

Gaslighting médico y violencia epistémica: hacia una ética del reconocimiento en la práctica clínica contemporánea


Medical gaslighting and epistemic violence: towards an ethics of recognition in contemporary clinical practice

Fernando Antonio Ramos-Zaga*
Universidad César Vallejo, Perú

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.03>

Resumen

El *gaslighting* médico, entendido como una forma de manipulación institucional que desacredita la experiencia del paciente, representa una

* Universidad César Vallejo, Perú. Correo electrónico: fernandezaga@gmail.com
ORCID record: 

Recepción:	Envío a dictamen:	Aceptación:	Publicación:
25.11.2025	25.11.2025	09.12.2025	02.04.2026

CÓMO CITAR: Ramos-Zaga, F. A. (2026). Gaslighting médico y violencia epistémica: hacia una ética del reconocimiento en la práctica clínica contemporánea. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.03>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

manifestación estructural de violencia epistémica que deteriora la confianza clínica y transforma la atención sanitaria en un espacio de exclusión cognitiva. En ese sentido, el objetivo del presente artículo es analizar críticamente el *gaslighting* médico como forma de violencia epistémica y ontológica a partir del caso Kowalski, con el propósito de delinear criterios y mecanismos institucionales orientados a la transformación ética del vínculo clínico. El análisis revela tres dinámicas estructurales interrelacionadas: el descrédito testimonial, que invalida la voz del paciente; la patologización afectiva, que reinterpreta su sufrimiento como signo de irracionalidad; así como la reescritura institucional del dolor, que impone una versión oficial del padecimiento. Se concluye que la superación del *gaslighting* médico requiere reconfigurar la práctica sanitaria sobre los principios de justicia epistémica, reconocimiento intersubjetivo y humildad cognitiva, condición indispensable para restaurar la confianza y la legitimidad moral de la medicina contemporánea.

Palabras clave: *gaslighting* médico, violencia epistémica, bioética, injusticia testimonial, autonomía del paciente.

1. Introducción

La expansión del *gaslighting* médico dentro de la práctica clínica contemporánea revela una fractura profunda en el horizonte ético y epistémico de la medicina moderna. Más allá de los casos particulares, se trata de una manifestación estructural del modo en que el saber médico, bajo la promesa de objetividad, produce exclusión cognitiva y violencia interpretativa sobre los pacientes. La situación resulta paradigmática de una crisis del conocimiento experto, pues la autoridad profesional, que históricamente encarnó la racionalidad científica y la confianza social, se convierte en fuente de silenciamiento y desposesión identitaria. En la actualidad, la desconfianza hacia el testimonio del paciente se legitima mediante protocolos de verificación, discursos de neutralidad y sistemas de evidencia que, al subordinar la experiencia vivida a la medición técnica, generan daño

moral bajo apariencia de cuidado. En ese contexto, la tragedia del caso Kowalski condensa el problema de fondo: la imposibilidad de reconocer el sufrimiento cuando este no se ajusta a las categorías de inteligibilidad biomédica.

El marco teórico que permite comprender esta problemática hunde sus raíces en la genealogía foucaultiana del poder-saber, donde la medicina moderna se instituye como un dispositivo de vigilancia que transforma el cuerpo en objeto de lectura científica (1). La consolidación del modelo anatómico-clínico y su posterior ampliación en la biomedicina tecnocientífica generaron un régimen de verdad que privilegia la observación objetiva sobre la narración subjetiva del padecimiento. De ese modo, la medicalización moderna ha erosionado la dimensión hermenéutica de la práctica médica, sustituyendo la comprensión del sentido por la interpretación técnica de los síntomas (2). Los desarrollos contemporáneos de la teoría de la injusticia epistémica (3) y de la fenomenología de la enfermedad (4) retoman y amplían esa crítica, al mostrar que la exclusión del paciente como sujeto de conocimiento constituye una forma de violencia estructural que afecta su agencia moral y ontológica. Tales perspectivas confluyen en la idea de que el *gaslighting* médico no es un fenómeno accidental, sino el resultado lógico de un modelo de conocimiento que asocia autoridad con neutralidad y desacredita la subjetividad en nombre de la evidencia.

Sin embargo, pese al avance teórico en torno a la injusticia epistémica y la ética del reconocimiento (5,6), persiste una brecha de conocimiento respecto a cómo se manifiestan y reproducen institucionalmente las formas de *gaslighting* médico en la práctica contemporánea. La literatura bioética ha abordado con amplitud los dilemas del paternalismo y la autonomía (7,8), pero ha tendido a tratar el problema en términos normativos, sin considerar la dimensión ontológica y hermenéutica del daño epistémico. De igual modo, los estudios clínicos sobre comunicación médico-paciente suelen centrarse en variables conductuales o empáticas, omitiendo la estructura de poder y legitimidad que subyace al descrédito testimonial. Esta falta

de integración entre epistemología, fenomenología y bioética impide comprender la profundidad del fenómeno, que no se limita a la falta de empatía individual, sino que involucra una crisis de racionalidad en la práctica médica.

La investigación adquiere relevancia precisamente en esa zona de intersección teórica y práctica. Analizar críticamente el *gaslighting* médico permite visibilizar cómo los regímenes de saber médico configuran las condiciones de posibilidad del daño moral y de la desposesión ontológica del paciente. La justificación de este trabajo reside en la urgencia de repensar el vínculo clínico como espacio de co-producción epistémica, en el que el conocimiento técnico y la experiencia vivida dialoguen en igualdad de legitimidad. Frente a la tendencia tecnocrática que reduce el acto médico a gestión de datos y cumplimiento protocolario, resulta necesario recuperar la dimensión hermenéutica del cuidado, donde escuchar y creer al paciente no constituyen gestos de benevolencia, sino exigencias epistemológicas y éticas.

Las implicaciones prácticas de este análisis se proyectan sobre los niveles institucional, educativo y profesional. En el ámbito clínico, reconocer el *gaslighting* médico como fenómeno estructural demanda la incorporación del conocimiento experiencial en los procesos diagnósticos y terapéuticos, así como la creación de mecanismos de apelación que garanticen justicia epistémica (9).

En el terreno formativo, la educación médica debe integrar la fenomenología del sufrimiento y la ética del cuidado como componentes centrales de la competencia profesional, superando el reduccionismo técnico que privilegia la eficiencia sobre la comprensión. En el nivel institucional, urge revisar los sistemas de registro y evaluación que, al invisibilizar la voz del paciente, perpetúan el descrédito estructural de su testimonio. Tales transformaciones permitirían no solo reducir el daño, sino reorientar la práctica médica hacia una racionalidad deliberativa fundada en el respeto epistémico y en la reciprocidad moral.

La problemática del *gaslighting* médico conecta además con desafíos contemporáneos más amplios vinculados a la digitalización del

conocimiento y a la crisis de legitimidad de las profesiones biomédicas. El auge de la medicina algorítmica, la fragmentación del encuentro clínico y la presión de modelos de gestión orientados a resultados económicos han exacerbado la desconexión entre profesional y paciente (10). En este contexto, la figura del médico como garante de verdad se ve tensionada por nuevas formas de mediación tecnológica que, si bien prometen precisión diagnóstica, tienden a deshumanizar la experiencia del cuidado. Este escenario exige repensar la ética médica no solo como código normativo, sino como práctica reflexiva que reconozca la interdependencia y la vulnerabilidad compartida como ejes de la relación terapéutica (11,12).

En ese marco, el objetivo del presente artículo es analizar críticamente el *gaslighting* médico como manifestación de violencia epistémica y ontológica en la práctica clínica contemporánea mediante el caso Kowalski, con el fin de delinear criterios y mecanismos institucionales orientados a la transformación ética del vínculo clínico. La contribución del estudio radica en ofrecer una articulación teórica que combina la justicia epistémica, la fenomenología del sufrimiento y la bioética relacional, para proponer una reformulación de la práctica médica centrada en el reconocimiento intersubjetivo y en la reconstrucción de la confianza clínica. En última instancia, la investigación aspira a fortalecer las bases de una medicina más reflexiva y justa, capaz de reconciliar la racionalidad científica con la comprensión ética del sufrimiento humano y de restaurar el sentido moral de la cura como acto de encuentro, no de dominación.

2. *Gaslighting* médico: poder, saber y autoridad en la práctica clínica

La comprensión profunda del *gaslighting* médico exige situarlo en el entramado histórico de las relaciones entre poder y conocimiento que configuran la medicina moderna. En esa línea, el saber médico se consolidó en los siglos XVIII y XIX no solo como empresa de conocimiento, sino también como dispositivo de control social, al

medicalizar la existencia y transformar el cuerpo en objeto de observación técnica (1). Tal desplazamiento epistemológico, de una medicina centrada en la palabra del paciente hacia una centrada en la observación objetiva del cuerpo, instauró una jerarquía cognitiva donde la voz del médico adquirió supremacía sobre la experiencia vivida del enfermo. De esa asimetría derivan no solo prácticas diagnósticas y terapéuticas, sino también estructuras de autoridad que moldean lo que se considera verdadero o legítimo dentro del campo clínico.

Desde una perspectiva crítica, la teoría de la injusticia epistémica ofrece herramientas analíticas para comprender cómo esa jerarquía se traduce en exclusión sistemática del paciente como sujeto de conocimiento. Tal exclusión se manifiesta cuando su testimonio es devaluado por prejuicios identitarios o por carencia de recursos conceptuales que permitan expresar su experiencia (3). En la práctica clínica, esa dinámica se traduce en un patrón de descrédito testimonial donde la palabra del enfermo pierde peso frente al saber técnico, especialmente cuando la persona pertenece a grupos históricamente marginados o padece condiciones que desafían los marcos diagnósticos dominantes (13).

De manera complementaria, la fenomenología médica contemporánea amplía la comprensión del problema al considerar la enfermedad no como mera disfunción biológica, sino como transformación del ser-en-el-mundo del paciente (4). La experiencia de enfermar implica alteraciones en la corporalidad, la temporalidad y la intersubjetividad que solo pueden entenderse desde la primera persona. Negar esa perspectiva constituye no solo un error epistémico, sino una forma de violencia ontológica, ya que implica desconocer la realidad vivida del sujeto y despojarlo de su capacidad de conferir sentido al sufrimiento. La desautorización del relato del paciente interrumpe su proceso de reconstrucción narrativa, privándolo de una dimensión esencial de su identidad y autonomía.

En el plano empírico, la situación de Maya Kowalski permite observar con nitidez el funcionamiento de tales mecanismos. La paciente padecía síndrome de dolor regional complejo, una condición caracterizada por sufrimiento intenso y mecanismos fisiopatológicos

aún no plenamente esclarecidos (14). La ambigüedad epistémica propia del cuadro, al combinar manifestaciones objetivas limitadas con dolor subjetivo extremo, condujo a una reinterpretación médica que transformó su testimonio en sospecha. La decisión institucional de atribuir los síntomas a manipulación materna operó como doble injusticia epistémica, al descalificar simultáneamente la voz de la paciente y patologizar el apoyo familiar. Esa respuesta no se basó en nueva evidencia, sino en prejuicios profesionales sobre la confiabilidad de pacientes jóvenes o mujeres con expresividad emocional alta.

En un plano más estructural, la concentración de autoridad epistémica en la figura del médico se expresa en el control de la agenda comunicativa, la determinación unilateral de la relevancia de la información y la imposición de interpretaciones clínicas que se presentan como verdades objetivas (9). Aunque esa asimetría puede tener fundamento técnico, se convierte en instrumento de dominación cuando el profesional desestima sistemáticamente la experiencia del paciente. En paralelo, la institucionalización de protocolos y sistemas de registro centrados en lo medible refuerza la exclusión de lo subjetivo. En consecuencia, la medicina basada en evidencia, cuando se interpreta de manera reduccionista, puede devenir mecanismo de marginación epistémica que invalida saberes no traducibles en datos cuantificables (15).

A medida que la racionalidad tecnocientífica se impone como modelo de conocimiento, la medicina corre el riesgo de perder su dimensión hermenéutica, aquella que permite comprender al paciente como totalidad narrativa situada en un horizonte vital singular (2). La aplicación mecánica de algoritmos y guías clínicas tiende a eclipsar la interpretación de sentido, elemento indispensable para abordar casos que escapan a las categorías diagnósticas rígidas. En ese contexto, la práctica médica se deshumaniza al sustituir el encuentro con la persona por una lectura instrumental del cuerpo enfermo.

La desconfianza institucional hacia el testimonio del paciente se agudiza cuando los protocolos de protección, como los destinados a detectar abuso infantil o síndrome de Munchausen por poder, se

aplican con presunción de sospecha. En tales casos, el principio precautorio se convierte en dispositivo punitivo que invierte la carga de la prueba, obligando a las familias a demostrar su inocencia.

En el caso de Maya Kowalski, la separación forzosa de su madre respondió más a la disonancia entre dolor reportado y hallazgos clínicos que a evidencia verificable de abuso, lo que provocó un deterioro grave de su condición física y psicológica (14).

Por otro lado, la epistemología del testimonio subraya que el conocimiento ajeno constituye fuente legítima de verdad y que la racionalidad exige aceptar los relatos en ausencia de razones fundadas para dudar de ellos. Tal principio cobra especial relevancia en la relación clínica, donde el paciente posee acceso insustituible a su propia experiencia. Cuestionar sistemáticamente esa autoridad epistémica equivale a socavar las condiciones de posibilidad del conocimiento médico y del diagnóstico preciso (13). El paciente no es un simple emisor de síntomas, sino un colaborador en la construcción de saber clínico.

En consecuencia, la violencia epistémica que caracteriza el *gaslighting* médico se perpetúa bajo un discurso de objetividad y cuidado que legitima la exclusión del paciente en nombre de su protección. Bajo esa retórica, la institución médica ejerce un biopoder que define los límites entre lo normal y lo patológico, entre lo creíble y lo ilusorio, entre lo que merece atención y lo que se desestima como invención. Tal operación, amparada en la autoridad científica, no solo disciplina cuerpos, sino que moldea subjetividades al imponer una única versión legítima de la realidad (1).

El análisis de las dinámicas de poder y conocimiento que sostienen el *gaslighting* médico permite comprender que su impacto excede el plano epistemológico, penetrando el núcleo moral de la práctica clínica. De esa constatación se deriva la necesidad de examinar las implicaciones éticas concretas de tales asimetrías, particularmente en relación con los principios fundamentales de la bioética contemporánea, cuya vulneración revela el alcance del daño moral que la violencia epistémica produce dentro del vínculo terapéutico.

3. Transgresiones bioéticas: autonomía, beneficencia y justicia en crisis

La evaluación del *gaslighting* médico a la luz del principialismo bioético permite evidenciar transgresiones interdependientes de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, cuya violación revela la profundidad del daño ético que atraviesa la práctica clínica. No obstante, la comprensión de estas vulneraciones requiere superar la aplicación formal de los principios para examinar cómo se erosionan los fundamentos relacionales de la ética médica y se transforma el vínculo terapéutico en un espacio de subordinación estructural.

En relación con la autonomía, resulta evidente que el *gaslighting* médico la anula en su raíz al socavar la competencia epistémica del paciente, entendida como la capacidad de conocer su propia experiencia, elaborar juicios razonables sobre su condición y participar activamente en las decisiones que conciernen a su cuidado. Cuando la institución médica invalida esa capacidad y reduce la voz del paciente a un ruido emocional o a un síntoma interpretado desde fuera, el consentimiento informado se convierte en formalidad vacía, incapaz de garantizar deliberación genuina (9). La pérdida de autonomía no se limita a la esfera individual, pues afecta también al entorno familiar, donde el saber profano y el cuidado afectivo se deslegitiman frente a la autoridad técnica.

En la situación de Maya Kowalski, la anulación de la autonomía adoptó múltiples formas. La desconfianza hacia su testimonio sobre el dolor implicó negación de su capacidad cognitiva para describir su propio cuerpo y, simultáneamente, patologización de la figura materna, considerada emocionalmente inestable y manipuladora. La suspensión de la custodia médica, decidida sin consentimiento familiar y amparada en la presunción de irracionalidad, consolidó la sustitución del juicio parental por la imposición institucional (14). Tal proceder reactivó el paternalismo médico que la bioética contemporánea había intentado superar al afirmar que el bienestar del paciente

no puede definirse sin referencia a sus valores y preferencias (7). En consecuencia, la práctica médica dejó de orientarse por el respeto a la autodeterminación para reproducir una lógica tutelar que legitima la exclusión del paciente y su familia en nombre de la protección.

Por otro lado, el principio de beneficencia, concebido como el deber de promover el bienestar del enfermo, se ve distorsionado cuando el profesional impone su interpretación del bien sin considerar la experiencia del otro. La beneficencia genuina exige diálogo deliberativo que incorpore el conocimiento experiencial del paciente como fuente legítima de comprensión del sufrimiento. En ausencia de ese intercambio, el acto de cuidado se degrada en ejercicio autoritario que puede causar perjuicio bajo apariencia de protección. En la práctica, la suspensión del tratamiento analgésico que proporcionaba alivio a Maya se justificó con el argumento de prevenir riesgos farmacológicos, sin reconocer que el sufrimiento incontrolado representaba un daño mayor y que la medida contravenía su propio testimonio sobre la eficacia del tratamiento. El resultado fue un agravamiento clínico y emocional que transformó la supuesta beneficencia en una forma de maleficencia encubierta (14).

La violación del principio de no maleficencia adquiere aquí una gravedad singular, ya que el daño producido no se reduce a efectos secundarios o errores técnicos, sino que implica afectación moral, psicológica y ontológica. Ser tratado como simulador o delirante, ver negada la realidad del propio dolor y perder control sobre decisiones vitales genera desintegración identitaria y trauma moral.

La negación persistente de la experiencia subjetiva equivale a una forma de maltrato psicológico que destruye la confianza en la propia percepción y fragmenta la continuidad del yo (6). La tragedia familiar de los Kowalski, con el suicidio de la madre y el deterioro profundo de la salud física y mental de Maya, pone de manifiesto el potencial destructivo de esa violencia institucional cuando se ejerce con la legitimidad del saber experto.

A su vez, el principio de justicia revela la dimensión estructural del problema. El *gaslighting* médico no se distribuye aleatoriamente,

sino que recae con mayor frecuencia sobre mujeres, pacientes con enfermedades crónicas o mal comprendidas, minorías raciales y grupos socioeconómicos vulnerables. Esa asimetría evidencia la persistencia de sesgos institucionalizados que determinan qué testimonios se consideran creíbles y cuáles se descartan como irracionales o emocionales (6,16). La justicia procedimental también se ve comprometida, dado que las víctimas de descrédito epistémico suelen carecer de canales efectivos para apelar decisiones médicas o impugnar diagnósticos erróneos. En el caso Kowalski, la intersección de vulnerabilidad de género, edad y posición familiar amplificó la desprotección, consolidando un patrón de injusticia institucional que despojó a la paciente y a su madre de toda agencia dentro del proceso clínico.

Sin embargo, el análisis no puede agotarse en la identificación de infracciones a los principios, ya que el daño moral excede la dimensión normativa y afecta la esencia misma del encuentro clínico. La ética médica no se reduce a la aplicación de reglas abstractas, sino que implica una relación fiduciaria fundada en la confianza, la empatía y el reconocimiento del otro como fin en sí mismo (15). Cuando el profesional se arroga autoridad exclusiva sobre la verdad del cuerpo ajeno y desoye la voz de quien padece, la medicina deja de ser práctica moral para convertirse en tecnología de control. El *gaslighting* médico encarna, así, la degradación del cuidado en dominación, la sustitución del diálogo por imposición y la pérdida del sentido ético que debería sustentar toda intervención terapéutica.

La revisión de las transgresiones bioéticas asociadas al *gaslighting* médico evidencia que la violación de los principios de autonomía, beneficencia y justicia no solo genera daño moral, sino también una desintegración más profunda que afecta la constitución del sujeto. Comprender esa dimensión exige pasar del análisis normativo al ontológico, explorando cómo la negación institucional del testimonio del paciente destruye su identidad narrativa y fragmenta su experiencia de sí.

4. Desposesión identitaria y fragmentación del paciente

La profundidad del daño ocasionado por el *gaslighting* médico se manifiesta con particular intensidad en la disolución de la integridad ontológica y narrativa del paciente. La identidad personal no puede entenderse como una sustancia inmutable, sino como una construcción narrativa que se configura mediante la organización del pasado, el presente y las proyecciones de futuro en una trama coherente de sentido (17). Tal estructura narrativa resulta indispensable para sostener continuidad psíquica frente a la irrupción de la enfermedad, ya que el sufrimiento y la alteración corporal amenazan con fracturar la coherencia del yo. La posibilidad de narrar la experiencia de enfermedad y de obtener validación social de esa narrativa constituye, por tanto, un componente esencial del afrontamiento existencial, sin el cual el paciente queda suspendido en un vacío simbólico que dificulta la comprensión de su propia existencia.

En esa dirección, el *gaslighting* médico destruye la capacidad narrativa al negar sistemáticamente la validez de la experiencia del enfermo. Cuando el sistema médico desacredita el testimonio del paciente, se produce no solo una injusticia epistémica, sino también una violencia narrativa que priva al sujeto de la facultad de conferir sentido a su sufrimiento y de obtener reconocimiento de su experiencia. Tal negación adquiere un carácter devastador porque la narración de la enfermedad no representa un gesto accesorio, sino una necesidad ontológica ligada al mantenimiento de la agencia. Transformar el dolor en relato permite reconstituir la continuidad del yo y proyectar un horizonte de posibilidad más allá de la crisis, proceso que constituye condición básica de la resiliencia (18).

De acuerdo con esa lógica, cuando la institución médica rechaza la narrativa del paciente, calificándola de ilusoria o fraudulenta, lo obliga a habitar una posición existencialmente insostenible. La experiencia más inmediata y tangible de su vida, su propio dolor, se le devuelve como ficción o error de percepción. La tensión entre saber que se sufre y ser declarado impostor genera desposesión identitaria,

entendida como pérdida de la capacidad de sostener una narrativa coherente sobre sí mismo y sobre el significado de su experiencia (19). Esa fractura de la confianza epistémica en la propia percepción no solo compromete la relación con el sistema sanitario, sino que erosiona la autocomprensión y la agencia práctica en la vida cotidiana.

Desde la fenomenología médica, la enfermedad se concibe como una transformación radical del ser-en-el-mundo que reconfigura las dimensiones esenciales de la existencia: la corporalidad, que se vuelve objeto de atención constante; la temporalidad, que se reordena alrededor de tratamientos y síntomas; la espacialidad, que se restringe a contextos clínicos y domésticos; y la intersubjetividad, que se altera por el estigma y la dependencia (4). Tal transformación ontológica requiere reconocimiento por parte de los otros, especialmente de quienes detentan autoridad interpretativa sobre la experiencia médica. Cuando ese reconocimiento se niega, el paciente queda atrapado en una forma de alienación existencial donde su sufrimiento no encuentra testigo ni lenguaje compartido, lo que profundiza la sensación de aislamiento y desrealización.

El caso de Maya Kowalski ejemplifica con particular crudeza estas dinámicas. Su síndrome de dolor regional complejo alteró profundamente su relación con el cuerpo, limitó su autonomía funcional y transformó su horizonte vital. La interpretación institucional de sus síntomas como resultado de manipulación psicológica materna implicó negar la realidad de esa transformación, imponiendo un relato ajeno que deslegitimó su experiencia. Al declararse que su dolor era fabricado o inducido, se le negó la condición de sujeto epistémico y moral. La exigencia implícita de aceptar esa reinterpretación médica forzó a Maya a habitar una contradicción insoportable: reconocer su sufrimiento mientras las autoridades sanitarias lo desmentían públicamente (14).

Desde la teoría del reconocimiento, la identidad individual depende de la confirmación intersubjetiva de tres dimensiones: el reconocimiento afectivo que afirma el valor intrínseco del sujeto, el reconocimiento jurídico que confirma su estatus como portador de derechos y el reconocimiento social que valida sus capacidades y aportes (5).

El *gaslighting* médico viola simultáneamente las tres, pues implica rechazo emocional, negación de derechos y degradación cognitiva.

El paciente es reducido a objeto de sospecha, su testimonio se interpreta como delirio o manipulación, y su valor moral se cuestiona. Tal negación de reconocimiento produce daño moral porque destruye la confianza del sujeto en su propia legitimidad, generando sentimientos persistentes de vergüenza, impotencia y autodesprecio.

Los efectos psicológicos de esa negación se han documentado ampliamente en la literatura sobre *gaslighting* interpersonal, donde se describen síntomas de ansiedad, depresión, desorientación y disociación como respuestas típicas a la manipulación sostenida (20). En el contexto médico, esas secuelas se intensifican por la autoridad institucional que reviste la voz profesional, lo que dificulta al paciente sostener una interpretación alternativa de su realidad. La vulnerabilidad física y la dependencia asistencial agravan esa asimetría, transformando la relación terapéutica en una forma estructural de abuso legitimado.

En la experiencia de Maya Kowalski, la negación prolongada de su realidad culminó en una tragedia que desborda el ámbito clínico. La muerte de su madre, resultado del desgaste psíquico provocado por la estigmatización institucional, evidencia cómo el *gaslighting* médico puede desencadenar consecuencias letales cuando se ejerce sin contrapesos ni mecanismos de revisión. Paralelamente, la salud física y emocional de Maya se deterioró gravemente durante los meses de separación forzosa y suspensión terapéutica, lo que demuestra la interacción entre daño psicológico y agravamiento somático (14).

La temporalidad del trauma inducido por el *gaslighting* médico muestra que sus efectos se extienden más allá del episodio inicial. La pérdida de confianza en el propio juicio y en la buena fe del sistema sanitario genera una forma de iatrogenia moral que dificulta la búsqueda futura de atención. Los pacientes que han sufrido descrédito institucional tienden a desarrollar comportamientos de evitación, autocensura y desconfianza que comprometen su acceso a tratamientos oportunos (6). Tal erosión de la relación entre paciente y sistema constituye un daño social acumulativo, pues perpetúa desigualdades

en salud y debilita la legitimidad ética de la medicina como práctica orientada al cuidado.

El impacto no se limita al individuo, sino que alcanza su red relacional. En el caso de Maya, la patologización del vínculo materno destruyó la estructura afectiva que sostenía su proceso de afrontamiento. La desintegración familiar, mediada por intervención estatal, amplificó el sufrimiento e introdujo una dimensión colectiva del daño. La enfermedad dejó de ser experiencia compartida para convertirse en campo de conflicto institucional, lo que suprimió el apoyo emocional esencial para la recuperación.

La identidad narrativa, tal como se concibe en la filosofía hermenéutica, requiere una audiencia que escuche, crea y confirme el relato del sujeto (17). Cuando el entorno médico rehúsa desempeñar ese papel, priva al paciente de reconocimiento y lo abandona en su vulnerabilidad. Tal abandono constituye una falta moral grave, porque la esencia de la medicina radica precisamente en la presencia solidaria ante el sufrimiento. El compromiso fiduciario del cuidado demanda reconocer al otro como sujeto de experiencia y no como mero objeto de observación clínica (7). Negar ese reconocimiento equivale a renunciar al núcleo ético de la profesión y a traicionar su promesa más elemental: acompañar, escuchar y creer al paciente en su dolor.

El examen de la desposesión identitaria resultante del *gaslighting* médico pone de relieve que el daño no puede repararse únicamente mediante reconocimiento simbólico o empatía individual, sino que requiere transformaciones estructurales en los modos de conocer y cuidar. En consecuencia, se impone la necesidad de delinear un marco propositivo que articule justicia epistémica, reconocimiento intersubjetivo y ética del cuidado como fundamentos para reconfigurar la relación clínica en clave de equidad cognitiva y legitimidad moral.

5. Hacia una justicia epistémica y reconocimiento intersubjetivo en la práctica clínica

La identificación del *gaslighting* médico como forma de violencia epistémica y ontológica exige una respuesta que trascienda las interven-

ciones correctivas superficiales y se oriente hacia transformaciones estructurales de la epistemología médica y de los marcos institucionales que regulan la práctica sanitaria. La superación de esa forma de daño requiere modificar las bases mismas de la relación clínica, replanteando los supuestos de autoridad, racionalidad y conocimiento que han legitimado históricamente la exclusión del paciente como sujeto epistémico. El propósito no radica en ajustar protocolos de comunicación o mejorar actitudes individuales, sino en reconstruir las condiciones éticas y epistémicas del encuentro clínico sobre principios de justicia cognitiva, reconocimiento intersubjetivo y racionalidad dialógica.

Desde esa perspectiva, la noción de justicia epistémica ofrece un marco de partida indispensable, ya que permite comprender cómo la equidad en la producción y validación del conocimiento implica reconocer la autoridad testimonial del paciente como fuente legítima de verdad clínica (3). Alcanzar dicha justicia supone invertir las presunciones tradicionales de la medicina positivista que tiende a desconfiar de la subjetividad del enfermo. En lugar de exigir al paciente la demostración de la veracidad de su experiencia, corresponde al profesional justificar con razones sólidas cualquier duda frente a su testimonio. Esta reorientación implica adoptar una ética de la escucha activa donde el relato del paciente sea considerado componente constitutivo del conocimiento clínico y no un dato accesorio subordinado a la evidencia técnica.

Esa transformación epistémica debe materializarse en mecanismos institucionales verificables. Incorporar el conocimiento experiencial como evidencia clínica implica desarrollar metodologías que integren la perspectiva del paciente en las decisiones diagnósticas y terapéuticas, así como establecer instancias de revisión independientes que actúen en situaciones de conflicto interpretativo. La existencia de procedimientos de apelación transparentes y accesibles permitiría corregir los sesgos de autoridad que suelen excluir al paciente de los procesos deliberativos. Además, la documentación clínica debería registrar tanto los hallazgos objetivos como la narrativa del paciente,

garantizando que su voz permanezca visible en el expediente y pueda ser considerada en revisiones posteriores (9).

El paradigma de la ética del cuidado complementa esta reconstrucción al situar la relación clínica en el terreno de la interdependencia humana y la vulnerabilidad compartida. La enfermedad revela la fragilidad constitutiva de la existencia y obliga a reconocer que la atención sanitaria no es mera aplicación de conocimientos técnicos, sino práctica moral orientada por la responsabilidad y la empatía (11). Asumir esa perspectiva requiere desplazar el ideal del profesional autónomo hacia la figura de un sujeto relacional que reconoce su propia finitud y la necesidad de vínculo con el otro. Las virtudes asociadas a esta ética, como receptividad, responsabilidad, competencia relacional y flexibilidad contextual, redefinen el cuidado como actividad situada en un horizonte de reciprocidad moral más que de dominio experto. Ello demanda reformar la educación médica para integrar dimensiones reflexivas y relacionales junto al saber técnico, fomentando habilidades de escucha, sensibilidad ante la diferencia y conciencia crítica sobre los propios sesgos.

A su vez, el marco del reconocimiento intersubjetivo ofrece fundamentos normativos adicionales para repensar el vínculo terapéutico. El encuentro clínico debe estructurarse de modo que garantice reconocimiento afectivo, jurídico y social del paciente, condiciones indispensables para preservar su integridad identitaria (5). Reconocer afectivamente implica responder al sufrimiento con presencia genuina y no con simulación empática estandarizada. Reconocer jurídicamente exige respetar la autonomía informada y el derecho del paciente a participar en las decisiones que afectan su cuerpo y su vida. Reconocer socialmente implica valorar su saber experiencial y su capacidad para gestionar su propia enfermedad. Esa triple dimensión del reconocimiento disuelve la lógica paternalista y orienta la relación clínica hacia la deliberación compartida, en la que el profesional aporta conocimiento técnico mientras el paciente introduce su perspectiva de valor, su tolerancia al riesgo y sus prioridades vitales (6).

La racionalidad comunicativa aporta otro marco indispensable para comprender la dimensión discursiva de la justicia clínica. La comunicación orientada al entendimiento mutuo supone un intercambio libre de coerción donde los interlocutores puedan cuestionar las afirmaciones sin temor a sanción y donde el objetivo sea la comprensión, no el control (21). La práctica del *gaslighting* médico se ubica en el polo opuesto, pues sustituye la deliberación por la manipulación y la búsqueda de acuerdo por la imposición de interpretaciones. Restaurar una comunicación auténtica exige condiciones materiales y simbólicas que reduzcan asimetrías innecesarias, entre ellas, el uso de lenguaje accesible, tiempos adecuados para la deliberación y disposición del profesional a revisar sus juicios a la luz del relato del paciente. En ese proceso, la humildad epistémica se convierte en virtud central: reconocer los límites del conocimiento médico y aceptar la incertidumbre como rasgo estructural de la práctica clínica en lugar de esconderla bajo la autoridad profesional (12).

Desde una perspectiva situada en la tradición latinoamericana, la bioética de la liberación introduce una dimensión crítica que enfatiza la necesidad de desmontar las estructuras de poder que perpetúan la subordinación epistémica. Transformar la práctica médica requiere no solo ajustes individuales, sino redistribución institucional del poder de interpretación sobre el cuerpo enfermo (22). Ello implica adoptar una «opción preferencial» por los pacientes históricamente vulnerados por sesgos de género, raza, clase o estigma diagnóstico, implementando mecanismos de monitoreo que permitan detectar y corregir patrones de injusticia epistémica. La responsabilidad institucional debe extenderse más allá de la no discriminación formal hacia la creación de condiciones materiales que aseguren participación efectiva del paciente en el diseño de políticas y protocolos clínicos.

La transformación necesaria involucra también el ámbito formativo. La educación médica ha privilegiado tradicionalmente la competencia técnica en detrimento de la reflexión ética y del autoconocimiento epistémico. Revertir esa tendencia demanda integrar contenidos sobre justicia epistémica, deliberación moral y fenomenología del sufrimiento

en la enseñanza médica. Las experiencias pedagógicas deben propiciar el encuentro directo con narrativas de enfermedad y promover la autocrítica respecto a los sesgos implícitos que condicionan la percepción clínica (4). La investigación científica, por su parte, debe ampliar sus criterios de validez para incluir metodologías que valoren la experiencia vivida del paciente, evitando el reduccionismo que subordina el sufrimiento a la lógica de la rentabilidad o a la verificabilidad estrictamente biológica (16).

En paralelo, las políticas de salud deben abandonar el modelo productivista que premia la eficiencia sobre la escucha y sustituirlo por esquemas que incentiven la calidad relacional y el respeto epistémico. Evaluar la atención médica únicamente por volumen de casos o tiempos de consulta perpetúa la invisibilidad del paciente como sujeto moral. Incorporar indicadores cualitativos que reflejen si las personas se sintieron escuchadas y reconocidas constituye una estrategia indispensable para reorientar la cultura institucional hacia el cuidado genuino. Del mismo modo, la participación significativa de pacientes en órganos de decisión hospitalaria puede convertirse en contrapeso frente al monopolio técnico del poder clínico.

Ciertamente, una transformación de tal magnitud enfrentará resistencias arraigadas en tradiciones disciplinarias, intereses económicos y estructuras jerárquicas. Por ello, mientras se consolidan cambios estructurales, resulta urgente establecer salvaguardas inmediatas que protejan a quienes se hallan en situación de vulnerabilidad epistémica. Protocolos específicos de mediación clínica, formación obligatoria en prevención del *gaslighting* médico, y mecanismos de apelación con supervisión externa constituyen medidas mínimas para contener el daño. En situaciones especialmente sensibles, como los casos de intervención estatal sobre la custodia familiar, se requiere un estándar de evidencia más alto que impida decisiones irreversibles basadas en interpretaciones subjetivas o en prejuicios institucionalizados (14).

La erradicación del *gaslighting* médico, por tanto, no depende únicamente de buena voluntad individual, sino de una reconfiguración integral del ethos profesional, de la estructura institucional y de las

condiciones epistémicas de la medicina contemporánea. Solo una práctica fundada en justicia cognitiva, reconocimiento recíproco y comunicación ética podrá restaurar la confianza perdida entre quienes padecen y quienes cuidan, devolviendo a la medicina su sentido originario de acompañamiento moral ante la vulnerabilidad humana.

6. Conclusiones

El *gaslighting* médico constituye una forma compleja de violencia epistémica y ontológica, enraizada en las estructuras históricas de poder y conocimiento que definen la medicina moderna. La intervención teórica central radica en revelar cómo las dinámicas de autoridad institucional, el lenguaje técnico y la objetividad instrumental se entrelazan para silenciar la experiencia subjetiva del paciente, generando una forma de daño moral que trasciende lo clínico. De esa manera, la reflexión ética sobre la práctica médica debe desplazarse desde el cumplimiento formal de principios hacia el análisis de los regímenes de verdad que configuran la relación terapéutica. La medicina, cuando se desentiende del testimonio y del reconocimiento de la alteridad, corre el riesgo de convertirse en tecnología de disciplinamiento más que en práctica de cuidado.

Como aporte conceptual principal se plantea un marco analítico que combina justicia epistémica, ética del cuidado, teoría del reconocimiento y racionalidad comunicativa para proponer una reconfiguración de la relación clínica. Tal integración teórica permite comprender el *gaslighting* médico no como desviación individual, sino como síntoma de una racionalidad biomédica que privilegia la evidencia objetivable sobre la experiencia vivida. Al situar la enfermedad como fenómeno existencial y relacional, el análisis propone una ética médica que reconozca al paciente como agente epistémico, moral y narrativo. Ese giro epistémico implica reconocer que la verdad clínica se construye de manera intersubjetiva y que la escucha activa constituye una forma de conocimiento.

En el plano práctico, las implicaciones del estudio son amplias. La transformación institucional requiere introducir mecanismos que integren la perspectiva del paciente como fuente legítima de evidencia clínica y como participante activo en los procesos deliberativos. La incorporación de metodologías narrativas en los registros médicos, la creación de comités de revisión externa para casos de conflicto interpretativo y el fortalecimiento de la formación médica en habilidades relacionales representan pasos concretos hacia una medicina más justa. Además, las políticas sanitarias deben reorientar sus incentivos para valorar la calidad del encuentro clínico por encima de la eficiencia técnica. Reconocer la dimensión ética y comunicativa del cuidado supone redefinir los indicadores de éxito institucional y promover una cultura profesional fundada en la humildad epistémica y la responsabilidad compartida.

Las proyecciones para futuras líneas de investigación invitan a profundizar en el estudio comparativo de cómo diferentes contextos socioculturales configuran las formas específicas de *gaslighting* médico. Resulta pertinente explorar cómo variables como género, raza, clase y discapacidad influyen en la credibilidad testimonial dentro de la práctica clínica. Asimismo, se requieren estudios empíricos que evalúen la eficacia de intervenciones pedagógicas orientadas a la justicia epistémica y al reconocimiento del saber experiencial. De manera complementaria, el diálogo interdisciplinario entre filosofía, psicología clínica y ciencias sociales podría ofrecer modelos más amplios para comprender la relación entre sufrimiento, poder y conocimiento en la medicina contemporánea.

La superación del *gaslighting* médico demanda un cambio de paradigma en la comprensión misma de la medicina. Reconocer al paciente como sujeto de conocimiento y de experiencia no constituye un gesto de concesión, sino una exigencia ética y epistémica que devuelve a la práctica médica su dimensión humanizadora. Solo mediante una medicina que escuche, dialogue y acompañe será posible restablecer la confianza y reconfigurar el vínculo terapéutico como espacio de verdad compartida. La restauración del sentido moral de

la medicina no se logrará mediante reformas normativas aisladas, sino a través de una renovación cultural que conciba el cuidado como acto de justicia y el conocimiento como encuentro entre vulnerabilidades.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial

Se usó el modelo extenso de lenguaje GPT-5 de OpenAI, con el propósito de identificar y corregir errores gramaticales y de estilo. El comando aplicado fue: “revisa y corrige todos los errores gramaticales y de estilo”. Posteriormente, se realizó una revisión del texto resultante para asegurar que el texto obtenido conservara el tono, coherencia e intención del borrador original.

Referencias

1. Foucault M. The birth of the clinic: An archaeology of medical perception. London: Tavistock Publications; 1976.
2. Gadamer HG. The enigma of health: The art of healing in a scientific age. Stanford: Stanford University Press; 1993.
3. Fricker M. Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing. Oxford: Oxford University Press; 2007.
4. Carel H. Phenomenology of illness. Oxford: Oxford University Press; 2016.
5. Honneth A. The struggle for recognition: The moral grammar of social conflicts. Cambridge: MIT Press; 1995.
6. Luna F. Identifying and evaluating layers of vulnerability: A way forward. Dev World Bioeth. 2020; 20(2):86-95. <https://doi.org/10.1111/dewb.12206>
7. Pellegrino ED. Moral choice, the good of the patient, and the patient's good. In: Moskop J, Kopelman L, editors. Ethics and critical care medicine. Dordrecht: Reidel; 1985.
8. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6th ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.
9. Feldman S, Ammar W, Lo K, Trepman E, van Zuylén M, Etzioni O. Quantifying sex bias in clinical studies at scale with automated data extraction. JAMA Netw Open. 2022; 5(7):e2224565. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamane-tworkopen/fullarticle/2737103>
10. Topol E. Deep medicine: How artificial intelligence can make healthcare human again. New York: Basic Books; 2019.
11. Tronto JC. Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. New York: Routledge; 1993.

12. Schramm FR. Bioética de proteção: Ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Rev Bioét.* 2018; 26(1):11-23. Disponible en: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/52
13. Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in healthcare: A philosophical analysis. *Med Health Care Philos.* 2014; 17(4):529-40. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-014-9560-2>
14. Simborg S. Medical child abuse, Munchausen syndrome by proxy, and pediatric condition falsification: A critical review of the literature. *Psychol Public Policy Law.* 2022; 28(3):362-79. <https://doi.org/10.1007/s11894-017-0553-1>
15. Pellegrino ED. The metamorphosis of medical ethics: A 30-year retrospective. *JAMA.* 1993; 269(9):1158-62. <https://doi.org/10.1001/jama.1993.03500090094039>
16. Karkazis K, Jordan-Young R. *Testosterone: An unauthorized biography.* Cambridge: Harvard University Press; 2019.
17. Ricoeur P. *Oneself as another.* Chicago: University of Chicago Press; 1990.
18. Frank AW. *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics.* Chicago: University of Chicago Press; 1995.
19. Lindemann H. *Holding and letting go: The social practice of personal identities.* Oxford: Oxford University Press; 2014.
20. Sweet PL. The sociology of gaslighting. *Am Sociol Rev.* 2019; 84(5):851-75. Disponible en: <https://www.asanet.org/wp-content/uploads/attach/journals/oct19asr-feature.pdf>
21. Habermas J. *The theory of communicative action, Volume 1: Reason and the rationalization of society.* Boston: Beacon Press; 1984.
22. Dussel E. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión.* Madrid: Trotta; 1998.