

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Grado en Filosofía

Sevilla, julio de 2023



**Injusticias Epistémicas en el contexto del
Trastorno Límite de la Personalidad**

Trabajo de Fin de Grado

Autor: Mayo Pinto Candenás

Tutora: Carla Carmona Escalera

Índice

Índice de abreviaturas	5
Introducción	6
1. El Trastorno Límite de la Personalidad	9
1.1. Breve historia del concepto	9
1.1.1. Datos epidemiológicos	10
1.1.2. Etiología	13
1.1.3. Diagnóstico y sintomatología	15
1.2.4. Tratamientos	17
1.2. Problemas y controversias	18
1.2.1. Problemas nosológicos	19
1.2.2. El estigma del TLP	19
1.2.3. Diferencias de género en el TLP	23
2. Injusticias epistémicas, enfermedades psiquiátricas y TLP	25
2.1. Injusticia epistémica en la obra de Miranda Fricker	25
2.1.1. Injusticia testimonial	27
2.1.2. Injusticia hermenéutica	32
2.1.3. Conexiones entre la injusticia testimonial y la injusticia hermenéutica	35
2.1.4. Los daños de la injusticia epistémica	37
2.2. Otros conceptos y perspectivas acerca de la injusticia epistémica	40
2.2.1. Silenciamientos	42
2.2.2. Autoproclamado portavoz	43
2.2.3. Ignorancia hermenéutica deliberada e injusticia contributiva	44
2.2.4. Injusticia explicativa	46
2.2.5. Injusticia epistémica pathocéntrica	47
3. Los efectos de la injusticia epistémica en el caso del TLP	49
3.1. La gravedad de la injusticia epistémica en el caso del TLP a la luz de la teoría de la mentalización y la confianza epistémica	49
3.1.1. La injusticia testimonial	50
3.1.2. La injusticia hermenéutica	52

3.2. Los daños a la confianza epistémica y su vínculo con la psicopatología: consecuencias para el concepto de injusticia epistémica	54
Conclusión	56
Bibliografía	58

Resumen

En los últimos años, se ha destacado que aquellos con un diagnóstico psiquiátrico son especialmente vulnerables a sufrir injusticia epistémica (IE). Este trabajo analiza el caso específico del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) desde algunas de las teorías más recientes sobre su etiología y naturaleza, que lo vinculan a problemas relacionados con la mentalización y la confianza epistémica. Sugeriremos que las personas diagnosticadas con TLP son particularmente susceptibles a sufrir IEs por el estigma asociado a su diagnóstico, y que los efectos de estas podrían dañarlos de formas especialmente intensas. Defenderemos que las herramientas conceptuales proporcionadas por los estudios de IE pueden arrojar luz sobre el origen de ciertas dificultades presentes en el tratamiento de esta patología.

Palabras clave: injusticia epistémica, trastorno límite de la personalidad, mentalización, confianza epistémica, psiquiatría.

Abstract

In recent years, attention has been drawn to the fact that individuals with a psychiatric diagnosis are particularly vulnerable to experiencing epistemic injustice (EI). This dissertation examines the case of Borderline Personality Disorder (BPD) through some of the most recent theories regarding its etiology and nature, which link it to issues related to mentalization and epistemic trust. We will suggest that individuals diagnosed with BPD are particularly susceptible to experiencing EIs due to the stigma associated with their diagnosis and that the effects of this injustice could harm them in especially intense ways. We will argue that the conceptual tools provided by EI studies can shed light on the origins of certain difficulties encountered in the treatment of this disorder.

Keywords: epistemic injustice, borderline personality disorder, mentalization, epistemic trust, psychiatry.

Índice de abreviaturas

AP: Autoproclamado Portavoz.

APA: *American Psychiatric Association*.

AT: Asfixia Testimonial.

CE: Confianza Epistémica.

CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades.

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.

IC: Injusticia Contributiva.

IE: Injusticia Epistémica.

IEP: Injusticia Epistémica Pathocéntrica.

IH: Injusticia Hermenéutica.

IT: Injusticia Testimonial.

NICE: *National Institute for Health and Care Excellence*.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

TBM: Terapia Basada en la Mentalización.

TIEP: Trastorno de la Inestabilidad Emocional de la Personalidad.

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad.

TP: Trastorno de la Personalidad.

VT: Vacío Testimonial.

Introducción

En los últimos años ha habido una auténtica eclosión de los trabajos dedicados a profundizar en el concepto de injusticia epistémica (IE), definido por primera vez por Miranda Fricker en 2007. Las investigaciones que aplican este marco teórico al análisis de ciertas controversias del ámbito de la psiquiatría han sido especialmente fecundas (Kidd, Spencer y Carel 2022). Este texto pretende ser una aportación a esa área de estudio, concretamente, al análisis de la relación entre las IEs y el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

En este sentido, cabe destacar la existencia de artículos académicos previos que abordan esta cuestión (Sagan 2020; Kyratsous y Sanati 2017; Sagan 2020). Además, también hemos podido encontrar artículos de prensa, de medios *web* (Jay Watts 2017; 2018; Co-Production Collective 2023) y conferencias (Oredsson 2021). Por otro lado, en una revisión sistemática de la literatura sobre IEs en el ámbito de la psiquiatría, se menciona expresamente el ejemplo del TLP como un caso de especial relevancia (Kidd, Spencer y Carel 2022, 19). Todo esto nos permite afirmar que el interés por las conexiones entre esta patología y la IE es alto y va en aumento, aunque todavía existan pocas investigaciones específicas sobre ello.

A lo largo de este trabajo trataremos de defender dos ideas principales:

- I. Que las personas diagnosticadas con TLP son especialmente vulnerables a sufrir IEs.
- II. Que dichas injusticias presentan efectos particularmente nocivos para este grupo, y que ayudan a comprender mejor algunos de los problemas asociados tradicionalmente a su tratamiento.

Para ello, dividiremos el texto en tres capítulos principales, acompañados por una conclusión:

En el *capítulo 1*, “El Trastorno Límite de la Personalidad”, presentaremos de manera general las características fundamentales de este trastorno, las controversias que lo rodean, y las principales teorías actuales acerca de su naturaleza y etiología.

En el *capítulo 2*, “Injusticias epistémicas, enfermedades psiquiátricas y TLP”, resumiremos las ideas centrales del modelo de IE original de Fricker. Después añadiremos revisiones y conceptos posteriores que podrían ser relevantes para explorar los mecanismos de

acción de la IE en el campo de la psiquiatría en general, y del TLP en particular. Este capítulo se centrará especialmente en justificar la primera de las ideas que orientan este trabajo.

A la exploración de la segunda idea está dedicado el *capítulo 3*, “Los efectos de la injusticia epistémica en el caso del TLP”. En él trataremos de justificar que dichas injusticias resultan especialmente dañinas para estos pacientes, así como de mostrar que el estudio de las IEs en el contexto del TLP podría resultar de interés no sólo para entender mejor ciertos problemas vinculados a esta patología, sino también para explorar otras ramificaciones del daño causado por la IE en general.

Antes de concluir esta introducción, querría añadir algunas palabras acerca de mi experiencia personal, que ha estado ausente, pero implícita, a lo largo de todo el texto. Este trabajo ha sido un intento, *mi propio intento*, de hacer inteligible una experiencia que cambió mi vida para siempre y ha estado motivado por mi deseo de reivindicar un lugar para la voz de los que, por un motivo u otro, fuimos clasificados como pacientes *borderline* o pacientes psiquiátricos en general.

Susanna Kaysen, a cuyas palabras y reflexiones debo la inspiración para este escrito, relata en sus memorias dos visitas al museo Frick, y la fuerte impresión que le causó, en la primera de ellas, la pintura de Vermeer *La lección de música interrumpida*. En ese momento tenía diecisiete años, su profesor de inglés abusaba de ella y estaba a punto de ser internada en un hospital psiquiátrico durante dos años. El libro concluye de nuevo con Kaysen frente al cuadro, dieciséis años después. Esto es lo que escribe:

Ella había cambiado mucho en los últimos dieciséis años. Ya no parecía ansiosa. De hecho, estaba triste. Era una chica joven y distraída, y su maestro la estaba presionando para que volviera a prestar atención. Pero ella miraba hacia fuera; estaba buscando a alguien que *la viera*.

Esta vez leí el título de la pintura: *La lección de música interrumpida*.

Interrumpida durante su música. Como había sido interrumpida mi vida, interrumpida en la «música» de mis diecisiete años. Como había sido interrumpida su vida, robada y apuntalada en un lienzo. Un solo instante forzado a detenerse y a permanecer inmóvil sobre todos los demás, cualesquiera que fueran o pudieran haber sido. ¿Qué vida puede recuperarse de eso?

Ahora tenía algo que decirle: «*te veo*¹.» (Kaysen 1994, 139).

¹ La traducción y las cursivas son mías.

Wirth-Cauchon interpreta este pasaje como una metáfora del estigma que puede llegar a suponer un diagnóstico psiquiátrico, de su poder para colorear y dar forma a toda una vida, para constituir y modificar para siempre la identidad de quien lo recibe (Wirth-Cauchon 2011, 150). De algún modo, este texto ha sido mi manera particular de decirme, a mí y a los que continuamos inmersos en la duda y transitando entre este mundo y el “universo paralelo”, ese donde las leyes de la física quedan suspendidas y el tiempo corre en círculos, donde las moléculas fluyen y las mesas son relojes y caras (Kaysen 1994, 14 y 15): *te veo*. Os veo.

1. El Trastorno Límite de la Personalidad

1.1. Breve historia del concepto

La historia del concepto *borderline* o límite es larga y compleja. Fernández-Guerrero ha dedicado varios de sus trabajos a analizar su evolución histórica, realizando una excelente labor de compilación de todas las denominaciones que ha recibido hasta ahora (Fernández-Guerrero 2006; 2007a, 227–234). Aunque tras la inclusión de la categoría en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM) parece que se ha llegado a una etapa de consenso, la decisión de conservar el término “límite” para nombrarla no parece haber sido la más idónea, ya que ha contribuido a preservar parte de su oscuridad e inespecificidad. Para Fernández-Guerrero, estamos ante el trastorno “que más confusión terminológica y conceptual ha suscitado” a lo largo de la historia (Fernández-Guerrero 2017, 400).

La autora señala que las primeras observaciones que hacen referencia a lo que hoy denominamos TLP provienen de finales del siglo XIX, cuando varios psiquiatras comenzaron a reflexionar sobre un tipo de pacientes que oscilaban entre la locura y la cordura (Fernández-Guerrero 2007a, 75). Entonces comenzó a fraguarse la idea de esta patología como un territorio o frontera, una “tierra de nadie” para los cuadros clínicos que no podían adjudicarse a ningún “propietario definido” (Fernández-Guerrero 2007a, 76; 2007b, 3). El concepto *borderline* como tal, apareció por primera vez en el ámbito del psicoanálisis, de mano de Stern (1938), en un intento por ubicar a las personas que no cumplían con las características de las dos estructuras psíquicas reconocidas entonces, la neurótica y la psicótica, sino que parecían situarse en el “límite” entre ambas (Fernández-Guerrero 2017, 401). Los criterios diagnósticos del TLP se fueron perfilando a través de los debates entre los terapeutas para dar cuenta de ese desajuste teórico. Esto abrió la puerta a la realización de los primeros estudios empíricos, indispensables para su inclusión en el DSM-III en 1979, de mano de la *American Psychiatric Association* (APA) (Fernández-Guerrero 2007a, 173 y 174).

En la actualidad persiste la confusión relativa al cuadro (Fernández-Guerrero 2007a, 178). El apelativo “límite”, fruto de su concepción histórica como frontera indeterminada entre la neurosis y la psicosis, se ha mantenido intacto desde 1938, pese a que constantemente se haga referencia a lo desafortunado y poco preciso del mismo (Fernández-Guerrero 2017, 409). Esto contribuye a perpetuar algunos de los problemas que rodean a esta enfermedad,

especialmente en lo relativo a su estigma y a su mala comprensión por parte de los profesionales, que impactan directamente en el tratamiento que brindan a los pacientes.

1.2. Características del grupo humano

Como hemos indicado, éste cuadro clínico ha recibido numerosas definiciones a lo largo de su historia. En lo que resta de trabajo, nos referiremos a él como TLP, tal y como aparece en el DSM-V (APA 2014). Nuestra decisión se basa en que es el término más usado en las publicaciones académicas de nuestro país, como evidencia su aparición en las guías de práctica clínica (p. ej. Servicio Andaluz de Salud 2012), en las principales asociaciones de pacientes y familiares a nivel nacional como AMAI-TLP, o en las publicaciones oficiales del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

En este apartado trataremos de dar cuenta de las características principales que definen a este grupo humano, aunque cabe aclarar que el estudio epidemiológico del TLP resulta complejo por multitud de factores. Además, existe una gran desproporción entre la investigación realizada en países occidentales, predominantemente EE.UU, y la de otras zonas del mundo. En este sentido, es difícil estimar la incidencia *real* del trastorno, e incluso afirmar tajantemente que se trate de un fenómeno universal. Pese a todo, diversos estudios respaldan la presencia de la entidad internacionalmente, así como la validez de la categoría diagnóstica, si bien advierten que su definición no considera suficientemente el rol del contexto cultural en su desarrollo y presentación sintomática (Loranger et al. 1994; Loranger, Janka y Sartorius 1997). Por todas estas razones, es conveniente tomar con precaución los siguientes datos.

1.1.1. Datos epidemiológicos

Se estima que la prevalencia del TLP en la población general podría estar ligeramente por debajo del 1% (Gunderson et al. 2018), aunque la *American Psychiatric Association* (APA) lo ubica entre el 1,6% y el 5,9%. Además, constituye hasta un 6% de los pacientes atendidos en atención primaria, un 10% de los individuos que acuden a centros de salud mental, y hasta un 20% de entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados (APA, 2014). Unos de los principales motivos de consulta son las conductas autolesivas y los intentos de suicidio: entre el 60% y el 70% de las personas afectadas intentan suicidarse en algún momento de su vida, y

aproximadamente el 10% lo consigue (*The National Institute for Health and Care Excellence* [NICE] 2009).

Existen pocos datos que permitan definir nítidamente el perfil sociodemográfico de las personas con TLP, pero se asocia a personas jóvenes de clase económica baja y de entornos urbanos (de Genna y Feske 2013). Por otro lado, el curso de la enfermedad puede terminar produciendo un deterioro funcional significativo y elevados índices de discapacidad (NICE 2009), lo que puede tener un fuerte impacto en el estatus socioeconómico de las personas afectadas y desembocar en el aislamiento y la exclusión social (Liebke et al., 2017).

La mayoría de pacientes tiene una edad comprendida entre los 19 y los 34 años (Swartz, Blazer, George y Winfield, 1990) y la prevalencia suele disminuir en los grupos de mayor edad. Muchos logran una relativa estabilidad e incluso la remisión de los síntomas entre los 30 y los 40 años (APA 2014). Aunque el diagnóstico en niños y adolescentes continúa siendo controvertido, existe evidencia favorable acerca del uso de esta categoría para este grupo de edad (Chanen, Jackson, McGorry, Allot, Clarkson y Yuen 2004). Por el contrario, parece ser bastante inusual en adultos mayores de 60 años (Ames y Molinari 1994).

Diversos estudios indican que aproximadamente la mitad de las personas dejan de cumplir con muchos de los criterios diagnósticos unos 10 años después de haber iniciado un tratamiento (Skodol et al. 2005; Zanarini, Frankenburg, Reich y Fitzmaurice 2012). Esto contradice la supuesta estabilidad e inflexibilidad que le atribuye su clasificación como Trastorno de la Personalidad (TP) en el DSM-V (APA 2014, 647), pese a que el mismo manual reconoce su remisión progresiva (APA 2014, 665).

De entre las personas diagnosticadas, el 75% son mujeres (APA 2014), aunque los últimos estudios cuestionan estas cifras (Bjorklund 2006; NICE 2009; Leichsenring et al. 2011). Pese a todo, la imagen del TLP está casi exclusivamente asociada a la mujer, hasta el punto de que algunos autores hablan de una “nueva histeria” (Bollas 2000; Wirth-Cauchon 2001), punto sobre el que nos extenderemos en el apartado 2.3, ya que el análisis del cuadro desde una perspectiva de género merece tratamiento aparte.

Respecto a las diferencias étnicas y culturales, los datos vuelven a ser escasos y, en muchas ocasiones, discordantes. Aunque los estudios existentes no muestran diferencias sistemáticas, sí se han identificado algunas variaciones culturales en rasgos específicos del cuadro (Ellison, Rosenstein, Morgan y Zimmerman 2018). Esto ha llevado a que algunos autores defiendan que existen factores culturales protectores o promotores de ciertos síntomas (Paris y Lis 2013; Fonagy y Luyten 2016; Fonagy, Luyten, Allison y Campbell 2017a, 2017b), o a que la comprensión y la definición de los TP está culturalmente sesgada (Loranger, Janca

y Sartorius 1997). En lo tocante a las diferencias raciales, los estudios disponibles no aportan datos concluyentes, y en cualquier caso serían difíciles de extrapolar fuera de EE.UU. Algunos investigadores advierten del riesgo de que los TP sean pasados por alto entre las minorías étnicas y/o raciales por diversos motivos, como las barreras lingüísticas entre clínicos y pacientes o el racismo estructural, que podría desalentar a muchas personas a buscar tratamiento (Becker, Asadi, Zimmerman, Morgan y Rodríguez-Seijas 2022, 15–18).

La prevalencia en el colectivo LGTBQI+ parece especialmente alta (Rodríguez-Seijas, Morgan y Zimmerman 2021) y existe evidencia de que es más probable que los médicos diagnostiquen TLP cuando el estatus de pertenencia al colectivo sale a la luz durante la entrevista clínica, independientemente de los síntomas (Eubanks-Carter y Goldfried 2006; Rodríguez-Seijas, Morgan y Zimmerman 2021). Con respecto a la población trans binaria y no binaria, los datos son escasos, pero el DSM-III utilizó la “incertidumbre acerca de la identidad de género” como ejemplo de la “alteración de la identidad” propia de los pacientes con TLP, por lo que parte de la literatura de la época vinculó las experiencias trans a un posible subtipo de éste (Goldhammer, Crall y Keuroghlian 2019, 318).

Como vemos, la prevalencia del TLP entre grupos sociales discriminados es especialmente elevada. El modelo de estrés de minorías explica la relación directa entre pertenecer a uno de estos grupos sociales y sufrir problemas de salud (Meyer 2003, 2007), lo que podría llevar a cuestionar la idoneidad de aplicar la categoría a individuos de estos colectivos. Desde este modelo, muchos comportamientos considerados indicativos de la patología de los TP son descritos como parte de una reacción *esperable* a experiencias reiteradas de injusticia y discriminación. Esta interpretación podría habilitar vías más eficaces de tratamiento y acompañamiento (Rodríguez-Seijas, Morgan y Zimmerman 2021, 734 y 735). También podría contribuir al conocimiento etiológico de ciertas patologías, aclarando la relación entre los trastornos psiquiátricos y la opresión (Goldhammer, Crall y Keuroghlian 2019, 319).

En este sentido, algunas de las teorías más recientes sobre el origen y la naturaleza del TLP, particularmente la que están desarrollando psicólogos como Fonagy, Bateman, Campbell, Allison o Luyten entre otros, cuestionan la conceptualización tradicional del cuadro como un problema *de la personalidad* de los pacientes, y plantean que podría tratarse más bien de un mecanismo *adaptativo* y de supervivencia ante situaciones de estrés y peligro, potenciadas por vulnerabilidades genéticas y temperamentales (Fonagy, Luyten, Allison y Campbell 2017a, 2017b; Fonagy, Campbell y Luyten 2022). Ahondaremos en ello en el siguiente punto.

1.1.2. Etiología

Respecto a las posibles causas del TLP, todavía no han conseguido determinarse de manera concluyente. No obstante, no parece probable que exista una causa *única* del mismo, por lo que la tendencia actual es adoptar modelos explicativos multifactoriales con perspectiva biopsicosocial (NICE 2009).

A nivel biológico, algunos estudios apuntan a la heredabilidad de rasgos relacionados con la impulsividad y la inestabilidad emocional, la existencia de alteraciones en el comportamiento de algunos neurotransmisores o la activación anómala de las zonas del cerebro relacionadas con la regulación afectiva y el autocontrol (NICE 2009, 21–23). Cada vez hay mayor evidencia de que existen determinantes genéticos que afectan a la susceptibilidad de desarrollar TLP (Gunderson et al. 2018), aunque estos factores no son suficientes por sí solos para dar cuenta de su aparición. En lo relativo a los factores socioculturales, tampoco consiguen explicar totalmente la patología, si bien algunos autores sugieren que estilos de vida y contextos culturales concretos podrían promover o proteger del desarrollo del TLP (Fernández-Guerrero 2007, 222). Respecto a los factores psicosociales, las experiencias de abuso, maltrato o algún tipo de vivencia traumática durante la infancia y adolescencia son extremadamente frecuentes, al menos en una submuestra de pacientes, con estudios que estiman que podrían constituir un 84% de los casos (Zanarini 2000). Las experiencias adversas tempranas que podrían desembocar en un “trauma complejo²” incluyen una amplia gama de situaciones diferentes, desde el abuso sexual y/o físico a la migración, la convivencia con familiares con trastornos de adicción u otras psicopatologías, la negligencia emocional de parte de los cuidadores, recibir una educación excesivamente rígida y controladora, la invalidación reiterada de las propias emociones y opiniones, el *bullying*, etc. (NICE 2009, 23 y 24; Fonagy, Campbell y Luyten 2023). Aunque la tradición ha tendido a reducir el origen del trauma a las relaciones entre padres e hijos, la perspectiva actual recoge la influencia del contexto social en general (Stepp, Lazarus, y Byrd 2016; Luyten, Campbell y Fonagy 2021; Fonagy, Campbell y Luyten 2023).

En este sentido, la Teoría del Apego, que ha sido fundamental para el estudio de la etiología del TLP, está evolucionando hacia un enfoque que extiende sus horizontes más allá del núcleo familiar. Esta versión más actualizada de la teoría, haciendo uso de herramientas de la ciencia cognitiva y de la psicología evolutiva, pero también de la filosofía de la mente y de

² Con esta denominación se alude a la experiencia de episodios traumáticos repetitivos y prolongados en el tiempo, especialmente durante la infancia y adolescencia.

la filosofía del lenguaje³, ha reconceptualizado el apego como una estrategia de adaptación al entorno basada en el aprendizaje sociocomunicativo, que tiene lugar en un contexto social amplio y no únicamente en el entorno de crianza más inmediato (Luyten, Campbell y Fonagy 2021).

La hipótesis sobre la etiología y la naturaleza del TLP centrada en la mentalización⁴ resulta especialmente relevante para este trabajo. Para los autores que trabajan en esta teoría, la consecuencia más grave del trauma complejo, sea cual sea su origen u orígenes, es la disrupción de la capacidad humana, evolutivamente preestablecida, para la mentalización y el aprendizaje social y, por tanto, para la salutogénesis⁵. Lo más interesante desde el punto de vista de sus implicaciones para la literatura sobre IEs, es que esa disrupción es descrita como un efecto del daño que causa el trauma a la *confianza epistémica*⁶ (CE) de la persona afectada. Este daño podría llevar al individuo a cerrarse herméticamente y a apartarse por completo del mundo social, en un intento por protegerse de futuras adversidades.

Si las relaciones interpersonales son fundamentales para instruirse en la mentalización y si ésta es, a su vez, crucial para la estabilización de la mente⁷, su disrupción continuada podría ser tan grave como para adoptar la forma de una psicopatología. De hecho, esta es la conclusión principal de estos investigadores, para los que el TLP debería ser reformulado como un “trastorno de la mentalización, la cognición social y la pérdida de resiliencia⁸”, *resultante de*

³ Especialmente de los trabajos de Deirdre Wilson y Dan Sperber y de su Teoría de la Relevancia. Para un estudio en profundidad, consultar Sperber, D. y Wilson, D. (1995). *Relevance: Communication and cognition*. Malden, MA: Blackwell.

⁴ La mentalización sería la habilidad para comprender y atribuir intencionalidad, sentimientos, motivaciones, creencias y otros estados mentales a uno mismo y a los demás. Esto la convierte en una habilidad central para las interacciones sociales, la regulación emocional, la capacidad para comprender y dar sentido a la experiencia interna y para concebirse a uno mismo como *agente*. Determinadas experiencias sociales adversas podrían dificultar, obstruir e incluso impedir el desarrollo de la mentalización, que requiere que el individuo tenga la experiencia de ser cuidado, *comprendido* y *reconocido* por otro/s sujeto/s (Fonagy, Campbell y Luyten 2023).

⁵ La capacidad de beneficiarse de los aportes positivos del entorno social (Luyten et al. 2022, 2).

⁶ El concepto de CE, tal y como se aplica en este ámbito, alude a la disposición del individuo a *confiar* y a aprender del entorno social y de la comunicación con otros miembros de su comunidad, manteniendo un nivel de vigilancia epistémica razonable, flexible y *sensible* a las circunstancias (Fonagy, Luyten y Allison 2015; Masland, Schnell y Shah 2020; Liotti et al. 2023).

⁷ Aquí, la mentalización y la CE desempeñan un rol similar al de la “conversación fiable” en el estado de naturaleza epistémico de Bernard Williams (1972), al que Fricker recurre para dar cuenta de los daños de la IE (Fricker 2017, 52–57). En el caso que nos ocupa, parece como si el sujeto estuviese privado de la posibilidad de establecer una “conversación fiable” por su incapacidad para mentalizar y confiar en su interlocutor. Según Luyten, Campbell y Fonagy, esta incapacidad no es una característica *intrínseca* de su personalidad, sino el resultado, *socialmente detonado*, de haber sufrido experiencias reiteradas de invalidación, rechazo, y falta de comprensión y reconocimiento por parte del entorno (Luyten, Campbell y Fonagy 2019). Estas experiencias podrían incluso ser clasificadas como IEs en algunos casos.

⁸ La resiliencia consistiría en la capacidad para hacer frente a una experiencia potencialmente traumática, manteniendo un funcionamiento psicológico y emocional estable pese a la adversidad. A nivel empírico, se han identificado algunos factores que pueden promover la resiliencia, de manera preeminente el acceso a una base sólida y segura de apoyo social. Así, la capacidad de resiliencia estaría íntimamente vinculada a las de la mentalización y CE (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt y Target 1994; Fonagy, Campbell y Luyten 2023).

la ruptura de la CE y de la consecuente incapacidad para la salutogénesis (Fonagy, Luyten y Allison 2015). En este aspecto, su tratamiento debería consistir en la creación de las condiciones adecuadas para la restauración de dicha confianza, lo que requiere forzosamente que el terapeuta *tenga en mente la perspectiva* del receptor (Fonagy, Luyten y Allison 2015, 599). El modelo clínico avanzado por los autores buscaría generar un sentido de colaboración genuina a través de la relación terapéutica que, a su vez, conduciría al aumento de la CE del paciente. Este aumento sería el que le permitiría abrirse progresivamente al aprendizaje social y, con ello, al desarrollo o restablecimiento de relaciones basadas en la confianza y el reconocimiento. De hecho, su verdadera recuperación tendría lugar *fuera* de la consulta, por la mejora en sus interacciones con el entorno detonada por la experiencia de haber establecido una relación de apego segura con el terapeuta (Fonagy, Luyten y Allison 2015, 597–599).

1.1.3. Diagnóstico y sintomatología

A continuación, resumiremos los criterios diagnósticos del TLP y de sus equivalentes de la décima y undécima *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE) de la *Organización Mundial de la Salud* [OMS], el Trastorno de la Inestabilidad Emocional de la Personalidad (TIEP)⁹ y el TP grave con patrón límite prominente¹⁰, respectivamente. Presentamos una posible comparación entre las clasificaciones oficiales alternativas en la siguiente figura:

⁹ La CIE-10 reconocía dos subtipos del TIEP, el “impulsivo” y el “límite”. Este último presenta los síntomas del anterior y algunos otros, destacados en la figura con un asterisco (*).

¹⁰ En esta nueva versión de la CIE el diagnóstico de los TP es dimensional, pudiendo ser leve, moderado, grave o sin especificación. A esta categoría se le puede añadir la de “patrón límite”, cuya descripción se corresponde en líneas generales a la del TLP del DSM-V o el TIEP de la CIE-10.

Figura 1

Comparativa de los criterios diagnósticos del DSM-V, la CIE-10 y la CIE-11.

Trastorno Límite de la Personalidad (DSM-V F60.3).	Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (CIE-10 F60.30 y F60.31*).	Trastorno de Personalidad Grave con patrón límite prominente (CIE-11 6D11.5/6D10.2)
1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.		Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.	Relaciones interpersonales intensas e inestables*.	Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.	Perturbaciones de la autoimagen y de las aspiraciones y de las preferencias íntimas*.	Alteración de la identidad que se manifiesta en una autoimagen o sentido del yo inestable.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas.	Tendencia definida a actuar impulsivamente y sin considerar las consecuencias.	Marcada impulsividad. Tendencia a actuar precipitadamente en estados de gran afectividad negativa que conlleva a comportamientos potencialmente dañinos para sí mismo.
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.	Tendencia al comportamiento autodestructivo, que incluye acciones suicidas e intentos de suicidio*.	Episodios recurrentes de autolesiones.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo.	El humor es impredecible y caprichoso. Inestabilidad emocional.	Inestabilidad emocional debida a una marcada reactividad emocional.
7. Sensación crónica de vacío.	Sentimientos crónicos de vacío*.	Sentimientos crónicos de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.	Arrebatos emocionales con incapacidad para controlar las explosiones conductuales. Tendencia al comportamiento pendenciero y a generar conflictos con los demás, especialmente cuando las acciones impulsivas son frustradas o censuradas.	Enojo intenso e inapropiado o dificultad para controlarlo.
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.		Síntomas disociativos transitorios o características de tipo psicótico en situaciones de alta excitación afectiva.

En segundo lugar, el patrón sintomático es ampliamente variado, aunque la inestabilidad emocional y el descontrol afectivos son los rasgos más frecuentes (APA, 2014) y de mayor duración (Zanarini, Frankenburg, Reich, Silk, Hudson y McSweeney 2007). Para realizar el diagnóstico sólo es necesario cumplir con cinco de los nueve criterios establecidos, por lo que la presentación clínica puede ser altamente heterogénea (Fernández-Guerrero 2017). Finalmente, el diagnóstico diferencial se hace difícil por la altísima comorbilidad con otros trastornos (NICE 2009). Por todo esto, el TLP se considera una de las enfermedades psiquiátricas más difíciles de diagnosticar correctamente, lo que puede tener un impacto muy negativo en los pacientes.

1.2.4. Tratamientos

Existen algunas psicoterapias con eficacia probada en numerosos estudios empíricos. Entre ellas, la Terapia Dialéctico-Conductual, la Terapia Basada en la Mentalización (TBM) y la Terapia Centrada en Esquemas son las que han mostrado mejores resultados (Gunderson et al. 2018). En cualquier caso, lo que parece claro es que las intervenciones deben partir de un abordaje multidisciplinar y suficientemente estructurado (Servicio Andaluz de Salud 2012, 48). En este sentido, vuelve a resultar interesante el punto de vista de Fonagy, Luyten y Allison, que contemplan la posibilidad de que exista un número limitado de factores necesarios para que una terapia sea eficaz en el caso del TLP (Fonagy, Luyten y Allison 2015, 592). Entre estos factores estarían (1) poder forjar una relación terapéutica sólida, (2) ofrecer un marco de tratamiento claro, creíble, estructurado y comprensible para el paciente, y (3) que la intervención aumentase el sentimiento de *competencia, agencia y autoconfianza* de éste (Fonagy, Luyten y Allison 2015, 593).

Los autores señalan la importancia de que uno de estos factores, el de la centralidad de la relación terapéutica, incluya como componentes clave la capacidad de comprensión y la empatía del terapeuta, su habilidad para conseguir que el paciente se sienta apoyado, *entendido* y *validado*, y su compromiso a involucrarlo en el desarrollo de la terapia como a un *agente activo* de la misma (Fonagy, Luyten y Allison 2015, 593). Así, argumentan que la efectividad de las psicoterapias para el tratamiento del TLP no dependería de su marco teórico específico, sino de su capacidad para mejorar la capacidad de mentalización¹¹ del paciente al permitirle

¹¹ Al “entrenar” su CE en un contexto terapéutico seguro y controlado, el paciente puede empezar a extender esa CE a otros contextos, y abrirse así al aprendizaje social en general. Para los autores, “experimentar que nuestra

experimentar, quizá por primera vez, que otro ser humano “tiene su mente en mente”, es decir, que *es comprendido* y reconocido por alguien más como un *agente* con estados mentales e intenciones propias (Fonagy, Luyten y Allison 2015, 593; Duschinsky, Collver, y Carel 2019). Esta idea cuenta cada vez con mayor soporte empírico (Petersen, Brakoulias y Langdon 2016; Quek et al. 2019; Bora 2021) y ha sido respaldada por diversos autores, con estudios que efectivamente muestran que la mejora de la mentalización de los pacientes diagnosticados con TLP es un factor común a las terapias con eficacia validada (Goodman 2013, 189; Chapman y Dixon-Gordon 2015).

Respecto al tratamiento farmacológico, no hay evidencia sobre la efectividad de ningún medicamento concreto para estos pacientes. Las guías de práctica clínica recomiendan limitar su prescripción, sobre todo a medio y largo plazo, pero es común la “polifarmacia” (Servicio Andaluz de Salud 2012, 51). Ésta está desaconsejada porque añade dificultades al tratamiento, como posibles interacciones farmacológicas, efectos secundarios, el incumplimiento de la pauta recetada, sobredosis... (Servicio Andaluz de Salud 2012, 51). No obstante, la medicación puede ser de ayuda en momentos puntuales para apoyar y facilitar la psicoterapia.

Para cerrar este apartado, conviene reflexionar sobre la evidencia actual acerca de la evolución de la enfermedad, que es mucho mejor de lo que se suponía. El DSM continúa describiéndola como una patología *crónica e inflexible*, con pobre respuesta al tratamiento, contradiciendo los estudios longitudinales que apuntan a su remisión progresiva y estable a lo largo del tiempo (Zanarini, Frankenburg, Reich y Fitzmaurice 2012). Los avances en la comprensión del TLP despiertan dudas sobre si la forma de tratarlo y conceptualizarlo ha sido incorrecta o incluso iatrogénica (Fonagy y Bateman 2006, 2) y se propone reformularlo como un “trastorno de la comunicación social”, cuyas características constituirían en realidad una respuesta de *adaptación* a un medio social experimentado como hostil, y no un defecto de la personalidad del individuo (Luyten, Campbell y Fonagy 2019, 12).

1.2. Problemas y controversias

Finalmente, abordaremos algunas de las controversias que rodean a este diagnóstico y que serán relevantes para plantear su relación con la IE. Expondremos algunos retos que plantea la nosología del TLP y analizaremos la gravedad y la amplitud de su estigma. Por último,

subjetividad es comprendida es la clave necesaria para abrirnos al aprendizaje” (Fonagy, Luyten y Allison 2015, 594).

profundizaremos en el debate sobre el papel del género en la definición y prevalencia de este trastorno desde una perspectiva feminista.

1.2.1. Problemas nosológicos

Como resultará imaginable, el estudio nosológico del TLP ha sido y es especialmente complejo por su comorbilidad con otros trastornos y su ambigüedad terminológica, pero también por las dificultades que atañen a la categoría de los TP en particular. En la actualidad, ni siquiera hay consenso sobre si enfocarlos categorial o dimensionalmente, es decir, como entidades discretas independientes o como variantes extremas de un espectro de rasgos de personalidad habituales (Paris 2020). Esta falta de acuerdo se refleja, por ejemplo, en que actualmente las dos clasificaciones diagnósticas oficiales más utilizadas, el DSM y la CIE, recurran a modelos explicativos distintos. Por otro lado, en las descripciones oficiales de los TP aparecen conceptos que muchos autores describen como oscuros, imprecisos e inverificables, como el de “identidad” o el de “personalidad” que les da nombre (Paris 2013, 156).

Esta situación ha llevado a que los TP sean constantemente negados, rechazados y mal comprendidos. Además, hay quienes defienden que, por sus características, el TLP *no es* un TP (Tyrer 2009), sino un subtipo de Trastorno por Estrés Postraumático (Herman 2015), un Trastorno del Espectro Afectivo (Akiskal 1981) o un trastorno clínico independiente (Fernández-Guerrero 2007a; Gunderson 2011), entre otras hipótesis. Más allá de la disputa acerca de su clasificación, el hecho es que muchos profesionales prefieren emplear diagnósticos mejor conocidos, incluso cuando sus pacientes no cumplen con los criterios requeridos. Esto supone que estas personas puedan estar recibiendo un tratamiento inadecuado (Paris 2013).

Parar cerrar, conviene señalar que estos problemas nosológicos están de alguna manera vinculados al estigma que envuelve al TLP, que comentaremos en el punto siguiente.

1.2.2. El estigma del TLP

El estigma es un fenómeno íntimamente relacionado con la exclusión social, el aislamiento, la discriminación y los estereotipos negativos sobre un colectivo concreto (Kvaale, Gottdeiner y Haslam 2013, 95). Uno de sus efectos más dañinos es su interiorización por parte de los afectados, que puede llevarlos a experimentar fuertes niveles de angustia, desesperanza

y baja autoestima. Las enfermedades mentales son uno de los focos de estigma más importantes (Sheehan, Nieweglowski y Corrigan 2016) y hay evidencia de que, de entre todas ellas, el TLP está entre las más estigmatizantes (Aviram, Brodsky y Stanley 2006; Raven 2009; Sheehan, Nieweglowski y Corrigan 2016). Para colmo, parece especialmente acusado entre los clínicos (Ring y Lawn 2019; Sims, Nelson y Sisti 2022), que muestran mayor número de respuestas negativas, menor empatía, menor optimismo, mayor deseo de distancia... respecto del TLP que de otros trastornos como la esquizofrenia (Sansone y Sansone 2013; Dickens, Lamont y Gray 2016; Loader 2017).

Algunos profesionales, conscientes de esta realidad, optan por no emplear el diagnóstico o por ocultárselo a los pacientes (Sims, Nelson y Sisti 2022), pero esto no hace sino perpetuar el desconocimiento e incompreensión que lo rodean. Además, constituye un obstáculo para el consentimiento informado de los afectados, y un ejemplo contemporáneo de “privilegio terapéutico”, desaprobado por la mayoría de los códigos deontológicos vigentes (Sims, Nelson y Sisti 2022, 801). Volveremos sobre este problema más adelante, cuando exploremos hasta qué punto esta ocultación del diagnóstico puede constituir un caso de IE.

Estos pacientes han sido habitualmente calificados como “manipuladores”, “molestos”, “narcisistas” o “intratables”, y sus síntomas son constantemente interpretados como “llamadas de atención”. Son considerados el “paciente difícil” por excelencia, y a menudo se enfrentan al rechazo y la evasión de los profesionales (Paris 2007; Sims, Nelson y Sisti 2022). Como cualquier otro grupo estigmatizado, pueden llegar a interiorizar estas etiquetas, perdiendo así la esperanza en su recuperación (Kvaale, Haslam y Gottdiener 2013; Sheehan, Nieweglowski y Corrigan 2016). De hecho, sus niveles de autoestigmatización son más altos que entre los diagnosticados con otros trastornos (Koivisto, Melartin y Lindeman 2022). Esta actitud negativa y recriminadora hacia ellos puede favorecer sus crisis emocionales y autolíticas (Aviram, Brodsky y Stanley 2006; Veysey 2014), llegando a ser tan perjudicial como el propio trastorno (Kvaale, Haslam y Gottdiener 2013). De ahí que los pacientes tiendan a identificarla como el elemento más dañino de su diagnóstico (Nehls 1999; NICE 2009).

Por otro lado, el estigma contribuye a que muchos expertos no consideren el TLP como una enfermedad, sino como un estado *autoinducido* (Campbell, Clarke, Massey y Lakeman 2020, 5). La opinión de que estos pacientes tienen control y voluntad sobre su comportamiento está muy extendida (Aviram, Brodsky y Stanley 2006, 250), así como la de que sus conductas no son realmente impulsivas, disfuncionales, sintomáticas... sino calculadas, volitivas y, por tanto, condenables. Esto nos inserta en el dilema “*mad or bad*”, que Potter define como el problema para determinar cuándo una categoría diagnóstica está identificando una condición

psiquiátrica genuina o conductas y valores morales desaprobados socialmente (Potter 2009, 79). Si es posible atribuir responsabilidad a las expresiones sintomáticas de estos pacientes, como hacen muchos profesionales, entonces *no son* “expresiones sintomáticas” y no estamos ante una psicopatología, ya que sería enormemente injusto culparlos por padecer su enfermedad (Potter 2009, 67 y 68). Ante esta situación, los pacientes se ven desprovistos de los beneficios de estar considerados enfermos, porque son responsabilizados por sus síntomas, pero también de estar considerados sanos, porque están *de hecho* diagnosticados y tratados psiquiátricamente (Lewis y Appleby 1988, 48).

Finalmente, otro aspecto explorado por algunos autores, y que será de enorme importancia en nuestro análisis de los casos de IE, es el de la capacidad del estigma de “autocumplirse” perversamente. Potter argumenta que la conciencia de estar diagnosticados con TLP y de lo que éste implica socialmente puede llevar a los pacientes a experimentarse de formas acordes al diagnóstico y a su estigma. Esto, a su vez, puede llevarlos a modificar sus comportamientos, creencias y emociones (Potter 2009, 162 y 163). En este sentido sostiene que, si bien es cierto que algunos pacientes pueden resultar particularmente hostiles hacia los clínicos, es posible que esa hostilidad sea ante todo una *respuesta* a su clasificación, en tanto que ésta estaría a la vez configurando su autoconcepto, y predisponiendo a los profesionales a defenderse de ataques y manipulaciones antes de que haya indicios de que vayan a producirse¹². Así, la clasificación tendría un potencial de autocumplimiento¹³ de consecuencias nefastas (Potter 2009, 162). Esto podría explicar muchas de las dificultades –como los abandonos tempranos o los conflictos terapéuticos– que son comunes en su tratamiento (Aviram, Brodsky y Stanley 2006, 250 y 251).

Esto vuelve a remitirnos a la hipótesis sobre la mentalización y a su visión de que el TLP es ante todo una estrategia *de adaptación* a experiencias reiteradas de adversidad e inseguridad. Este último punto, al que apenas le habíamos prestado atención, es realmente crucial a la hora de desestigmatizar este cuadro. En lugar de describirlo como un trastorno *de la personalidad* del paciente, y por tanto como un defecto *de éste* y de *su* carácter, esta teoría lo explica como una respuesta a estímulos *reales* del entorno social, aunque ésta pueda verse intensificada por factores temperamentales y biológicos¹⁴. En este sentido, los autores apuntan

¹² Podríamos decir, para ligarlo con la obra de Fricker, que actúan como un estereotipo prejuicioso que informa directamente sus percepciones sin mediación doxástica (Fricker 2017, 40).

¹³ Esto también guarda relación con las reflexiones de Fricker en torno a la capacidad de autocumplirse de los estereotipos prejuiciosos identitarios negativos (Fricker 2017, 55 y 56).

¹⁴ Es importante considerar la influencia de los factores biológicos y temperamentales y su interacción con los socioculturales, porque de lo contrario nos comprometeríamos a suscribir una teoría reduccionista y unilateral del origen del TLP que no se correspondería con el estado actual de conocimiento del mismo.

a que, en situaciones de emergencia y peligro potencial, características del TLP como la hipervigilancia, la desconfianza epistémica generalizada, la hipersensibilidad, la inflexibilidad, la evaluación aparentemente instintiva, el pensamiento dicotómico... podrían suponer ventajas para la supervivencia. Así, aunque el “perfil mentalizador” de estos pacientes se vuelva desadaptativo en contextos sociales estables, pudo haber sido una estrategia adecuada, coherente y efectiva en momentos anteriores de su vida (Fonagy, Luyten, Allison y Campbell 2017a, 7–9).

En lo que respecta a la desconfianza epistémica, por ejemplo, los autores argumentan que adoptar una posición de hipervigilancia es lo más idóneo cuando no existen garantías de que la comunicación sea confiable y honesta. La vigilancia epistémica es una herramienta *necesaria* para protegernos contra el engaño, la maldad y la desinformación¹⁵, y si el entorno social está plagado de comunicadores sospechosos, mezquinos, malintencionados o directamente abusadores, lo más apropiado puede ser permanecer escéptico y vigilante, o incluso cerrarse completamente a la comunicación (Fonagy, Luyten, Allison y Campbell 2017b, 2). El problema aparece cuando estos mecanismos se vuelven persistentes y generalizados, lo que hace que el individuo pierda su capacidad para detectar cuándo el interlocutor, o cierta información que le transmite, es confiable y relevante para él. Es entonces cuando el sujeto adopta un patrón desadaptativo de rigidez cognitiva y una actitud constante de desconfianza hacia el entorno, con la consecuente incapacidad para aprender de éste y para modificar su comportamiento y/o creencias de la manera conveniente. Se vuelve “impermeable”, inaccesible, y queda epistémicamente “petrificado” (Fonagy, Luyten y Allison 2015).

De este modo, el patrón de inflexibilidad y de hipervigilancia no es una característica intrínseca de la “personalidad” del paciente, sino una *reacción* a su entorno que ha comprometido su capacidad para interpretar adecuadamente las interacciones sociales, la comunicación, el intercambio de información y los estados mentales propios y ajenos, para hacer frente a la adversidad y para “recalibrar” y estabilizar su mente (Fonagy, Luyten, Allison y Campbell 2017b, 5). Para los investigadores, esto significa que es posible que el tratamiento tradicional del TLP haya sido tan ineficaz, pese al buen pronóstico natural del cuadro, porque se hayan desatendido las verdaderas condiciones que estaban manteniendo o incluso agravando la incapacidad del paciente para mentalizar, es decir, por haber presupuesto que el problema estaba en *su* personalidad y no, por ejemplo, en cómo los profesionales se comportaban hacia

¹⁵ La necesidad básica de la vigilancia epistémica también es mencionada por Fricker en alusión a los trabajos de Williams (1972) y de Edward Craig (1990) (Fricker 2017, 100 y 101). En el caso de Fonagy, Luyten, Allison y Campbell, su referencia fundamental es el trabajo de Sperber et al. (2010).

él (Luyten, Campbell y Fonagy 2009, 11). Comentaremos este punto cuando hablemos de la injusticia testimonial (IT).

1.2.3. Diferencias de género en el TLP

Por último, introduciremos el problema de las diferencias de género que afectan a este diagnóstico. Ya señalamos que la prevalencia del TLP en el ámbito clínico es muy superior en mujeres, pese a que los datos sobre su incidencia en la población general no son en absoluto concluyentes. Existen numerosas teorías que intentan explicar esta asimetría, pero es probable que existan diversos factores involucrados (Skodol y Bender 2003; Ducsay 2015). Por ejemplo, el hecho de que gran parte de la literatura de casos clínicos recurra a ejemplos femeninos, podría inducir a los médicos a detectarlo más habitualmente en esta población (Ducsay 2015, 110 y 111). También podría ser que el umbral para considerar diagnosticable con TLP a una mujer fuera más bajo que a un hombre, de modo que, a igualdad de manifestaciones sintomáticas, las de ellas fueran más fácilmente juzgadas como patológicas (Ducsay 2015, 91 y 92).

Los factores culturales han sido de especial interés para la crítica feminista del diagnóstico. En este sentido, se ha señalado que muchos criterios diagnósticos describen características típicas de la “feminidad” clásica que la sociedad *impulsa* en las mujeres pero que, cuando se intensifica, pasa a ser patologizada. De este modo, las mujeres son vistas como enfermas tanto cuando se ajustan excesivamente “bien” al rol que la sociedad les impone, como cuando se resisten a él (Ducsay 2015, 88). Igualmente, los comportamientos considerados aceptables para los hombres y para las mujeres no coinciden. Esto resulta especialmente llamativo en el caso de la ira, que en los casos clínicos suele describirse como irracional, ininteligible y fuera de control, como una erupción asimilable a un “fenómeno natural” (Wirth-Cauchon 2001, 187 y 188). La rabia ha sido históricamente una emoción prohibida para las mujeres, y su presencia se ha interpretado como signo de inestabilidad mental (Wirth-Cauchon 2001, 194).

A este respecto, se ha argumentado que el diagnóstico del TLP ha surgido como una nueva forma de mantener sometidas y silenciadas a las mujeres al patologizar sus *reacciones* a su situación de opresión (Becker 1997; Wirth-Cauchon 2001; Ussher 2013; Ducsay 2015). En este sentido, Ussher vincula el rol del TLP con el de la histeria, y si consideramos algunos de los adjetivos más utilizados para referirse a las mujeres diagnosticadas como histéricas –

narcisistas, lábiles, caprichosas, manipuladoras...—, no es descabellado postular una similitud sospechosa entre ambas categorías (Ussher 2013, 65).

Pese a todo, es importante resaltar que estas autoras no niegan en ningún caso la realidad del sufrimiento de estas mujeres. Sus síntomas son totalmente reales, una forma de canalizar el dolor y la rabia por estar expuestas a una injusticia estructural. Atribuir ese malestar a una enfermedad *individual*, si bien puede ayudar a validar la experiencia subjetiva de las afectadas, lo hace a costa de oscurecer las condiciones *sociales* y *culturales* que lo han provocado en primer lugar (Ussher 2011, 212 y 213). Para Wirth-Cauchon, la crítica feminista ofrece la posibilidad de hacer *inteligible* la locura al concebirla como una respuesta¹⁶ a las condiciones inhóspitas en extremo que afectan a algunas personas (Wirth-Cauchon 2001, 200), pero esto no puede suponer en ningún caso ignorar o instrumentalizar su sufrimiento.

Con este punto damos por concluido el capítulo 1 de este trabajo. En lo que sigue trataremos de mostrar que las herramientas conceptuales que ofrece la literatura de IE podrían enriquecer la discusión acerca de la validez y utilidad del diagnóstico del TLP, ayudándonos a iluminar otras formas en las que su uso podría estar resultando dañino para los pacientes.

¹⁶ Esta postura, nuevamente, es muy compatible con la teoría de la mentalización y de la disrupción de la CE.

2. Injusticias epistémicas, enfermedades psiquiátricas y TLP

En el capítulo anterior situamos y describimos al grupo humano que nos ocupa, y además introducimos algunos aspectos que reaparecerán constantemente en lo que resta de trabajo, como los problemas de mentalización y de CE o la intensidad del estigma que afecta a estas personas. Estas circunstancias, como se tratará de defender, están íntimamente ligadas a la vulnerabilidad a sufrir IEs de los pacientes diagnosticados con TLP, y también a la especial gravedad que dichas injusticias revisten en su caso. Pero, además, las dificultades para mentalizar y la hipervigilancia epistémica características de este grupo, así como de otras psicopatologías, ayudan a iluminar nuevas formas en que la IE puede resultar dañina para sus víctimas, formas que ya se encuentran implícitas en el análisis de Fricker pero que, ahora, haciendo uso de las herramientas conceptuales que proporciona la teoría de la mentalización, pueden formularse de manera más clara.

En el apartado siguiente introduciremos los conceptos de IE, IT e injusticia hermenéutica (IH) tal y como fueron formulados originalmente en la obra de Fricker, y más tarde mencionaremos algunas ampliaciones, reconsideraciones, críticas y aportes a raíz de los mismos, que podrían resultar de utilidad en lo que respecta a la relación entre padecer algún tipo de trastorno psiquiátrico y ser objeto de IE. Finalmente, comentaremos la literatura que enlaza más directamente el TLP con la IE, y especificaremos por qué consideramos que esta resulta especialmente lesiva para este grupo.

2.1. Injusticia epistémica en la obra de Miranda Fricker

Miranda Fricker identifica un nuevo tipo de injusticia –lo que aparentemente nos situaría en el ámbito tradicional de la ética– de naturaleza específicamente epistémica, consistente en “causar un mal a alguien en su condición específica de sujeto de conocimiento (Fricker 2017, 17). Ella distingue dos clases principales, la IT, que se produce cuando los prejuicios identitarios negativos de un oyente llevan a otorgar a un hablante una credibilidad injustamente disminuida, y la IH, que “se produce en una fase anterior, cuando una brecha en los recursos de interpretación colectivos sitúa a alguien en una desventaja injusta en lo relativo a la comprensión de sus experiencias sociales” (Fricker 2017, 17 y 18).

La IE “lesiona a alguien en su condición de sujeto de conocimiento”, una dimensión esencial del concepto de humanidad (Fricker 2017, 23). Por un lado, la IT actúa impidiendo

que ciertas personas o grupos sociales contribuyan como informantes al conjunto general del conocimiento, mientras que la IH, debido a la presencia de “lagunas” o vacíos hermenéuticos, oscurece partes enteras de la experiencia social que no pueden ser comprendidas ni comunicadas adecuadamente, ni siquiera por las personas afectadas.

Es importante recalcar que, para que cierto acto pueda ser clasificado como injusticia, debe ser a la vez perjudicial y arbitrario (Fricker 2017, 131). En el caso de la IT, el déficit de credibilidad debe emanar de un estereotipo identitario negativo prejuicioso, es decir, *éticamente* culpable, que además sea resistente a la evidencia, es decir, *epistémicamente* culpable, lo que lo convierte en un rasgo de irracionalidad motivada (Fricker 2017, 67). En el caso de la IH, la desventaja cognitiva que supone el vacío en los recursos hermenéuticos colectivos debe ser fruto de una participación hermenéutica desigual y discriminatoria, o sea, de la *marginación* hermenéutica socialmente forzada de cierto grupo (Fricker 2017, 246 y 247), cuya experiencia queda “oculta a la comprensión colectiva debido a un prejuicio identitario estructural” (Fricker 2017, 249 y 250). Además, esta laguna hermenéutica, aunque pueda suponer un empobrecimiento epistémico colectivo, afectará de manera especialmente negativa al grupo marginado, situándolo en una significativa desventaja frente a otros (Fricker 2017, 259). La IH es epistémicamente mala porque implica que nuestros recursos hermenéuticos colectivos están sesgados y son estructuralmente prejuiciosos, y es moralmente negativa porque esos prejuicios estructurales son discriminadores, es decir, afectan “a las personas en virtud de su pertenencia a un grupo socialmente impotente y, por tanto, en virtud de un aspecto de su identidad social” (Fricker 2017, 249).

Otro aspecto importante del análisis de Fricker es la relación entre los casos “centrales” de IE y la opresión. La IT se caracteriza porque el estereotipo negativo que produce el juicio de credibilidad disminuido del oyente está asociado a la identidad del hablante *qua* tipo social, pero además es posible distinguir una dimensión diacrónica y otra sincrónica de su gravedad (Fricker 2017, 33). Respecto a la dimensión diacrónica, puede haber casos en que la injusticia se produzca de manera puntual, mientras que en otros será persistente. Respecto a la sincrónica, algunas serán sistemáticas mientras que otras estarán circunscritas a contextos muy limitados, lo que marca la diferencia fundamental entre los casos centrales y los incidentales¹⁷. En el tipo incidental, el prejuicio identitario negativo no es “insistente”, mientras que en el tipo central se trata de un “prejuicio sabueso” que “«persigue» al sujeto a través de las diferentes dimensiones

¹⁷ Los casos incidentales son relevantes desde el punto de vista ético, y pueden dañar significativamente a quien los sufre (Fricker 2017, 33). No obstante, la autora está más interesada por los casos centrales porque estos son los que muestran el lugar de la IT en el esquema general de injusticia social.

de la actividad social” (Fricker 2017, 32) y que, por tanto, vuelve a los afectados “susceptibles no solo de la injusticia testimonial, sino de toda una gama de injusticias diversas” que conectan la IT con el “patrón general de la justicia social” (Fricker 2017, 32 y 33). Por tanto, el ejemplo central debe cumplir con la condición de ser sistemático, lo que habitualmente implicará que sea también persistente, ya que “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 2017, 34).

En lo respectivo a la IH, Fricker también especifica las características del ejemplo central. El caso sistemático, en el contexto hermenéutico, implica que la marginación sea *generalizada*, es decir, que persiga al sujeto por las diferentes áreas de la vida social, como el prejuicio identitario en el caso de la IT. Además, también tenderá a ser persistente. Por otro lado, las IHs incidentales¹⁸ serán aquellas que “no participen del patrón general de poder social”, injusticias excepcionales y limitadas a parcelas muy localizadas de la experiencia del sujeto (Fricker 2017, 135), que por tanto solo obstaculizan su comprensión de aspectos muy específicos, sin llegar a suponer una impotencia social general o una “subordinación como generador de significado social” (Fricker 2017, 136).

Para la autora, los ejemplos centrales de IT y de IH, que suelen ser tanto persistentes como sistemáticos, son algunas de las formas en que la opresión se manifiesta a través de nuestras prácticas cotidianas y bienintencionadas, que “operan en el contexto de una imaginación social cargada de prejuicios” (Fricker 2017, 57) e informan nuestra *percepción* actuando de manera no-doxástica, es decir, más allá de nuestras creencias e incluso directamente *contra* ellas. De ahí que Fricker sostenga que lo más inquietante de la IE es que podría ser *prevalente* en nuestras relaciones epistémicas, además de tremendamente difícil de detectar (Fricker 2017, 40).

2.1.1. Injusticia testimonial

Aunque ya hemos definido en líneas generales qué es la IT para Fricker, conviene añadir algunos detalles. A partir de ahora, nos centraremos exclusivamente en el ejemplo central, sistemático y persistente, ligado a un prejuicio sobre la identidad social de las personas

¹⁸ Nuevamente, que sean incidentales no les resta gravedad ética. Fricker es clara señalando que podrían ser “catastróficas para la vida de alguien” (Fricker 2017, 137).

afectadas, que la conecta con el entramado general del poder identitario¹⁹ operativo en una sociedad.

Como advertimos anteriormente, para que un episodio de déficit de credibilidad injustificado constituya un caso de IT, no basta simplemente con que nazca de una generalización sobre cierto grupo que no sea fiable, porque ésta podría ser un resultado de mala suerte epistémica (por ejemplo, por la presencia de errores en las evidencias disponibles para valorar). Los estereotipos se vuelven prejuiciosos cuando no son fiables debido a que involucran un juicio previo desdeñoso acerca de la competencia, sinceridad, motivación... del hablante *qua* tipo social. Este juicio ha sido interiorizado por los miembros de la comunidad y forma parte de las “presuposiciones de fondo” de la misma (Fricker 2017, 70) acerca de la fiabilidad epistémica y de la “calidad” moral de los diferentes tipos sociales (Fricker 2017, 131). Es decir, “tiñe” de manera *socialmente situada* la sensibilidad epistémica y moral de sus miembros. Esto hace que cada grupo sea *percibido* ya con una determinada carga epistémica y moral (Fricker 2017, 124) que determina, al menos en parte, el grado de fiabilidad concedido a un testimonio (Fricker 2017, 131) y que, cuando es mantenida sin atención a las evidencias y obstinada ante “contrapruebas manifiestas”, se vuelve epistémica y éticamente culpable (Fricker 2017, 65–67).

Este punto es relevante porque implica que la “sensibilidad testimonial” que, como decimos, involucra tanto un aspecto epistémico como uno moral, es *aprendida, entrenada y encarnada*, inculcada en los agentes a través del proceso de socialización, y ajustada más tarde en base a sus experiencias individuales (Fricker 2017, 145). Este aspecto es importante para este trabajo no solo porque implique que podemos adiestrarnos en una “sensibilidad crítica” y responsable, que es la base de la virtud de la justicia testimonial que propone Fricker, sino porque en el caso del TLP, dada su vinculación a los problemas de CE, significa que su sensibilidad epistémica y moral desadaptativa también puede madurar y ser transformada, lo que resulta coherente con los objetivos terapéuticos esbozados por los teóricos de la TBM.

Injusticia testimonial anticipada

¹⁹ “(...) una forma de poder social directamente dependiente de concepciones compartidas en el imaginario social de las identidades sociales de los implicados en la actuación concreta del poder” (Fricker 2017, 12). Se trata, por tanto, de un tipo de poder que requiere tanto de coordinación social práctica como de coordinación social de la imaginación, que puede ejercerse de forma activa o pasiva y que no requiere ningún tipo de aceptación consciente de los estereotipos involucrados (Fricker 2017, 21 y 22).

Fricker distingue dos subtipos extremos de IT relevantes para esta investigación. El primero es el que denomina como “injusticia testimonial anticipada”, una forma de silenciamiento que se produciría cuando los prejuicios identitarios fueran tan intensos y poderosos que desembocaran “en una tendencia a que, sencillamente, no se pregunte a algunos grupos en primera instancia para pedirles información”, es decir, de forma *previa* al posible intercambio de información (Fricker 2017, 213). Este subtipo de IT podría ser especialmente común hacia las personas con algún tipo de psicopatología, al presuponer que su enfermedad “nubla” necesaria y permanente su juicio, limitando o imposibilitando su racionalidad y capacidad de decisión (Crichton, Carel y Kidd 2017). Esto funciona *de hecho* como justificación para imponer ingresos hospitalarios, medicaciones forzosas, interpretaciones sobre el comportamiento de los pacientes... sin que estos lleguen a ser preguntados por sus preferencias, por su respuesta a los tratamientos o por su propia experiencia de la enfermedad (Lakeman 2010, 151 y 152).

Injusticia testimonial extrema

Esto conecta directamente con el problema de la “cosificación epistémica”, que hace alusión a que ciertos sujetos excluidos de la comunidad de informantes sean convertidos en *meras* fuentes de conocimiento. Esto supone degradarlos de sujeto a objeto, confinarlos “al papel de estado de cosas pasivo” que, en el mejor de los casos, ocupa la posición de espectador y que, en el peor, queda convertido en algo semejante a un fenómeno natural, como un “árbol caído” que puede ser inspeccionado por otros, totalmente desprovisto de capacidad epistémica y, por tanto, deshumanizado (Fricker 2017, 216). Fricker enlaza su reflexión acerca de la cosificación epistémica con los trabajos feministas acerca de la cosificación sexual, para dar forma a un segundo tipo de silenciamiento al que llama “injusticia testimonial extrema”. En estos casos, las víctimas sí profieren un testimonio, pero éste no consigue ingresar en la sensibilidad testimonial de los oyentes porque es percibido como simple “ruido” ambiental. Aunque sí digan cosas, estas no son escuchadas porque “los objetos no hablan” (MacKinnon 1987, 182, citado en Fricker 2017, 121).

Nuevamente, este es un ejemplo frecuente en el ámbito de tratamiento de pacientes psiquiátricos, donde frecuentemente las personas enfermas no son consideradas como informantes sino como fuentes de información (Scrutton 2017, 350; Crichton, Carel y Kidd 2017, 67; de Boer 2021, 13). Este problema podría ser especialmente insidioso en el campo de las ciencias sanitarias en general, que parten de una concepción teórica de la salud que, por sus

propias características, promueve prácticas epistémicas que dificultan la participación de los enfermos en calidad de agentes y de productores de conocimiento (Kidd y Carel 2019, 162 y 163). Ahondaremos en este problema al elaborar el concepto de “injusticia epistémica pathocéntrica” (IEP) de Kidd y Carel.

Ampliaciones del concepto de IT

Muchos autores han contribuido desde la publicación de la obra de Fricker a enriquecer el concepto de IT. Un buen ejemplo de ello es la identificación de la IT estructural (Wanderer 2017), que se diferencia de la IT de Fricker en que nace a partir de las estructuras institucionales mismas. Éstas pueden modelar las prácticas de producción e intercambio de conocimiento a través de la creación de normas excluyentes, criterios que favorezcan a unos grupos y perjudiquen a otros, marcadores de autoridad y competencia sesgados o desproporcionados, medidores de calidad que primen ciertos estilos expresivos sobre otros, etc. De este modo, las instituciones estructuran y codifican una determinada economía de la credibilidad que establece quién es visto como competente, o qué tipo de discursos y de estilos expresivos se califican como racionales y epistémicamente relevantes. Así, las instituciones pueden generar dinámicas de evaluación de la credibilidad y de la competencia epistémicas injustas y discriminadoras. Este podría ser justamente el caso en el ámbito de la ciencia médica, la psiquiátrica y la psicológica, que priman excesivamente el conocimiento de tipo biomédico, cuantificable, objetivo y en tercera persona y que, al mismo tiempo, devalúan y excluyen el cualitativo, fenomenológico, narrativo, en primera persona... que es el único que podrían aportar pacientes y legos (Scrutton 2017; Kidd, Spencer y Carel 2022).

Otro subtipo de IT que identifica Wanderer, y que puede ser de interés para el tema que nos ocupa, es el de la “traición testimonial” (Wanderer 2017, 35), cuya característica principal es que tiene lugar entre personas con una relación íntima: parejas, mejores amigos, padres e hijos... En este caso, el agravio sufrido involucra también una traición a la confianza. Con esto, Wanderer pretende subrayar que cuando la IT tiene lugar entre individuos especialmente cercanos, el sentimiento de rechazo, de humillación, de aislamiento y de impotencia experimentados pueden ser aún más destructivos. Lo que nos interesa en este caso no es tanto la forma concreta de esta IT, sino el énfasis del autor en la cualidad e intensidad específicos del daño que ésta produce cuando proviene de una persona en la que se confiaba con especial intensidad. Como hemos comentado en el capítulo 1, es muy frecuente que las personas diagnosticadas con TLP hayan experimentado episodios continuados de invalidación,

negligencia emocional o falta de reconocimiento en sus relaciones de apego tempranas. También es común que sigan haciéndolo en el entorno clínico, cuando el trato profesional queda atravesado por prejuicios estigmatizantes. Entender el impacto especial que supone recibir un juicio de credibilidad disminuido de parte de aquellos en quienes más confiamos y, por tanto, respecto a los que somos más vulnerables, puede ayudar a comprender mejor el sufrimiento y el fuerte sentimiento de rechazo²⁰ que experimentan estos pacientes.

Otra de las grandes aportaciones al campo de la IT es la que realizó José Medina, al señalar, distanciándose de Fricker y entendiendo la credibilidad como una actividad esencialmente interactiva, comparativa y contrastante, que los *excesos* de credibilidad también pueden constituir casos de IT. Los actos de atribución de credibilidad nunca se producirían de forma aislada, sino que se insertarían en un entramado de relaciones que nos permiten valorar cuándo un agente es más creíble, menos creíble o igual de creíble *que otros* (Medina 2011, 18). Esto significa que, cuando realizamos un juicio particular de credibilidad, éste depende implícitamente de cómo ésta esté repartida en nuestra comunidad. Cuando algunos grupos reciben un grado de credibilidad desproporcionado e injustificadamente alto respecto a otros, es decir, cuando su grado de autoridad epistémica no se corresponde con el que deberían tener en base a sus capacidades, aportaciones y logros epistémicos, este exceso de credibilidad innecesario y arbitrario implica que este grupo sea juzgado, a igualdad de condiciones, como más digno de confianza que otros (Medina 2011, 19 y 20). En este caso, la injusticia proviene de un fallo en la proporcionalidad, ya que el grado de credibilidad que recibe un sujeto debería ajustarse a sus méritos epistémicos, no a su identidad social. Como la credibilidad es una cualidad comparativa y contrastante, este exceso de credibilidad sistemático asignado a ciertos grupos epistémicamente privilegiados, se correlaciona con el déficit de credibilidad igualmente sistemático asignado a los grupos desfavorecidos. Así, no sería ni accidental ni inocuo que ciertos grupos sociales sean vistos como más creíbles que otros (Medina 2011, 21).

Nuevamente, este ejemplo es relevante para aplicarlo al contexto de la medicina y de la psiquiatría, donde los profesionales gozan de una credibilidad casi incuestionable que repercute directamente en la que reciben los pacientes, cuyos testimonios son descartados por poco relevantes, imprecisos, vagos, anecdóticos, emocionales o directamente patológicos (Kidd y Carel 2019; Kidd, Spencer y Carel 2022). Esto puede desembocar en situaciones trágicas como las que describe Bueter en su artículo acerca del “eclipsamiento diagnóstico” (de “*diagnostic overshadowing*” en inglés), que se produce por la tendencia de los profesionales a

²⁰ El sentimiento de rechazo es tan prototípico del cuadro que está incluido como uno de sus criterios diagnósticos.

atribuir los síntomas *físicos* de los pacientes psiquiátricos a su diagnóstico y que, en muchas ocasiones, involucra instancias de IT (Bueter 2023)²¹.

2.1.2. Injusticia hermenéutica

Fricker define la IH como “la injusticia de que alguna parcela significativa de la experiencia social propia quede oculta a la comprensión colectiva debido a un prejuicio identitario estructural en los recursos hermenéuticos colectivos” (Fricker 2017, 134). El ejemplo central, que deriva de una marginación hermenéutica estructural persistente y generalizada (Fricker 2017, 134) y que, mayoritariamente, vendrá provocada por una combinación del poder material y del poder identitario (Fricker 2017, 133 y 134). La marginación, que es socialmente forzada e implica la subordinación y exclusión de los afectados, propicia interpretaciones sesgadas y unilaterales de sus experiencias sociales, que no pueden contribuir a elaborar y que, por tanto, son “indebidamente influidas” por los grupos de mayor poder hermenéutico.

Esta dinámica imprime en los recursos hermenéuticos colectivos prejuicios discriminadores que afectan a las personas de manera desigual, y que, por tanto, adquieren la forma de “prejuicios identitarios estructurales” (Fricker 2017, 134). Como los esfuerzos interpretativos de una comunidad dependen de los intereses de la misma, una participación hermenéutica desigual generará zonas de penumbra sobre los puntos que no sean relevantes para los que ostentan el poder social. En el peor de los casos, estos podrían tener un interés positivo en *mantener* las malas interpretaciones o incluso en producir algunas distorsionadoras si les reportasen algún beneficio (Fricker 2017, 132). De ahí que la incapacidad cognitiva que supone el vacío hermenéutico sea injusta: es perjudicial para los afectados de un modo en que no lo es para ningún otro grupo social, y además es producto de su discriminación.

Que sean “estructurales” significa que no es necesario que ningún agente perpetre la injusticia para que se produzca. La marginación hermenéutica actúa como un “telón de fondo”

²¹ En nuestro país fue muy sonado el caso de Andreas, una chica asturiana que murió por una meningitis linfocitaria no tratada ni diagnosticada, cuyos síntomas fueron atribuidos a una posible esquizofrenia a causa de sus antecedentes psiquiátricos *familiares*. El episodio revela el alcance del déficit de credibilidad sistemático que sufren las personas psiquiatrizadas. En este caso, el prejuicio identitario persigue a las personas no sólo por las distintas áreas de la actividad social, sino también a través del tiempo y de las generaciones. Los datos del caso pueden leerse en López Trujillo, N. (19 de abril de 2019). Andreas murió tras 75 horas atada en la unidad psiquiátrica del Hospital Central de Asturias. *El País*. https://elpais.com/sociedad/2019/04/18/actualidad/1555612101_291957.html#:~:text=La%20autopsia%20revel%C3%B3%20que%20su,que%20fue%20considerada%20paciente%20psiqui%C3%A1trica.

latente, que se materializa en injusticia cuando el sujeto intenta hacer inteligible una experiencia y fracasa total o parcialmente. Su fracaso puede deberse, o bien a que no existan las herramientas que necesitaría para comprender lo que le sucede, o bien a que las que tiene a su disposición sean totalmente inadecuadas para dar cuenta de ello. De ahí que Fricker hable de “puntos ciegos”, vacíos, lagunas, o “huecos en los que debería haber un nombre” (Fricker 2017, 137), que moldean el repertorio hermenéutico mismo, y que llevan a que las experiencias sociales de los grupos marginados sean mal interpretadas hasta por ellos mismos (Fricker 2017, 14, 15).

Injusticia hermenéutica sobre el estilo expresivo

Otra forma en que puede concretarse la IH es la que atañe, no al contenido de lo que se dice, sino a su forma u estilo expresivo. En este caso, es perfectamente posible que el grupo comprenda adecuadamente lo que desea transmitir, pero que el estilo en que lo hace sea interpretado socialmente como irracional o que no sea reconocido como apropiado (Fricker 2017, 127). Los estilos expresivos que se reconocen como racionales también son fruto de las prácticas que generan los significados sociales, como muestra Fricker con el ejemplo de la “intuición femenina” (Fricker 2017, 139).

Creemos que es frecuente que las personas con algún tipo de psicopatología sufran ambos tipos de IH. En el caso del TLP, la concerniente al estilo expresivo podría ser especialmente acusada, por la fama que tienen estos pacientes de ser iracundos, lábiles y emocionales. Incluso cuando realmente experimentan explosiones de rabia en consulta, resulta problemático que los profesionales las clasifiquen como irracionales y patológicas *por sistema* (Potter 2009, 35–46), sin atender nunca a su contenido y descartando de antemano la posibilidad de que exista algún motivo, alguna *razón* que justifique ese enfado.

Ampliaciones del concepto de injusticia hermenéutica

Al igual que en el caso de la IT, el concepto original de IH ha ido incorporando importantes cambios y mejoras en su precisión. De hecho, ha sido uno de los principales focos de interés de los estudios de IE, quizá porque en la obra de Fricker está mucho menos desarrollada que la IT. Para el caso que nos ocupa, resulta especialmente interesante la distinción que establece Rebecca Mason entre las IHs que involucran algún déficit conceptual, como las que describe más extensamente Fricker, y las que implican fallos o distorsiones en la

aplicación de los conceptos. En este segundo ejemplo, la IH tiene lugar cuando los sujetos *tienen* a su disposición conceptos que supuestamente deberían dar cuenta de su experiencia, pero estos mantienen relaciones inferencialmente inválidas con otros conceptos²² por las cuales el resultado final, en lugar de iluminar la naturaleza y el significado normativo de sus vivencias, los oscurece y *deforma* (Mason 2021, 252–254).

Falbo recupera esta idea para señalar que los análisis predominantes sobre IH se han centrado casi exclusivamente en la función interpretativa de los recursos hermenéuticos, dejando de lado su dimensión productiva: cómo estos recursos no solo facilitan o impiden la inteligibilidad de ciertas experiencias socialmente significativas, sino que además organizan a los miembros de la sociedad de una determinada forma que ayuda a sostener, normalizar y justificar prácticas y estructuras sociales opresivas (Falbo 2022, 348). Esto lleva a la autora a establecer una distinción entre las IHs positivas o productivas, por ejemplo, las que son causadas por la presencia de imágenes controladoras²³, y las IHs negativas o por déficit, como las que aparecen en la obra de Fricker. Las primeras tendrían lugar por la *presencia* de conceptos opresivos y distorsionadores que limitarían, desplazarían o bloquearían la capacidad de los implicados para recurrir a otros recursos existentes más adecuados y precisos, pero que no consiguen “alcanzar” –no se les ocurren o vienen a la cabeza– porque esos estereotipos o imágenes controladoras lo impiden²⁴ (Falbo 2022, 354, 355).

Ayala-López también ha enfatizado la existencia de IHs distorsionadoras en el mismo sentido de Mason (2021), pero resalta que las distorsiones podrían ser incluso más nocivas que las lagunas hermenéuticas, porque parece que “hacen el apaño”, es decir, coordinan *de hecho* nuestros comportamientos e interacciones sociales, así como nuestra comprensión de los demás y de nosotros mismos. Por tanto, incluso si no podemos detectar ninguna carencia o falla

²² El ejemplo que propone Mason es el de Edmund White, que Fricker utiliza para dar cuenta de los daños y del poder constructivo de la identidad de la IH. La autora señala que, en la década de 1950, el concepto de “homosexualidad” estaba inferencialmente relacionado con los conceptos de “enfermedad”, “antinatural” o “desviación”, por lo que el recurso hermenéutico, en lugar de servir para dotar de inteligibilidad a la experiencia social de los homosexuales, funcionaba como un elemento distorsionador de las mismas.

²³ Las imágenes controladoras serían representaciones estereotipadas y opresivas de ciertos grupos sociales o tipos de personas diseñadas por los grupos poderosos para mantener su subordinación, y popularizadas a través de los medios de masas, productos culturales, publicidad, libros escolares... para hacerlas parecer como naturales, normales e inevitables incluso para los propios afectados (Collins 2000, 69–96; 2004, 350).

²⁴ La autora pone como ejemplos los conceptos de “niño bueno” y de violador. Éste generalmente se asocia a criminales, hombres callejeros salvajes y monstruosos, alcohólicos... Por ello, cuando quien comete la agresión sexual *es* alguien que encarna el estereotipo de “niño bueno” es posible que los individuos, incluida la víctima, fracasen a la hora de aplicar a la experiencia el concepto que sería más adecuado para el caso, es decir, el de “violación”. Para Falbo, este ejemplo involucra una IH que no depende de un déficit de recursos hermenéuticos, sino que es el resultado de una “colisión hermenéutica” entre dos recursos aparentemente excluyentes o irreconciliables. De este modo, un recurso disponible colectivamente no consigue ser aplicado donde más importa, porque existe otro concepto distorsionador que se le “adelanta” y satura la interpretación (Falbo 2022, 349–351).

conceptual, es posible que seamos víctimas de IH en la medida en que esas imágenes distorsionadoras estén informando nuestros intereses, deseos, percepción e identidades de una forma que resulte discriminadora, injusta y dañina para nosotros (Ayala-López 2022, 6, 7). Desde esta perspectiva, la faceta más siniestra de las IHs aparece cuando en el proceso de autoaplicarnos los conceptos que tenemos disponibles nos distorsionamos a nosotros mismos.

Las tres propuestas ponen de relieve que los recursos interpretativos colectivos no flotan en el vacío ni son independientes los unos de los otros, sino que están conectados a través de esquemas o redes complejos y dinámicos (Falbo 2022, 351), mapas conceptuales (Ayala-López 2022, 2) o estructuras nodulares sostenidas por relaciones inferenciales (Mason 2021, 253). Otra característica compartida es su énfasis en el tipo distorsionador de IH, que no aparece como tal en Fricker, y que podría resultar especialmente interesante para el caso del TLP.

Los pacientes, familiares y profesionales tienen a su disposición los conceptos de “*borderline*” y de “Trastorno Límite de la Personalidad” para señalar, identificar y hacer inteligible un determinado conjunto de experiencias, pero estos están tan íntimamente entrelazados al estigma que pesa sobre el cuadro y éste, a su vez, tan sumamente rodeado de controversias de distinta índole, que cabría plantearse si en algunos casos podría llegar a actuar como un recurso hermenéutico distorsionador. Por un lado, su presencia permite a los afectados dotar de inteligibilidad a su estado de maneras relevantes, especialmente de cara a dar sentido a sus vivencias y a conseguir acceso a tratamientos especializados y a distintos servicios sociales. Pero, por otro, lo hace a costa de patologizar su personalidad y de imponerles un estereotipo altamente negativo que aumenta el riesgo de que pierdan la esperanza en su recuperación, o de que reciban un trato inadecuado y discriminador, lo que podría conducir a un empeoramiento de su sintomatología (por ejemplo, al deteriorar todavía más su capacidad de CE y de mentalización). Esto concuerda con los datos de muchos de los estudios cualitativos que han analizado el impacto, tanto positivo como negativo, del uso de este diagnóstico en los pacientes (Nehls 1999; Aviram et al. 2006; NICE 2009; Horn, Johnstone y Brooke 2007; Lester et al. 2020).

2.1.3. Conexiones entre la injusticia testimonial y la injusticia hermenéutica

Una vez explicados los conceptos de IT e IH, podemos dar cuenta de las relaciones e interacciones entre ambas. Fricker apunta a que los efectos de la IH, tanto cuando afectan a la

inteligibilidad del contenido del testimonio de un hablante como a su estilo expresivo, podrían conducir a una “deflación desenfadada de la credibilidad” (Fricker 2017, 256). Esto sucedería porque el interlocutor, al intentar expresar una experiencia apenas comprendida, obtendría *prima facie* un juicio de credibilidad bajo que se sumaría al derivado del prejuicio identitario y contribuiría a reforzarlo. De este modo, el hablante sufriría un “doble agravio: la primera vez por el prejuicio estructural de los recursos hermenéuticos compartidos y la segunda por el oyente que realiza un juicio de credibilidad identitario prejuicioso” (Fricker 2017, 256).

José Medina ha llevado las relaciones entre la IT y la IH aún más lejos, hasta el punto de afirmar que no puede haber IT sin IH (Medina 2011, 27). Defiende que en el imaginario social existen experiencias visibles, plausibles y comprensibles para la mayoría, mientras que otras resultan inverosímiles, invisibles e ininteligibles. Al mismo tiempo, ese imaginario social puede dotar a ciertas voces y perspectivas de una credibilidad y autoridad epistémicas excesivas, y despojar a otras de la que merecerían. El primer elemento es hermenéutico, mientras que el segundo es de naturaleza testimonial. Por tanto, Medina señala que el imaginario social afecta *simultáneamente* a las capacidades hermenéuticas y testimoniales, que no pueden entenderse por separado. Los sujetos marginados hermenéuticamente no podrán dar sentido a sus experiencias sociales o encontrarán todo tipo de obstáculos para ello, por lo que accederán a las interacciones comunicativas desde una posición desfavorecida y conceptualmente mal equipados, con una mayor propensión a ser mal o insuficientemente comprendidos. Un imaginario social injusto hermenéuticamente producirá incapacidad para ver o escuchar ciertas cosas, bolsas localizadas de ignorancia que reducirán drásticamente las aptitudes comunicativas y epistémicas de los grupos discriminados (Medina 2011, 27 y 28). Hay una relación estrecha, de este modo, entre IH e IT: pues “cuando la justicia hermenéutica falla, siguen las injusticias testimoniales” (Medina 2011, 28).

De nuevo, tener en cuenta dicha relación es importante para analizar cualquier instancia de IE, pero puede resultar especialmente relevante para el caso del TLP, en el que lo más común será que los pacientes no cuenten con suficientes recursos para comunicar sus experiencias, que su estilo expresivo sea percibido como irracional, sintomático o exagerado, o que existan imágenes controladoras, como la del loco o el “paciente difícil”, socavando una y otra vez su credibilidad y capacidad de agencia epistémica. En ambos casos, no será inusual que los profesionales y familiares a su cargo fracasen al valorar la credibilidad que merecerían sus reportes en base a la evidencia o que, en el peor de los escenarios, ni siquiera lleguen a tomarlos en cuenta y los interpreten como poco más que una “secreción” verbal, manifestación involuntaria de la patología subyacente.

2.1.4. *Los daños de la injusticia epistémica*

En su obra, Fricker distingue entre daños primarios y secundarios, tanto de la IT como de la IH, aunque otros autores han propuesto fórmulas alternativas. Kidd, Spencer y Carel señalan que la mayoría de estos modelos caracterizan el daño principal de la IE, o bien en términos de la producción de una “subjetividad truncada”, o bien como forma de cosificación epistémica, o como una combinación de ambas (Kidd, Spencer y Carel 2023, 4 y 5). De forma general, podríamos decir que los daños derivados de sufrir una IE se componen de una dimensión epistémica y de otra práctica.

Daños primarios o principales

Los daños primarios de la IE son específicamente epistémicos: la víctima “sufre un agravio en su capacidad como sujeto de conocimiento”, lo que significa “sufrir una lesión en una capacidad esencial para la dignidad humana” (Fricker 2017, 82). Fricker los denomina “primarios” porque son inherentes o intrínsecos a este tipo de injusticia (Fricker 2017, 46), de modo que parte importante de la definición de la IE es que produce estos daños.

En el caso de la IH, el daño primario es “la exclusión del sistema de aportación de saber al fondo común de conocimiento debido al prejuicio identitario estructural en los recursos hermenéuticos colectivos”, que afecta a lo que se trata de decir y a cómo se dice (Fricker 2017, 259, 260), y que se concreta a través de lagunas hermenéuticas que suponen una desventaja injusta para los afectados, cuya experiencia queda como algo “apenas inteligible” tanto para su comunidad como para ellos mismos (Fricker 2017, 140).

En el caso de la IT, el sujeto es agraviado como portador de conocimiento, ya que, al recibir injustamente un juicio de credibilidad disminuido, se le priva de la oportunidad de contribuir en calidad de informante a las actividades de producción de conocimiento. Esto implica privar al individuo “de un determinado tipo de respeto fundamental” ligado a su reconocimiento como *sujeto* de conocimiento, por lo que queda degradado a objeto o estado de cosas pasivo, a *mera fuente* de información para los que sí pueden ocupar la posición de concedores activos (Fricker 2017, 216).

Según Fricker, esta degradación supone una forma de cosificación epistémica, a la que ya aludimos anteriormente, e involucra una negación de la agencia epistémica del agraviado.

Pero McGlynn señala que no es necesario que alguien sea considerado como un “estado de cosas pasivo” para que se produzca una IT. Es decir, es posible reconocer un grado considerable de agencia epistémica a un hablante y, aun así, dañarlo en su capacidad como informante. Por tanto, propone ampliar el concepto de cosificación epistémica a través del modelo de cosificación de Nussbaum (1995), de manera que pueda dar cuenta de todos aquellos casos²⁵ en los que, aunque no se produce una negación total de la agencia, sí cabe hablar de objetivación (McGlynn 2021, 13–16).

Por otro lado, otros autores rechazan directamente que la cosificación epistémica sea el daño primario de la IE, e incluso afirman que es necesario que el individuo sea tratado como *sujeto* para que se produzca (Pohlhaus 2014). Desde esta perspectiva, el problema aparece porque ciertos grupos sociales han sido definidos como una otredad, como “semi-sujetos” o sujetos derivados. En el contexto epistémico, esto supone que las prácticas epistémicas de ciertos grupos sociales sólo sean permitidas y tenidas en cuenta en la medida en que reconocen, afirman y mantienen las de las subjetividades dominantes. En este sentido, sí se les reconocen experiencias propias, intereses, deseos y capacidades epistémicas, pero se los trata como si no tuvieran nada “único” y original que aportar a la comprensión comunitaria del mundo a través de sus prácticas. Su perspectiva, sus intereses, deseos, proyectos... son sistemáticamente ignorados, incomprendidos, devaluados o directamente censurados si caen fuera del ámbito de interés de los sujetos dominantes, como si su existencia y su trabajo epistémico no fueran más que un espejo o la sombra de estos (Pohlhaus 2014, 105 y 106). De este modo, los grupos marginalizados ocupan una posición intermedia entre el sujeto pleno y el objeto inerte al que alude Fricker. En tanto que sujetos, son capaces de participar en las prácticas epistémicas de la comunidad y de beneficiarse parcialmente de ellas. En tanto que sujetos derivados, y de manera similar a los objetos, su experiencia del mundo y sus intereses epistémicos particulares no son tenidos en cuenta salvo cuando son rentabilizables por las subjetividades privilegiadas, por lo que el daño primario de la IE podría redefinirse como la incapacidad de decidir qué dirección, que objetivos perseguir con el trabajo epistémico propio, es decir, como una relegación al papel del “otro epistémico” (Pohlhaus 2014, 107).

²⁵ Por ejemplo, también es posible dañar la agencia epistémica de alguien, sin negarla, cuando sólo se le permite ocupar la posición de informante y nunca la de “interrogador” (Medina 2021, 204, citado en McGlynn 2021, 6) o mediante excesos de credibilidad que derivan de estereotipos prejuiciosos, como el de asumir que todas las personas asiáticas son diestras en matemáticas (Davis 2016, 487, citado en McGlynn 2021, 9 y 10).

Un aspecto común al daño primario de la IT y de la IH es que ambas pueden llegar a afectar a la construcción de la identidad de los sujetos, de maneras que podrían limitar el desarrollo mismo del yo (Fricker 2017, 52; 141). Según Fricker, refiriendo a la obra de Bernard Williams que mencionamos en el capítulo 1, la IT excluye al sujeto “de la conversación fiable y confiada”, que es un proceso esencial para la psicología del individuo y su estabilidad mental. Pero, además, en el caso central, lo hace en virtud de la identidad social del hablante, es decir, menoscaba su capacidad como portador de conocimiento justificándose precisamente en *quién* es él²⁶ (Fricker 2017, 53 y 54). De igual modo, la IH puede afectar a la formación de la identidad –*distorsionarla*, si nos atenemos a la terminología de Mason (2021), Ayala-López (2022) o Falbo (2022)– cuando el yo del sujeto se forma “a través de la lente” de las interpretaciones sociales autorizadas y de los significados respaldados colectivamente acerca de lo que supone ser el tipo de persona que es, cuando estos van directamente contra sus intereses (Fricker 2017, 141–146).

Ambos casos ponen de relieve que el prejuicio identitario puede tener la capacidad de autocumplirse, cuando la víctima de la IE “acaba socialmente constituida precisamente como el estereotipo que la representa (como se la considera desde el punto de vista social), y/o se acaba causando que de hecho termine pareciéndose al estereotipo prejuicioso que opera contra ella” (Fricker 2017, 55). Este fenómeno ha recibido el nombre de “profecía autocumplida” (Merton 1948) y podría estar muy relacionado con lo que Swann denomina “procesos de autoverificación” o de “negociación de la identidad” (Swann 1987; 2012; Chen y Bargh 1997).

La presencia e influencia de las profecías autocumplidas y de los procesos de autoverificación ha sido analizada en el ámbito de la psicoterapia, y hay estudios que afirman que las expectativas de los terapeutas y profesionales pueden influir notablemente en la conducta de sus pacientes, en el pronóstico clínico, en el desarrollo de la relación terapéutica y en la identificación del paciente con su etiqueta diagnóstica (Krauss 1968; Hahn 1999; Weinberger y Eig 1999; Tambling 2012). Esto podría suponer que los diagnósticos generasen expectativas “predeterminadas” en los terapeutas que a su vez indujeran comportamientos confirmatorios en los pacientes (Tandos y Stukas 2010, 253). Este podría ser exactamente el caso con el TLP, como ya mencionamos en el apartado dedicado al estigma²⁷.

²⁶ Este proceso parece muy similar al que sufren las personas con TLP por la disrupción de la CE y de la capacidad para mentalizar por su exposición a experiencias adversas reiteradas (Luyten, Fonagy y Campbell 2019).

²⁷ Fonagy también ha hecho alusión al fenómeno del poder constructivo de los estereotipos, que sostiene que es común *entre sus pacientes*. En nuestras interacciones sociales compararíamos constantemente la imagen que tenemos de nosotros mismos con la que imaginamos y percibimos que podrían tener los demás, buscando que ambas coincidan. Esta coincidencia aumenta la confianza en el otro, porque nos hace sentir que somos entendidos por él como nosotros mismos nos entendemos. Esto significa que, cuando tenemos una autoimagen negativa o

Daños secundarios

Respecto a los daños secundarios de la IE, Fricker escribe que se componen “de un abanico de posibles desventajas conexas, extrínsecas a la injusticia primaria por cuanto son causadas por ella más que formar propiamente parte de ella” (Fricker 2017, 86) y que se dividen entre daños prácticos y epistémicos. Una diferencia fundamental con los daños primarios es que estos son contingentes, es decir, no estarán presentes necesariamente en caso de que se produzca una IE.

Los daños secundarios *epistémicos* de la IT pueden implicar un deterioro real de las aptitudes epistémicas de los sujetos, que trunquen su desarrollo intelectual y que los lleven a una *pérdida general de CE*²⁸ (Fricker 2017, 90 y 91). De igual manera, los daños secundarios epistémicos de la IH podrían incluir la pérdida de la fe “en la propia capacidad para comprender el mundo”, y ésta podría conducir, nuevamente, a una pérdida literal de conocimiento e impedir “adquirir determinadas virtudes epistémicas importantes” (Fricker 2017, 261).

Los daños secundarios *prácticos*, por otro lado, son más difíciles de concretar. Podrían ir desde desventajas judiciales, como en el ejemplo de Tom Robinson, a desventajas profesionales (Fricker 2017, 48), obstáculos en la trayectoria laboral, pérdidas económicas, síntomas físicos de estrés (Fricker 2017, 140), etc.

2.2. Otros conceptos y perspectivas acerca de la injusticia epistémica

Con la consolidación de los estudios sobre IE, se han identificado nuevos tipos. No podemos realizar aquí un examen exhaustivo, pero sí querríamos mencionar los que consideramos más importantes de cara a comprender el ejemplo que nos ocupa y, en general, aquellos que podrían ser más frecuentes en el ámbito de la psiquiatría y la psicología clínicas. Para ello, nos basaremos en la revisión sistemática realizada por Kidd, Spencer y Carel (2022), que dividen las investigaciones realizadas sobre IE en éste área en tres periodos principales:

- I. Un periodo inicial que determinó que las personas con afecciones psiquiátricas son inusual o distintivamente vulnerables a sufrir IEs, debido principalmente a

nociva, incluso si está completamente injustificada, podemos tender a confiar más en aquellos que “activen” y ratifiquen en mayor grado esa imagen (Duschinsky, Collver y Carel 2019, 225).

²⁸ Nuevamente hay que subrayar los parecidos de familia con los efectos que destaca Fonagy por la interrupción de la CE en los pacientes diagnosticados con TLP.

los efectos de éstas sobre sus habilidades cognitivas e interpersonales, al privilegio epistémico otorgado a la evidencia científica y al lenguaje en tercera persona sobre la enfermedad, y a los estereotipos negativos y estigmatizantes que rodean a estas patologías (Kidd, Spencer y Carel 2022, 5 y 6). Para los autores, este periodo temprano de investigación contribuyó a confirmar la vulnerabilidad de este grupo social, pero también mostró la necesidad de adaptar las herramientas conceptuales del marco de las IEs para su utilización en el ámbito específico de la psiquiatría (Kidd, Spencer y Carel 2022, 8).

- II. Un segundo periodo, que incluye las investigaciones más recientes, destacado por el análisis de casos específicos. Otros autores también han comenzado a estudiar las prácticas epistémicas propias de la psiquiatría y la psicología, incluidas las relativas a la clasificación, diagnóstico, consulta y tratamiento, que podrían estar relacionadas etiológicamente con las IEs en este ámbito (Kidd, Spencer y Carel 2022, 12), y lo que los pacientes psiquiátricos han hecho y/o podrían hacer para resistirlas y combatirlas (Kidd, Spencer y Carel 2022, 12 y 13).
- III. Finalmente, los autores hablan de un tercer periodo en relación a futuras investigaciones, alentando a profundizar en distintos campos como, por ejemplo, el estudio de los prejuicios identitarios asociados a ciertas enfermedades psiquiátricas específicas, o a la imbricación de estos con sistemas más amplios de discriminación, estigma y exclusión como el sexismo, el racismo o la transfobia (Kidd, Spencer y Carel 2022, 18). En este sentido, mencionan expresamente el caso del TLP como un ejemplo en el que se solapan los estereotipos negativos asociados a la enfermedad psiquiátrica y a ser mujer (Kidd, Spencer y Carel 2022, 19). También apuntan a la necesidad de problematizar las prácticas de autoridad epistémicas distintivas de este ámbito, donde está ampliamente normalizado ocultar información o suspender las normas epistémicas habituales de reciprocidad (Kidd, Spencer y Carel 2022, 20).

Una vez presentado el marco general, comentaremos algunos tipos de IE cuya aplicación al caso del TLP podría resultar especialmente útil e iluminadora.

2.2.1. Silenciamientos

En primer lugar, podríamos hablar de un grupo de IE o de “opresiones testimoniales” (Dotson 2011, 242) específicamente vinculadas a procesos de silenciamiento. Una de ellas es la “asfixia testimonial” (AT), un tipo de silenciamiento *forzado* que se produce cuando el hablante omite preventivamente su testimonio o partes del mismo al percibir que su audiencia, a causa de su ignorancia situada y perniciosa, da muestras de que podría no recibirlo adecuadamente, o de que su transmisión podría suponerle un riesgo (Dotson 2011, 244).

Por otro lado, existe otro tipo de silenciamiento, el “vacío testimonial” (VT) (Carmona Escalera 2021), que pone de manifiesto que las ITs pueden ser cometidas por parte de los hablantes hacia sus oyentes potenciales. Éstas tienen lugar cuando los hablantes retienen su testimonio, como en el caso de la AT, pero porque asumen, injustificada y prejuiciosamente, que su audiencia no será capaz de hacer nada epistémicamente relevante con su aportación, es decir, por considerar que no está “a la altura” en virtud de su grupo social (Carmona Escalera 2021, 577). En este caso, el oyente es perjudicado como conocedor porque el hablante, debido a sus prejuicios, le impide desarrollar partes relevantes de su actividad epistémica. Al no exponerlo a ciertos contenidos por motivos discriminatorios, no lo reconoce como sujeto epistémico de pleno derecho (Carmona Escalera 2021, 579). En los casos más graves, el VT será sistemático y persistente, es decir, el grupo social agraviado será percibido de manera generalizada como intelectualmente inferior. Así, el VT no se produce por una evaluación sesgada de la credibilidad sino de la *aptitud* epistémica del grupo afectado (Carmona Escalera 2021, 582).

Ambos tipos de silenciamiento son especialmente interesantes para aplicarlos al estudio de las IEs en el entorno clínico, especialmente en el área de salud mental. En el caso específico del TLP, no sería de extrañar que muchos de los pacientes se guardasen sus opiniones reales²⁹ acerca de su tratamiento, de su estado anímico, de su evolución... al percibir el trato estigmatizante de los profesionales, poco cuidadoso e incluso hostil. Esto supone una pérdida epistémica especialmente relevante para los sanitarios que trabajan con esta población, que sin los datos relevantes no pueden desarrollar convenientemente su labor. También supone un daño, tanto epistémico como práctico, para los pacientes que desconfían de quienes supuestamente

²⁹ En un estudio realizado en Noruega con 171 participantes para estudiar el porcentaje de ocultamiento de la ideación suicida por parte de los pacientes psiquiátricos, los que tenían un diagnóstico de TLP obtuvieron el mayor de los porcentajes (Høyen et al. 2022).

están para ayudarles, lo que puede llegar a obstaculizar la eficacia de la terapia (Nehls 1999; Horn, Johnstone y Brooke 2007; Lester et al. 2020).

En lo que respecta al VT, hay evidencia de que muchos profesionales ocultan el diagnóstico a los pacientes (Horn, Johnstone y Brooke 2007; Sisti et al. 2016; Perkins et al. 2018; Lester et al. 2020); a menudo por asumir que conocerlo los dañará. Esta retención podría estar justificada si verdaderamente ayudase a los pacientes, pero parece que el efecto es justo el opuesto al pretendido (Courtney y Makinen 2016; Sims, Nelson y Sisti 2022). Ocultar el diagnóstico confunde a los pacientes, aumenta su sensación de aislamiento, rechazo e incomprensión, su rabia y desconfianza, refuerza su autopercepción distorsionada (Lester et al. 2020, 272) y puede desembocar en lo que Carel denomina “aislamiento epistémico” (Kidd, Spencer y Carel 2022, 20). Esto se suma a los daños netamente epistémicos: no pueden documentarse sobre lo que les sucede o tomar decisiones verdaderamente informadas, por lo que se les impide ejercer su agencia epistémica.

2.2.2. *Autoproclamado portavoz*

Otra IE que puede ser habitual hacia las personas con diagnósticos psiquiátricos es la del “autoproclamado portavoz” (AP) (Steers-McCrum 2020). Ésta se produce cuando una persona o grupo se erigen como “representantes” de otro para hablar en su nombre *sin su autorización*, lo que les priva de la oportunidad de hacerlo por sí mismos, de expresar sus experiencias a su manera (Steers-McCrum 2020, 241 y 242). Como señala Fricker, para que la participación en la comunidad epistémica sea plena, es preciso poder *compartir* las propias ideas, realizar contribuciones epistémicas y no sólo recibirlas (Fricker 2015, 76, citado en Steers-McCrum 2020, 242). Por ello, el AP, al “reemplazar” a los directamente implicados y posicionarse por ellos, les arrebató el acceso a una dimensión fundamental del florecimiento humano (Fricker 2015, 74).

Esto es justo lo que sucede cuando asociaciones, familiares, profesionales... se autoerigen como representantes de los pacientes, de sus proyectos, metas e intenciones, y determinan por ellos, exhaustivamente, aspectos tan personales como cuáles son las mejores maneras de nombrar su experiencia, de lidiar con su sufrimiento, o incluso cómo sienten y vivencian sus propios síntomas (Scrutton 2017, 349). En este sentido, Bueter ha argumentado que la exclusión de los pacientes del trabajo taxonómico en psiquiatría constituye una forma de IT anticipada (Bueter 2019, 1071), pero también podría ser un caso de AP.

Esta exclusión supone una pérdida epistémica para toda la sociedad (Bueter 2019, 1066). En primer lugar, porque muchas de las decisiones que se discuten en los procesos de revisión de los diagnósticos psiquiátricos tienen que ser tomadas en ausencia de explicaciones etiológicas validadas o de biomarcadores fiables. En este aspecto, la perspectiva de los pacientes podría ser muy valiosa para comprender con mayor profundidad la naturaleza de estas patologías, que resultan poco accesibles a las pruebas empíricas típicas de otras disciplinas médicas (Bueter 2019, 1066 y 1067). Por otro lado, los pacientes deberían tener algo que decir respecto a las nomenclaturas convenidas, que en este caso tienen un enorme potencial estigmatizante. Son ellos los que deben lidiar con estas etiquetas día tras día, a veces durante toda la vida, por lo que ignorar sus aportes respecto a cómo desearían ser nombrados constituye un problema grave (Bueter 2019, 1067). Así, incorporar el conocimiento en primera persona de los afectados podría servir como un medio para corregir los criterios diagnósticos implícitamente cargados de valores, inexactos y/o incompletos que, por desgracia, caracterizan el estado actual de la psiquiatría (Bueter 2019, 1072).

Serife Tekin (2022, 1171 y 1172) pone de manifiesto que cuando se investigan fenómenos complejos estrechamente vinculados a la subjetividad de las personas a las que se trata, a su fenomenología y experiencia interna, no cabe otro criterio general de objetividad que el establecido a través de un proceso de negociación *participativo e interactivo*. Los relatos de los pacientes son fundamentales para comprender de forma precisa la naturaleza de estas patologías, pero también para diseñar tratamientos eficaces (Tekin 2022, 1171), por lo que para producir una visión completa de estas enfermedades deberían ser incluidos junto a la práctica clínica y la investigación científica. Para Tekin, integrar a los pacientes en el proceso de revisión del DSM supondría una mejora de la epistemología psiquiátrica en general (Tekin 2022, 1174).

2.2.3. Ignorancia hermenéutica deliberada e injusticia contributiva

En relación a esto último, cuando los individuos pertenecientes a los grupos epistémicamente privilegiados, en un gesto de ignorancia hermenéutica deliberada³⁰, eligen emplear recursos hermenéuticos prejuiciosos o deficientes, cuando podrían utilizar otros más

³⁰ La ignorancia hermenéutica deliberada tiene lugar cuando los miembros de los grupos sociales dominantes descartan o ignoran los recursos interpretativos creados por los miembros de los grupos marginados para conceptualizar y describir sus experiencias. Así, incluso cuando esos recursos son ampliamente utilizados entre los miembros de la comunidad afectada, la laguna persiste a nivel intercomunitario (Pohlhaus 2012).

precisos, desarrollados por los miembros de las comunidades subordinadas implicadas, podrían estar cometiendo una “injusticia contributiva” (IC) (Dotson 2012). De esta manera, aquellos en las posiciones dominantes impiden que los grupos marginados contribuyan a enriquecer el repertorio hermenéutico colectivo. Para Mason, esta es una de las formas en que las lagunas y las distorsiones, que más tarde dan lugar a las IHS, son introducidas y mantenidas en los recursos hermenéuticos colectivos (Mason 2021, 255).

Tate ha señalado que las IC son frecuentes en psiquiatría. Él ha utilizado el ejemplo de cómo la interpretación de la escucha de voces ha sido saturada por la perspectiva médica, cuando existen numerosos marcos alternativos desarrollados por los propios escuchantes que deberían ser tomados en cuenta (Tate 2018, 2). El autor sostiene que esta ignorancia alerta de un fracaso a la hora de comprometerse con los pacientes como agentes epistémicos plenos, de relacionarse con ellos de una manera atenta y recíproca. Esta ignorancia sería deliberada, en el sentido de Pohlhaus, en tanto que mostraría que los profesionales consideran *por defecto* a sus pacientes como “meros objetos de su indagación”, en lugar de atender a las particularidades y capacidades de cada usuario, sin concebir la posibilidad de integrarlos como participantes activos en la búsqueda de un diagnóstico y tratamiento adecuados (Crichton et al. 2017, 67 citado en Tate 2018, 2).

En el caso del TLP, Sullivan ha investigado cómo las explicaciones de los pacientes sobre sus conductas autolíticas son persistentemente ignoradas o infravaloradas por los sanitarios, que suelen interpretarlas como manipulaciones o llamadas de atención y que intentan “prohibirlas” o detenerlas en seco, sin atender al papel que podrían estar desempeñando para el paciente. Existen alternativas a los modelos puramente clínicos, patologizantes y estigmatizantes sobre la autolesión, con vocabulario y conceptos desarrollados por las personas afectadas, que no son tenidos en cuenta por muchos profesionales cuando tratan con esta realidad tan compleja (Sullivan 2019, 357).

Por ejemplo, muchas personas han manifestado que no cuentan con herramientas mejores a su alcance para lidiar con el trauma o comunicar su dolor, y que privarlas completa y abruptamente de esa posibilidad ha empeorado todavía más su estado (Sullivan 2019, 359). Potter también argumenta que es necesario que los profesionales alienten a los pacientes con TLP a verse a sí mismos como potenciales concededores, precisamente permitiéndoles determinar lo que están queriendo comunicar –y lo que no– con sus comportamientos autolesivos, en lugar de imponerles su visión (Potter 2009, 97 y 98). Esto no significa aceptar acríticamente cualquier gesto autolítico, o no actuar para minimizar sus daños, pero sí dejar de

imponerles interpretaciones que resultan enormemente estigmatizantes, y que no tienen en cuenta el sentido que podrían tener para el paciente.

2.2.4. *Injusticia explicativa*

La “injusticia explicativa” se produce cuando un individuo explica la acción de otro reemplazando sus razones motivadoras por otras de tipo causal, como si aquélla fuese un efecto natural inevitable y no el resultado de un ejercicio activo de su agencia. Esto podría suceder, por ejemplo, cuando en el contexto de una discusión uno de los implicados atribuyese el comportamiento del otro a su temperamento, a los efectos de una medicación... (Mitova 2020, 713), en lugar de atender a las auténticas razones—que acaba de insultarlo, que le ha sido infiel, que lo ha tratado de manera injusta...— que han *motivado* su acción. Cuando esta sustitución se produce por un prejuicio identitario, como ha sucedido históricamente con las mujeres o con los pacientes psiquiátricos, el efecto desempoderante de este reemplazo constituye un tipo de IE, ya que el perpetrador transforma injustamente en elementos irracionales o arracionales las razones perfectamente racionales de su interlocutor para actuar (Mitova 2020, 718), como si se tratase de una criatura “a merced de meras causas”, sin creencias propias, más parecido a un termómetro que a un agente (Mitova 2020, 721).

Por desgracia, este tipo de injusticias parecen comunes hacia pacientes con diagnóstico de TLP, especialmente cuando son mujeres, algo que ya comentamos al citar el trabajo de Wirth-Cauchon y la asimilación de la rabia del TLP a las erupciones volcánicas u otros fenómenos naturales (Wirth-Cauchon 2001, 187 y 188). Esto también ha sido señalado por otras autoras como Nancy Potter (2009) o Astrid Fly Oredsson (2021). Cuando las expresiones de ira de pacientes son sistemáticamente interpretadas como inapropiadas y patológicas, sin atender jamás a los posibles motivos subyacentes, su credibilidad se ve indebidamente socavada. Pero, además, se les está inhibiendo para expresar una emoción que es básica para poner límites y denunciar abusos. Esto, a la larga, puede llevarles a perder la fe en su capacidad para detectar cuándo están siendo objeto de injusticias y para actuar en consecuencia (Oredsson 2021). Por tanto, tampoco se les reconoce capacidad para razonar ni para ser agentes morales plenos (Potter 2009, 37).

Al mismo tiempo, paradójicamente, este grupo suele ser responsabilizado por algunas de sus expresiones sintomáticas, especialmente por sus autolesiones, que los profesionales tienden a interpretar como intentos de manipulación al margen de las explicaciones de los

pacientes (Kyratsous y Sanati 2017, 979). En este caso, lo que se produce es una situación inversa, pero estrechamente relacionada con la de la injusticia explicativa y lo que Mitova denomina “confabulación”, que implica explicar una acción por razones motivadoras –las que requieren de la intención y del ejercicio racional de la agencia del actor– cuando realmente no las hay (Mitova 2020, 712). En estos pacientes, por tanto, confluyen las atribuciones erróneas de conocimiento –saben lo que hacen y por eso manipulan (Kyratsous y Sanati 2017, 979)– con las de desconocimiento –sus enfados son fruto de su patología, involuntarios e inconscientes; no existen razones motivadoras que los expliquen racionalmente (Oredsson 2021)–, por lo que se les desacredita tanto cuando afirman saber lo que hacen como lo contrario.

2.2.5. Injusticia epistémica pathocéntrica

La última IE que recogeremos aquí amplía el ámbito de ocurrencia de las IEs a objetos teóricos abstractos no agenciales, además de a individuos, grupos e instituciones. Kidd y Carel (2018, 2019) han sugerido que podrían existir concepciones teóricas epistémicamente viciadas que integrasen la IE en su propio esqueleto conceptual, de modo que éstas se producirían *a pesar de* las interacciones personales y de las intenciones de los individuos. Esto está en relación con la IT estructural que nombramos anteriormente, pero se centra específicamente en cómo ciertos paradigmas de la salud y la enfermedad, concretamente el naturalista y el biomédico, fomentan por sí mismos IEs por las prácticas, estructuras sociales, arreglos institucionales e interpretaciones a través de las que se expresan y materializan, y por aquellas que imposibilitan.

Los autores se centran principalmente en cómo *este marco teórico* resulta epistémicamente injusto al privilegiar ciertos estilos de expresión y de lenguaje –el de los expertos: técnico, complejo, inaccesible, positivista y objetivo– en detrimento de otros –el de los propios enfermos: subjetivo, narrativo, anecdótico, a menudo discontinuo y emocional (Kidd y Carel 2019, 160). La medicina “alopática” o convencional está gobernada por una concepción naturalista de la salud que privilegia los conceptos, las teorías y la terminología de la ciencia natural, y que define la enfermedad en base a criterios de funcionalidad y disfuncionalidad biológica determinados por normas estadísticas dentro de una clase de referencia³¹. Esta concepción aspira a ofrecer una definición desprovista de valores morales,

³¹ Para un resumen de las críticas a las limitaciones de este modelo, consultar Stegenga, J. (2018). *Medical Nihilism*. Oxford University Press. 25–29.

contextuales y subjetivos, lo que para Kidd y Carel podría actuar como una fuente de IEP (Kidd y Carel 2019, 163).

Es preciso señalar que en ningún momento defienden eliminar o deshacerse del modelo naturalista o de las herramientas y recursos que proporciona la ciencia. Lo que pretenden es criticar que sus términos se tomen por exhaustivos, como si pudieran agotar todo lo que cabe saber sobre la salud y la enfermedad, de manera que sólo los expertos estuvieran legitimados para dar cuenta de un fenómeno que es enormemente complejo, que altera profundamente la experiencia del cuerpo, de la identidad y del mundo de las personas que lo viven, y que podría ser incomparable a ningún otro³². Privilegiar de semejante forma el modelo naturalista conduce a que formas alternativas de conceptualizar y de entender la enfermedad sean sistemáticamente excluidas, rechazadas, denigradas, marginadas o infravaloradas (Kidd y Carel 2019, 165), lo que constituye la causa primaria de la IEP. Al no admitir ninguna otra concepción como epistémicamente válida o relevante, se empobrece al extremo la gama de recursos hermenéuticos disponibles para comprender, explicar y comunicar las experiencias ligadas a la enfermedad. Las instituciones y los sistemas sanitarios de la mayor parte del mundo industrializado están estructurados de tal forma que promueven formas de pensamiento que excluyen por principio la perspectiva del paciente. Adoptar la concepción naturalista de forma unilateral *requiere del ejercicio de actitudes epistémicamente injustas* que, por la organización misma del marco, están llamadas a ignorar las voces de todos aquellos que no son expertos (Kidd y Carel 2019, 166).

³² Carel y Kidd (2016; 2020) han caracterizado la enfermedad como una “experiencia transformadora” en el sentido de L. A. Paul (2014). Ella señala que lo característico de estas experiencias es que son personal y epistémicamente transformadoras porque enseñan cosas que no pueden aprenderse de otro modo (Paul 2014, 10). En consecuencia, incorporar la perspectiva en primera persona resultaría valioso e *indispensable* para ofrecer un conocimiento completo de este tipo de vivencias.

3. Los efectos de la injusticia epistémica en el caso del TLP

En el punto anterior hemos tratado varios casos de IEs específica y manifiestamente relacionados con el TLP. Por otro lado, el libro de Nancy Potter *Mapping the edges and the in-between* (2009), aunque no utiliza en ningún momento las herramientas conceptuales de Fricker, recurre a otras similares para acentuar la necesidad de que los profesionales que trabajan con este grupo adopten una postura epistémicamente más abierta y humilde (Potter 2009, 98), de que fomenten su agencia epistémica tomándolos en cuenta como interlocutores (Potter 2009, 120), y de que se cuiden de desestimar por defecto sus testimonios (Potter 2009, 46). La autora insiste en que deben permanecer alerta ante la posibilidad de que ciertas concepciones estigmatizantes estén filtrando sus interacciones con los pacientes, y esforzarse por cultivar su confiabilidad como fuentes de conocimiento y cuidado, crucial para su recuperación (Potter 2009, 120).

Todo esto nos permite afirmar, como indicamos en la introducción de este trabajo, que el interés por las conexiones entre esta patología y la IE es alto y va en aumento. En lo que resta de trabajo no nos centraremos ni en identificar más episodios de IE hacia estos pacientes, ni en justificar por qué constituyen un grupo especialmente vulnerable a sufrirlas, algo que ya ha sido abordado suficientemente. Por el contrario, trataremos de mostrar en qué medida sus efectos podrían resultar *particularmente nocivos* para ellos, dadas las características concretas del cuadro. Para ello, nos basaremos especialmente en la teoría de la mentalización y la CE de Fonagy, que ya introdujimos en el capítulo 1, en el estudio de Nancy Potter (2009), y en algunas investigaciones cualitativas sobre lo que sienten los pacientes acerca del diagnóstico y sus implicaciones.

3.1. La gravedad de la injusticia epistémica en el caso del TLP a la luz de la teoría de la mentalización y la confianza epistémica

Por una cuestión de claridad, dividiremos el apartado en la gravedad que podrían revestir las ITs, por un lado, y las IHs por otro, aunque en la práctica lo más común sería que se solaparan. En cualquier caso, los daños serían indisociables. Además, cabe recordar, como se mencionó en el capítulo 1, que uno de los mayores problemas de estos pacientes es la alta tasa de abandono de los tratamientos, la consecuente falta de efectividad de los mismos y la posible cronificación de su estado de crisis, que no se corresponden con el pronóstico natural

favorable de la enfermedad. Esta discrepancia ha llevado a muchos autores a analizar qué características de la actitud de los profesionales y de los tratamientos pueden estar imposibilitando su seguimiento y cuáles, por el contrario, lo fomentan. Consideramos que el marco de las IEs y todo su aparatage conceptual podrían ser útiles para continuar dilucidando estos factores perjudiciales y contraproducentes, así como los beneficiosos, de cara a continuar mejorando el abordaje y el conocimiento de esta enfermedad.

3.1.1. La injusticia testimonial

En el capítulo 1 de este trabajo presentamos la hipótesis sobre la etiología y naturaleza del TLP centrada en la mentalización, según la cual estas personas presentan dificultades particulares para mentalizar y mantener unos niveles de CE saludables y razonables. A menudo desarrollan patrones de hipervigilancia y desconfianza o, en el polo opuesto, pero no por ello menos disruptivo, una excesiva credulidad (Luyten, Campbell y Fonagy 2018, 11). Esto obstaculiza seriamente su aprendizaje del mundo social y su integración en el mismo. Su alerta y vigilancia constantes los encierran en un estado de “petrificación epistémica” y de marcada rigidez cognitiva (Fonagy, Luyten y Allison 2015). Como desconfían de otros agentes casi por defecto, dejan de ser capaces de modificar sus creencias, de reevaluarlas, de contrastar información con otros interlocutores, o incluso de detectar cuándo cierto contenido es o no relevante para ellos. En definitiva, lo que caracterizaría a estos pacientes es una *incapacidad generalizada y persistente para la CE*.

Como también mencionamos, esta incapacidad surge como una *estrategia de adaptación* a una situación adversa continuada en el tiempo. Es producto de la interacción entre vulnerabilidades genéticas, temperamentales y ambientales, especialmente de las experiencias tempranas de invalidación, maltrato, negligencia emocional, pobreza, *bullying*... que pueden desembocar en un cuadro de trauma complejo, presente hasta en un 90% de los pacientes diagnosticados con TLP (Luyten et al. 2018, 4–6). La suspensión de la CE aparece, por tanto, como un mecanismo de defensa para lidiar con estas circunstancias. En el proceso, el individuo pierde su sensibilidad a las señales ostensivas que le permitirían adoptar una postura abierta a las potenciales enseñanzas de los demás (Luyten et al. 2018, 11). En consecuencia, termina sintiéndose incomprendido, alienado y aislado, y ve gravemente mermada su capacidad para la comunicación y la cognición sociales, esenciales para la recalibración y estabilidad de la propia mente (Luyten et al. 2018, 11).

Luyten et al. señalan que la petrificación, la inflexibilidad o rigidez típicas de estos pacientes, dada su estabilidad y resistencia al tratamiento, han sido tradicional y *erróneamente* atribuidas a su carácter intrínseco o identidad. Desde este enfoque, que las concibe como el producto de una estrategia de adaptación que se ha vuelto desadaptativa, estos rasgos reflejarían problemas *en la comunicación y no de la personalidad*. Las intervenciones, por tanto, deberían ser rediseñadas para desactivar los mecanismos que continúan alimentándolos. El TLP no reflejaría un “fallo” en la personalidad del paciente, sino una ruptura de su capacidad para establecer relaciones positivas con los demás. El paciente *no es intrínsecamente* hermético o inflexible, sino que resulta difícil llegar a él porque no confía en la veracidad, confiabilidad y relevancia de lo que le dicen. El TLP sería, por tanto, “un estado de inaccesibilidad social” *temporal y corregible* a través de intervenciones que consiguieran restaurar esa capacidad para la CE (Fonagy, Luyten y Allison 2015, 592).

Esto significa, en palabras de los investigadores, que la mayoría de los pacientes necesitarán “de otra mente humana comprensiva y empática como un requisito crítico para el cambio, con el fin de fomentar (y a menudo establecer) la confianza epistémica y la capacidad de salutogénesis” (Luyten et al. 2018, 11). También plantea la desalentadora posibilidad de que muchas intervenciones realizadas con este grupo, basadas en la creencia errónea de que su inflexibilidad y resistencia al cambio eran fruto de su carácter, hayan resultado de hecho *iatrogénicas*³³ (Fonagy y Bateman 2006; Fonagy, Luyten y Bateman 2015; Cahill et al. 2021). Las reacciones y percepciones emocionales negativas hacia estos sujetos por parte de los clínicos podrían haber estado “repitiendo con los pacientes límite los mismos patrones relacionales que han ido sufriendo desde hace tiempo, por lo que el pronóstico para ellos resultaría ciertamente sombrío, asegurando su certificado de intratabilidad” (Fernández-Guerrero 2017, 405). También lo han sugerido Rodríguez Cahill (2016) y Ortiz Lobo (2016), que además señalan cómo habitualmente los fracasos terapéuticos y la alta tasa de abandono de los tratamientos han sido atribuidos a la patología. En definitiva, por las características particulares de este grupo, la terapia psicológica posee un alto riesgo iatrogénico que no se ha tenido lo suficientemente en cuenta (Rodríguez Cahill 2016, 288).

En este sentido, debería resultar claro por qué la IE podría ser particularmente perjudicial para estas personas. Si el TLP está íntimamente relacionado con las dificultades

³³ De forma llamativa, un terapeuta menciona que lo más chocante de recibir entrenamiento especializado en la TBM fue “reconocer que parte de la razón de que el TLP hubiera llegado a parecer una condición crónica, cuando en realidad no lo es, era que los profesionales habían fomentado que los pacientes permanecieran en ese estado límite” (Gardner et al., 2021, 8-9).

para la CE, el hecho de que en el entorno clínico se produzcan casos más o menos sistemáticos de IT es algo que no puede sino agravar, o al menos mantener, esa situación disfuncional de partida. Esto podría hacer que el contexto terapéutico, en lugar de funcionar como un lugar donde aprender a adoptar una actitud epistémica más saludable, se convirtiera, por el contrario, en un espacio que acentúa esa hipervigilancia y petrificación epistémicas. De hecho, de manera más siniestra, lo convertiría en un espacio que *reproduciría* las mismas experiencias invalidantes que pudieron estar relacionadas con el origen mismo del cuadro. Esto, a su vez, podría provocar un aumento de la hostilidad hacia los profesionales y una confirmación del estereotipo de “paciente difícil”. Esta escalada de tensión y conflicto provocada por la confluencia de la IT y de la hipervigilancia del paciente, y más tarde atribuida a éste y a su “carácter”, podría estar detrás de parte de los abandonos abruptos de los tratamientos que tanto caracterizan a esta patología. Por tanto, cabe afirmar que la experiencia de IT en el contexto de tratamiento del TLP, que por desgracia podría ser habitual, reproduciría y *actualizaría* condiciones clave de los aspectos cognitivos y epistémicos disfuncionales del trastorno, impidiendo la recuperación de los pacientes. Es posible que la presencia de IE en este ámbito sea uno de los motivos por lo que los tratamientos para el TLP, pese a su pronóstico natural favorable, continúen siendo tan problemáticos e ineficaces.

Esta lectura concuerda con las propuestas de tratamiento cuya eficacia está avalada por la evidencia, que centran las intervenciones en la restauración de la confianza y en la construcción de una alianza terapéutica sólida y duradera. El entorno terapéutico debería ser un lugar donde los pacientes pudieran probar a confiar en otros y en sí mismos de manera segura, y donde pudieran ser reconocidos, quizá por primera vez en sus vidas, como agentes epistémicos de pleno derecho (Fonagy, Luyten y Allison 2015). Como apuntó Nancy Potter:

Las responsabilidades morales de los clínicos incluyen ser un tipo de conocedor específico, alguien que involucra al paciente como un sujeto en su propio derecho. Y las responsabilidades terapéuticas de los clínicos incluyen la de ayudar al paciente a convertirse en un conocedor confiable y a verse a sí mismo como tal (Potter 2009, 120).

3.1.2. La injusticia hermenéutica

En lo que respecta a la gravedad de la IH, cabe tomar en consideración que el TLP es el trastorno prototípico de los problemas de identidad (Luyten, Campbell y Fonagy 2018, 3; Frías Ibáñez 2020), que en el DSM-V aparecen recogidos en el síntoma referente a las

alteraciones de la autoimagen y sentido del yo. Estos pacientes han sido descritos en numerosas ocasiones como “camaleónicos”, y de hecho parece que existe una alta correlación entre el TLP y el Trastorno Facticio (F68.10), que lleva a los afectados a simular que padecen ciertas enfermedades (Limoson, Loze y Rouillon 2002; Gordon y Sansone 2013). Nuevamente, este síntoma parece estrechamente vinculado a los problemas de mentalización (Meulemeester et al. 2017), y suele provenir de las experiencias reiteradas de invalidación y falta de reconocimiento (Frías Ibáñez 2020, 20).

Los pacientes describen la fenomenología de la “difusión de la identidad” como una absoluta *ininteligibilidad*, un vacío o una nada (Frías Ibáñez 2020, 22), y es común que adopten temporalmente los proyectos, gustos y opiniones de otros, o que desarrollen identidades contextuales altamente miméticas (Frías Ibáñez 2020, 55). En este sentido, sostenemos que es posible que estas personas sean especialmente sensibles a sufrir las consecuencias del poder constructivo de la identidad de la IE, específicamente de la IH distorsionadora que introdujimos anteriormente. Si estos pacientes entran en contacto con el estereotipo estigmatizante que pesa sobre ellos, es posible que lleguen a encarnarlo de forma todavía más intensa que otros individuos. De hecho, parece que los niveles de interiorización del estigma de esta población son especialmente altos (Horn, Johnstone y Brooke 2007; Sheehan, Niewegłowski y Corrigan 2016; Ociskova et al. 2017) y que algunos adoptan el diagnóstico como su identidad (Dyson y Brown 2016; Lester et al. 2020).

Por otro lado, ya mencionamos la inmensa cantidad de denominaciones recogidas por Fernández-Guerrero (2007a), pese a las que el nombre original –surgido entre finales del siglo XIX y principios del XX en el seno de la teoría psicoanalítica– se ha mantenido intacto hasta nuestros días. Los pacientes agradecen tener un diagnóstico y resaltan cómo les ha ayudado a dar sentido a sus experiencias y a recibir ayuda y tratamiento (Nehls 1999, 288; NICE 2009, 82–85; Lester et al. 2020, 265–266), es decir, reconocen su valor hermenéutico y sus beneficios epistémicos y prácticos. Pero también manifiestan su sensación de que el TLP funciona ante todo como una etiqueta para marcarlos como indeseables, difíciles, intratables... y opinan que se trata de un término enormemente confuso que los profesionales utilizan como un “cajón de sastre” (Nehls 1999; Horn, Johnstone y Brooke 2007). Por tanto, la solución no puede consistir ni en deshacerse de él, como han llegado a proponer ciertos autores (Herman 1992; Lewis y Appleby 1988; Mulder y Tyrer 2023), ni en mantenerlo intacto, sino en reconceptualizarlo atendiendo tanto a la evidencia disponible como a las consideraciones de los pacientes (Nehls 1999, 291; Leaker 2002; Tekin 2022).

Además, si como apuntan Luyten, Campbell y Fonagy el TLP se entiende mejor como un “trastorno de la comunicación y del aprendizaje social” (Luyten, Campbell y Fonagy 2020, 4), continuar clasificándolo y denominándolo como un trastorno *de la personalidad*, con todas las connotaciones que ello implica³⁴, parece más injustificado que nunca. Incluso si se conservara el nombre de “límite”, mantenerlo como un TP, cuando ni siquiera cumple con los criterios definitorios de estos (Fernández-Guerrero 2007a; 2017), parece una decisión incomprensible, o una instancia de ignorancia hermenéutica deliberada e IC. Cabe resaltar que hay asociaciones que han expresado en más de una ocasión su deseo de que el cuadro fuese “rebautizado” y, sobre todo, de que dejase de ser considerado un TP, pero sus peticiones han sido desestimadas (Fernández-Guerrero 2017, 409 y 410).

3.2. Los daños a la confianza epistémica y su vínculo con la psicopatología: consecuencias para el concepto de injusticia epistémica

A lo largo de este capítulo hemos analizado cómo el marco teórico de la IE podría resultar enriquecedor para comprender mejor ciertos problemas que en el diagnóstico y tratamiento de este cuadro. Pero ¿puede el caso concreto del TLP arrojar algo de luz sobre la naturaleza misma de la IE?

Conviene resaltar que, aunque los datos empíricos son todavía escasos por la actualidad de estas hipótesis, ya existen estudios que están lanzando resultados prometedores acerca de la relación proporcional entre los problemas de CE y la gravedad de la psicopatología, así como del aspecto protector de contar con una base de apoyo segura y confiable ante eventos adversos (Venta 2020; Campbell et al. 2021; Locati et al. 2023; Liotti et al. 2023). En este sentido, estas investigaciones, así como el estudio del caso específico del TLP que ha sido y está siendo central para realizarlas, iluminan un aspecto que ya estaba presente en la obra de Fricker, pero que ahora podría formularse con mayor contundencia.

Cuando Fricker describe los daños derivados de la IE, insiste frecuentemente en cómo el deterioro de la CE de las víctimas puede llevarlas *de hecho* a una pérdida de conocimiento, de virtudes intelectuales, de posibilidades laborales, de libertades políticas, de bienes materiales... y a un encorsetamiento de su identidad que afectaría al tipo de personas en que

³⁴ A ese respecto, resulta ilustrativo este testimonio: “este diagnóstico hace parecer que esto es mi culpa, que es mi personalidad... como si hubiera nacido «defectuoso» y nunca fuera a estar bien” (Bilderbeck, Saunders, Price y Goodwin 2014, 237).

podrían haberse convertido (Fricker 2017, 49 y 50; 52–57). También aprendemos de ella que la CE incorpora la confianza ética y la sensibilidad moral (Fricker 2017, 70), es decir, un *sentimiento* o respuesta emocional de apertura al interlocutor que es necesaria para la funcionalidad social (Fricker 2017, 73; 108), y que es una condición para la integración en la comunidad epistémica y participar en la puesta en común de información (Fricker 2017, 99). Incluso sugiere, en su ejemplo de la trabajadora social, que excluir de este tipo de confianza a alguien puede contribuir directamente a su conducta *antisocial* (Fricker 2017, 108).

Considerando todo esto, cabría añadir a la lista de los daños secundarios de la IE esta relación, cada vez mejor documentada, entre las disrupciones de la CE y el riesgo de terminar padeciendo problemas de salud mental o, en los casos más extremos, de desarrollar una psicopatología. Más aún si, como sostienen los investigadores, estas disrupciones surgen como una respuesta *defensiva* ante la experiencia reiterada de invalidación, falta de reconocimiento como agente individual e independiente, maltrato, negligencia, incomprensión, etc. (Fonagy, Luyten y Allison 2015; Fonagy, Campbell y Luyten 2023).

Conclusión

Con esto, damos por cumplidos los objetivos de este trabajo, que eran defender (I) que las personas diagnosticadas con TLP son especialmente vulnerables a sufrir IEs, y (II) que éstas presentan efectos particularmente nocivos para este grupo que ayudan a comprender mejor algunos de los problemas asociados a su tratamiento. Con ello solo hemos buscado continuar insistiendo en la gravedad e importancia que revisten las IEs, con especial énfasis en el caso del TLP, y en la necesidad de colaborar para aumentar nuestra comprensión de las mismas, y para buscar formas eficaces de reducirlas y/o paliar sus efectos.

Tras presentar las características fundamentales del TLP, hemos tratado de recoger las ideas centrales del modelo de IE original de Fricker, y de completarlas con algunas aportaciones posteriores que consideramos que son especialmente aplicables al ámbito de la psiquiatría. Nuestro objetivo ha sido mostrar que las personas diagnosticadas con TLP son especialmente vulnerables a sufrir IEs no sólo por ser pacientes psiquiátricos, sino también por ciertas características específicas de su cuadro clínico, como las autolesiones frecuentes o las expresiones de rabia, que están estigmatizadas además de mal comprendidas. De cara a futuras investigaciones, sería interesante ahondar en las IEs relacionadas con los silenciamientos que rodean a este grupo, especialmente en lo que atañe a los efectos de la ocultación del diagnóstico. También, como han señalado Kidd, Spencer y Carel (2022), sería preciso continuar reflexionando sobre cómo se relaciona la especial vulnerabilidad a sufrir IEs de estos pacientes con el hecho de que el 75% de las personas diagnosticadas sean mujeres. Respecto a lo último, el TLP parece un caso particularmente revelador acerca de cómo la rabia o la emocionalidad continúan siendo marcadores de baja competencia y fiabilidad epistémicas, y en los casos más extremos de irracionalidad y patología, cuando se trata de mujeres. En este sentido, sería beneficioso profundizar en los solapamientos entre la IE, el TLP y el sexismo, la homofobia y la transfobia, que aquí sólo hemos podido tratar de manera superficial.

Finalmente, hemos intentado defender que las IEs no sólo son frecuentes hacia las personas diagnosticadas con TLP, sino que resultan especialmente dañinas para ellas. Para ello, hemos intentado relacionar los daños de las IEs descritos por Fricker (2017) con las recientes teorías acerca del rol de la mentalización y de la CE en el caso del TLP. Si uno de los principales efectos de las IEs es que deterioran la capacidad para la CE de las víctimas y si, como proponen estos autores, las interrupciones en esa capacidad están directamente vinculadas a la psicopatología (Fonagy, Luyten y Allison 2015; Fonagy, Luyten, Allison y Campbell 2017a, 2017b), estos resultados no sólo serían interesantes para el caso concreto del TLP, sino que

ayudarían a comprender mejor la gravedad y el alcance de los efectos nocivos de las IEs en general y, muy especialmente, en el ámbito del tratamiento de las enfermedades mentales. A este respecto, sería necesario continuar analizando esta relación en futuras investigaciones, sobre todo conforme aumenta la evidencia empírica acerca de la relación entre los problemas para la CE y los padecimientos psiquiátricos.

Las investigaciones sobre las formas concretas que adoptan las IEs en el campo de la psiquiatría, a las que este texto pretende hacer una humilde aportación, revelan la vigencia de la filosofía en la sociedad de hoy, así como el potencial del trabajo interdisciplinar. La filosofía de la ciencia, de la mente, del lenguaje, de la religión... la fenomenología, la ética y la epistemología, por mencionar solo algunas, pueden aportar herramientas conceptuales y técnicas valiosas para la medicina, la psiquiatría, la psicología y las ciencias humanas en general. El intercambio de ideas entre ellas no es nuevo, pero las oportunidades que ofrece el contexto actual para establecer diálogos fructíferos y *mutuamente* enriquecedores no tienen precedentes. Este trabajo es resultado de la convicción de que la filosofía importa, y de que es capaz de contribuir profundamente a cuidar de la vida de las personas.

Bibliografía

- Akiskal H. S. (1981). Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderline" realm. *The Psychiatric clinics of North America*, 4(1), 25–46.
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). Editorial Médica Panamericana.
- Ames, A., y Molinari, V. (1994). Prevalence of personality disorders in community-living elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 7(3), 189-194.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., y Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard review of psychiatry*, 14(5), 249-256.
- Ayala-López, S. (2022). Hermeneutical Injustice and Conceptual Landscaping: The Benefits and Responsibilities of Expanding Conceptual Landscaping beyond Failure Reparation. *The Political Turn in Analytic Philosophy: Reflections on Social Injustice and Oppression*. Berlin: De Gruyter, 211-228.
- Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P., y Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 21, 44-49.
- Becker, D. (1997). *Through the looking glass: Women and borderline personality disorder*. Westview Press.
- Becker, L. G., Asadi, S., Zimmerman, M., Morgan, T. A., y Rodriguez-Seijas, C. (2022). Is there a bias in the diagnosis of borderline personality disorder among racially minoritized patients?. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*.
- 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.
- Bollas, C. (2000). *Hysteria*. Psychology Press.
- Bora, E. (2021). A meta-analysis of theory of mind and 'mentalization' in borderline personality disorder: a true neuro-social-cognitive or meta-social-cognitive impairment?. *Psychological Medicine*, 51(15), 2541-2551.
- Bueter, A. (2019). Epistemic injustice and psychiatric classification. *Philosophy of Science*, 86(5), 1064-1074.
- Bueter, A. (2023). Diagnostic overshadowing in psychiatric-somatic comorbidity: a case for structural testimonial injustice. *Erkenntnis*, 88(3), 1135-1155.

- Cahill, C. R. (2016). *Los desafíos de los trastornos de la personalidad: La salud mental al límite*. Editorial Grupo 5.
- Cahill, C. R., Llaveró, G. R., Escudero, D. M., Fernández, P. G., Rodríguez, F. S., García, M. I. C., y González, K. M. (2021). Iatrogenia en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad. *Psychology*, Artículo-e22.
- Campbell, C., Tanzer, M., Saunders, R., Booker, T., Allison, E., Li, E., ... y Fonagy, P. (2021). Development and validation of a self-report measure of epistemic trust. *PLOS ONE*, 16(4), 1-21.
- Campbell, K., Clarke, K. A., Massey, D., y Lakeman, R. (2020). Borderline Personality Disorder: To diagnose or not to diagnose? That is the question. *International journal of mental health nursing*, 29(5), 972-981.
- Carel, H., Kidd, I. J., y Pettigrew, R. (2016). Illness as transformative experience. *The Lancet*, 388(10050), 1152-1153.
- Carel, H., y Kidd, I. J. (2020). Expanding transformative experience. *European Journal of Philosophy*, 28(1), 199-213.
- Carmona, Carla (2021). Silencing by Not Telling: Testimonial Void as a New Kind of Testimonial Injustice. *Social Epistemology*, 35(6), 577-592.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V., y Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of personality disorders*, 18(6), 526-541.
- Chapman, A. L., y Dixon-Gordon, K. L. (2015). Mentalization as a common process in treatments for borderline personality disorder: Commentary on the special issue on mentalization in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 393–394.
- Chen, M., y Bargh, J. A. (1997). Nonconscious behavioral confirmation processes: The self-fulfilling consequences of automatic stereotype activation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 33(5), 541-560.
- Co-Production Collective. (27 de febrero de 2023). Epistemic injustice and co-production. *Co-Production Collective*. <https://www.coproductioncollective.co.uk/news/epistemic-injustice-and-co-production>
- Courtney, D. B., y Makinen, J. (2016). Impact of diagnosis disclosure on adolescents with borderline personality disorder. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent*

- Psychiatry / Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 25(3), 177–184.
- Craig, E. (1991). *Knowledge and the state of nature: An essay in conceptual synthesis*. Clarendon Press.
- Crichton, P., Carel, H., y Kidd, I. J. (2017). Epistemic injustice in psychiatry. *BJPsych bulletin*, 41(2), 65-70.
- de Boer, M. L. (2021). Epistemic in/justice in patient participation. A discourse analysis of the Dutch ME/CFS Health Council advisory process. *Sociology of Health & Illness*, 43(6), 1335-1354.
- De Genna, N. M., y Feske, U. (2013). Phenomenology of borderline personality disorder: the role of race and socioeconomic status. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(12), 1027.
- De Meulemeester, C., Lowyck, B., Vermote, R., Verhaest, Y., y Luyten, P. (2017). Mentalizing and interpersonal problems in borderline personality disorder: The mediating role of identity diffusion. *Psychiatry Research*, 258, 141-144.
- Dickens, G. L., Lamont, E., y Gray, S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(13-14), 1848-1875.
- Dotson, K. (2011). Tracking epistemic violence, tracking practices of silencing. *Hypatia*, 26(2), 236-257.
- Dotson, K. (2012). A cautionary tale: On limiting epistemic oppression. *Frontiers: A Journal of Women Studies*, 33(1), 24-47.
- Ducsay, G. C. (2015). *Borderline personality disorder: A contemporary feminist perspective* [Tesis de doctorado]. The Chicago School of Professional Psychology.
- Duschinsky, R., Collver, J., y Carel, H. (2019). “Trust comes from a sense of feeling one’s self understood by another mind”: An interview with Peter Fonagy. *Psychoanalytic Psychology*, 36(3), 224–227.
- Dyson, H., y Brown, D. (2016). The Experience of Mentalization-Based Treatment: An Interpretative Phenomenological Study. *Issues in mental health nursing*, 37(8), 586–595.
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., y Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 561-573.

- Eubanks-Carter, C., y Goldfried, M. R. (2006). The impact of client sexual orientation and gender on clinical judgments and diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 62(6), 751-770.
- Falbo, A. (2022). Hermeneutical injustice: Distortion and conceptual aptness. *Hypatia*, 37(2), 343-363.
- Fernández-Guerrero, M. J. (2006). *Estudio histórico-crítico y dinámico del trastorno límite (Borderline) de la personalidad* (Doctoral dissertation, Universidad Pontificia de Salamanca).
- Fernández-Guerrero, M. J. (2007a). *Trastorno Límite de la Personalidad: estudio de un concepto controvertido*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Fernández-Guerrero, M. J. (2007b). *Trastorno Límite de la Personalidad: ¿Límite de qué?* [Resumen de presentación de la conferencia]. Trastorno Límite de la Personalidad: Estructura o funcionamiento. Segovia, España.
- Fernández-Guerrero, M. J. (2017). Los confusos límites del trastorno límite. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 37(132), 399-413.
- Fernández-Guerrero, M. J. (marzo de 2009). *¿Es el Trastorno Límite una patología actual? El psicoanálisis ante el paciente borderline* [Resumen de presentación de la conferencia]. VIII Jornadas Científicas: el psicoanálisis ante las nuevas formas de enfermar. Valladolid, España.
- Fonagy, P., Campbell, C., y Luyten, P. (2023). Attachment, mentalizing and trauma: Then (1992) and now (2022). *Brain Sciences*, 13(3), 459.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., y Campbell, C. (2017a). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4, 11.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., y Campbell, C. (2017b). What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4(1), 1-12.
- Fonagy, P., Luyten, P., y Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of personality disorders*, 29(5), 575-609.
- Fonagy, P., y Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 1-3.

- Fonagy, P., y Luyten, P. (2016). A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. En D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology: Maladaptation and psychopathology* (pp. 726–792). John Wiley & Sons, Inc..
- Frías Ibáñez, A. (2020). *Alteraciones de la identidad en personas con trastorno límite de la personalidad: una guía clínica para una psicoterapia colaborativa entre paciente y profesional*. Desclée De Brouwer.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Fricker, M. (2015). Epistemic contribution as a central human capability. En *The Equal Society: Essays on Equality in Theory and Practice* (pp. 73-90). Lexington Books.
- Goldhammer, H., Crall, C., y Keuroghlian, A. S. (2019). Distinguishing and addressing gender minority stress and borderline personality symptoms. *Harvard review of psychiatry*, 27(5), 317-325.
- Goodman, G. (2013). Is mentalization a common process factor in transference-focused psychotherapy and dialectical behavior therapy sessions?. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 179.
- Gordon, D. K., y Sansone, R. A. (2013). A relationship between factitious disorder and borderline personality disorder. *Innovations in clinical neuroscience*, 10(11-12), 11–13.
- Grupo de trabajo sobre atención a personas con trastorno límite de la personalidad del Servicio Andaluz de Salud (2012). *Atención a las personas con trastorno límite de la personalidad en Andalucía. Área de Sistemas y Servicios Sanitarios, Sociosanitarios y Calidad*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Gunderson, J. G. (2011). Borderline personality disorder. *New England Journal of Medicine*, 364(21), 2037-2042.
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., y Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 1-20.
- Hahn, R. A. (1999). Expectations of sickness: Concept and evidence of the nocebo phenomenon. En I. Kirsch (Ed.), *How expectancies shape experience* (pp. 333–356). American Psychological Association.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Høyen, K. S., Solem, S., Cohen, L. J., Prestmo, A., Hjemdal, O., Vaaler, A. E., ... y Torgersen, T. (2022). Non-disclosure of suicidal ideation in psychiatric inpatients: Rates and correlates. *Death studies*, 46(8), 1823-1831.

- Kidd, I. J., Spencer, L., y Carel, H. (2022). Epistemic injustice in psychiatric research and practice. *Philosophical Psychology*, 1-29.
- Kidd, I. J., y Carel, H. (2019). Pathocentric epistemic injustice and conceptions of health. *Overcoming epistemic injustice: social and psychological perspectives*, 153-162.
- Kidd, I., y Carel, H. (2018). Healthcare Practice, Epistemic Injustice, and Naturalism. *Royal Institute of Philosophy Supplements*, 84, 211-233.
- Koivisto, M., Melartin, T., y Lindeman, S. (2022). Self-invalidation in borderline personality disorder: A content analysis of patients' verbalizations. *Psychotherapy Research*, 32(7), 922-935.
- Krauss, H. H. (1968). Schizophrenia: A self-fulfilling, labelling process. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 5(4), 240.
- Kvaale, E. P., Gottdiener, W. H., y Haslam, N. (2013). Biogenetic explanations and stigma: A meta-analytic review of associations among laypeople. *Social science & medicine*, 96, 95-103.
- Kvaale, E. P., Haslam, N., y Gottdiener, W. H. (2013). The 'side effects' of medicalization: a meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical psychology review*, 33(6), 782–794.
- Kyratsous, M., y Sanati, A. (2017). Epistemic injustice and responsibility in borderline personality disorder. *Journal of evaluation in clinical practice*, 23(5), 974-980.
- Lakeman, R. (2010). Epistemic injustice and the mental health service user [Editorial]. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 151–153.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Lewis G y Appleby L. (1998). Personality disorder: The patients psychiatrists dislike. *The British Journal of Psychiatry*, 153, 44–49.
- Liebke, L., Bungert, M., Thome, J., Hauschild, S., Gescher, D. M., Schmahl, C., ... y Lis, S. (2017). Loneliness, social networks, and social functioning in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 349.
- Limosin, F., Loze, J. Y., y Rouillon, F. (2002). Clinical features and psychopathology of factitious disorders. En *Annales de Medecine Interne* (Vol. 153, No. 8, pp. 499-502).
- Liotti, M., Milesi, A., Spitoni, G. F., Tanzilli, A., Speranza, A. M., Parolin, L., ... y Giovanardi, G. (2023). Unpacking trust: The Italian validation of the epistemic trust, mistrust, and credulity questionnaire (ETMCQ). *Plos one*, 18(1), e0280328.

- Loader, K. (2017). What are the effects of nurse attitudes towards patients with borderline personality disorder?. *British Journal of Mental Health Nursing*, 6(2), 66-72.
- Lobo, A. O. (2016). *Hacia una Psiquiatría Crítica: excesos y alternativas en salud mental*. Editorial Grupo 5.
- Locati, F., Milesi, A., Conte, F., Campbell, C., Fonagy, P., Ensink, K., y Parolin, L. (2023). Adolescence in lockdown: The protective role of mentalizing and epistemic trust. *Journal of clinical psychology*, 79(4), 969-984.
- López Trujillo, N. (19 de abril de 2019). Andreas murió de meningitis tras 75 horas atada en la unidad psiquiátrica del Hospital Central de Asturias. *El País*. https://elpais.com/sociedad/2019/04/18/actualidad/1555612101_291957.html#:~:text=La%20autopsia%20revel%C3%B3%20que%20su,que%20fue%20considerada%20paciente%20psiqui%C3%A1trica.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R. F., y Ferguson, B. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of general psychiatry*, 51(3), 215–224.
- Loranger, Armand Walter, Janca, Aleksandar, Sartorius, Norman y World Health Organization. (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders: the ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. Cambridge: Cambridge University.
- Luyten, P., Campbell, C., y Fonagy, P. (2020). Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach. *Journal of Personality*, 88(1), 88-105.
- Luyten, P., Campbell, C., y Fonagy, P. (2021). Rethinking the relationship between attachment and personality disorder. *Current opinion in psychology*, 37, 109-113.
- MacIntosh, H. B., Godbout, N., y Dubash, N. (2015). Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(2), 227.
- Martínez, C. C., y Blanc, G. A. (2015). El Yo fragmentado: Trastornos de personalidad en la posmodernidad. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 73(143), 465-490.

- Masland, S. R., Schnell, S. E., y Shah, T. V. (2020). Trust beliefs, biases, and behaviors in borderline personality disorder: Empirical findings and relevance to epistemic trust. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 7, 239-249.
- Mason, R. (2021). Hermeneutical injustice. En *The Routledge Handbook of social and political philosophy of language* (pp. 247-258). Routledge.
- McGlynn, A. (2021). Epistemic objectification as the primary harm of testimonial injustice. *Episteme*, 18(2), 160-176.
- Medina, J. (2011). The relevance of credibility excess in a proportional view of epistemic injustice: Differential epistemic authority and the social imaginary. *Social Epistemology*, 25(1), 15-35.
- Merton, R. K. (1948). The self-fulfilling prophecy. *The antioch review*, 8(2), 193-210.
- Meyer, I. H. (2007). Prejudice and discrimination as social stressors. *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations*, 242-267.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice as stress: conceptual and measurement problems. *Am. J. Pub. Health* 93, 262–265.
- Mitova, V. (2020). Explanatory injustice and epistemic agency. *Ethical Theory and Moral Practice*, 23(5), 707-722.
- Mulder, R., y Tyrer, P. (2023). Borderline personality disorder: a spurious condition unsupported by science that should be abandoned. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 116(4), 148-150.
- National Collaborating Centre for Mental Health [NICE]. (2009). *Borderline personality disorder: treatment and management*. British Psychological Society.
- Nehls N. (1999). Borderline personality disorder: the voice of patients. *Research in nursing & health*, 22(4), 285–293.
- Ociskova, M., Prasko, J., Latalova, K., Sedlackova, Z., Kamaradova, D., Sandoval, A., y Grambal, A. (2017). F* ck your care if you label me! Borderline personality disorder, stigma, and self-stigma. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 59(1), 16-22.
- Oredsson, A. F. (diciembre de 2021). *Psychiatric Taxonomy and Epistemic Injustice: The case of borderline personality disorder, inappropriate anger and moral agency* [Resumen de presentación de la conferencia]. MeST Seminar. Centre for Medical Science and Technology Studies. Department of Public Health, Øster Farimagsgade.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11)*. Organización Mundial de la Salud.
- Paris J. (2007). Why Psychiatrists are Reluctant to Diagnose: Borderline Personality Disorder. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(1), 35–39.
- Paris, J. (2019). *Treatment of borderline personality disorder: A guide to evidence-based practice*. Guilford Publications.
- Paris, J. (2020). Controversies in the Classification and Diagnosis of Personality Disorders. En C. Lejuez y K. Gratz (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personality Disorders* (Cambridge Handbooks in Psychology, pp. 103-110). Cambridge: Cambridge University Press.
- Paris, J., y Lis, E. (2013). Can sociocultural and historical mechanisms influence the development of borderline personality disorder?. *Transcultural psychiatry*, 50(1), 140-151.
- Perkins, A., Ridler, J., Browes, D., Peryer, G., Notley, C., y Hackmann, C. (2018). Experiencing mental health diagnosis: a systematic review of service user, clinician, and carer perspectives across clinical settings. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 747-764.
- Petersen, R., Brakoulias, V., y Langdon, R. (2016). An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 64, 12-21.
- Pohlhaus Jr, G. (2014). Discerning the primary epistemic harm in cases of testimonial injustice. *Social Epistemology*, 28(2), 99-114.
- Pohlhaus, G. (2012). Relational knowing and epistemic injustice: Toward a theory of willful hermeneutical ignorance. *Hypatia*, 27(4), 715-735.
- Potter, N. N. (2009). *Mapping the edges and the in-between: A critical analysis of borderline personality disorder*. Oxford University Press.
- Quek, J., Melvin, G. A., Bennett, C., Gordon, M. S., Saeedi, N., y Newman, L. K. (2019). Mentalization in adolescents with borderline personality disorder: A comparison with healthy controls. *Journal of personality disorders*, 33(2), 145-163.
- Raven C. (2009). Borderline personality disorder: still a diagnosis of exclusion?. *Mental health today (Brighton, England)*, 26–31.

- Ring, D., y Lawn, S. (2019). Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 1-21.
- Rodriguez-Seijas, C., Morgan, T. A., y Zimmerman, M. (2021). Is there a bias in the diagnosis of borderline personality disorder among lesbian, gay, and bisexual patients?. *Assessment*, 28(3), 724-738.
- Sagan, O. (2020). The lonely legacy: loss and testimonial injustice in the narratives of people diagnosed with personality disorder. *Mental Health and Social Inclusion*, 24(4), 241-255.
- Sansone, R. A., y Sansone, L. A. (2013). Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innovations in clinical neuroscience*, 10(5-6), 39.
- Scrutton, A. P. (2017). Epistemic injustice and mental illness. En *The Routledge handbook of epistemic injustice* (pp. 347-355). Routledge.
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., y Corrigan, P. (2016). The stigma of personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18, 1-7.
- Sims, E., Nelson, K. J., y Sisti, D. (2022). Borderline personality disorder, therapeutic privilege, integrated care: is it ethical to withhold a psychiatric diagnosis?. *Journal of Medical Ethics*, 48(11), 801-804.
- Sisti, D., Segal, A. G., Siegel, A. M., Johnson, R., y Gunderson, J. (2016). Diagnosing, disclosing, and documenting borderline personality disorder: a survey of psychiatrists' practices. *Journal of Personality disorders*, 30(6), 848-856.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Pagano, M. E., y Stout, R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *Journal of personality disorders*, 19(5), 487–504.
- Skodol, A. E., y Bender, D. S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men?. *The Psychiatric quarterly*, 74(4), 349–360.
- Sperber, D., Clément, F., Heintz, C., Mascaro, O., Mercier, H., Origgi, G., y Wilson, D. (2010). Epistemic vigilance. *Mind & language*, 25(4), 359-393.
- Steers-McCrum, A. R. (2020). Don't put words in my mouth: Self-appointed speaking-for is testimonial injustice without prejudice. *Social Epistemology*, 34(3), 241-252.
- Stegenga, J. (2018). *Medical Nihilism*. Oxford University Press.

- Stepp, S. D., Lazarus, S. A., y Byrd, A. L. (2016). A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personality disorders: Theory, research, and treatment*, 7(4), 316.
- Sullivan, P. (2019). Epistemic injustice and self-injury: A concept with clinical implications. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 26(4), 349-362.
- Swann, W. B. (1987). Identity negotiation: Where two roads meet. *Journal of personality and social psychology*, 53(6), 1038.
- Swann, W. B., Jr. (2012). Self-verification theory. En P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, y E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (pp. 23–42). Sage Publications Ltd.
- Swartz, M., Blazer, D., George, L., y Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of personality disorders*, 4(3), 257-272.
- Tambling, R. B. (2012). A literature review of therapeutic expectancy effects. *Contemporary Family Therapy*, 34(3), 402-415.
- Tandos, J., y Stukas, A. A. (2010). Identity negotiation in psychotherapy: The influence of diagnostic and rapport-building strategies on the effects of clinical expectations. *Self and Identity*, 9(3), 241-256.
- Tate, A. J. M. (2019). Contributory injustice in psychiatry. *Journal of Medical Ethics*, 45(2), 97-100.
- Tekin, Ş. (2022). Participatory interactive objectivity in psychiatry. *Philosophy of Science*, 1-20.
- Tyrer, P. (1999). Borderline personality disorder: a motley diagnosis in need of reform. *The Lancet*, 354(9196), 2095-2096.
- Tyrer, P. (2009). Why borderline personality disorder is neither borderline nor a personality disorder. *Personality and Mental Health*, 3(2), 86-95.
- Ussher, J. M. (2011). *The madness of women: Myth and experience*. Routledge.
- Ussher, J. M. (2013). Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism & Psychology*, 23(1), 63-69.
- Venta, A. (2020). Attachment facilitates acculturative learning and adversity moderates: Validating the theory of epistemic trust in a natural experiment. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(3), 471-477.

- Veysey, S. (2014). People with a borderline personality disorder diagnosis describe discriminatory experiences. *Kotuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online*, 9(1), 20-35.
- Wanderer, J. (2017). Varieties of testimonial injustice. En *The Routledge handbook of epistemic injustice* (pp. 27-40). Routledge.
- Watts, J. (15 de febrero de 2018). Testimonial Injustice and Borderline Personality Disorder. *Huffington Post*. https://www.huffingtonpost.co.uk/dr-jay-watts/testimonial-injustice-and_b_14738494.html
- Watts, J. (27 de septiembre de 2017). Borderline Personality Disorder: A Diagnosis Of Invalidation. *Huffington Post*. https://www.huffingtonpost.co.uk/dr-jay-watts/borderline-personality-di_b_12167212.html
- Weinberger, J., y Eig, A. (1999). Expectancies: The ignored common factor in psychotherapy. En I. Kirsch (Ed.), *How expectancies shape experience* (pp. 357–382). American Psychological Association.
- Williams, B. (2006). *Verdad y veracidad: una aproximación genealógica*. Tusquets.
- Wirth-Cauchon, J. (2001). *Women and borderline personality disorder: Symptoms and stories*. Rutgers University Press.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 89-101.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., y McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 929-935.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., y Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 476-483.