primero le dice que no debería seguir estudiando, que “una persona como ella” no podría ver pacientes. Ante la relación asimétrica

que implica el ser atendido por un especialista, M. se convence de la percepción del psiquiatra, puesto que, por los efectos secundarios que en ella tienen los medicamentos, piensa que, en efecto, así no podría atender a otras personas. Este primer planteamiento del caso señala cómo el psiquiatra, respondiendo a sus propios prejuicios sobre el diagnóstico, bloqueó el desarrollo profesional de M., imposibilitando el deseo de convertirse en lo que deseaba ser y hacer en ese momento de su vida.

En segundo lugar, y no menos importante, la arrogancia epistémica que se manifiesta a través de un abuso de poder que termina en una violación, aprovechando el estado de vulnerabilidad afectiva de M. Además del abuso de poder y de la violación a los principios éticos de Autonomía, Respeto y No maleficencia, hay un reforzamiento intrínseco del estigma sobre los trastornos mentales, puesto que quedó muy claro que M. no podría denunciarlo en tanto que su testimonio no tendría credibilidad frente a los demás. M., atrapada en la situación, no lo cuenta a nadie.

El caso de M. muestra, por un lado, una negligencia encubierta de la figura del especialista, y por otro, la presencia del propio estigma que los especialistas tienen y refuerzan en relación con los trastornos mentales, ignorando que cuando se habla de diagnóstico psiquiátrico, las palabras importan no solo como descripciones del malestar mental, sino también como "actos de habla" (Austin, 1962). Es decir, la palabra tiene una fuerza que –como vemos con M. – impacta en la identidad y pue-

de cambiar el proyecto de vida profesional de una persona. Describir a alguien con TLP como “dramáticas o emocionales”, no solo desacredita sus reacciones emocionales, sino que también afecta su toma de decisiones, en sus relaciones interpersonales y en situaciones cotidianas. En consecuencia, pueden convertirse en focos de injusticias epistémicas de parte de los especialistas.

3. DE LA INJUSTICIA A LA ARROGANCIA EPISTÉMICA: IMPLICACIONES DE GÉNERO Y BIOÉTICAS

El término de injusticia epistémica es acuñado por Miranda Fricker (2017) y lo describe como una injusticia cometida específicamente contra la capacidad de conocimiento o testimonio de una persona. De acuerdo con la autora, hay dos tipos de injusticia epistémica: la testimonial y la hermenéutica (García-Bullé, 2020).

En este apartado nos referiremos a la injusticia epistémica hermenéutica, que hace referencia a situaciones en las que las experiencias y conocimientos de una persona no son comprendidos o son mal interpretados, por una parte, debido a la falta de recursos cognitivos y lingüísticos disponibles en la sociedad para interpretar esas experiencias (Fricker, 2017), y por otra, a la arrogancia epistémica de los especialistas en salud mental. En este sentido, el nombrar a las personas con TLP dentro de un grupo de personas dramáticas, emocionales y erráticas anula la interpretación de las experiencias de las

personas, demeritando el sufrimiento, dolor o cualquier emoción que se considere “desproporcionada” dentro de parámetros de “normalidad” establecidos por grupos de especialistas.

a. La injusticia epistémica hermenéutica y sus implicaciones de género.

Uno de los casos que M. Fricker utiliza para señalar el problema de la injusticia epistémica de tipo hermenéutico es el de una mujer, Carmita Wood, de 44 años, trabajadora del departamento de Física de Cornell. Ella experimentó el acercamiento de uno de los académicos considerado como un hombre “ilustre”, pero que frente a Carmita no dejaba de presentar conductas inapropiadas, como zarandearse la entrepierna cada vez que ella pasaba frente a su escritorio. La confusión de Carmita era tal que no sabía qué hacer ni tampoco cómo nombrar lo que había vivido, hasta que, al hablar con unas alumnas que habían vivido experiencias parecidas, decidieron romper el silencio. Sin embargo, al principio no sabían cómo nombrar lo acontecido, hasta que encontraron las palabras correctas: “Acoso Sexual” (Fricker, 2017, p. 241-243).

Fricker retoma ese hecho, para señalar lo que sucede cuando las personas no tienen las palabras adecuadas para nombrar el tipo de injusticia que están viviendo. En relación con el relato de M., podemos encontrar un ejemplo de cómo la consultante no tuvo en su momento los *términos*

adecuados, ni las palabras para señalar lo que pasaba con el psiquiatra en cuestión; incluso ni siquiera concibió poder denunciar, porque había encarnado el estigma sobre su testimonio, anulando ella misma la posibilidad de la denuncia.

La situación que se da con M. y el hecho que plantea Fricker surgen en el marco de una relación asimétrica, Carmita en el ámbito laboral y M. en el ámbito de la psiquiatría. En ambas situaciones se presenta una figura de autoridad que ejerce el poder de manera abusiva. Sin embargo, las posibilidades de denuncia de ambas se encuentran limitadas por la falta de palabras que nombren lo que ha pasado en esos contextos. Al final, Carmita encuentra en otras mujeres las palabras para definir su experiencia, a diferencia de M., que no tuvo esa red de mujeres que le ayudaran a nombrar el abuso del psiquiatra con precisión. Ella misma dice en la primera parte del relato: “abusó sexualmente de mí” y en la segunda parte afirma “me manipuló y tuvimos sexo en tres ocasiones”, la confusión de M. no desacredita la situación de abuso y violación a los principios éticos del psiquiatra, sino que hace evidente la manera en la que el psiquiatra rompe con el esquema de lo que se espera de él, en tanto que es especialista.

La psiquiatría, a diferencia de otras especialidades médicas, carece de pruebas objetivas para los diagnósticos, especialmente en trastornos de la personalidad. Esta falta de certeza puede causar falsos positivos y problemas en el tratamiento. Esta subjetividad provoca disidencias entre psiquiatras; unos

apoyan los *“Brain Projects”* –desarrollados principalmente en Europa, Estados Unidos, Japón y otros países– que consideran los trastornos mentales como enfermedades del cerebro, mientras que otros critican estas afirmaciones (Rose, 2018).

De esta manera, cuando una persona busca ayuda psiquiátrica, se enfrenta a un campo con diversas formas de tratar y comprender los problemas mentales y los trastornos. Sin embargo, algunos especialistas omiten estas diferencias y se adhieren a concepciones reduccionistas, lo cual puede encubrir la falta de conocimiento acerca de la génesis de los trastornos psiquiátricos y contribuir a la arrogancia epistémica que genera abusos como el caso de M., que lleva a replantear los conceptos de “abuso sexual” y “consentimiento” dependiendo del contexto en que son dados.

En el caso del TLP se ha considerado al abuso sexual infantil como uno de los factores que predisponen a esa condición, el caso de M. no es la excepción. M. fue abusada sexualmente por su padre biológico a la edad de 5 años, por lo regular a esa edad las niñas no tienen conceptualmente los términos adecuados para nombrar la vivencia, cuando M. lo contó a su madre, esta no le creyó. En la vida adulta, al ser víctima de abuso por el psiquiatra, en M. se repite el trauma de la infancia, pero en esta ocasión decide guardar silencio por “miedo a que no le crean”. En ambas circunstancias, se observa el problema del consentimiento. Es claro que la niña de 5 años no puede dar el consentimiento a algo que no se

encuentra en su esquema cognitivo, y a diferencia de lo que se pudiera pensar, tampoco en M. adulta existe el esquema de la vivencia acontecida en el marco del consultorio. Si consideramos una situación contrafáctica –suponiendo que M. en una realidad alternativa denuncia al psiquiatra por abuso sexual– ¿el testimonio de M. tendría credibilidad? Es probable que no, atendiendo a que históricamente las mujeres son blancos de abuso y desacreditación testimonial, sobre todo en contextos de abuso sexual, no queda claro qué significa “dar consentimiento” o no. M. no le dice que “no” al psiquiatra, pero, ¿eso hace que haya abusado de su autoridad? ¿El silencio de M. se puede considerar un consentimiento explícito?

En *El Sentido de Consentir*, Clara Serra señala con precisión cómo el tema del consentimiento en la legislación se enmarcaba hasta mediados del siglo pasado en la defensa del honor masculino, así una mujer no tenía derecho a denunciar una violencia dentro del matrimonio, y si la violación se daba fuera de éste, habría que demostrarse la clara resistencia ante el acto, aunque eso llevara a que las mujeres pusieran en riesgo su vida “para defender el honor de los hombres” (2024, p. 15), ni siquiera el propio.

Sin embargo, a pesar de los logros en el ámbito legislativo, Serra nos invita a poner atención sobre las diferentes tensiones que existen en relación con el consentimiento, señalando a C. Mckinnon (Mackinnon, 1979, como se citó en Serra: 2024) que en su texto sobre el acoso sexual en el ámbito laboral se

pregunta, si realmente las mujeres tienen la capacidad de decir que no a sus jefes, puesto que tienen el poder sobre sus vidas, en tanto que una negativa podría generar la pérdida del empleo.

Bajo ese contexto y retomando el caso de M. podríamos plantear la misma pregunta que se hace Mckinnon en el contexto del ámbito psiquiátrico, ¿podría una paciente rechazar las insinuaciones sexuales de su psiquiatra cuando eso podría representarse en represalias que vulneren más aún su estado mental? El caso de M. muestra que no, por lo que en la situación contrafáctica que se ha planteado antes, es muy probable que, aunque la legislación haya cambiado en la actualidad, el psiquiatra en cuestión podría haberse defendido señalando el trastorno de personalidad de M. y su tendencia al *drama*, a la *exageración* e incluso actuación.

Es importante señalar que la injusticia hermenéutica y la arrogancia epistémica causan una desacreditación intrínseca en casos como el TLP, descontextualizando las conductas descritas en la Tabla 2. Esto refleja una falla en las nosologías psiquiátricas y muestra la necesidad de desarrollar modelos más complejos sobre la enfermedad mental que capturen la multiplicidad de fenómenos interconectados en el desarrollo del TLP. Además, se deben discutir más las razones por las cuales las mujeres son diagnosticadas mayormente bajo esta categoría, considerando que la prevalencia del TLP es del 75% en mujeres y preguntarse ¿por qué existe esa diferencia?

Como sucede en la mayoría de los trastornos mentales, en el TLP se presenta una multiplicidad de factores precipitantes, uno de los más señalados y estudiados ha sido *el trauma* durante el desarrollo psicológico infantil relacionado a experiencias de violencia, abuso sexual infantil (ASI), abandono, ambientes familiares disfuncionales, estilos de crianza poco eficientes y negligentes a nivel emocional (Pérez-Rivera et al., 2021). De esta manera, el TLP –tal como lo fue en su momento la histeria, un padecimiento mayoritariamente de mujeres– podría utilizarse para desestimar sus preocupaciones legítimas y justificar su marginación en la sociedad (Shaw y Proctor, 2005). Además de encubrir una serie de abusos y desventajas de las niñas y las mujeres a lo largo de su desarrollo.

Investigaciones recientes (González Marín et al., 2023; Martín Mosqueda, 2021) sugieren un enfoque menos biológico para el tratamiento del TLP, enfatizando la adaptabilidad y la flexibilidad. Este enfoque busca despatologizar el trastorno abordando sus causas fundamentales, en lugar de centrarse en las conductas de quienes han sufrido abusos desde la infancia. Shaw y Proctor (2005) indican que diagnósticos como el TLP distraen de las causas subyacentes del sufrimiento psicológico, patologizando las respuestas de las mujeres a la opresión y el abuso. Esto individualiza y medicaliza el dolor, ignorando su contexto social y cultural.

Ante este panorama, es fundamental que se reconozcan las injusticias hermenéuticas y la arrogancia episté-

mica de los especialistas en salud mental, para así poder situar el sufrimiento psicológico en su contexto social y evitar la patologización injusta de las experiencias femeninas. La comprensión del TLP debe ir más allá del individuo, reconociendo las dinámicas de poder que contribuyen al sufrimiento y buscar soluciones que aborden estas realidades en lugar de simplemente categorizar y tratar los síntomas.

b. La injusticia epistémica hermenéutica y sus implicaciones bioéticas

La injusticia hermenéutica surge de dos estrategias que no se excluyen necesariamente: “la estrategia de exclusión epistémica”, que puede ser desde física y semántica. La primera implica el acto de ignorar a alguien, no permitir que hable y la segunda está relacionada con la exclusión de la persona por utilizar términos técnicos que el interlocutor no conoce provocando confusión, y “la estrategia de expresión” en la que el estilo expresivo como el tono y volumen de su habla, su aspecto físico, la externalización de las emociones de una persona no se reconocen como confiables (Hookway, 2010, como se citó en Rizo-Méndez y Hernández Cornejo, 2023).

En ambos casos, ambas estrategias pueden ser reconocidas de manera relevante en las personas diagnosticadas con padecimientos mentales. Como se ha señalado, desde el mismo marco de referencia de los especialistas,

se refuerzan estereotipos y estigmas sobre la poca o nula confiabilidad que tiene su testimonio, sobre todo, en relación con la gestión de su bienestar o decisiones en la vida cotidiana. Esa desacreditación epistémica hacia las personas usuarias de los servicios de salud mental ha sido uno de los desaciertos de la psiquiatría en términos bioéticos.

De esta manera, uno de los desafíos que presenta la psiquiatría sería replantear y tratar de equilibrar lo que considera por el respeto a la *Autonomía* entendida como uno de los principales principios bioéticos que implica la libertad de que cada persona tome sus propias decisiones en concordancia de sus intereses, deseos y creencias (Ferro et al., 2009). En este caso debería implicar la libertad del consultante para decidir sobre el tipo de tratamiento o intervención que desea y necesita. Esto sugiere que el consultante tenga la posibilidad de decidir sobre su propio bienestar.

Asimismo, el respeto por la autonomía requiere que el personal médico cumpla con su deber de proporcionar toda la información clara y precisa sobre los procedimientos, tratamientos posibles, ventajas y desventajas del procedimiento elegido, de manera verbal y escrita a través del consentimiento informado que incluya toda la información médica necesaria sobre la intervención. El consentimiento informado debería contemplar las necesidades específicas del consultante dependiendo de su edad o cualquier otra condición e incorporar, particularmente, la perspecti-

va de género considerando que las mujeres, las personas LGBTTIQA+ y personas con discapacidad se encuentran en contextos de mayor vulnerabilidad (González Benítez et al., 2020).

Uno de los pocos casos en los que se ha intentado hacer valer la autonomía de los consultantes de psiquiatría, ha sido el Hospital Psiquiátrico Asgard en Oslo, Noruega. Particularmente, en el contexto del TLP, se ha buscado empoderar a las usuarias y hacer valer su agencia alejándose de modelos tradicionales que tienden a patologizar sus experiencias. El hospital implementó un modelo que hace énfasis en la recuperación y autonomía de las personas. En lugar de depender exclusivamente de tratamientos farmacológicos y enfoques clínicos convencionales, se ha promovido un ambiente en el que los usuarios son vistos como agentes activos en su propio proceso de recuperación. Lo que implica un cambio en el paradigma biológico de la psiquiatría hacia un modelo más humanista y enfocado en la persona, a pesar de las críticas y resistencia de la psiquiatría, hasta ahora sigue el proyecto (Whitaker, 2017).

En México, si bien existen algunos psiquiatras interesados en la desmedicación o reducción gradual del tratamiento psicofarmacológico (Jacinto, 2024), aún queda un largo camino por recorrer para subsanar los abusos a nivel bioético que constantemente se presentan en la psiquiatría a causa de la arrogancia epistémica que se da en la profesión.

En el ámbito psiquiátrico, la arrogancia epistémica se disfrazza por medio de la premisa “por razón necesaria”, tal como

se muestra en la investigación que se publicó en 2020 por la Organización No Gubernamental DOCUMENTA (González Benítez et al., 2020) que señala una serie de actos en contra de los derechos humanos de los pacientes y la necesidad de una revisión cuidadosa en términos de la legislación sobre la Salud Mental.

Uno de los aportes más significativos que ha tenido la investigación de DOCUMENTA, es que destaca en primer lugar que la salud mental no es algo aislado sólo de individuos desconectados de su contexto social, sino que, al ser parte de un país en donde los índices de violencia se proyectan en todas sus instituciones, provocan una serie de desventajas sociales y culturales, que pueden ser campo de cultivo para el desarrollo del malestar mental. Por ejemplo, en 2021 se estimó que aproximadamente 18.1 millones de personas padecían algún trastorno mental, lo que representa un incremento del 15.4% respecto a 2019 derivado de la pandemia (Medina-Mora et. al, 2023). El fenómeno de la pandemia es relevante en este sentido, puesto que su complejidad en términos de problemas sociales, económicos, demográficos, de acceso a servicios, de posibilidades económicas y de cuidado fue caldo de cultivo para el incremento de trastornos por ansiedad, depresión e incluso suicidios.

Ante ese incremento de los padecimientos mentales, DOCUMENTA se dio a la tarea de indagar de manera crítica tres aspectos fundamentales de atención a la salud mental en México: su marco normativo y organización, el presupuesto destinado y las prácticas en torno a la prestación de servicios.

A partir de una revisión documental que tomó como fuente las quejas registradas, recomendaciones emitidas e informes elaborados por los organismos públicos de derechos humanos, acompañada de una serie de entrevistas a expertos por experiencia (usuarios de los servicios de psiquiatría), encontraron desafortunados hallazgos relacionados con la violación de derechos humanos (González Benítez et al., 2020), que implican una serie de arrogancia e injusticia epistémica en sus diferentes dimensiones y, de manera paralela, una violación a los principios bioéticos. En su revisión de informes sobre violaciones a los derechos humanos, recopilaron 68 quejas emitidas por las Comisiones Estatales de Derechos Humanos de Baja California Sur, Chihuahua y Durango, particularmente hacia los hospitales psiquiátricos que se resumen en la Tabla 3.

Tabla 4

Principales hallazgos de la investigación ¿Por razón necesaria?

- a) 26 de 68 quejas reportadas fueron en contra del tratamiento psiquiátrico.
- b) 20 quejas señalan hechos de violencia en contra de la población usuaria.
- d) 12 reportes refieren a acciones que atentan en contra de la vida: muertes, intentos de suicidio, suicidios y escapes de los hospitales.
- e) 13 señalan la restricción de la autonomía.

f) 10 hablan sobre ausencia de apoyos y condiciones indignas de los lugares.

Fuente: Elaboración *Documenta* con datos de la CEDH de Baja California Sur, Chihuahua y Durango.

En tales informes, encontraron que el personal de algunos centros de atención de salud mental utilizaba la anotación "PRN" (por razón necesaria) para explicar por qué se habían aplicado medidas coercitivas como el aislamiento o sujetaciones mecánicas y medicaciones involuntarias.

Como se afirma en esa investigación, la premisa "por razón necesaria" lleva a que los hospitales psiquiátricos operen más como centros de custodia que realmente como alternativas terapéuticas y, además, favorecen la comisión de una serie de abusos que pueden constituir tortura y malos tratos (González Benítez et al., 2020).

Por otro lado, se señala que la capacidad jurídica suele confundirse con capacidad cognitiva o mental, esto genera que las personas consideradas con alguna discapacidad cognitiva o mental, se les impide tomar decisiones en relación con su salud. Paradójicamente, la legislación federal y estatal en México al no reconocer la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental, está diseñada para protegerlas. Esto supone, que todo el aparato jurídico en México posibilita que las personas usuarias de los servicios de salud mental vean

limitado su ejercicio de autonomía, al punto de que otras personas pueden privarlas de su libertad y obligarlas a seguir o tomar tratamientos que no desean, tal como se muestra en los siguientes relatos recuperados de los archivos que analizaron:

Me trajeron a la fuerza, yo no tengo por qué estar aquí, estoy como raptada. Mi familia no sabe que estoy aquí porque tenía libretas donde apuntaba los teléfonos y todo me lo quitaron los policías. No quiero estar en este lugar ya. (Mujer internada en el Centro de Asistencia e Integración Social, Ciudad de México)

Pues yo no sé [por qué está internada], a mi no más me trajeron. No me dijeron nada. Me trajeron con cadenas y con los ojos así con una venda. Me trajo un señor que ni siquiera lo vi. Yo estaba trabajando, era acomodadora de chocolates [...]. Me dijeron que me llevaban a dar una vuelta y que me traían de vuelta, pero ya no me regresaron. (Mujer internada en el Centro de Asistencia e Integración Social, Ciudad de México)

Un año después de la publicación de esta investigación, se publicó la reforma de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones (Ley General de Salud, 2022),

en la que se retoman las consideraciones que se hicieron en el marco de la investigación realizada por DOCUMENTA.

La reforma a la Ley General de Salud (2022) fue un paso necesario, pero insuficiente para cambiar la psiquiatría. Dos años después, es claro que también debemos revisar los modelos teóricos de enfermedad mental. Se sugiere explorar un modelo complejo que considere todas las dimensiones de los trastornos mentales y enfoque el bienestar mental desde una perspectiva más amplia. Esto evitaría estigmatizar a las personas diagnosticadas, como en el caso del TLP, que suelen ser vistas como dramáticas o erráticas sin considerar las condiciones detrás de sus reacciones.

CONCLUSIONES

Hasta aquí se puede identificar que el gran problema de la psiquiatría continúa siendo la pretensión de dar objetividad y linealidad a un fenómeno tan complejo como lo es la mente. Sus formas de operar basadas en manuales diagnósticos hacen que, más allá de poder ofrecer tratamientos efectivos para las personas, se refuercen ciertos estigmas que minimizan el sufrimiento y que llevan a que las personas usuarias terminen siendo víctimas también de un sistema epistémicamente arrogante. Un sistema que decide ignorar de manera activa las críticas que, a lo largo de los años, se han hecho sobre la forma de ejercer la psiquiatría.

El caso del TLP es un ejemplo que nos permite señalar esa visión sesgada que existe en el ejercicio psiquiátrico a nivel de género y bioético. Por ese motivo, existe una imperante necesidad de revisar con mayor cuidado los diferentes marcos explicativos de lo que significa salud mental, bienestar o trastorno mental.

En futuros trabajos se seguirá indagando en que, si bien una Nueva Reforma en Salud Mental y Adicciones era necesaria, quizás no sea suficiente para la comprensión, manejo y cuidado de las personas que lo requieren. Se necesita un verdadero cambio de paradigma a nivel teórico y metodológico que integre una dimensión compleja de lo que representan la salud mental de las personas, recuperando su contexto, sus diferentes realidades en torno a la cultura, al ambiente, al género, al cuidado entre diversos aspectos que se entrelazan y que impiden el desarrollo saludable de los individuos y de las mujeres en particular.

BIBLIOGRAFÍA

- ADÁN MANES, J. (2016). Sobre el Juicio Psiquiátrico y su pretensión de verdad: una mirada crítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36(130), 463-478. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352016000200010
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1^a ed.). American Psychiatric Publishing.

- ASOCIACIÓN ESTADOUNIDENSE DE PSIQUIATRÍA (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- AUSTIN, J. L. (1962). *Cómo hacer cosas con palabras*. Paidós.
- 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>
- CAPURRO N, D. Y RADA G, G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista médica de Chile*, 135(4), 534-538. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000400018>
- DAHLENBURG, S. C., BARTSCH, D. R. GILSON, K. J. (2024). Global prevalence of borderline personality disorder and self-reported symptoms of adults in prison: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Law and Psychiatry*, 97. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2024.102032>.
- ERAÑA, Á. (2023). Los perjuicios de la arrogancia. *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*. <https://revistas.um.es/daimon/libraryFiles/downloadPublic/14891>
- FEITOSA SOARES, L. H., MARTINS SILVA, A., BALLIARI, E., PERROTE, J., LADEIRA CARACUEL, F., J., VENTRIGLIO, A., TORALES, J. Y CASTALDELLI-MAIA, J. M. (2023). Prevalencia mundial del trastorno límite de la personalidad: una revisión bibliográfica sistemática y análisis de meta-regresión. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 22(3), 7-16.
- FERRO, M., MOLINA RODRÍGUEZ, L. Y RODRÍGUEZ G. W. A. (2009). La bioética y sus principios. *Acta Odontológica*

- Venezolana*, 47(2), 481-487. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029&lng=es&tlang=es.
- FRANCES, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Editorial Ariel.
- FRICKER, M. (2017). *Injusticia epistémica. El poder y la ética del conocimiento*. Herder.
- GARCÍA-BULLÉ, S. (20 de febrero de 2020). Opinión: injusticia epistémica en la academia. Instituto para el futuro de la Educación. *Observatorio del Instituto para el Futuro de la Educación*. <https://observatorio.tec.mx/edu-news/injusticia-epistemica/>
- GOFFMAN, E. (2015). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu.
- GONZÁLEZ, A. (5 de septiembre de 2018). Mexicanos al límite. *Ciencia mx Noticias*. <https://www.cienciamx.com/index.php/ciencia/humanidades/23174-mexicanos-al-limite%20Recuperado%20en%20Septiembre%202019>
- GONZÁLEZ BENÍTEZ, N., SALVADOR FERRER, A. M. Y SHEINBAUM LERNER, D. (2020). *¿Por razón necesaria? Violaciones a derechos humanos en los servicios de atención a la salud mental en México*. Documenta. <https://www.documenta.org.mx/wp-content/uploads/2020/11/%C2%BFPorrazo%CC%81nnecesaria.pdf>
- GONZÁLEZ MARÍN, E. M., MONTOYA OTÁLVARO, J. A., CADAVÍD, BUITRAGO, M. A., GAVIRIA GÓMEZ, A. M., VILELLA, E. Y GUTIÉRREZ-ZOTES, A. (2023). Trastorno límite de la personalidad (TLP), experiencias adversas tempranas y sesgos cognitivos: una revisión sistemática. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*, 5(1), 273-293. <https://doi.org/10.46634/riics.174>

- HERNÁNDEZ RAMÍREZ, E. J. (2022). *Enfermedad mental y sociedad: la construcción social de la noción de enfermedad mental en redes sociales en la era digital* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Athenea Digital FFyL. https://ru.atheneadigital.filos.unam.mx/jspui/handle/FFYL_UNAM/6432
- JACINTO, F. (14 de marzo de 2024). Guía para la reducción gradual del tratamiento psicofarmacológico. *Gaceta; Facultad de Medicina; Universidad Nacional Autónoma de México*.
- JUTEL, A. (2009). Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociology of Health & Illness*, 31(2), 278-299. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x>
- LEY GENERAL DE SALUD [L.G.S.], Reformada, Diario Oficial de la Federación [D.O.F.], 16 de mayo de 2022, (México). https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref131_16may22.pdf
- MARTÍN MOSQUEDA, C. A. (2021). Síntesis teórica y metodológica de la terapia dialéctica conductual. *SALME Revista del Instituto Jalisciense de Salud Mental*, 16.
- MEDINA-MORA, M. E., OROZCO, R., RAFFUL, C., CORDERO, M., BISHAI, J., FERRARI, A., SANTOMAURO, D., BENJET, C., BORGES, G. Y MANTILLA-HERRERA, A. M. (2023). Los trastornos mentales en México 1990-2021. Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021. *Gaceta Médica de México*, 159(6), 527-538. <https://doi.org/10.24875/gmm.23000376>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2022). *Clasificación internacional de enfermedades, 11^a revisión (CIE-11)*. Organización Mundial de la Salud.

- PÉREZ-RIVERA, J. L., PIMENTEL-GARCÍA, A. C., HERNÁNDEZ-DÍAZ, L. C., MARTÍNEZ-ARCE, M. S., GUZMÁN-DÍAZ, G. y CISNEROS-HERRERA, J. (2021). Trastorno límite de la personalidad y abuso sexual infantil. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 8(15), 37-40. <https://doi.org/10.29057/esat.v8i15.6674>
- PÉREZ SOTO, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. LOM Ediciones.
- RÍOS-VALDEZ, C., LEMUS-CALVA, S. I., BECERRA-GÁLVEZ, A. L. (2023). Evaluación inicial y psicoeducación en adolescente con trastorno límite de la personalidad: Caso clínico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 26(3). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/ article/view/86630>
- RIZO-MÉNDEZ, A. y HERNÁNDEZ CORNEJO, N. (2023). Vulnerabilidad en personas con padecimientos mentales: ¿desventaja biológica, o injusticia epistémica? *En-claves del Pensamiento*, (33), 1-16. <https://doi.org/10.46530/ecdip.v0i33.601>
- ROSE, N. (2018). *Our Psychiatric Future*. Polity.
- SECRETARÍA DE SALUD (9 de julio de 2018). *Alrededor de 1.5 % de la población padece trastorno límite de la personalidad* [Comunicado de prensa]. <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad?idiom=es-MX>
- SERRA, C. (2024). *El sentido de consentir*. Nuevos Cuadernos Anagrama.
- SHAW, C. y PROCTOR, G. (2005). 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>

SORENSEN, R. (2022). *Vagueness*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. <https://plato.stanford.edu/archives/win2023/entries/vagueness/>

WHITAKER, R. (25 de marzo de 2017). The Door to a Revolution in Psychiatry Cracks Open. A MIA report: Norway's Health Orders Medication-Free Treatment. *Mad in America. Science, Psychiatry and social Justice*. <https://www.madinamerica.com/2017/03/the-door-to-a-revolution-in-psychiatry-cracks-open/>