

Género, opresión e injusticia hermenéutica: aportes críticos de mujeres mexicanas con discapacidad psicosocial frente al trastorno límite de la personalidad¹

<https://doi.org/10.25058/20112742.n57.03>

BIANI PAOLA SÁNCHEZ LÓPEZ²

<https://orcid.org/0000-0002-6913-9487>

Universidad Nacional Autónoma de México³

bianipaolasl@gmail.com

Cómo citar este artículo: Sánchez López, B. P. (2026). Género, opresión e injusticia hermenéutica: aportes críticos de mujeres mexicanas con discapacidad psicosocial frente al trastorno límite de la personalidad. *Tabula Rasa*, 57, 37-53. <https://doi.org/10.25058/20112742.n57.03>

Recibido: 15 de agosto de 2025

Aceptado: 30 de octubre de 2025

Resumen:

Este artículo ofrece una interpretación crítica del diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) desde la epistemología social. El estudio, de carácter empírico y cualitativo, se realizó en México bajo un enfoque de investigación militante, mediante la reconstrucción de historias de vida. Los aportes de las colaboradoras evidencian los mecanismos en que el saber psiquiátrico reproduce sesgos de género, imbricados en entramados de poder androcentristas y cuerdistas que patologizan el malestar de las mujeres ante contextos de violencia y precariedad. Se argumenta que el TLP constituye un caso ejemplar de injusticia hermenéutica, caracterizada como una falla estructural de comprensión que despoja de sentido sociopolítico al trauma y las respuestas ante este, limitando la posibilidad de interpretarlas como formas de agencia, de resistencia o de supervivencia de las mujeres en contextos de opresión. Se concluye que comprender estas dinámicas exige desplazar el foco clínico hacia la escucha situada de las mujeres como productoras legítimas de conocimiento sobre su propio sufrimiento.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad; TLP; injusticia hermenéutica; opresión; mujeres; salud mental.

¹ Investigación realizada gracias al Programa UNAM-PAPIIT IN402825 *Las mujeres en la filosofía en México*.

² Miembro del colectivo Orgullo Loco Mx, la Asociación Filosófica de México y la Red Mexicana de Mujeres Filósofas.

³ Estudiante del Doctorado en Filosofía de la Ciencia.

Gender, Oppression, and Hermeneutical Injustice: Critical Insights on Borderline Personality Disorder from Mexican Women with Psychosocial Disabilities

Abstract:

This article critically interprets the borderline personality disorder (BPD) diagnosis from a social epistemology perspective. This qualitative empirical study was conducted in Mexico following an activist research approach based on the reconstruction of life stories. Participants' accounts reveal the mechanisms by which psychiatric knowledge reproduces gender biases, embedded in androcentric and sanist power structures that pathologize women's distress arising from conditions of violence and precarity. I argue that BPD is an illustrative case of hermeneutical injustice, understood as a structural failure of understanding that strips trauma and its responses of their sociopolitical meaning, thus limiting the possibility of interpreting those responses as forms of agency, resistance, or survival by women in oppressive contexts. Finally, I conclude that understanding these dynamics requires shifting clinical focus toward listening to women as legitimate producers of knowledge about their own suffering.

Keywords: borderline personality disorder; hermeneutic injustice; oppression; women; mental health.

Gênero, opressão e injustiça hermenêutica: perspectivas críticas de mulheres mexicanas com deficiências psicossociais frente ao transtorno de personalidade borderline

Resumo:

Este artigo oferece uma interpretação crítica do diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) a partir da epistemologia social. O estudo, de caráter empírico e qualitativo, foi realizado no México sob uma perspectiva de pesquisa militante, por meio da reconstrução de histórias de vida. As contribuições das colaboradoras evidenciam os mecanismos pelos quais o saber psiquiátrico reproduz vieses de gênero, imbricados em tramas de poder androcêntricas e capacitistas que patologizam o mal-estar das mulheres diante de contextos de violência e precariedade. Argumenta-se que o TPB constitui um caso exemplar de injustiça hermenêutica, caracterizada como uma falha estrutural de compreensão que despoja o trauma e suas respostas de seu sentido sociopolítico, limitando a possibilidade de interpretá-los como formas de agência, resistência ou sobrevivência das mulheres em contextos de opressão. Conclui-se que compreender essas dinâmicas exige deslocar o foco clínico para a escuta situada das mulheres como produtoras legítimas de conhecimento sobre o próprio sofrimento.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Borderline; injustiça hermenêutica; opressão; mulheres; saúde mental.

Introducción

El *trastorno límite de la personalidad* (en adelante, TLP) es una categoría psiquiátrica inquietante por su ambigüedad clínica⁴, su carga estigmatizante⁵ y la sobrerepresentación de mujeres entre los pacientes que reciben este diagnóstico alrededor del mundo. En México, entre el 76 y el 80 por ciento de las personas diagnosticadas con TLP son mujeres (Secretaría de Salud, 2018). Este dato se ha tomado como evidencia de una mayor vulnerabilidad femenina, con una etiología que integra de diversas maneras los aspectos biográficos y contextuales que la profundizan. Como muestra de ello, el *Manual estadístico de trastornos mentales* (DSM-5, por sus siglas en inglés) caracteriza al TLP como un patrón persistente de inestabilidad e hipersensibilidad, fluctuaciones extremas del estado de ánimo e impulsividad, con un conjunto de signos que se pueden expresar al mismo tiempo o no, dando lugar a una abanico amplio de cuadros clínicos que, incluso siendo muy diferentes entre sí, son agrupados en un trastorno (American Psychiatric Association, 2013); sus causas se reconocen complejas y no concluyentes, pueden estar presentes factores hereditarios y, en la mayoría de los casos, se hallan antecedentes de abuso o abandono.

Pero no es suficiente la medición de la prevalencia para comprender cómo se ha configurado un significado cultural de la categoría psiquiátrica en cuestión, fuertemente asociado con el carácter o la naturaleza femenina, haciendo de la «mujer inestable, manipuladora e impulsiva» el epítome del TLP. La interpretación crítica de la distribución estadística de este diagnóstico requiere ir más allá de los estudios clínicos; es necesario cuestionar las raíces históricas y los supuestos de fondo que operan implícitamente en las teorías psiquiátricas y en las prácticas clínicas⁶.

⁴ Los criterios clínicos indican que el diagnóstico requiere que el paciente muestre un patrón consistente con cinco o más de estos signos: sensaciones intensas de miedo e ira, difíciles de controlar y a menudo con demostraciones inapropiadas; temor al abandono; cambios drásticos y abruptos en la percepción de otros, en la imagen personal, en los objetivos; pensamiento polarizado; sensación de vacío; sensibilidad extrema a tensiones con otras personas; autosabotaje; impulsividad; acciones autodestructivas y a veces síntomas psicóticos, como alucinaciones, episodios disociativos y pensamientos paranoides (Zimmerman, 2021). Dado que el diagnóstico requiere la presencia de cinco síntomas de nueve enunciados, hay 256 combinaciones potenciales que se pueden expresar en cuadros clínicos heterogéneos. Así, el TLP se presenta como una constelación de experiencias diversas que, por sí mismas, plantean un desafío para la clínica, ya que las variaciones obligan a cuestionar si son relevantes para identificar subgrupos de TLP o explorar distintas intervenciones terapéuticas (Antoine et al., 2023; Lenzenweger et al., 2008; Mosquera, Gonzalez & van der Hart, 2011).

⁵ Por ejemplo, Widuch, K. (2021) identifica patrones léxicos estigmatizantes del TLP creados por la asistencia sanitaria y la opinión pública. En el primer conjunto hallamos términos como «causa perdida» e «intratable», en el segundo aparecen «malvado», «*drama-queen*», «dañino», «monstruo», «egoísta» y «tóxico»; en ambos están «manipulador» y «buscador de atención».

⁶ Uno de los temas de interés para la filosofía de la psiquiatría es el estatus de realidad y científicidad de las «enfermedades mentales». Las intersecciones entre las discusiones ontológicas y epistemológicas pueden resultar valiosas, sin embargo, en este texto no se abordan a profundidad, ya que la investigación tuvo un carácter exploratorio que privilegia las experiencias concretas sobre los debates teóricos. No obstante, es importante aclarar que al usar el término «trastorno», no se asume que los sistemas de clasificación reflejan realidades subyacentes, es decir, no se adopta un compromiso ontológico estricto. En cambio, la autora sugiere una interpretación minimalista y crítica de la enfermedad mental como recurso conceptual e inferencial, cuyo uso importa porque con este se clasifica a personas, legitimando intervenciones y ejercicios de control sobre sus vidas, con efectos sociales y políticos significativos.

Para llevar a cabo esta tarea, la epistemología social provee de herramientas conceptuales apropiadas para identificar sesgos que producen no solo estigma social, sino que alimentan un patrón de incompreensión estructural que compromete el florecimiento humano de las mujeres. Lo que sostengo es que esta incompreensión puede explicarse en términos de «injusticia hermenéutica» basada en prejuicios de género.

La investigación que sustenta este artículo tiene un enfoque crítico y militante. Sin desestimar el papel del rigor y la precisión analítica, la argumentación atiende a la necesidad de devolver la experiencia al núcleo de la reflexión; por eso, la propuesta metodológica reivindica la posibilidad de que la comprensión se adquiere *de persona a persona*, a través del diálogo y la escucha activa de críticas, cuestionamientos y demandas.

Mi lugar de enunciación se configura por la experiencia encarnada; la investigación con otras mujeres se despliega desde mi propia condición de mujer designada bajo categorías psiquiátricas, capaz de interrogar esas mismas categorías desde un enfoque de género. Este posicionamiento ha fortalecido el carácter crítico de la investigación, al permitirme reconocer que la experiencia encarnada entrena la sensibilidad para intuir preguntas y caminos de comprensión. La brújula ética y cognitiva de este ejercicio filosófico es lo que denomino una *razón doliente*, que no se caracteriza por su abstracción y neutralidad, sino por las huellas del sufrimiento, la medicalización y, al mismo tiempo, por la búsqueda de sentido. Desde esta perspectiva, el carácter militante de la investigación se traduce en la coproducción de saberes situados, entendiendo la tarea como un esfuerzo colectivo por contribuir a la comprensión del malestar de las mujeres en la sociedad contemporánea, mediante prácticas de investigación que fortalecen las capacidades expresivas de voces estigmatizadas y excluidas.

Método

Los argumentos que se presentan a continuación son producto de una investigación exploratoria, de enfoque cualitativo e interdisciplinario, que relaciona el análisis filosófico con herramientas provenientes de las ciencias sociales; se llevó a cabo con mujeres mexicanas que recibieron un diagnóstico de TLP. Al trabajar con historias cargadas de significado personal, se estableció de antemano un compromiso explícito con una ética de reciprocidad, enmarcada dentro del paradigma de la investigación militante. En términos generales, este se ve reflejado en la producción de conocimiento situado con fines de justicia social y en las acciones concretas de difusión y apropiación que impulsa la investigadora como parte de sus responsabilidades, que incluyen la construcción de alianzas con colectivos de activistas y coaliciones para la incidencia. Con estos principios orientativos, el objetivo principal del abordaje fue catalizar las capacidades

expresivas y organizativas de las colaboradoras, desarrollar recursos para la coproducción de saberes en el marco del activismo en salud mental, incluyendo testimonios, análisis y metodologías críticas.

El diseño de la investigación tuvo dos fases. En la primera se realizó una aproximación preliminar, exploratoria y flexible para presentir relaciones y evaluar la pertinencia de las herramientas conceptuales. Así, el primer acercamiento fue a través de grupos y redes de pacientes, algunas de ellas activistas en colectivos de salud mental o feministas, para recabar sus vivencias y bibliografía. Los canales de comunicación con activistas, académicas y supervivientes de la psiquiatría fueron valiosos para discutir cómo nombrar, describir y documentar las experiencias desafiantes asociadas con el diagnóstico de TLP. Después de tener un marco de entendimiento común y recursos teóricos compartidos, en la siguiente fase se realizaron invitaciones para colaborar en la investigación y se llevaron a cabo entrevistas a profundidad que permitieron reconstruir sus historias de vida.

Marco teórico

En el 2007, Miranda Fricker acuñó el concepto de «injusticia epistémica», refiriéndose a mecanismos de coacción social que subordinan y excluyen a ciertos agentes de la producción de conocimiento. El trabajo de la filósofa brinda un marco útil para estudiar las prácticas sociales de intercambio de información, así como las dinámicas de atribución y valoración de la credibilidad de quienes participan en ellas; un elemento valioso de su análisis es que estrecha el vínculo de la epistemología con la ética, nombrando una variedad de daños simbólicos que afectan una capacidad esencial de la condición humana: la construcción de sentido.

Es importante tener en cuenta que otras autoras latinoamericanas, como Diana Vite y Elizabeth Ortega (2022, 2025), han desarrollado miradas situadas sobre la violencia epistémica, en clave feminista decolonial. En conjunto, emplean este término para nombrar diversas formas estructurales de opresión que producen silencios y borramientos, haciendo énfasis en la experiencia encarnada y la interseccionalidad. Argumentan que la violencia epistémica se materializa en prácticas cotidianas que reflejan la supremacía de la escritura, la racionalidad instrumental, la lectura capacitista y machista de los cuerpos, la regulación de los saberes y las pedagogías bancarias o de disciplinamiento (Vite & Ortega, 2022). Su aporte resulta fundamental para visibilizar las dimensiones sociopolíticas del capacitismo, así como para situar la crítica en contextos concretos de violencia institucional y educativa. No obstante, mi abordaje se inscribe en un nivel de análisis distinto. Mientras que el enfoque de Vite y Ortega permite identificar prácticas y escenarios donde la violencia epistémica se manifiesta, el estudio de las injusticias epistémicas ofrece herramientas más precisas para examinar los mecanismos que hacen posible esa exclusión: cómo opera el descrédito, cómo

se restringe la inteligibilidad de ciertas experiencias y cómo se perpetúan las limitaciones hermenéuticas que enfrentan las mujeres diagnosticadas con TLP. Con esto no se busca contraponer ambos enfoques, sino complementarlos, situando la violencia epistémica como el terreno en el que se inscriben injusticias epistémicas más específicas, proponiendo de este modo una línea de investigación que comunica a los estudios críticos en discapacidad con la epistemología social.

Dentro del marco teórico de las injusticias epistémicas, se distinguen dos tipos. En su variante *testimonial*, se refiere al detrimento de la credibilidad que se otorga a un hablante por un prejuicio sobre su identidad social. Por su parte, la injusticia hermenéutica ocurre cuando los recursos colectivos de comprensión son insuficientes para dar sentido a las experiencias de ciertos grupos. Para diferenciarlas podemos establecer que las injusticias testimoniales operan en el orden de la credibilidad, infringiendo la capacidad de ser portador y dador de conocimiento; mientras que las injusticias hermenéuticas operan a un nivel subyacente, más abarcante, en el orden de los recursos hermenéuticos colectivos, infringiendo la capacidad de entendimiento social. Este planteamiento se ve enriquecido por la perspectiva de otros autores como José Medina (2013) y Fernando Broncano (2020), quienes subrayan la dimensión política de estas injusticias. Ambos autores coinciden en que los prejuicios no deben ser entendidos como fallos individuales o accidentales, sino como efectos de estructuras de poder.

Por otro lado, la crítica feminista al modelo hegemónico de la psiquiatría, hace del género un elemento clave del análisis. Algunos antecedentes importantes para este abordaje fueron los trabajos de Phyllis Chesler (2019), Sandra Caponi (2019) y Jane Ussher (2011). Enfocándose en distintos casos y categorías diagnósticas, las autoras coinciden en que el saber psiquiátrico se ha construido sobre bases problemáticas: esfuerzos por disciplinar a las mujeres en sociedades patriarcales, que tienden a patologizar aspectos biológicos como la menstruación o la excitación sexual, además de sus malestares y sus comportamientos que se desvían de las normas de género, haciéndolas ver como perturbadas, locas o enfermas. Ussher (2010), por ejemplo, señala la creciente medicalización de la miseria, cuestionando la forma en que los problemas de la vida cotidiana, como la desigualdad, la violencia y el abuso que afectan a las mujeres, se atribuyen a cuadros clínicos individuales, sacándolos del contexto cultural en el que viven su angustia.

Por su parte, Sandra Caponi (2022) ha mostrado, a través del análisis de publicidad, que las farmacéuticas emprendieron durante las décadas de 1950 y 1960, la misión de promover la gestión de la feminidad mediante la administración de neurolépticos. La publicidad de psicofármacos como clorpromazina (con marca comercial *Thorazine*) y pipamazine (con marca comercial *Mornidine*), distaban de brindar información objetiva para los consumidores; en lugar de ello, imponían patrones de normalidad sobre conductas de la «mujer ideal», constituyendo así un dispositivo disciplinar para el campo de la psiquiatría.

Con estos antecedentes, mi tesis principal es que el diagnóstico psiquiátrico del TLP es un caso ejemplar de injusticia hermenéutica cargado de prejuicios de género y cuerdistas, que falla sistemáticamente en comprender las experiencias de las mujeres asociadas con el malestar psíquico⁷. Si bien se ha documentado el impacto de prejuicios de género y hacia el TLP en el personal de la salud⁸, los resultados que se describen a continuación no se reducen a lecturas individuales de la evidencia; en cambio, son vistos como sesgos que se expresan sistemáticamente y atraviesan modelos teóricos, manuales, diseños terapéuticos y discusiones sociales más amplias sobre la mujer, la locura y la diferencia social.

Resultados

El testimonio de Lucía

Cuando cursaba la primaria, Lucía⁹ comenzó a tener comportamientos que fueron percibidos como atípicos; solía ser una niña que se esmeraba en sus trabajos escolares, tenía un desempeño sobresaliente y poco a poco, dejó de hacer tareas, sus calificaciones bajaron y despertó su rebeldía.

En ese momento nadie sabía, aunque ella enfatiza que podrían haberlo sospechado, que a los cuatro y a los doce años estuvo expuesta a acontecimientos traumáticos de abuso por parte de integrantes de su familia. «En ese momento exploté, fue un

⁷ Si bien este artículo se centra en el análisis de prejuicios de género, es necesario tener en cuenta la coocurrencia de otros ejes de opresión, como la clase, la racialización y la escolaridad, que configuran la experiencia situada del diagnóstico. Desde un enfoque interseccional, las injusticias epistémicas pueden comprenderse como fenómenos que no operan de manera uniforme, sino diferencia con contextos específicos de vulnerabilidad social. Las trayectorias psiquiátricas de dos colaboradoras del estudio, Lucía y Verónica, ilustran esta complejidad: ambas son mujeres con formación universitaria y condiciones laborales precarias, pero las estructuras que median su acceso al reconocimiento y cuidado son distintas. Lucía habita el estado del país con más feminicidios al año; Verónica, por su parte, emigró desde una región indígena y, al ser foránea, sus redes de apoyo son limitadas. Estas diferencias no son simplemente datos demográficos o anecdóticos, sino factores que crean distintas capas de vulnerabilidad, en las que son afectadas por violencias patriarcales, cuerdistas, coloniales y socioeconómicas; en este entramado, el análisis de los prejuicios de género me permite hacer énfasis en un segmento específico de su experiencia, pero no pretendo agotar con ello su complejidad. En la tesis *Mujeres diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad: injusticias y resistencias epistémicas* (Sánchez López, 2023) se desarrolla con mayor detalle este planteamiento.

⁸ Se han realizado estudios empíricos sobre la percepción de peligrosidad y rechazo social hacia pacientes con TLP, con grupos pequeños o casos concretos. Sansone y Sansone (2013) mencionan un estudio de caso realizado en Nueva Zelanda y Australia, en el que 140 clínicos informaron que los pacientes con TLP les generan sentimientos de incomodidad, frustración, angustia, impotencia, los perciben como pacientes manipuladores, que consumen su tiempo y más difíciles que cualquier otro. Markham (2003) aplicó cuestionarios a personal sanitario del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, para evaluar medidas de peligrosidad, distanciamiento social, optimismo sobre el cambio y valoraciones de experiencias personales al tratar con personas diagnosticadas con TLP, esquizofrenia y depresión. El diseño de la investigación ofrece datos sólidos y contrastables, además de una herramienta de análisis cuantitativa de creencias y prácticas, basada en escalas de valoración. Resultó que hay menor rechazo hacia los pacientes diagnosticados con esquizofrenia y son vistos como menos peligrosos que los TLP, sobre estos últimos también hay menos optimismo sobre su pronóstico y el personal sanitario valora negativamente su experiencia de trabajo con este tipo de pacientes.

⁹ Se usa este alias para resguardar la confidencialidad de una de las participantes de la investigación.

proceso doloroso», recuerda. El sufrimiento que ella experimentaba era tal, que no podía nombrarse claramente y la empujaba hacia la autolesión y el suicidio. Aunque su madre no estaba segura de qué tipo de ayuda necesitaba, la llevó con una médico general amiga de la familia y respaldó la idea de que «estaba en la edad de la punzada... una explicación de que las hormonas hicieron un cortocircuito».

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

Siguió acudiendo a consulta psiquiátrica sin recibir formalmente un diagnóstico, pero le indicaron que asistiera a los grupos de ayuda para pacientes con TLP; ella supone que nadie le dijo que su cuadro clínico tenía un nombre porque podría predisponerse y afectar su abordaje. «Nunca me dijeron “bienvenida al mundo del trastorno límite de la personalidad”, solo me metieron en una subárea de clínica especializada en *borderline*». Así que hizo una búsqueda de información sobre el tema y sentía que su modo de ser no encajaba, porque «había razones subyacentes a las cosas que hacía [...] sí soy una persona que puede llegar a ser agresiva, pero no soy agresiva irracional, sé decidir cuándo y con quién ser agresiva».

La pareja con la que se relacionaba, a raíz del diagnóstico, le decía que era una mujer manipuladora y comenzó a alimentar un relato autocompasivo: «mis exnovias están locas, he sobrevivido a mujeres con *borderline*». Ella tomaba quetiapina y clonazepam, sentía que no funcionaba el tratamiento farmacológico, pero continuaba asistiendo a sus citas con el psiquiatra, quien «decía cosas bien torcidas, me decía “consíguete un novio que trabaje en una ONG [organización no gubernamental] porque esos son los únicos que tienen paciencia a las mujeres con *borderline* y son como almas caritativas”». Relata que el personal de salud con el que interactuaba y sus seres queridos alimentaron una visión fatalista y apesadumbrada del TLP, ella misma llegó a hacerlo, sintiendo pena por no encajar con lo que se esperaba de ella.

Entrando a los veinte años, acudió con un psiquiatra que confirmó el diagnóstico de TLP al cabo de un par de sesiones. A diferencia de la primera clínica, él no realizó un test de personalidad ni le solicitó un electroencefalograma. Constantemente, explica Lucía, le repetía: «acuérdate que las personas con *borderline* se imaginan cosas» y ella percibía que miraba lascivamente sus piernas; «sentí que estaba trabajando el terreno para ver si me podía hacer algo... y mientras me estaba viendo las piernas, me decía “todo está en tu imaginación” y yo pensaba “no

estoy psicótica, sé que estás haciendo esto”. Lucía no mencionó que viviera una situación parecida en otro consultorio. En esta época, el psiquiatra aumentó la dosis de quetiapina que tomaba y cada mes la volvía a subir.

Ella narra que una vez estaba «tan drogada de quetiapina» que se subió al metrobús en la estación Buenavista, ubicada al centro de la Ciudad de México y se desconectó de la realidad; «se me fue la onda, me desconecté y di varias vueltas de donde el metrobús da la vuelta en Insurgentes». La estación Insurgentes se ubica en una de las avenidas más importantes, a seis paradas de la estación Buenavista, un trayecto que regularmente se recorre en veinte minutos. Lucía bajó ahí y abordó la ruta de regreso varias veces seguidas, moviéndose entre ambas estaciones una y otra vez, experimentando lo que ella llama «un *loop* temporal» una sensación de pérdida de agencia e intencionalidad.

Lucía no menciona con claridad cuándo, pero en su edad adulta fue violada e hizo una denuncia en el ministerio público, donde fue revictimizada. La persona a la que denunció trabajaba en la función pública y ella temía que tuviera los medios para atacarla; «tenía un mal viaje de “no vaya a llegar alguien de la Guardia Nacional y me vaya a matar” o “es que va a venir un militar a sembrarme marihuana”». Estaba frágil y sabía que medicarse no iba a cambiar el hecho de que las fuerzas del Estado son empleadas para vulnerar los derechos civiles; Human Rights Watch (2022) reporta que en México, soldados y marinos han realizado detenciones arbitrarias de civiles, inventan o les «siembran» pruebas, los amenazan, torturan o asesinan.

Mientras narraba estos acontecimientos, Lucía se detuvo porque dijo que estaba experimentando un ataque de agorafobia; estaba sintiendo miedo porque se veían las luces de una patrulla y el papá de su hijo estaba por salir, se mantuvo alerta por si ocurría algún abuso policial. Se detuvo la entrevista hasta que la patrulla se retiró y el diálogo continuó acerca de los detonantes sociales de esas emociones. Aunque no se despegaron los ojos de la ventana —ya que realmente estaba en una zona donde es frecuente el acoso policial—, la perturbación se fue atenuando.

Discusión

La patologización de la opresión como injusticia hermenéutica

Lucía es una mujer que *siente demasiado*, que ama y sufre intensamente, que llora cuando piensa en las víctimas anónimas de la pedofilia y no se queda de brazos cruzados cuando es testigo del acoso sexual en la vía pública. En retrospectiva, se da cuenta que por mucho tiempo la consumió la búsqueda angustiante de identidad y sentido vital. Se sentía rara y sin poder expresar los motivos. Sus esfuerzos por encontrar un significado a lo que estaba viviendo y hacer reaccionar a sus oyentes eran desesperados; necesitaba que alguien creyera que realmente le estaba pasando

algo y se autolesionaba, pero solo escuchaba una y otra vez, que eran intentos inmaduros y desproporcionados de llamar la atención. A menudo, las personas que la rodeaban minimizaban su malestar, simplificándolo o relativizándolo, prácticas que constituyen formas específicas de injusticia testimonial¹⁰.

Lucía y varias mujeres llegan al diagnóstico del TLP después de una larga y dolorosa búsqueda de pistas para encontrar explicaciones a lo que les ocurre, en el camino experimentan confusión, dificultad para entenderse a sí mismas e incompreensión por parte de quienes las rodean¹¹. Los efectos del diagnóstico en sus vidas tienen diversos matices que a veces se expresan juntos: abre marcos de entendimiento, provoca estigmatización y marginalización, atiza la diligencia por seguir informándose, constriñe las expectativas de superación personal, etc.

En la actualidad, las vidas se imaginan y organizan recurriendo a unidades de sentido que proporcionan las categorías diagnósticas. Los diagnósticos representan «anclas que de algún modo prometen solidificar las experiencias de sufrimiento de las personas en una situación cultural que Bauman ha descrito como modernidad líquida» (Brinkmann, 2016, p. 84). Es por eso que un uso frecuente del diagnóstico es que media la comprensión del sujeto con respecto a sus propios comportamientos, brindándole una explicación con potencial de alivio. En concreto, para varias mujeres que viven con sentimientos crónicos de vacío, de inestabilidad en su autoimagen, recibir el diagnóstico de TLP marca un antes y un después, como evidencia otro testimonio:

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

Diversas críticas se han hecho a este sistema de significados, a la construcción de subjetividades psiquiátricas y, en general, a los ejercicios de poder que posibilitan que el discurso psicopatológico configure formas de vida. El análisis frickeriano

¹⁰ En el artículo de Biani Paola Sánchez López (2025), se detallan los mecanismos de silenciamiento, cosificación y derivación como variantes de injusticia testimonial que afectan a las mujeres en los intercambios comunicativos sobre su salud mental.

¹¹ Otros estudios cualitativos que muestran resultados consistentes son los de Campbell (2008), Mosquera (2004), Ntshingila et al. (2016), Rodríguez, Pavón y Vicencio (2022) y Wirth-Cauchon (2001).

no aborda estos aspectos pragmáticos y políticos que configuran los recursos hermenéuticos colectivos, mostrando así sus limitaciones conceptuales. De ahí que la crítica feminista sea necesaria para cuestionar una parte central del problema.

La mirada feminista descompone y revela las capas de significados que recubren este diagnóstico. Desde la histeria hasta el TLP, la relación entre feminidad y patología es compleja. Históricamente, el malestar de las mujeres ha sido despojado de las condiciones estructurales que las violentan y oprimen, reformulándolo en términos de síntomas. El espacio vital de las mujeres se conforma de una limitada gama de experiencias consideradas normales: «pasividad, desdoblamiento, disponibilidad, son parte de su naturaleza y corresponden al ideal de salud mental para una mujer. Ideal que se transforma en realidad al ser aceptado por las mismas mujeres como algo que satisface sus exigencias y tendencias naturales» (Basaglia, 1985, p. 44). Las transgresiones sociales a estas obligaciones y expectativas de género, por mínimas que sean, sancionan a las mujeres como agresivas, impulsivas, manipuladoras, sarcásticas y fuera de sí. Los criterios clínicos, en apariencia objetivos, codifican estereotipos culturalmente asociados con el *exceso femenino*: emociones intensas, dependencia, reactividad, temor, debilidad, etc. De este modo, las mujeres son sometidas a dos regímenes disciplinarios: el androcentrismo, que les exige contención y docilidad, y el cuerdisimo, que explica su diferencia como desviación y patología.

Volviendo al testimonio de Lucía, se constatan situaciones de violencia sexual, pero el seguimiento que tuvo como paciente no llegó a contextualizar el evento como una expresión de su vulnerabilidad social, sino como *antecedente clínico*, aislado del marco social que lo produjo. Es muy frecuente que las personas diagnosticadas con TLP tengan historias de abuso físico y sexual durante la infancia que, además, los médicos suelen menospreciar alegando que «los pacientes borderline tienen tendencia a magnificar, exagerar o inventar traumas infantiles con el fin de llamar la atención de los terapeutas» (Mosquera, Gonzalez & van der Hart, 2011, p. 13).

Sintetizando, los antecedentes teóricos y las historias de vida, se observa una imbricación entre cuerdisimo, androcentrismo y sexismo, que da lugar a un entramado de poder que patologiza del malestar de las mujeres; los efectos de la vulnerabilidad social (como el abuso y el abandono) se traducen a síntomas de disfunción de la persona, despojando el sentido sociopolítico de estas experiencias.

En el diálogo reflexivo con Lucía, acerca de su propia historia de vida, ella declaró que en las sesiones de terapia y en las interacciones con amigas, sentía que *patologizaban* sus respuestas emocionales, contribuyendo a la autopercepción de ser una mujer «intensa, fuera de control, mala». Por eso, considera que fue un logro personal, no derivado del abordaje psiquiátrico, acomodar la violencia

de género como una fuente real de sufrimiento. Para ella, «poner el trauma en su lugar» ha implicado «digerir y procesar terapias» en las que solo había sido abordado marginalmente, como un indicador más que corroboraba un cuadro clínico, pero nadie parecía entender en sus propios términos «lo difícil que había sido vivir con pedófilos» y estar expuesta a la violencia machista.

Aquí se manifiesta la injusticia hermenéutica: los recursos conceptuales disponibles no alcanzan para dar cuenta de la experiencia femenina en su densidad e incluso bloquean las capacidades críticas para interpretar en el sufrimiento de las mujeres, indicadores de malestares sociales, especialmente, aquellos relacionados con la violencia patriarcal. La categoría diagnóstica opera como un prisma que simplifica y deforma, transformando expresiones de dolor y de vulnerabilidad en marcas de desviación.

La sistematización de este y otros testimonios, así como la revisión de literatura, apoyan la propuesta teórica central de este artículo: la patologización del trauma debe clasificarse como una variedad de injusticia hermenéutica que afecta a las mujeres diagnosticadas con TLP, cuando se reúnen ciertas condiciones: las mujeres en cuestión han sido victimizadas por alguna o varias manifestaciones de violencia, y sus respuestas emocionales al trauma son ajustadas a un cuadro clínico psicopatológico que les genera un daño hermenéutico profundo. Este daño tiene lugar cuando se menosprecia el peso del trauma en la narrativa propia con la que se explican los problemas que tienen, o cuando la cronificación del trauma constriñe o impide el desarrollo de una voz propia.

Por su dinámica, la patologización del trauma puede ser estructural/institucional, entendiendo que «el conjunto de la maquinaria de los significados sociales colectivos se [engrana] de forma efectiva para mantener esas experiencias apartadas de la vista y en la oscuridad» (Fricker, 2017, p. 163); en este tenor, vale la pena discutir si la existencia de una categoría diagnóstica que agrupa mayoritariamente a mujeres, de las cuales, muchas han pasado por abuso sexual infantil, concreta un ejercicio del poder heteropatriarcal para resguardar un orden social que crea a sujetos marginalizados: mujeres que reaccionan de maneras desproporcionadas.

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

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

Aunque la angustia psicológica y la ira que experimentan las mujeres con TLP tiene entre sus antecedentes el abuso infantil y la violencia sexual, la terapia hace que toda la responsabilidad de cambio recaiga sobre ellas mismas, sin denunciar las condiciones sociales y políticas que desataron su malestar, sin meter en la ecuación la responsabilidad comunitaria por atender problemas públicos.

Esta discusión pretende incidir en el desarrollo de espacios de inteligibilidad, en los cuales, mujeres diagnosticadas fortalezcan sus capacidades expresivas y organizativas para comprender y construir sentido sobre su vulnerabilidad sin que sus discursos y prácticas sean traducidos automáticamente a respuestas psicopatológicas.

Identificar casos en los que la patologización del trauma constituye una injusticia hermenéutica requiere dimensionar, a través de estudios participativos, críticos y militantes, la amplitud y profundidad de los daños. A su vez, identificar y revertir las injusticias hermenéuticas derivadas de la patologización de la opresión, daría pie a un cambio en el rol explicativo de este componente; distinguiendo el tipo y gravedad del trauma, se podría desagregar al conglomerado de pacientes con TLP y brindar una atención acorde con las necesidades específicas que expresen las interesadas, capturando elementos significativos de sus historias que, empleando exclusivamente los criterios del DSM-V, no serían tomados en cuenta.

Reflexiones finales

El TLP es un diagnóstico con mayor prevalencia en mujeres que en hombres y su etiología se relaciona con factores ambientales como la vulnerabilidad social. En el contexto mexicano, esta vulnerabilidad se ve reforzada por un sistema de salud mental con desigualdades de acceso, con servicios sobrecargados y escasa formación en enfoques de género. En este escenario, el modelo biomédico para la detección y abordaje del TLP incurre en una injusticia hermenéutica al patologizar las estructuras de opresión en las que emerge el malestar de las mujeres.

La aproximación filosófica sistematiza los aportes críticos de mujeres mexicanas diagnosticadas con TLP, articulando sus historias de vida con herramientas de análisis provenientes de la epistemología social, del feminismo y de los estudios críticos en discapacidad. Además, la práctica de la investigación militante anclada a la experiencia encarnada del malestar, no es un ejercicio meramente teórico, sino que constituye una acción autogestionada de reparación desde el cuidado, la escucha, la resignificación y la reproducción de testimonios de mujeres a quienes les ha sido negada la capacidad de aportar conocimiento sobre sí mismas.

Este abordaje no pretende despojar a las historias personales de los contextos sociales en los que se producen, porque no pueden entenderse sin ellos; la trayectoria psiquiátrica de Lucía no puede reconstruirse sin tomar en cuenta que habita una región con altos índices de feminicidio, con el miedo permanente a ser víctima de violencia de género y de transmitir la vulnerabilidad social a su familia.

Este trabajo pone en evidencia que el saber psiquiátrico no se limita a ofrecer clasificaciones y descripciones técnicas de ciertos síntomas, en el mismo acto de nombrarlos organiza la manera en que, como sociedad, entendemos el sufrimiento de ciertos grupos. En el caso del TLP, este efecto se cierne particularmente sobre las mujeres. Y en el contexto mexicano, la vulnerabilidad se experimenta de manera diferenciada en relación con la clase, el nivel educativo y la racialización. Cuando ciertos rasgos de sensibilidad, comportamiento o experiencias son convertidos en criterios diagnósticos, lo que está en juego no es únicamente una taxonomía clínica, sino la reproducción de sesgos de género fuertemente arraigados. Así, lo femenino aparece traducido como exceso, carencia o amenaza a los estándares de subjetividad que la psiquiatría considera legítimos.

En otras palabras, la patologización del trauma da lugar a una injusticia hermenéutica cuando las mujeres han sido victimizadas por alguna o varias manifestaciones de violencia, y sus respuestas emocionales a la violencia son recortadas para ajustarse a un cuadro clínico psicopatológico. El daño hermenéutico radica en que se pierde la posibilidad de comprender esas reacciones como formas de agencia, de resistencia o de supervivencia. En vez de abrirse un espacio para reconocer la complejidad de sus vivencias, se les devuelve un diagnóstico que empobrece su experiencia y refuerza su vulnerabilidad. Con ello, la psiquiatría no solo falla en construir una explicación apropiada del malestar de las mujeres, sino que contribuye a reproducir las condiciones de incomprensión que lo sostienen.

Revertir los mecanismos que producen injusticias epistémicas requiere, en primer lugar, escuchar los testimonios en primera persona no como objetos de diagnóstico, sino como aportes de mujeres que producen conocimiento encarnado sobre su propia experiencia, reconociendo la densidad histórica, social y relacional de su sufrimiento.

De ahí la urgencia de un cambio de enfoque: uno que no reduzca la voz de las mujeres a la confirmación de criterios psicopatológicos, sino que dialogue con los feminismos locos y las prácticas de resistencia. Además, la comprensión de la discapacidad psicosocial no debe ser reducida a interpretaciones clínicas, sino permanecer sensible a las coordenadas históricas y estructurales en las que se sitúa.

Referencias

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (5a ed.)*. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Antoine, S. M., Fredborg, B. K., Streiner, D., Guimond, T., Dixon-Gordon, K. L., Chapman, A. L., Kuo, J., Links, P. & McMain, S. (2023). Subgroups of borderline personality disorder: A latent class analysis. *Psychiatry Research*, 323(115131). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115131>

A. Trastornada. (17 de junio de 2018). «No me pasa nada», pero... necesito un diagnóstico. *Diario de una autoetnografía*. <https://autoetnografia.com/2018/06/17/no-me-pasa-nada-pero-necesito-un-diagnostico/>

Basaglia, F. (1985). La mujer y la locura. En *Mujer, locura y sociedad* (pp. 29–56). Universidad Autónoma de Puebla.

Brinkmann, S. (2016). *Diagnostic Cultures: A Cultural Approach to the Pathologization of Modern Life*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315576930>

Broncano, F. (2020, junio 28). Teoría y práctica de las fraternidades epistémicas. *Dilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 33, 11–21. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000343>.

Campbell, C. (2008). “*But what can a Psychiatrist do about my Bowel?!*” *Borderline Personality Disorder in Primary Care: A Qualitative Analysis of Patient Experience* [Doctoral thesis]. The University of Edinburgh. <https://era.ed.ac.uk/handle/1842/3298>

Caponi, S. (2019). Scientia Sexualis. El lugar de la mujer en la historia de la psiquiatría. En M. Miranda (coord.), *Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental* (pp. 19-48). Editorial de la Universidad Nacional de La Plata. <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/view/1176/1161/3790-1>

Caponi, S. (2022). Gestión psicofarmacológica de la feminidad: Antipsicóticos para mujeres insumisas. *Resistances. Journal of the Philosophy of History*, 3(6), 1–22. <https://doi.org/10.46652/resistances.v3i6.94>

Chesler, P. (2019). *Mujeres y locura*. Continta me tienes.

Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.

Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica*. Herder.

Human Rights Watch (26 de agosto de 2022,). *México: La militarización de la seguridad pública amenaza los derechos humanos*. Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/es/news/2022/08/26/mexico-la-militarizacion-de-la-seguridad-publica-amenaza-los-derechos-humanos>

Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. & Levy, K. N. (2008). Refining the Borderline Personality Disorder Phenotype through Finite Mixture Modeling: Implications for Classification. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 313–331. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.313>

Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of 'borderline personality disorder': Social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*, 12(6), 595–612. <https://doi.org/10.1080/09638230310001627955>

Medina, J. (2013). *The Epistemology of Resistance*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199929023.001.0001>

Medina, J. (2017). Varieties of Hemeneutical Injustice. En I. Kidd, J. Medina & G. Pohlhaus (eds.), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice* (pp. 41–52). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315212043-4>

Mosquera, D. (2004). *Diamantes en bruto. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares*. Ediciones Pléyades.

Mosquera, D., Gonzalez, A. & van der Hart, O. (2011). Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. *Persona*, 11(1), 10–40. <https://emdr-es.org/Content/Documentacion/ARTÍCULOS%20SOBRE%20EMDR/2011/REVISTA-PERSONA-BPD-AND-TSDP.pdf>

Ntshingila, N., Poggenpoel, M., Myburgh, C. P. H. & Temane, A. (2016). Experiences of women living with borderline personality disorder. *Health SA Gesondheid*, 21, 110–119. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.01.001>

Rodríguez, O., Pavón, B. & Vicencio, R. (2022). *Mujeres diagnosticadas con Trastorno Límite de Personalidad: significaciones en torno al género, el diagnóstico y la historia de vida*. [Trabajo de grado]. Universidad Autónoma Metropolitana.

Sánchez López, B. P. (2023). *Mujeres diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad: injusticias y resistencias epistémicas*. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/16522809-db7b-4fc7-bc38-626bd00f0819/content>

Sánchez López, B. P. (2025). No ser escuchada: silenciamiento, cosificación y derivación en el abordaje del Trastorno Límite de la Personalidad. *Contribuciones desde Coatepec*, 42, 141–158. <https://www.redalyc.org/journal/281/28180571008/html/>

Sansone, R., & Sansone, L. (2013). Responses of Mental Health Clinicians to Patients with Borderline Personality Disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(5–6), 39–43. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3719460/>

Secretaría de Salud. (2018). *Alrededor de 1.5 % de la población padece trastorno límite de la personalidad*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad#:~:text=Alrededor%20de%201.5%20por%20ciento,de%20Consulta%20Externa%20del%20Hospital>

Ussher, J. M. (2010). Are We Medicalizing Women's Misery? A Critical Review of Women's Higher Rates of Reported Depression. *Feminist Psychology*, 20(1), 9–35. <https://doi.org/10.1177/0959353509350213>

Ussher, J. M. (2011). *The madness of women: Myth and experience*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203806579>

Vite Hernández, D. & Ortega Roldán, E. (2022). De las violencias epistémicas hacia su transgresión En L. Schewe & A. Yarza de los Ríos (coords.), *Cartografías de la discapacidad: una aproximación pluriversal* (pp. 55-60). Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2022/07/Cartografias-discapacidad.pdf>

Vite Hernández, D. & Ortega Roldán, E. (eds). (2025). *Discapacidad y feminismos: germinando perspectivas críticas y anti/contracapacitistas desde América Latina*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

Widuch, K. (2021). "I am not a monster": The linguistic stigma of Borderline Personality Disorder. En C. Pracana & M. Wang (Eds.), *Psychological Applications and Trends 2021* (pp. 406–408). inScience Press. <https://doi.org/10.36315/2021inpact085>

Wirth-Cauchon, J. (2001). *Women and Borderline Personality Disorder: Symptoms and Stories*. Rutgers University Press. <https://archive.org/details/womenborderlinep0000wirt/page/n5/mode/2up>

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