

Iván Eliab Gómez-Aguilar\*

## Conocimiento médico psiquiátrico: preguntas desde la epistemología social\*\*

### Psychiatric medical knowledge: questions from social epistemology

**Abstract** | In this work, I set out the relevance of social epistemology to address experts' knowledge, focusing on the case of contemporary psychiatry. In section one, I discuss what social epistemology is and some commitments of this approach. In section two, I point out some issues to be tackled by social epistemology regarding the uses and generation of knowledge in psychiatry. First, I distinguish three social scenarios in the use and generation of psychiatric knowledge related to different social levels: interactions between people, social institutions, and production of hermeneutical resources. And then, I propose a characterization of the way in which social epistemology can help address in each level, respectively: a) Testimonial epistemic injustice regarding the interaction between psychiatrists and patients; b) The production of diagnosis classification of mental disorders; c) Hermeneutical injustice regarding the way of describing the experiences commonly known as 'mental disorders' by psychiatry.

**Keywords** | social epistemology, psychiatric medical-knowledge, epistemic injustice, mental disorders, hermeneutical injustice.

**Resumen** | Este trabajo expone la utilidad de la epistemología social para estudiar los conocimientos expertos, tales como el que utiliza la psiquiatría contemporánea. En la primera parte, explico en qué consiste la epistemología social y señalo algunos compromisos mínimos de su enfoque. En la segunda parte, abordo una serie de problemas que desde la epis-

---

Recibido: 25 de marzo de 2020.

Aceptado: 29 de septiembre de 2020.

\* Becario de la Coordinación de Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México en el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.

\*\* Agradezco a Teresa Ordorika las discusiones y comentarios a versiones previas de este trabajo. También a quienes conforman el Seminario de estudios sociales en salud mental de la UNAM, en donde presenté una versión preliminar del mismo. Por último, las observaciones de dos revisores/as anónimos/as fueron vitales para precisar y mejorar la exposición de los argumentos aquí desarrollados.

**Correo electrónico:** eliabgomez@unam.mx

Gómez-Aguilar, Iván Eliab. «Conocimiento médico psiquiátrico: preguntas desde la epistemología social.» *Interdisciplina* 9, n° 24 (mayo-agosto 2021): 173-200.

doi: <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2021.23.78463>

temología social pueden investigarse en torno a la aplicación y generación del conocimiento médico psiquiátrico. Para ello, distingo tres escenarios que refieren a niveles sociales distintos: el de la interacción entre personas, el de las instituciones sociales y el de la producción de recursos hermenéuticos. Señalo finalmente en qué sentido la epistemología social puede abordar para cada nivel, respectivamente: a) La injusticia epistémica testimonial en los escenarios de interacción entre psiquiatras y usuarios de la psiquiatría, b) Las tensiones en la construcción de categorías diagnósticas sobre trastornos mentales realizadas por grupos de expertos, c) La injusticia hermenéutica a la que están sujetas otras formas de nombrar las experiencias que desde la psiquiatría se denomina “trastorno mental”.

**Palabras clave** | epistemología social, conocimiento médico psiquiátrico, injusticia epistémica testimonial, trastornos mentales, injusticia hermenéutica.

## Introducción

LA PSIQUIATRÍA es una rama de la medicina que busca “diagnosticar, prevenir y tratar trastornos emocionales y de comportamiento”.<sup>1</sup> Estas prácticas, si bien son cualitativamente distintas, se vinculan entre sí en tanto subyacen a ellas acuerdos epistémicos establecidos por los expertos en el campo. Son los expertos quienes después de analizar y debatir —mediante diferentes mecanismos institucionales— la evidencia científica disponible hasta el momento, construyen acuerdos a través de los cuales definen qué son los trastornos mentales, proponen medios diagnósticos y de tratamiento, y sugieren, para algunos casos, medidas de prevención de carácter individual y social. En este sentido, puede decirse que la psiquiatría posee un grado de reflexividad sobre el conocimiento que funda sus propias prácticas con el objetivo de mejorarlas.

Sin embargo, tal y como lo han demostrado la sociología de la salud mental y los estudios de la medicalización, la revisión “externa” de la práctica psiquiátrica, es decir, la que no nace dentro del campo, sino que se plantea desde otras perspectivas de análisis, puede tener beneficios tanto para la psiquiatría como para los actores involucrados en su aplicación (Scheid y Brown 2009; McLeod y Wright 2010; Busfield 2011; Aneshensel *et ál.* 2013; Rose 2013, 2018). La revisión externa puede ayudar especialmente a explicar el contexto social de desarrollo de la práctica psiquiátrica —lo cual es una cuestión vital para entender con mayor profundidad el rol de los expertos—, tanto como a visibilizar las preocupaciones de otros actores relacionados, como son los usuarios que recurren a ella o sus familiares. Este entendimiento social acerca de la generación y aplicación del conocimiento médico psiquiátrico es necesario para que, por ejemplo, los to-

**1** Según la definición de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA): <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-psychiatry-menu>

madores de decisiones públicas puedan justificar la delegación de competencias a determinados expertos en el diseño de políticas de prevención de problemas de salud mental.

Las revisiones externas a la psiquiatría permiten, por tanto, identificar y ponderar no solo sus aciertos sino también los sesgos y puntos ciegos que pueden estar reproduciéndose en sus prácticas. En este trabajo, mi propósito es señalar de qué modo la epistemología social —una rama relativamente reciente de la filosofía que dialoga con las ciencias sociales— puede contribuir a esta revisión externa de la práctica psiquiátrica. Para ello, recupero algunos avances notables que se han realizado al respecto en el campo (Scrutton 2017; Chirton, Carrel y Kidd 2017; Bueter 2019a, 2019b). Y enfatizo una cuestión que, a mi juicio, en estos trabajos se da por sentado, dejando de lado algunas consecuencias importantes: los problemas por ellos detectados en la práctica psiquiátrica ocurren en escenarios que responden a diferentes niveles sociales. Mi propósito, por tanto, es desglosar los problemas de mejor manera a través de dichos niveles sociales para reflexionar sobre las posibilidades de corregirlos, más allá de la esfera individual expresada en una buena práctica de atención. Al mismo tiempo, esta distinción de niveles ubica de manera más enfática el problema de la injusticia hermenéutica como una devaluación de la credibilidad de ciertos recursos hermenéuticos anclados en el nivel cultural.

Mi exposición está dividida en dos partes. En la primera, describo de manera breve cuál es el origen y el objetivo de la epistemología social. Expongo allí elementos mínimos pero necesarios para comprender el terreno en el que se despliegan las inquietudes de investigación de este nuevo campo; esto con el fin de tener elementos con los cuales entender que los acuerdos entre expertos —como son aquellos en los que se basa la práctica médica psiquiátrica—, al ser de carácter colectivo, se alcanzan en contextos de disputa y conflicto.

En la segunda parte del trabajo, expongo el tipo de problemas que la epistemología atiende en el estudio del conocimiento médico psiquiátrico. Para ello, propongo la distinción de tres niveles sociales en los que, o bien se pone en práctica, o se genera y actualiza dicho conocimiento experto. El nivel (1), refiere a las interacciones. Los encuentros entre psiquiatra y usuario de la psiquiatría responden a este nivel social. El nivel (2), indica las diferentes instituciones sociales desde donde se produce o actualiza el conocimiento experto. De las varias instituciones que pueden tomarse en cuenta (educativas, asociaciones de profesionistas, institutos de investigación), aquí solo consideraré una de ellas, relacionada con los comités de pares (expertos-psiquiatras) que participan en la revisión de las clasificaciones diagnósticas. El nivel (3), hace referencia a la cultura, entendida como ese espacio en donde habitan “estructuras de significado” y desde donde los distintos actores colectivos reproducen los recursos hermenéuticos con los

que nombran su experiencia. Después, señalo para cada nivel, problemas que pueden ser detectados desde la epistemología social. En el caso de las interacciones: (a) la injusticia epistémica testimonial en la práctica psiquiátrica, en el caso de los colectivos de pares, (b) los criterios de consenso, los cuales incluyen y excluyen a quienes pueden participar en la construcción de las clasificaciones de trastornos mentales y para el caso de las estructuras de significado, (c) la injusticia hermenéutica producida ante las descripciones fenomenológicas de ciertas experiencias que la psiquiatría tipifica como “trastornos mentales”, devaluando con ello otras formas de nombrar las experiencias que distintos actores colectivos utilizan (i.e. discapacidad psicosocial, expertos por experiencia, orgullo loco).

El beneficio de la distinción de los niveles que propongo, es que sugiere que las dinámicas sociales que derivan en la ejecución de los problemas detectados, no se limitan a la dimensión agencial. De manera que las soluciones y correcciones de los mismos, dependen de distintos mecanismos sociales, más allá de la esfera de una buena práctica acontecida en las interacciones psiquiatra-usuario de la psiquiatría. Se requeriría, además, discutir quiénes son considerados pares en los comités de expertos, así como replantear en ciertos contextos la legitimidad de los recursos hermenéuticos con los que se nombran algunas experiencias que la psiquiatría denomina como “trastornos mentales”.

## ¿Qué es la epistemología social?

La epistemología social es una rama reciente que nace en la tradición de la filosofía analítica, la cual discute y analiza las condiciones colectivas y sociales que intervienen en la obtención, generación o alcance de conocimiento.<sup>2</sup> Para algunos autores, esta “nueva rama” de la epistemología se encarga de complementar el proyecto tradicional de la teoría del conocimiento en donde el sujeto individual (y sus capacidades cognitivas) se consideraban el único basamento necesario para definir y estudiar los problemas del conocimiento. Por ello, el objetivo de cierta epistemología social sería, por ejemplo, investigar qué otro tipo de factores, más allá de las capacidades cognitivas como la memoria, la percepción o las inferencias, intervienen en la obtención de metas epistémicas de distinto tipo (Kitcher 1994; Goldman 1999, 2002) tales como el conocimiento, las creencias verdaderas, los consensos o el entendimiento.

<sup>2</sup> Una genealogía más precisa —y extensa— debería indicar los orígenes de esta discusión en la crítica a la teoría del conocimiento de la tradición anglosajona acontecida desde la segunda mitad del siglo XX. Si bien, la agenda es muy amplia y proviene de diversos frentes, destacan las críticas desde la filosofía de la ciencia (Kuhn 1962), los estudios sociales e históricos de la ciencia y la tecnología (Bloor 1991), así como las epistemologías feministas (Harding 1991).

Para otros autores, la epistemología social resulta una empresa mucho más ambiciosa, pues hacerse cargo de la dimensión social que interviene en los procesos de generación o adquisición de conocimiento, resulta una invitación para replantear el análisis filosófico sobre el tema (Longino 1990; Fuller 2002; Kusch 2011; Collin 2020). En este punto, sin embargo, hay divergencia en cuanto a las consecuencias que conlleva esta refundación, pues varía el alejamiento respecto del análisis que propone la versión de la epistemología de tradición analítica. Por ejemplo, para una autora como Helen Longino (2002) la refundación significa desdibujar la frontera entre lo racional y lo contextual (de carácter social) al momento de investigar desde la epistemología cómo se obtiene conocimiento en la ciencia. Mientras que para un autor como Steve Fuller (2002), significa no solo lo anterior sino incluso ampliar los compromisos normativos de la nueva disciplina, considerando la prescripción de estrategias sociales de producción de conocimiento en función de determinados intereses sociales.

Independientemente de las divergencias de los proyectos de epistemología social, lo importante a resaltar es que todos ellos comparten con las ciencias sociales el supuesto de que los colectivos sociales son cruciales para el estudio acerca de cómo se obtiene o produce conocimiento. Pero a diferencia de ellas, la epistemología social extrae de este supuesto el compromiso de un análisis normativo, es decir, pretende evaluar, no solo describir, el tipo de condiciones colectivas (i.e. interacción, agregación) que intervienen en la generación, producción o alcance del conocimiento u otras metas epistémicas. Y, en algunos casos como el de Steve Fuller (2002) o Philip Kitcher (2001, 2011), la normatividad los lleva a discutir condiciones regulativas de la producción de conocimiento en beneficio de los intereses colectivos de las mayorías.

La diferencia de aproximación en el estudio del conocimiento entre las ciencias sociales y la epistemología social tiene consecuencias importantes. Considerando los objetivos de este trabajo es pertinente resaltar, por ejemplo, que quienes hacen sociología de la salud mental (incluidos los estudios en medicalización), si bien consideran que los conocimientos médico- psiquiátricos se encuentran de algún modo tejidos al contexto social, y explican, apelando a distintas líneas teóricas y métodos de contrastación empírica, consecuencias sociales de su uso, esto no los compromete con la pretensión de ahondar en la dimensión epistémica colectiva del fenómeno. Señalar este vacío no es imputarles un error, simplemente es indicar que su meta epistémica principal no pretende ahondar en las condiciones colectivas del conocimiento médico psiquiátrico, sino más bien en dar una explicación social del fenómeno (Cf. Rose 2018).<sup>3</sup>

**3** Dos excepciones notorias del caso serían la sociología del conocimiento y la sociología de la ciencia del Programa Fuerte o los estudios sobre constructivismo social, ambas tienen por

La epistemología social, por el contrario, sí tiene como objetivo profundizar en el análisis de las condiciones colectivas de carácter epistémico a través de distintas estrategias metodológicas.<sup>4</sup> A mi juicio, esto hace que la epistemología social, independientemente de sus variantes, pueda ser complementaria a los enfoques ya existentes de estudio social de la salud mental y de la práctica psiquiátrica, pues su objetivo consistiría en la revisión de aquellos mecanismos que operan en la dimensión epistémica-colectiva que sostiene los múltiples acuerdos que hacen posible la práctica psiquiátrica, así como en las consecuencias epistémico-colectivas que su uso genera.

Por ejemplo, la construcción de clasificaciones de los trastornos mentales mediante consensos expertos, o los tipos de evidencia a los que se apela para justificar ciertos medios diagnósticos. Pero también, dada la diferencia de los tipos de normatividad arriba señalada (evaluación y prescripción), se puede abordar el tipo de consecuencias que el uso de este conocimiento experto genera, por ejemplo, saber por qué es necesario poner a debate si la credibilidad de los recursos hermenéuticos, con los que la psiquiatría interpreta las experiencias de las personas a quienes se atribuye un trastorno mental, es la adecuada.

Es importante recalcar, sin embargo, que los análisis de la epistemología social se despliegan en un terreno muy intrincado, en el sentido de que afrontan el reto de explicar la constitución del conocimiento en términos colectivos. Al respecto, hay distintas versiones o respuestas, de ahí la divergencia de proyectos que señalé más arriba. No es mi intención reducir la pluralidad de estas posiciones haciendo un recuento apresurado de las mismas. Me interesa, más bien, sostener que el aporte de la epistemología social radica en que sus análisis no rehúyen al conflicto que implica estudiar la generación de conocimiento en contextos de disputa. Es decir, si la epistemología social tiene futuro como proyecto intelectual es justamente porque asume que la búsqueda colectiva de fines epistémicos no implica la homogeneidad de intereses dentro de dicho colectivo. Por el contrario, reconoce que los colectivos sociales están constituidos de manera plural y que éstos se despliegan dentro de contextos sociales amplios en donde los varios intereses y relaciones de poder están en juego (Longino 2002; Fuller 2002; Medina 2013; Eraña y Barceló 2016).

---

objeto estudiar los procesos de generación de conocimiento, con la consecuente toma de postura epistemológica sobre qué hace a un colectivo construir sus consensos epistémicos.

**4** Los proyectos de epistemología social se inscriben, en su mayoría, dentro de la tradición que se conoce como filosofía naturalizada, esto es, una filosofía que está informada empíricamente (Longino 2002; Goldman 1999; Kitcher 2001; Fuller 2002). Aunque también hay casos que mantienen el análisis conceptual como una herramienta central de su trabajo (Fricker 2007).

Lo anterior, ciertamente no sería una novedad para quienes hacen investigación desde las ciencias sociales. Lo que sí es novedoso es la confección de una tradición plural que, como la epistemología social, invita a ahondar analíticamente en esta diversidad de intereses y las condiciones epistémicas de carácter social. A la postre, es esto lo que lleva a pensar que la noción de conocimiento debería reformularse más allá de lo que la teoría tradicional del conocimiento (individualista) ha señalado.

Para finalizar esta sección, sintetizo tres compromisos de la epistemología social que defiendo aquí, y que representan el marco de discusión para las reflexiones que plantearé en lo que resta del trabajo, a propósito de la identificación de algunos dilemas presentes en la generación y aplicación del conocimiento médico psiquiátrico:

- a) *La epistemología social no pretende centrarse sólo en el factor epistémico de un colectivo, en el sentido de que plantea la existencia de una dimensión epistémica libre de circunstancias conflictivas propias del contexto social.*<sup>5</sup> Lo que sugiere la epistemología social es que, a pesar de las tensiones constitutivas de un colectivo, el conocimiento se obtiene (Longino 2002; Eraña y Barceló 2016). Esto invita a preguntarse cómo es que funcionan parámetros epistémicos de carácter colectivo sin desconocer que éstos pueden constituirse en contextos complicados de mediación de intereses y conflictos. Por ejemplo, en el caso de los colectivos de expertos (i.e. médicos psiquiatras), la epistemología social asume que hay consensos, pero también desacuerdos. Hay definición de lo que se considera evidencia, como valoraciones de contenido que tienen carácter epistémico y extra-epistémico (Solomon 2014). Por todo ello, sería labor de la epistemología social entender qué sucede en la construcción de dichos consensos y en la resolución de desacuerdos, así como analizar los procesos bajo los que se delibera en torno a qué se entiende por evidencia o de qué forma se compaginan las ponderaciones extra-epistémicas en el uso de criterios epistémicos.
- b) *La epistemología social, en consecuencia, propone una estrategia de análisis para atender un repertorio de problemas que revisan el tipo de obstáculos sociales que impiden la obtención de metas epistémicas o el tipo de consensos sociales que las hacen posibles (sea conocimiento o entendimiento de un fenómeno, o en casos más precisos, consensos que otorgan fiabilidad a ciertos medios diagnósticos, como en el caso de la medicina).* Dicho objetivo puede abordarse de distintas formas debido a que la generación colectiva de conocimiento im-

5 Esto sí lo hace la epistemología social de Goldman (1999).

plica diversos niveles sociales (interacción entre sujetos, agregación entre colectivos, acuerdos institucionales, expresiones culturales de significado). La consecuencia más evidente es que la agenda de investigación de la epistemología social es amplia. Por mencionar algunos proyectos relacionados con los problemas que revisaré en la siguiente sección, están los que centran su análisis en el intercambio testimonial como fuente de conocimiento y se preguntan cuestiones sobre la naturaleza de un testimonio y si este es fiable. Hay otros proyectos que atienden las dinámicas de agregación y respaldo de colectivos de expertos en torno a una explicación o tesis. O bien, aquellos que se preguntan por la naturaleza de las lagunas hermenéuticas que afectan a ciertos colectivos para expresar sus experiencias.

- c) *Por último, la epistemología social se ubica en una posición estratégica que aborda preguntas de carácter ontológico acerca de cuál es el estatus de un colectivo social y cómo se modifica la noción de conocimiento en la medida en que el sujeto individual no es el único centro del análisis.* Esta línea de discusión es, a mi juicio, la más ambiciosa, en el sentido de que las consecuencias que puede producir para determinar condiciones de evaluación epistémica son amplias. Por mencionar dos ejemplos: la noción de que el conocimiento no depende de cómo se vincule con los estados mentales de un individuo (Eraña y Barceló 2016, 23-25). O bien, determinar en qué sentido se constituye un colectivo al que se le atribuyen condiciones homogéneas para respaldar cierto tipo de explicaciones.

En lo que respecta a la generación y aplicación del conocimiento médico psiquiátrico, me interesa plantear que existe una relación de complementariedad entre el tipo de preguntas que realiza la epistemología social con respecto al trabajo de investigación realizado por la sociología de la salud mental y los estudios en medicalización. En la siguiente sección, trataré de ilustrar lo anterior a través de tres tipos de problemas.

## **Epistemología social y conocimiento médico psiquiátrico**

Estudiar el conocimiento médico psiquiátrico invita a reconocer diferentes escenarios que son susceptibles de análisis en el contexto de medicalización de la sociedad contemporánea. Por ejemplo, distinguir la generación de medios diagnósticos de atención psiquiátrica, o la formación de los especialistas; de la aplicación de dichos medios diagnósticos en contextos concretos como el de la interacción psiquiatra-usuario de la psiquiatría o el papel que juegan en el diseño de políticas públicas que atienden el problema de la salud mental.

Esta distinción entre generación y aplicación de medios diagnósticos, aunque preliminar, es útil para pensar que las preguntas realizadas por la epistemología social acerca del conocimiento médico psiquiátrico atienden problemas que se encuentran enraizados en distintos niveles sociales, los cuales, si bien están relacionados, tienen dinámicas propias que deben matizarse para refinar el análisis.<sup>6</sup>

En el diagrama 1, sitúo en tres niveles sociales las discusiones que abordo en este trabajo. El primer nivel se refiere a las interacciones sociales. Al respecto, me interesa señalar por qué la epistemología social: (a) puede describir potenciales ejercicios de injusticia epistémica testimonial en las interacciones que acontecen en el marco de atención entre especialistas psiquiatras y usuario de la psiquiatría.

El nivel 2, hace referencia a las instituciones sociales donde se reproduce y actualiza el conocimiento médico psiquiátrico. En este nivel se puede incluir una diversidad amplia de instituciones: desde las universidades en donde se realiza la formación de expertos psiquiatras, hasta las asociaciones de profesionistas nacionales o regionales; los institutos de investigación, e incluso las dependencias gubernamentales en donde se certifica dicho conocimiento para su uso o se le requiere en el diseño de políticas públicas que atiendan los problemas de salud mental en una población. Aquí me centraré en una institución en particular, la de los comités de pares que se conforman para la revisión y construcción de clasificaciones diagnósticas (trastornos mentales). Al respecto, señalaré en qué sentido la epistemología social puede discutir los criterios que se utilizan para definir qué tipo de expertos participan en dicho proceso; esto es, a quién se considera un par experto (b).

**Diagrama 1.** Niveles sociales presentes en la generación y aplicación del conocimiento médico psiquiátrico.

<p><b>N3 /Cultura</b></p> <p>Recursos hermenéuticos reconocidos en una comunidad</p> <p><i>(C) Injusticia hermenéutica</i></p>	<p><b>N2/Instituciones Sociales</b></p> <p>Comités de pares</p> <p><i>(B) Criterios de participación en la construcción de categorías diagnósticas</i></p>	<p><b>N1/Interacción entre personas</b></p> <p>Psiquiatra-usuario de la psiquiatría</p> <p><i>(A) Injusticia epistémica testimonial</i></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**6** Para una discusión crítica sobre la necesidad de vincular discusiones de epistemología social y ciencias sociales con el fin de atender la complejidad de la dimensión social para el caso de la práctica médica, véase Murguía (2019).

Por último, el nivel 3 hace referencia a la cultura, entendida como un espacio desacoplado de la estructura social (Alexander y Smith 2003).<sup>7</sup> Identificar este nivel hace posible discutir consecuencias del uso del conocimiento médico psiquiátrico y la atribución de credibilidad con la que cuenta desde un contexto mucho más amplio que las interacciones y las instituciones sociales. Ubicar este nivel, por tanto, me lleva a reflexionar acerca de un conjunto de problemas que la literatura en epistemología social denomina injusticia hermenéutica, y que para el caso estudiado (c) afecta y devalúa aquellas descripciones fenomenológicas de las personas que realizan sobre su propia experiencia, sin recurrir a los recursos hermenéuticos que la psiquiatría denomina “trastornos mentales”.

La distinción de los tres niveles sociales señalados es útil para desglosar los problemas que deseo puntualizar sobre el uso y aplicación del conocimiento médico psiquiátrico desde la epistemología social. La interrelación de los mismos, si bien sería importante abordarla, representa una meta para futuros trabajos. Por el momento, considero que es suficiente para mi argumento, señalar las ventajas de la distinción de niveles propuesta. Sostengo que su utilidad es de carácter metodológico, sin desconocer el eco de las connotaciones ontológicas que acarrea. La teoría social, por ejemplo, procede de esa forma cuando distingue niveles constitutivos de la realidad social. El debate seminal de esa tradición ha sido explicar el orden social a partir de la relación entre actor y estructura social (o individuo/sociedad), lo que ha dado pie a numerosos proyectos que buscaron enfatizar al menos uno de los elementos (Alexander 2005). En las últimas décadas, estas tensiones permitieron la formulación de posiciones intermedias o la radicalización de las mismas (Giddens 1984; Alexander 1987; Archer 2009).<sup>8</sup> En este trabajo propongo utilizar la estrategia de la teoría social respecto de la identificación de las piezas que están en juego (niveles sociales) y trasladarla al ám-

<sup>7</sup> La propuesta de Jeffrey Alexander y Philip Smith se conoce como el programa fuerte de la *sociología cultural*. Se distingue de la sociología de la cultura, en tanto que asume a esta como una esfera autónoma, lo que permite realizar una *descripción densa* (thick) de la misma, es decir, permite una reconstrucción hermenéutica del texto social; en última instancia, señalan los autores, es esta descripción densa lo que haría factible mostrar la causalidad de la cultura en la agencia de los individuos.

<sup>8</sup> En la versión de Anthony Giddens, por ejemplo, la explicación del orden social distingue niveles sociales tan solo para enfatizar de qué modo el flujo de las prácticas que el agente lleva a cabo hace posible lo que denomina la dualidad de la estructura, es decir, la producción continua de las estructuras en función de la recursividad de las prácticas (Giddens 1998). En una versión crítica a esta posición, Margaret Archer sugiere cuestionar diferentes estrategias teóricas de carácter cofilacionista —que tensionan hacia uno de los polos de la dicotomía individuo/sociedad o buscan un elemento aglutinador, por ejemplo, las prácticas— y propone un enfoque morfogenético que sugiere dar autonomía de las partes —o niveles— bajo el supuesto de que así se logra una mejor explicación de la realidad social (Archer 2009).

bito de mi interés: el de cómo se genera y usa el conocimiento médico psiquiátrico. Hacer este movimiento, me permite enfatizar que los problemas detectados desde la epistemología social demandan plantear mecanismos de corrección que apelan a la incidencia de varios niveles sociales, más allá de la agencia de los individuos y sus buenas prácticas.

Como señalaré, en las interacciones entre psiquiatras y usuarios de la psiquiatría, la epistemología social puede identificar un potencial escenario de injusticia epistémica, así como señalar algunas soluciones posibles para dicho escenario. Sin embargo, la corrección de la fuente del problema no terminaría en dicha interacción. El trabajo de un comité de pares, como una de las diversas instituciones que actualizan el conocimiento médico psiquiátrico, aporta recursos para que esto se dé así. Su corrección, en tanto que responden a una dinámica colectiva, no se ubicaría tampoco dentro de las voluntades de sus miembros, sino a partir de los mecanismos que estructuran la participación y constitución de esa colectividad. Por esa razón es importante discutir qué criterios se utilizan para acreditar quién forma parte de esa colectividad a partir de la cual se actualizan las categorías diagnósticas.

Por último, señalaré que, desde un tercer nivel social, el de la cultura, se proveen y reproducen recursos hermenéuticos que funcionan en una sociedad para darle credibilidad y validez a determinadas estructuras de significado. Esto permite discutir el problema que consiste en el exceso de la credibilidad de los recursos hermenéuticos con los que el conocimiento médico psiquiátrico describe las experiencias de la salud mental, en detrimento de otros recursos hermenéuticos que actores colectivos utilizan para nombrar su propia experiencia (i.e. discapacidad psicosocial, locura, experticia por experiencia). Asumo, por tanto, tal como lo hace la teoría social contemporánea, que hay una diferencia ontológica entre las instituciones sociales y la cultura (Alexander y Smith 2003). Este hecho, a mi juicio, permitiría describir de mejor manera las fuentes de la injusticia hermenéutica que alientan el exceso de credibilidad del conocimiento médico psiquiátrico.

### **a) La injusticia epistémica testimonial en la práctica psiquiátrica**

Los problemas de injusticia epistémica que pueden acontecer en la práctica psiquiátrica resultan un tema cada vez más visible en los corredores de monitoreo al que está sujeta en ciertos contextos dicha práctica. Una editorial reciente del *Boletín de la Revista Británica de Psiquiatría* (2017) alertaba sobre el tipo de injusticia epistémica que la práctica psiquiátrica ejecuta cuando devalúa o tergiversa la información brindada por pacientes que son atendidos, asumiendo de antemano que esta debe pasar por el filtro de las categorías diagnósticas. Así, por ejemplo, la información brindada por pacientes puede ser tipificada en prin-

cipio —y debido a su grandilocuencia o extravagancia— como delirio antes que como información verídica. También, las diferencias culturales que enmarcan ciertos comportamientos suelen devaluarse al tipificarse como síntomas psicóticos antes que como parte de las creencias culturales o religiosas que influyen en las prácticas cotidianas de las personas. Asimismo, el peso de los diagnósticos puede llegar a determinar la gravedad de un paciente, el cual lo confina a ciertos tratamientos que implican reclusión.<sup>9</sup>

Si bien estas situaciones pueden calificarse como deficiencias aisladas, relacionadas en cada caso con una mala *praxis* psiquiátrica, lo cierto es que una mirada más detenida tendría que señalar que un problema de fondo es el que está relacionado con la configuración de autoridad epistémica dentro de un contexto de interacción médico psiquiatra-usuario de la psiquiatría. Esto es, la posesión de mayor credibilidad para interpretar las situaciones dentro de ese contexto de atención médica es diferencial y esto genera consecuencias, en ocasiones no deseadas, para sus propios practicantes.

Desglosar el tipo de problemáticas que se derivan de la mayor credibilidad epistémica de ciertos sujetos sociales frente a otros, es parte del trabajo que la epistemología social propone al postular el término de injusticia epistémica. En lo que sigue, describiré conceptualmente el origen del término y lo utilizaré para plantear algunos ejes de análisis en torno a su aplicación en el contexto de atención psiquiátrica.

El término injusticia epistémica debe entenderse ante todo como un obstáculo para la obtención del conocimiento, el cual tiene como causa principal un problema ético. En la formulación inicial, planteada por la filósofa Miranda Fricker (2007), la injusticia epistémica se presenta de dos formas. Primero, cuando dentro de un *intercambio testimonial* prejuicios de identidad impiden tomar en cuenta y de forma adecuada las consideraciones de determinados sujetos en tanto sujetos de conocimiento.<sup>10</sup> Segundo, cuando en circunstancias sociales específicas, no existen los recursos hermenéuticos para que ciertos sujetos puedan nombrar su experiencia.

En el presente inciso me enfocaré en el primer caso, y señalaré de qué forma el planteamiento está siendo recuperado para estudiar los intercambios testimoniales presentes en la atención psiquiátrica. En el último inciso abordaré el segundo caso que señala Fricker, y expondré cuál es la relación del mismo para

**9** Los ejemplos están documentados por los autores de la misma editorial: Chirton P. Carel H. Kidd (2017), "Epistemic Injustice in Psychiatry": *BJPsych Bulletin*, abril; 41(2):65-70.

**10** Se conoce como epistemología del testimonio a aquellas discusiones que argumentan sobre por qué los testimonios son una fuente de conocimiento del mismo modo que la percepción, la memoria y el razonamiento inferencial. Véase: Coady (1994) *Testimony: A Philosophical Study*, Oxford University Press.

analizar otra dimensión presente en la credibilidad de la atención psiquiátrica sobre los problemas de salud mental.

La injusticia epistémica testimonial acontece cuando prejuicios de identidad desvirtúan y devalúan de forma sistemática la información que brindan testimonios a quienes se atribuye dicha identidad (Fricker 2007, 43). Fricker discute los casos en donde los prejuicios de género y de raza operan negativamente en detrimento de la credibilidad, en tanto informantes, de mujeres y de personas afrodescendientes. De manera concreta, la injusticia epistémica testimonial se comete cuando un *oyente* devalúa la credibilidad de un *hablante* a causa del prejuicio de identidad que el primero le imputa a este último. Es decir, el *oyente* no valora adecuadamente la experiencia del *hablante* debido a que le encasilla bajo ciertas características que asume, erróneamente, son negativas e intrínsecas a ciertas identidades.

La discusión de Fricker, si bien ocurre en el contexto particular de la filosofía analítica anglosajona, está comprometida con un análisis epistemológico de las prácticas de sujetos situados. Su proyecto no parece buscar una estrategia de investigación empírica propiamente dicha, sino una que, desde el plano teórico, sea sensible en analizar las circunstancias en las que sujetos llevan a cabo sus intercambios testimoniales. Esto es importante para entender el orden de prioridades en las que se enfoca su discusión, así como para acercarse al tipo de herramientas conceptuales que se utilizan en el desarrollo de sus planteamientos. A muy grandes rasgos puede decirse que el análisis de la injusticia testimonial en la obra de Fricker se despliega en los siguientes dos planos:

- (i) Identificar las consecuencias que produce en el terreno epistémico y ético el uso sistemático de los prejuicios de identidad de ciertos grupos sociales en detrimento de otros.
- (ii) Plantear qué tipo de condiciones epistémicas y éticas ayudarían a revertir la injusticia epistémica testimonial producida por el ejercicio de prejuicios de identidad.

Ambos planteamientos tienen consecuencias profundas para la teoría del conocimiento tradicional.<sup>11</sup> Del primer punto, Fricker explica por qué los prejuicios de identidad derivan no solo en la pérdida de credibilidad de ciertos hablantes, sino que, además, fomentan una pérdida de su propia confianza. Es de-

**11** De (i) se deriva la revisión de las condiciones bajo las cuales la teoría del conocimiento se desarrolla, mientras que de (ii) se discuten qué tipo de virtudes del oyente propiciarían condiciones de justicia epistémica en los intercambios testimoniales, lo que hace del proyecto de Fricker un proyecto de epistemología social.

cir, el hablante va minando la confianza epistémica de sí mismo de manera gradual como consecuencia del ejercicio de prejuicios de identidad del que es sujeto (2007, 44, 47).<sup>12</sup>

La pérdida de credibilidad detectada por Fricker produce un daño epistémico y ético en el hablante, el cual consiste en que no se le toma en cuenta como persona confiable para transmitir información adecuada. Fricker tipifica este fenómeno bajo el término de *cosificación*, es decir, las personas son tratadas como una *cosa* que, de manera eventual y contingente, puede llegar a proveer de información fidedigna (2007, 132-133). Al ocurrir de manera sistemática, la *cosificación* puede derivar en consecuencias aún más graves, como es *el silenciamiento* de la experiencia de ciertos sujetos, el cual fomenta una particular injusticia testimonial. Así, Fricker advierte que:

aquellos grupos sociales que son sujetos de un déficit de credibilidad injusto, son aquellos que por la misma razón no tienden a ser consultados para compartir sus pensamientos, sus juicios y sus opiniones. Este tipo de injusticia testimonial ocurre en el silencio. Acontece cuando el prejuicio del escucha se adelanta a un potencial intercambio de información: se anticipa a cualquier intercambio. Llamémosle injusticia testimonial anticipada (*pre-emptive*) (2007, 130)

El horizonte conceptual planteado por Fricker, que incluye la descripción del daño epistémico y el tipo de injusticia testimonial anticipada (*pre-emptive*), son piezas importantes para abordar los intercambios testimoniales en escenarios más específicos, como aquel que ocurre en la atención médica o en particular en la atención psiquiátrica. Lo que resta es detectar qué tipo de prejuicios específicos, además del de género y raza, se juegan en este último escenario, y saber si los daños epistémicos son del mismo tipo de los que plantea Fricker, o si en esos casos pueden imputarse otros (Cf. Murguía 2019).

Havi Carel e Ian James Kidd (2016) han descrito, por ejemplo, que para el caso de los cuidados de la salud en general, el ejercicio de injusticias epistémicas que acontecen en la interacción médico-paciente, obedece a prejuicios de identidad con carga negativa que devalúan las capacidades y competencias de una persona con alguna enfermedad crónica. Es esta circunstancia la que hace proclive que ocurran injusticias testimoniales en la interacción médico-paciente, gracias a la serie de prejuicios que desde el ámbito médico se le atribuye a una

**12** En ámbitos más especializados como el de la ciencia, diferentes capítulos en su historia dan cuenta, por ejemplo, de cómo la experiencia de las mujeres que participan en proyectos de investigación se ubicó dentro de escenarios en donde su credibilidad no fue valorada del mismo modo que la de sus colegas hombres a causa de los prejuicios de identidad (Wylie 2011).

persona con enfermedad, tales como la discapacidad cognitiva o la inestabilidad emocional.

Estas reflexiones amplían de hecho la discusión de Fricker en torno a la detección de la injusticia epistémica, pues identifican que no es sólo a partir del prejuicio *de identidad*, sino, de otro tipo de prejuicios, como el de *participación* y de *información* como se devalúa la experiencia de los pacientes (Hookway 2010). Ambos prejuicios operan para delimitar el tipo de preguntas que se les permite realizar a los pacientes en el contexto de atención médica, dado que su credibilidad se ve minada debido a la falta de un entrenamiento médico (participación), así como por el hecho de que la expresión de sus preocupaciones, en tanto paciente, no son calibradas con la misma relevancia (información).

A decir de Carel y Kidd, el ejercicio de estos prejuicios genera un daño epistémico hacia las personas con enfermedad, el cual no necesariamente encuadra en la *cosificación* —como señalaría el planteamiento original de Fricker— sino en la subjetividad truncada, un término que formula Gaile Pohlhaus en clave crítica. La subjetividad truncada refiere al hecho de que los pacientes suelen ser tratados entre sujetos y objetos de la medicina, lo que significa, por un lado, que se les considera como potenciales sujetos que transmiten *información*, pero no su *experiencia*. Asimismo, pese a que realizan una contribución crucial al conjunto de prácticas epistémicas que conforman el cuidado médico, no les está permitido redireccionar los intereses que guían la práctica médica desde su perspectiva (2017, 178).

Los planteamientos, si bien son estimulantes para pensar los escenarios más específicos de la atención psiquiátrica, no son necesariamente extrapolables de manera directa. Carel y Kidd (2017) de hecho aclaran que su discusión busca atender solo aquellos casos de tratamientos crónicos y admiten que para el caso de los tratamientos de la salud mental se requerirían consideraciones más específicas.

Lo anterior, invita a preguntarse qué tan factible es identificar injusticias epistémicas testimoniales en los casos relacionados con la atención psiquiátrica. El escenario es complejo porque el planteamiento del problema no busca predeeterminar una devaluación de la autoridad epistémica de la psiquiatría. Recurrimos a la medicina, en general, para que nos brinde diagnósticos certeros. Y en el caso de la atención a problemas de salud mental, la psiquiatría es fundamental desde la perspectiva de ciertos usuarios. Sin embargo, la investigación de las injusticias testimoniales en el caso de la medicina psiquiátrica tiene un objetivo acotado: identificar en qué circunstancias el exceso de credibilidad que posee un oyente (experto-psiquiatra) frente a un hablante (persona a quien se atribuye un trastorno mental) tiene consecuencias perniciosas para este último. Al menos esto es en lo que ponen énfasis los trabajos recientes que analizan la práctica psiquiátrica como fuente de injusticias testimoniales.

Josh Dohmen (2016) y Anastasia Philpa Scruton (2017), por ejemplo, señalan que en las interacciones de personas a quienes se diagnostica un trastorno mental —o discapacidad mental, en el caso de Dohmen— hay una tendencia a desestimar la subjetividad de los primeros. Ambos autores recurren a testimonios reales en los que se expresa esa insatisfacción de sentir que su subjetividad es truncada por efectos de los medios diagnósticos que son utilizados en la práctica psiquiátrica.<sup>13</sup> Esto quiere decir que la experiencia reportada por personas que son atendidas es negativa en el sentido de que no son abordadas como *sujetos de conocimiento* sino como *fuentes de información*.

Saber si es inherente a la práctica psiquiátrica el ejercicio de injusticia testimonial no es una cuestión que pueda responderse de manera general. En principio hay otras variables como el entrenamiento de los psiquiatras y de las condiciones institucionales de atención, los cuales dependen de los sistemas de salud específicos, que condicionan y enmarcan el tipo de intercambios testimoniales entre psiquiatras y usuarios. Es decir, hay otros factores sociales que facilitan u obstaculizan la adecuada escucha de parte de los psiquiatras y que en última instancia ejercen presión para que opere el *prejuicio de participación* de los primeros hacia los segundos. Sin embargo, la conceptualización del fenómeno denominado injusticia testimonial resulta una vía teórica importante para revisar casos de manera específica que ahonden en la identificación de escenarios en donde testimonios de personas a quienes se atribuye un trastorno mental mediante un diagnóstico, pueden de hecho padecer un daño epistémico, indagar de qué tipo se trata, así como señalar cuáles son sus fuentes. Para ello, es central entender que la injusticia epistémica no siempre deriva de las incapacidades ético-epistémicas del escucha, en este caso el médico psiquiatra, sino de dinámicas estructurales bajo las que se configura el discurso psiquiátrico y la práctica experta que lo diseña. En este sentido es que resulta pertinente revisar cómo es que el problema de la injusticia testimonial está ligado al papel que tienen las clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales, como lo han advertido recientes trabajos.

El trabajo reciente de Anke Bueter (2019a) muestra pasos dados en esta dirección. La autora plantea que la naturaleza de las categorías diagnósticas que definen los distintos trastornos mentales es, de hecho, una fuente de *injusticia epistémica anticipada (pre-emptive)*. Esto porque funcionan como una devalua-

**13** Dohmen (2016), por ejemplo, cita el siguiente testimonio de un informante que es psiquiatra y que recibe atención: "I recall feeling profoundly affected by a small dose of a commonly prescribed psychotropic drug. When I reported this to the prescriber, my claims were met with incredulity, as the reaction I experienced was quite unusual. As a professional, the veracity of my reporting of the symptoms or behaviour of others had never been called into question in the manner that it was when I was in the position of patient" (2016, 349).

ción de la información que brindan las personas a las que se les atribuyen trastornos mentales. En ese sentido, las clasificaciones y los procesos de revisión no consideran otras fuentes, dado que el marco epistémico con el que fueron desarrolladas se basa en una noción de objetividad científica que elude el valor de la experiencia de las personas no expertas a quienes se atribuyen dichos trastornos y por tanto de la información que puedan ofrecer al respecto.

En el siguiente inciso reviso este otro nivel social en el que se construyen las categorías diagnósticas utilizadas por la psiquiatría con el fin de entender con mayor detalle algunos problemas que alientan el escenario de injusticias epistémicas anticipadas desde la práctica psiquiátrica.

### **(b) La clasificación de trastornos mentales en el DSM: ¿un problema de expertos?**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) es resultado de los esfuerzos que la Asociación Norteamericana de la Psiquiatría (APA) realizó desde mediados del siglo XX para estandarizar las distintas clasificaciones de trastornos mentales que estaban en uso hasta ese momento. La historia de dicho manual —que vio luz en 1952 y que en 2013 presentó su quinta edición— podría leerse como parte del monitoreo constante que la propia psiquiatría estadounidense ha realizado sobre los conocimientos que fundan su práctica.<sup>14</sup> Pese a la evolución de sus resultados, las reediciones más actuales no han estado exentas de polémicas tanto dentro como fuera del campo psiquiátrico (Porter 2013; Skull 2019). En esta sección, utilizo el caso del DSM con la intención de plantear un entendimiento general del proceso de construcción colectiva de la clasificación de los trastornos mentales y señalar de qué modo la epistemología social puede contribuir al estudio del mismo, planteando algunas líneas de debate en torno a los márgenes que delinearán quién está capacitado para participar en dichos procesos.

El punto de partida es recalcar que el DSM es un objeto construido por pares, en este caso médicos-psiquiatras (en su mayoría), quienes buscan desarrollar herramientas confiables que faciliten en la práctica diagnósticos operativos y ciertos. Las tensiones del trabajo entre pares expertos se ubican en un nivel social distinto al de las interacciones psiquiatra-usuario de la psiquiatría, pues responde a uno que implica circuitos de socialización con dinámicas institucionales específicas tales como los comités, conferencias, o grupos de trabajo. Esta acotación permite indagar el tipo de actores colectivos que intervienen, dado sus vínculos e

**14** Existen otras clasificaciones como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), y el Research Domain Criteria (RoDC) (actualmente en proceso) (Cf. Pickershill 2014).

intereses, en el proceso de confección de una clasificación diagnóstica. Por esa razón, una condición natural presente en estas dinámicas de trabajo colectivo son las tensiones que genera mediar entre criterios epistémicos y extra-epistémicos al momento de discernir medidas, clasificaciones, o índices de riesgo. Como recuerda Miriam Solomon (2014), los consensos entre expertos no se fundan en verdades, sino en acuerdos, de otro modo no se entendería la posibilidad de realizar adecuaciones sobre ellos a lo largo del tiempo.

En este sentido, el enfoque de la epistemología social en el estudio del DSM es complementario a los análisis realizados por la sociología de la salud mental, pues esta última si bien hace aportaciones valiosas en torno a los contextos de desarrollo de los instrumentos clasificatorios de la psiquiatría, no centra su discusión en cuestiones epistémicas de carácter colectivo del tipo que aquí sugiero. Por ejemplo, en el emblemático trabajo de Mayes y Horwitz (2005) en el que puntualizaron el proceso que guió la edición del DSM-III en 1980, queda clara esta ausencia. En su análisis, se demuestra que el DSM III representó, en su momento, la respuesta a la crisis de legitimidad que la psiquiatría estadounidense experimentaba por ese entonces en razón de la gran influencia que había tenido el psicoanálisis en décadas previas. De acuerdo con Mayes y Horwitz, el organismo encargado de desarrollar el manual —la APA— fincó un cambio de paradigma de la práctica psiquiátrica, retornando a las bases de la clasificación Krapeliana producida desde el siglo XIX. Esto tuvo como consecuencia principal abandonar la noción de diagnóstico centrada en la búsqueda de las causas de los trastornos mentales, para apelar a una identificación más fidedigna de los mismos, proponiendo una lista de síntomas que facilitarían los diagnósticos.

El cambio de paradigma fue alentando, dentro del contexto estadounidense, por otros actores sociales, en principio periféricos a la práctica psiquiátrica, pero que, llegado el momento, ejercieron una influencia decisiva, sea por intereses instrumentales, políticos o económicos, para fomentar la pertinencia de una nueva forma de clasificación de los trastornos mentales que facilitarían ese tipo de diagnóstico basado en síntomas. En concreto, Mayes y Horwitz (2005) señalan: (i) el papel del Estado y su creciente actividad para fomentar políticas públicas en salud mental; (ii) las compañías aseguradoras interesadas en obtener diagnósticos más fidedignos, en el sentido de clarificar qué trastornos mentales ameritaban el pago de atención, y (iii) la industria farmacéutica la cual había incrementado su investigación para el tratamiento farmacológico de los síntomas. Todos ellos influyeron de manera decisiva en la nueva clasificación plasmada en el DSM-III.

A pesar de la virtud del trabajo de Mayes y Horwitz en la identificación de las tensiones sociales que facilitaron la participación e influencia de ciertos actores en los procesos de gestación de dicho manual, su objetivo principal deja espacio para profundizar en la dimensión colectiva de los acuerdos de carácter

epistémico. En su trabajo no se cuestiona, por ejemplo, si las fronteras entre expertos psiquiatras y otros contribuyentes potenciales a esta se encontraba sustentada en justificaciones adecuadas.

Lo anterior es importante si se toma en cuenta que las revisiones sucesivas del DSM han dado como resultado otras cinco nuevas ediciones: DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-R, DSM IV-TR y DSM-5 (Del Barrio 2009), reproducidas todas ellas desde el paradigma neo-kraepeliniano que vio luz en el DSM-III. Detrás de cada una de estas ediciones, se encuentra una discusión amplia entre pares expertos. Por ejemplo, para dimensionar el proceso, en el caso de la generación del DSM-5 intervinieron más de 400 especialistas (Regier *et al.* 2013). Sin embargo, un punto nodal para debatir es que la construcción de acuerdos entre pares expertos en los que se funda el DSM está sustentada en espacios de participación muy estrechos, limitados a los especialistas del campo.<sup>15</sup> Esto es problemático en la medida en que se han ido acumulando cada vez más críticas externas, bien fundamentadas, realizadas por especialistas no médicos, así como por familiares y usuarios.<sup>16</sup>

En este sentido, considero que la perspectiva de la epistemología social puede ofrecer elementos para analizar en qué circunstancias es aceptable que la competencia del ámbito de la psiquiatría se vea enriquecida y complementada por la visión de otros especialistas usuarios o de campos no biomédicos. Para ello, puede seguir las rutas de disputa de dos fuentes de polémica que de manera reciente han señalado, de alguna forma, problemas a los límites del trabajo colectivo de pares que produce la clasificación diagnóstica del DSM.

La primera de ellas es la crítica focalizada a ciertos casos considerados erróneamente como “trastornos mentales”. En este proceso, si bien las perspectivas revisionistas de la propia psiquiatría se han hecho escuchar, son las voces activistas quienes en su momento cuestionan, visibilizan y ejercen una influencia para *desmedicalizar* condiciones que fueron consideradas dentro de la clasificación de trastornos mentales.<sup>17</sup> En este sentido, las voces de activistas que incidieron en la reclasificación de ciertos comportamientos sugiere precisar cuestiones como cuáles son los criterios en los que se funda el derecho a participar en la confección y revisión de dichas clasificaciones de trastornos mentales, así como preguntarse si es factible la flexibilización de los mismos para que expertos no certificados puedan participar en la revisión de estas clasificaciones.

**15** Esto a pesar de que, como advierte Regier *et ál.* (2013), la participación incluyó además de psiquiatras, representantes de disciplinas como la psicología, neurología, pediatría y epidemiología.

**16** El DSM-5 se abrió a la participación de usuarios y familiares; sin embargo, como señala Porter (2013), el peso de su participación en los resultados finales no fue nada claro.

**17** Dos trabajos bien documentados al respecto de casos concretos son los de Figeret (2010) y Grau (2017).

Responder este tipo de preguntas invita a clarificar el tipo de criterios epistémicos y extra-epistémicos que se ponen en juego en la regulación colectiva de quienes, desde la psiquiatría, han señalado históricamente quiénes son aquellos que están legítimamente capacitados para participar en la producción de dichas clasificaciones. Para ello, es necesario tener argumentos sobre por qué esta inclusión es epistémicamente loable y por qué resulta vital para la colectividad. Posiciones pluralistas en epistemología defenderían esta tesis, en el sentido de que conviene distribuir los esfuerzos en distintas estrategias para obtener una meta epistémica, aunque sustentarla dependerá de cada caso revisado para saber cuándo esto es más factible y cuándo es debatible.

La segunda fuente de polémica que puede ayudar a debatir los márgenes estrechos de la participación en la construcción del DSM, se relaciona con una crítica planteada al concepto de “trastorno mental” (*mental disorder*), que es la piedra angular del manual. A este respecto, el trabajo de Jerome C. Wakefield ha sido prolífico dados los importantes cuestionamientos que ha realizado al término. El planteamiento de Wakefield no pretende desarrollar una clasificación alternativa que sea útil para la psiquiatría. Más bien, busca realizar una revisión conceptual de la que está en uso en el DSM, señalando deficiencias del propio concepto. A juicio de Wakefield (1992b), el problema principal del concepto radica en su carácter poroso que le impide realizar su función de demarcación de manera objetiva, pues no se aplican de la misma manera para todos los casos.

Asimismo, Wakefield propone utilizar el término “disfunción dañina” (*harmful dysfunction*), no como sustituto del término trastorno mental, sino como punto de contraste con el cual sea posible cuestionar la clasificación utilizada por la psiquiatría que recurre al DSM. Hablar de disfunción dañina, permite distinguir los problemas mentales severos de los que no lo son, y al hacerlo, evitar que diversos estados emocionales y de comportamiento tiendan a ser medicalizados de manera innecesaria. En dónde se finca el límite entre lo severo y lo que no lo es, puede responderse recurriendo a los conocimientos que la biología evolutiva nos brinda respecto al funcionamiento de los mecanismos corporales y mentales.<sup>18</sup>

Al proponer esta estrategia, Wakefield asume la complejidad de revisar una clasificación que en última instancia vincula cuestiones fácticas y valorativas. En ese sentido, hace eco de varias críticas planteadas a la psiquiatría en las últimas décadas, tales como la que sostiene que el poder de la psiquiatría radica en su capaci-

**18** La posición de Wakefield no pretende sustentar una visión teleológica, sino una descriptiva sobre aquello que nos permite imputarle a un mecanismo corporal o mental un grado de funcionalidad, de tal manera que sea posible contrastar cuando esta no ocurre. Así, las disfunciones de los mecanismos mentales serían un criterio adecuado para identificar aquellos casos en los que la psiquiatría tiene competencia.

dad para enjuiciar y etiquetar comportamientos o aquella otra que señala que su legitimidad parte de la incapacidad de la sociedad para tolerar comportamientos desviados (en el sentido estadístico) (Wakefield 1992a). Sin embargo, es claro que Wakefield no busca llevarlas hasta sus últimas consecuencias. Su propuesta, de hecho, se aleja de ellas cuando afirma que no ofrecen elementos suficientes para demeritar la necesidad de una clasificación, pues de sostener lo anterior, se corre el riesgo de anular la competencia médica para los casos de salud mental severos.

La discusión propuesta por Wakefield ofrece recursos para analizar con mayor detalle las dinámicas de agregación de los expertos que respaldan la confección y revisión del DSM. En particular, desde la epistemología social podría indagarse cómo es que dichos acuerdos reconocen y absorben las críticas realizadas desde otros campos expertos, preguntándose, como señala Miriam Solomon: “¿cuáles son los intereses de las partes?” (2014, 254). Llevado a la práctica, esto sugeriría estudiar la institucionalización de los comités de revisión del DSM, así como discutir los criterios de adscripción de quienes evalúan la evidencia disponible que permite hablar de la pertinencia por corregir categorías, eliminarlas o fusionarlas. Esto no solo en lógica de acumular más evidencia, sino en la de saber quién produce determinada evidencia y para qué fines.

### **(c) La injusticia hermenéutica: descripciones fenomenológicas y exceso de credibilidad**

En este último inciso abordo el caso de la injusticia hermenéutica —el segundo tipo de injusticia epistémica que detectó Miranda Fricker—, y explico por qué es un problema que desde la epistemología social puede investigarse para el caso de los usos del conocimiento médico psiquiátrico. En concreto, señalaré que la discusión sobre injusticia hermenéutica sugiere descifrar el tipo de consecuencias que genera concebir al conocimiento médico psiquiátrico como forma primordial de atención a los problemas de salud mental en detrimento de otras fenomenologías a las que apelan los usuarios que no recurren a la psiquiatría para describir sus propias experiencias.

Entender el concepto de injusticia hermenéutica señalado por Fricker, implica situar la discusión en un nivel social que está relacionado con la reproducción de los recursos hermenéuticos que tienen legitimidad para nombrar las experiencias de sujetos que componen una comunidad y que es cualitativamente distinto al nivel social de las interacciones y al de las agregaciones entre pares expertos. Si bien los tres niveles están implicados, mi sugerencia es que distinguirlos permite entender sus dinámicas propias. En la interacción entre dos personas se echa mano de los recursos hermenéuticos válidos en la comunidad. De la misma manera, en las agregaciones colectivas de pares expertos acontecen diversas interacciones que utilizan dichos recursos hermenéuticos, pero cuyo resultado, en tanto

colectivo, no es solo el resultado del rastreo de las interacciones, sino el de la constitución de un colectivo que respalda cierto acuerdo. El nivel social al que hacen referencia la producción y reproducción de recursos hermenéuticos tiene una dinámica propia, ya que su existencia antecede a las trayectorias de los sujetos y las agregaciones de pares.

La relevancia de la injusticia hermenéutica para las sociedades es que detecta un problema central relacionado con el tipo de recursos que tienen mayor reconocimiento en una colectividad y terminan así favoreciendo la perspectiva de ciertos sujetos sociales. Para Fricker, la injusticia hermenéutica consiste en la carencia de recursos hermenéuticos que experimentan ciertos sujetos colectivos para nombrar su experiencia, o dado el caso en el que dichos sujetos han desarrollado sus propios recursos hermenéuticos, estos no cuentan con un nivel de credibilidad adecuado en el contexto en el que son emitidos (2007, 155).<sup>19</sup>

En las sociedades contemporáneas, estructuradas con desigualdades importantes en cuestiones de género o identidad étnica o racializada, no hay duda de que el escenario que describe la injusticia hermenéutica es recurrente. No todos los sujetos colectivos tienen la misma oportunidad de nombrar su experiencia de la misma forma, debido a que los recursos que cuentan con mayor credibilidad están contruidos bajo un molde que elude la diversidad. En no pocas ocasiones, los recursos hermenéuticos dominantes afectaron —y afectan— la credibilidad de las mujeres en diversos escenarios institucionales. Las directrices de identidad, asimismo, afectan la expresión de las minorías a partir de los recursos hermenéuticos con los que expresan su identidad.

El problema no se limita a dificultades en el lenguaje, sino que remite a una condición estructural que afecta por diferentes causas a ciertos grupos sociales de forma más directa que a otros. El ejercicio de injusticia hermenéutica, por tanto, no acontece simplemente por una incompetencia de los colectivos, en el sentido de que cometan un ejercicio de ignorancia o descuido que los lleve a desconocer la forma en la que determinados sujetos nombran su experiencia. En el planteamiento inicial de Fricker, el daño de la injusticia hermenéutica se concibe como una *desigualdad hermenéutica situada*, esto es: “parte de la experiencia social es nublada por el entendimiento colectivo que obedece a esta desigualdad hermenéutica” (2007, 158).

**19** El ejemplo central de la injusticia hermenéutica con el que Fricker describe este problema es el caso bien documentado de las mujeres que acuñaron el término “acoso sexual” en Estados Unidos, a finales de los años sesenta. Previo a su enunciación, los recursos hermenéuticos con los que se podía identificar y nombrar el acoso sexual no estaban presentes en el lenguaje cotidiano. Desde luego esto no significaba que el problema no existiera, aunque, de hecho, fue sólo después de una reflexión colectiva de mujeres que laboraban en algunas universidades en Estados Unidos que pudo darse cauce interpretativo al tipo de experiencias comunes que afrontaban (Fricker 2007, 149-150).

La relevancia de este planteamiento para el estudio del conocimiento médico psiquiátrico desde la epistemología social, consistiría en la revisión de las lagunas hermenéuticas a las que dicho conocimiento da lugar, así como a la indagación de las causas que fomentan que esto ocurra así. Ejemplo de esto es el exceso de credibilidad que el conocimiento psiquiátrico posee, lo cual trae consigo la devaluación u oscurecimiento de otro tipo de recursos con los que los usuarios que han renunciado a la atención psiquiátrica describen su experiencia.

El planteamiento de exceso de credibilidad, cabe aclarar, forma parte de las precisiones a las que ha estado sujeta la propuesta de Fricker. En varios trabajos, José Medina (2011, 2012, 2013) ha señalado, a manera de crítica, que la injusticia hermenéutica es más dinámica de lo que en principio señala Fricker, dado que se encuentra en estrecha conexión con la injusticia testimonial. La tesis de Medina es que entre el hablante (que padece injusticias testimoniales) y el escucha (que ejerce esa injusticia testimonial) hay en juego un exceso de credibilidad que forma parte de una cadena de atribuciones que promueve vicios epistémicos, los cuales derivan en el ejercicio de la injusticia hermenéutica (2011, 2017). La atribución excesiva de credibilidad hacia un escucha, es resultado de un proceso social, extendido temporalmente, el cual genera vicios en los intercambios testimoniales, debido a procesos anclados en el imaginario social que otorgan mayor poder a quien los pone en práctica (Medina 2012, 2013).

Para el caso específico de la atención psiquiátrica, la devaluación de la credibilidad del hablante/usuario de la psiquiatría por parte del médico psiquiatra es posible porque, simultáneamente, opera un exceso de credibilidad del usuario hacia el experto. Esto es así gracias a que, siguiendo a Medina (2011), los excesos de credibilidad responden a una dimensión del imaginario social en donde se fincan patrones que regulan qué discursos cuentan con mayor o menor credibilidad. Es ahí, en esa dimensión del imaginario social, en donde los consensos expertos que subyacen a la práctica psiquiátrica reivindican parte de su legitimidad (i.e. la construcción de categoría diagnóstica).

Por tanto, la pregunta que la epistemología social debe abordar es aquella que permita identificar qué detona en el imaginario social mayor credibilidad en la medicina psiquiátrica como forma de atención primordial a los problemas de salud mental, así como las consecuencias que eso produce: las lagunas hermenéuticas o espacios de significado inadecuadamente comprendidos u opacados debido al dominio que tiene para interpretar las experiencias que se ubican en el horizonte de la salud mental. En la actualidad, diversos colectivos activistas que han decidido renunciar al uso del conocimiento médico psiquiátrico como forma de atención biomédica, adoptan otras formas de descripción de su experiencia. Tal es el caso de los colectivos que se adscriben al discurso de los derechos humanos para hablar de discapacidad psicosocial, o aquellos que se definen como

expertos por experiencia, o bien, aquellos colectivos que reivindican desde el movimiento del Orgullo Loco (*Mad Pride*) esta identidad. En estos casos, se ponen en juego recursos hermenéuticos por parte de sujetos colectivos que, a su vez, se enfrentan a las dinámicas que desde el imaginario social dan mayor credibilidad a la psiquiatría.

Para profundizar en estas cuestiones, precisiones conceptuales recientes pueden ayudar a matizar el análisis. Tal y como sugiere José Medina, hablar de injusticia hermenéutica conlleva a admitir la existencia de distintos tipos:

Cuando hablamos de daños e injusticias hermenéuticas, la pregunta no es tan simple como saber si hay o no disponibles fuentes de expresión e interpretación para compartir y producir significados, sino cómo esos recursos son usados, por quién y en qué formas. En este sentido, cuando reconocemos que un fenómeno o experiencia no es reconocido o es entendido de manera limitada en una cultura, y pensamos que, como resultado, un grupo de personas tiene una desventaja injusta, y etiquetamos eso como injusticia hermenéutica, esto debe ser el comienzo —y no el final!— de nuestro proceso de diagnóstico (2017, 43)

La intención de Medina es trasladar hacia campos más acotados la detección de estos ejercicios de injusticia hermenéutica en donde “la posicionalidad” y “la relacionalidad” de los sujetos son centrales. Su propuesta es muy relevante pues ofrece una serie de criterios con los cuales distinguir de mejor forma el fenómeno. Así, señala que la *fuerza* de la injusticia hermenéutica, la *dinámica* de la misma, la *extensión* y la *profundidad* varían dependiendo el caso. Para cada criterio hay parámetros que precisan cómo se ejerce cada tipo de injusticia hermenéutica. Bajo este esquema, el caso de mayor gravedad es aquel que denomina *muerte hermenéutica*, en donde no hay recursos hermenéuticos porque, en principio, el imaginario social reduce al máximo la posibilidad de formularlos, incluso para los propios actores que la padecen.

El proyecto intelectual de Medina (2013) investiga las formas en las que pueden contrarrestarse estos ejercicios de injusticia hermenéutica, indagando aquellas prácticas que producen lo que denomina *fricción epistémica*. Ahondar en esta propuesta requeriría de otro trabajo. Antes, es más importante recalcar que su clasificación de tipos de injusticia hermenéutica es un recurso valioso para profundizar en el entendimiento de los diversos escenarios en los que el uso de conocimiento médico psiquiátrico deriva en una credibilidad excesiva y alienta por ello lagunas hermenéuticas sobre otras formas de descripción de experiencias e identidades. Sin duda, todo esto queda como trabajo pendiente, sobre el cual, sin embargo, se ha dado un importante paso con la argumentación hasta aquí expuesta en favor de una epistemología social que atienda estos casos.

## Conclusiones

En este artículo quise mostrar de una forma concisa qué entiendo por epistemología social y cuáles son sus aportaciones para ampliar nuestro entendimiento de la generación y aplicación del conocimiento experto. Una vez aclarado el punto, mi objetivo fue mostrar qué tipo de preguntas pueden formularse desde esta perspectiva analítica en torno al conocimiento médico psiquiátrico. Para tal fin, consideré útil distinguir escenarios de producción y aplicación de dicho conocimiento. En este sentido, propuse diferenciar niveles sociales en los que se afinan las dinámicas y los procesos de producción y aplicación del mismo. El propósito de esta estrategia fue sugerir que, si en términos de interacción entre un médico psiquiatra y un usuario de la psiquiatría hay una dinámica social particular, esta no es la misma que aquella presente durante los procesos sociales de agregación de expertos cuando, por ejemplo, estos deliberan sobre la adecuación de las clasificaciones de trastornos mentales. Ambas dinámicas tampoco responden, necesariamente, a la misma dimensión social que rige la credibilidad de los recursos hermenéuticos con los cuales se comunican y validan experiencias, en este caso relacionadas con lo que la psiquiatría llama trastorno mental. Para cada uno de estos tres niveles sociales, la epistemología social sugiere problemas de investigación en torno a dilemas que identifica y que son propios de la generación y aplicación del conocimiento experto que subyace a la práctica psiquiátrica. Por esa razón es que se puede hablar de injusticia epistémica, sea de carácter testimonial o hermenéutica, del mismo modo que sugerir el analizar de los procesos de agregación y adscripción sobre los expertos que están capacitados para participar en la clasificación de trastornos mentales.

Al concebirse como un trabajo inicial, mi objetivo no ha sido tanto exponer una lista exhaustiva de problemas, sino una en donde se muestre que los aportes del estudio social del conocimiento experto, en clave epistémica, es algo más que ahondar en los dilemas conceptuales a los que la epistemología analítica tradicional nos ha acostumbrado; es, de hecho, una herramienta útil para afrontar escenarios sociales complejos en donde las decisiones de expertos afectan a quienes estructuralmente tienen menos posibilidades de ser escuchados. ■

## Referencias

- Alexander, Jeffrey y Smith Philip. 2003. The Strong Program in Cultural Sociology: Elements of a Structural Hermeneutic. En Alexander, Jeffrey. *The Meaning of Social Life*, pp. 11-27. Oxford University Press.
- Alexander, Jeffrey. 2005. *Las teorías sociológicas desde la Segunda Guerra Mundial*. Gedisa.
- Archer, S. Margaret. 2009. *Teoría social realista. El enfoque morfogenético* (trad.

- Daniel Chernilo). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Aneshensel, Carol; Jo C. Phelan; Alex Bierman. 2013. *Handbook of the sociology of Mental Health* (2a. ed). Springer.
- Bueter, Anke. 2019a. Epistemic Injustice and Psychiatric Classifications. *Philosophy of Sciences* 86(5), pp. 1064-1074.
- Bueter, Anke. 2019b. Social Epistemology and Psychiatry. En Tekin S. Bluhm R. (eds.) *The Bloomsbury Companion to Philosophy of Psychiatry*, pp. 485-504.
- Busfield, Joan. 2011. *Mental Illness*. UK: Polity Press.
- Charland, Louis. 2013. Why Psychiatry Should Fear Medicalization. En K. W. R. Fulford et ál. (eds.). *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford University Press.
- Collin, Finn. 2020. The Twin Roots and Branches of Social Epistemology. En Fricker, Miranda et ál. (eds.) *The Routledge Handbook of Social Epistemology*, pp. 21-31.
- Carel, Havi; Kidd James K. 2017. Epistemic injustice in medicine and healthcare. En Kidd, J. I.; Medina J. Pohlhaus G. (eds.) *The Roudledge Handbook of Epistemic Injustice*, pp. 336-347. New York: Roudledge.
- Chirton, Paul; Carel Havi; Kidd Ian. 2017. Epistemic Injustice in Psychiatry. *BJPsych Bulletin* [Apr, 41(2)] pp. 65-70.
- Del Barrio, Victoria. 2009. Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la psicología* (v. 30, n. 2-3) España.
- Dohmen, Josh. 2016. A Little of Her Language. Epistemic Injustices and Mental Disability. *Res Publica* (v. 93-4), pp. 669-691.
- Eraña, Ángeles; Barceló, Axel. 2016. El conocimiento como actividad colectiva. *Tópicos, Revista de filosofía* (51), pp. 9-35. México: Universidad Panamericana.
- Figeret, Anne. 2010. The Three Faces of PMS: The Professional, Gendered, and Scientific Structuring of a Psychiatric Disorder. En McLeod, Jane y Wright, Eric (eds.) *The sociology of Mental Illness. A Comprehensive Reader*, pp. 46-62. New York: Oxford University Press.
- Fricker, Miranda. 2007. *Epistemic Injustice. Power and Ethics of Knowing*. USA: Oxford University Press.
- Fuller, Steve. 2002 [1988]. *Social Epistemology* (2a. ed). USA: Indiana University Press.
- Fuller, Steve. 2012. Social Epistemology: A Quarter-Century Itinerary. *Social Epistemology: A Journal of Knowledge, Culture and Policy*, pp. 1-17. USA: Taylor and Francis.
- Giddens, Anthony. 1998 [1984]. *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grau, J. 2017. Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología* 75(2) e059. <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63>

- Goldman, Alvin. (1999). *Knowledge in a Social World*, Oxford University Press.
- Goldman, Alvin. 2002. What Is Social Epistemology? A Smorgasbord of Projects. En *Pathways to Knowledge: Private and Public*. USA: Oxford University Press.
- Hookway, Cristopher. 2010. Some Varieties of Epistemic Injustice: Reflections on Fricker. *Episteme* (v. 7-2), pp. 151-163.
- Kidd, Ian James; Carel Havi. 2017. Epistemic Injustice and Illness. *Journal of Applied Philosophy* (v. 34, n. 2, February), pp. 172-190.
- Kitcher, Philip. 1994. Contrasting Conceptions of Social Epistemology. En Schmitt, Frederick (ed.) *Socializing Epistemology*. Boston: Rowman & Littlefield Publishers.
- Kitcher, Philip. 2001. *Science, Truth and Democracy*. Oxford University Press.
- Kitcher, Philip .2011. *Science in a Democratic Society*. Prometheus Books.
- Kusch, Martin. 2011. Social Epistemology. En Berneker, Sven y Pritchard, Duncan (eds.). *The Routledge Companion of Epistemology*. Routledge.
- Longino, Helen. 2002. *The Fate of Knowledge*. Princeton University Press.
- Mayes, Rick y Horwitz Allan. 2005. DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness. *Journal of the History of the Behavioural Sciences* [v. 41(3)] pp. 249-267.
- McLeod, Jane y Wright Eric. 2010. *The sociology of Mental Illness. A Comprehensive Reader*. New York: Oxford University Press.
- Medina, José. 2011. The Relevance of Credibility Excess in a Proportional View of Epistemic Injustice: Differential Epistemic Authority and the Social Imaginary. *Social Epistemology: A Journal of Knowledge, Culture and Policy* (25: 1), pp. 15-35: Taylor and Francis.
- Medina, José. 2012. Hermeneutical Injustice and Polyphonic Contextualism: Social Silences and Shared Hermeneutical Responsibilities. *Social Epistemology: A Journal of Knowledge, Culture and Policy*, Taylor and Francis (26: 2), pp. 201-220.
- Medina, José. 2013. *The Epistemology of Resistance. Gender and Racial Oppression, Epistemic Injustice and Resistant Imaginations*. Oxford University Press.
- Medina, José. 2017. Varieties of Hermeneutical Injustice. En Kidd, James; Medina, José y Pohlhaus, Gaile Jr. (eds.) *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*, pp. 41-52. Routledge.
- Murguía, Adriana. 2019. Injusticia epistémica y práctica médica. *En-Claves del pensamiento. Revista de filosofía, arte, literatura e historia* (año XIII, n.26, julio-diciembre), pp. 55-79.
- Pickersgill MD. 2014. Debating DSM-5: diagnosis and the sociology of critique. *Journal of Medical Ethics* (40), pp. 521-525. <https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101762>
- Porter, Douglas. 2013. Establishing Normative Validity for Scientific Psychiatric

- Nosology: the Significance of Integrating Patients Perspectives. Paris, Joel y Philips James (eds.). *Making the DSM-5. Concepts and Controversies*. Springer.
- Regier, Darrel *et al.* 2013. The DSM-5: Classification and Criteria Changes. *World Psychiatry* (12), pp. 92-98.
- Rose, Nikolas. 2019. *Our Psychiatry Future*. Polity Press.
- Scheid, Teresa y Brown Tony (eds.). 2009. *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Context, Theories and Systems* (2a. ed.) Cambridge, Cambridge University Press.
- Solomon, Miriam. 2014. Social Epistemology in Practice, Cartwright, Nancy y Montuschi Eleonora (eds.) *Philosophy of Social Science. A New Introduction*, pp. 249-262. Oxford University Press.
- Scrutton, Phillipa Anastasia. 2017. Epistemic Injustice and mental Illness. En Kidd, James; Medina, José y Pohlhaus Gaile Jr. *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*, pp. 347-354. Routledge.
- Skull, Andrew. 2019. *Psychiatry and Its Discontents*. Stanford University Press.
- Wakefield, Jerome C. 1992a. The Concept of Mental Disorder. On the Boundary Between Facts and Values. *American Psychologist* 47(3), pp. 373-388.
- Wakefield, J. C. 1992b. Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review* 99(2), pp. 232-247.
- Wylie, Alison. 2011. What Knowers Know Well: Women, Work and the Academy. En Grasswik Heidi (ed.) *Feminist Epistemology and Philosophy of Science. Power in Knowledge*, pp. 157-179. Springer.