

Psicosis y patología: el delirio en la esquizofrenia como disfunción dañina

Psychosis and pathology: delirium in schizophrenia as harmful dysfunction

Pablo López-Silva^{1,2,3,4,5} <https://orcid.org/0000-0001-7457-7724>

Pamela Cuadros¹ <https://orcid.org/0009-0004-1637-5381>

Fernanda Navarro¹ <https://orcid.org/0009-0006-0538-8229>

Esteban Salinas¹ <https://orcid.org/0009-0004-4364-6917>

Álvaro Cavieres⁶ <https://orcid.org/0000-0001-6016-0733>

1. Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso, Chile
2. Instituto de Sistemas Complejos de Valparaíso, Chile
3. Instituto Milenio para Investigación en Depresión y Personalidad, MIDAP, Chile
4. Centro de Investigación del Desarrollo en Cognición y Lenguaje, Universidad de Valparaíso, Chile
5. Project Partner, The Collaborating Centre for Values-based Practice in Health and Social Care, St Catherine's College, University of Oxford, UK
6. Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso, Chile

**Autor correspondiente /
Correspondence:**

Pablo López-Silva
pablo.lopez.silva@gmail.com

Recibido: 22 de Mayo 2024

Aceptado: 19 de Julio 2024

Publicado: 25 de Octubre 2024

Received: May 22, 2024

Accepted: July 19, 2024

Published: October 25, 2024

This work is licensed under a
Creative Commons Attribution 4.0
International License



UNIVERSIDAD DE TARAPACÁ
Universidad del Estado

El delirio es considerado como uno de los síntomas más complejos de la psicosis. Con una mayor prevalencia en la esquizofrenia, la idea de que el delirio es un fenómeno “patológico” parece intuitiva. Sin embargo, la pregunta acerca de qué es exactamente lo que hace a un delirio patológico sigue abierta, especialmente considerando propuestas que sugieren que el fenómeno sería producido por la mente humana por los beneficios que su adopción implicaría. La propuesta de la *disfunción dañina* propone que una condición es patológica cuando resulta de cierto tipo de disfunción que se torna perjudicial para el sujeto. Lo que hace a una condición patológica es, por lo tanto, su impacto negativo significativo en el bienestar (elemento perjudicial) del sujeto y el hecho de que algunos mecanismos directa o indirectamente relacionados con su producción no cumplen las funciones originales para los que fueron seleccionados evolutivamente (elemento disfuncional). Antes de clarificar ciertos asuntos preliminares sobre el debate general, este artículo explora críticamente la aplicación del enfoque de la *disfunción dañina* al caso específico del delirio en la esquizofrenia. Luego de analizar una serie de críticas a la propuesta dominante, en la sección final nos referimos a ciertos asuntos fundamentales que aparentemente permanecen abiertos en el debate.

Palabras clave: delirio, esquizofrenia, patología, disfunción, psicosis

Delusions are regarded as one of the most complex symptoms of psychosis. With a higher prevalence in schizophrenia, the idea that delusions are ‘pathological’ is considered intuitive. However, the debate about what exactly makes delusions pathological is still open, especially when considering current proposals that claim that delusions would be beneficial in many ways for the subject. The *harmful dysfunction criterion* claims that a condition is pathological when (a) direct or indirect etiological mechanisms fail to perform the functions originally selected by evolution (*dysfunctional element*) and (b) this dysfunction negatively impacts the subject’s well-being (*harmful condition*). This paper examines the application of the *harmful dysfunction* criterion to the specific case of delusions in schizophrenia. First, we clarify some preliminary issues within the debate. Second, we assess the main objections and replies to the application of the criterion, and finally, we conclude by commenting on some of the main issues that seem to remain open within our target debate.

Keywords: delusions, schizophrenia, pathology, dysfunctions, psychosis

1. INTRODUCCIÓN

La comprensión del delirio en la esquizofrenia se ha transformado en un desafío fundamental en el campo de la filosofía de la ciencia en general y de la filosofía de la psiquiatría en específico (López-Silva & McClelland, 2023; López-Silva y Cavieres, 2022; Miyazono & Bortolotti, 2023; Bortolotti, 2023)¹. Este interés en el fenómeno no solo se justifica por las complejas características clínicas que el delirio posee, sino que también por la forma en que su estructura desafía nuestras concepciones más fundamentales acerca de la naturaleza de la mente humana (López-Ibor & López-Ibor, 2014; López-Silva y Cavieres, 2021^a y 2022; Stein et al., 2024). En el campo de la filosofía analítica de la mente, el delirio se ha caracterizado predominantemente como un tipo de creencia anormal, en lo que se ha denominado el *enfoque doxástico de los delirios* (López-Silva, 2016; López-Silva y Cavieres, 2022; Bortolotti, 2023; Miyazono & Bortolotti, 2023)². Los delirios —comprendidos como creencias anormales— tenderían, la mayoría de las veces, a mostrar un contenido imposible que carecería de justificación evidencial y que diferiría de las creencias predominantes del grupo socio-cultural al cual el sujeto pertenece (APA, 2013; Bruno et al., 2012; Sakakibara, 2016). Entre otras cosas, estos elementos epistémicos harían al delirio altamente resistente a la contraevidencia (Coltheart et al., 2011; Connors & Halligan, 2020).

Ahora bien, integrando el punto de vista de la primera persona a la caracterización del fenómeno psicopatológico en general, para el enfoque fenomenológico el delirio esquizofrénico es una manifestación de una alteración fundamental y más amplia en la relación yo-otros, yo-sí-mismo y yo-mundo (Sass & Pienkos, 2013; Sass & Byrom, 2015; Pienkos et al., 2017). Para la tradición fenomenológica en psicopatología, la esquizofrenia implica una modificación radical del marco ontológico de la experiencia, la cual se expresaría en fenómenos tales como los delirios, alucinaciones de distinta naturaleza y una serie de alteraciones multimodales en el pensamiento y la experiencia sensorial (Jaspers, 1963; Humpston, 2022; Mishara et al., 2023; López-Silva, 2024).

El delirio en la esquizofrenia suele impactar negativamente la salud mental de los pacientes y sus familias (Freeman et al., 2014). Los sujetos con esquizofrenia suelen reportar ansiedad exacerbada, imposibilidad para mantener relaciones sociales significativas en el tiempo, dificultades laborales, sensaciones de aislamiento y descontrol emocional (Morgades-Bamba et al., 2019; López-Silva y Cavieres, 2022; Fusar-Poli et al., 2022). Los pacientes con esquizofrenia muestran marcadas alteraciones en el funcionamiento social, lo cual se manifiesta en dificultades para inferir las intenciones de los otros (Martin et al., 2014; Cavieres & López-Silva, 2022) y percibir situaciones sociales como oportunidades para la interacción (Cavieres et al. 2023). Desde el punto de vista cognitivo, los sujetos con diagnóstico de esquizofrenia general-

mente presentan una velocidad de procesamiento reducida en comparación con grupos control, como también anomalías en el procesamiento sensorial y en la capacidad inhibitoria (Bruno et al., 2012; APA, 2013; OMS, 2019). En este contexto, los pacientes muestran un marcado deterioro en la memoria declarativa, memoria de trabajo y otras funciones ejecutivas tan importantes como el desarrollo del lenguaje (Orellana & Slachevsky, 2013). Es importante señalar que todas estas dificultades no solo estarían asociadas a la formación de estados delirantes, sino también a su mantenimiento en la esquizofrenia (Mishara et al., 2023) y, por lo tanto, su comprensión es fundamental para la elaboración de intervenciones clínicas.

Al observar todas las dificultades asociadas al delirio, la idea de que el fenómeno es una condición “patológica” parece altamente intuitiva. Después de todo, el delirio es sufrido por el sujeto y constituye uno de los síntomas más relevantes a tratar en el contexto de la psiquiatría clínica (Clutton, 2018). Sin embargo, la pregunta acerca de qué es exactamente lo que hace a un delirio patológico sigue abierta, especialmente considerando propuestas actuales, que sugieren que el delirio sería un fenómeno psicológica y epistémicamente beneficioso (Bell, 2003; Bortolotti, 2015, 2016, 2020 y 2022; Lancelotta & Bortolotti, 2019). Recientemente, Miyazono (2015, 2018, 2022) ha adoptado la propuesta de la disfunción dañina —DD de ahora en adelante— de Wakefield (1992a, 1992b, 2007 y 2011), la cual se enfoca en responder la pregunta acerca de aquello que hace que una condición sea patológica. Miyazono (2015) sostiene que los delirios —*en tanto* creencias— son patológicos porque implican cierto tipo de disfunciones que resultan perjudiciales para el sujeto. Lo que haría patológico al delirio, por lo tanto, sería su impacto negativo significativo en el bienestar (elemento perjudicial) del sujeto y el hecho de que algunos mecanismos directa o indirectamente relacionados con su producción no cumplen las funciones originales para los que fueron seleccionados evolutivamente (elemento disfuncional). Antes de clarificar ciertos asuntos preliminares del debate general, este trabajo explora críticamente la aplicación que Miyazono hace de la DD al caso del delirio en esquizofrenia. Luego de analizar una serie de críticas a la propuesta de Miyazono, en la sección final se discuten ciertos asuntos fundamentales que aparentemente permanecen abiertos en el debate.

2. PATOLOGÍA COMO DISFUNCIÓN DAÑINA

La discusión respecto del carácter patológico del delirio forma parte de una discusión más amplia que ha sido predominantemente formulada en términos dicotómicos: definir si aquello que denominamos “enfermedad” obedece a un concepto objetivo de carácter biomédico o si está basado en juicios de valor con importante influencia sociopolítica e incluso ideológica (Canguilhem, 1970; Foucault, 2005; Kendell, 1986). Wakefield (1992a y

1992b) combina ambas posiciones y propone que aquello que etiquetamos como “patológico” lo es en virtud de ser producto de una disfunción dañina (*harmful dysfunction*). Aquí, lo “dañino” apunta al juicio de valor o consideración bajo el estándar sociocultural que forma parte de la categorización de un desorden como tal. Por otra parte, la “disfunción” se refiere al aspecto objetivo que implica un fallo del funcionamiento normal del organismo (Wakefield, 1992b y 2007).

Actualmente, los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM-V-TR) y el CIE-11 se han transformado en los principales parámetros para determinar qué califica como trastorno mental. Sin embargo, la validez de tales criterios ha sido cuestionada y se encuentra actualmente en disputa (Wakefield, 2007; Kraemer et al., 2012; Stein et al., 2024). Wakefield (2007) señala que este tipo de criterio no define qué es un trastorno, sino que, problemáticamente, opera de acuerdo con una noción heredada o de sentido común del concepto. Como consecuencia de esto, el empleo empírico de este tipo de criterio no podría distinguir entre trastorno y variabilidad normal ni entre distintos trastornos tampoco. Para Wakefield, además, la falta de una comprensión más precisa respecto de los mecanismos causales subyacentes a las enfermedades mentales en general hace necesario contar con una interpretación implícita del concepto de trastorno que pueda ser compartida por la mayoría de las hipótesis etiológicas, con el fin de evitar el riesgo de un posible fraccionamiento teórico de la psiquiatría.

3. PATOLOGÍA Y LAS CARACTERÍSTICAS EXTERNAS DEL DELIRIO

Miyazono (2015) comienza la aplicación de la DD mediante el examen crítico de las principales razones que se han ofrecido en la literatura para considerar a las creencias delirantes como patológicas, esto es: (i) su extrañeza, (ii) su extrema irracionalidad a la luz de la contraevidencia disponible, (iii) su resistencia a las explicaciones psicológicas populares (o socialmente aceptadas), y (iv) el deterioro de las capacidades de fundamentación de la responsabilidad de las personas que las padecen. Sin embargo, para Miyazono (2015) tales criterios son insuficientes por razones prácticas y teóricas.

Sobre (i), el autor señala que no todos los delirios son extraños o, al menos, no son más extraños que otras ideas que no son calificadas como delirantes y que son sostenidas por personas de la población general (Miyazono & Bortolotti, 2023; ver también Bortolotti, 2023). Una idea podría parecer extraña debido a su novedad o por provenir de un contexto cultural distinto, como es el caso de las cosmovisiones religiosas y culturales radicalmente diferentes a las occidentales. Se observa acá que el problema fundamental de este criterio de discriminación es que patologizaría procesos sociales tales como la integración multicultural o procesos propios de la ciencia,

como la formulación de nuevas hipótesis con contenido altamente novedoso.

Con relación a (ii), Miyazono (2015) examina la posibilidad de que un delirio sea una respuesta razonable a una experiencia perceptiva anormal que el sujeto podría estar experimentando. Sin embargo, también indica que, efectivamente, el proceso de formación de un delirio podría estar asociado a una falla en el proceso de razonamiento producto de sesgos cognitivos (Coltheart et al., 2011; Connors & Halligan, 2020). Miyazono (2015) sugiere que el criterio de incomprendibilidad es variable, ya que ciertos delirios podrían entenderse a partir de la biografía del sujeto o incluso mediante una explicación de sentido común. Sin embargo, esta respuesta parece débil, ya que el autor no especifica qué aspectos específicos del delirio podrían ser atribuidos a la historia personal ni cómo el sentido común podría, efectivamente, dotar de sentido al delirio.

Acá es importante señalar que, desde la tradición de la psicopatología fenomenológica, Jaspers (1963) denominó a las ideas recién señaladas *deliroides* o *secundarias*, incluyendo en esta categoría a las creencias que se presentan durante alteraciones graves del ánimo. Para el psiquiatra alemán, esta distinción implica que tales estados no serían delirios propiamente tal. Esta discriminación podría debilitar la respuesta de Miyazono, esto, porque estaría refiriendo a otro fenómeno o a una dimensión del fenómeno que no sería la fundamental. Finalmente, sobre (iv) Miyazono (2015) afirma que la alteración de las capacidades de formación y comprobación de creencias pueden disociarse de la capacidad de decisión o de agencia autónoma de un sujeto con un trastorno y, por lo tanto, el criterio agencial también sería insuficiente.

Ahora, si bien Miyazono (2015) consigue sostener su propuesta, parece importante señalar que una consecuencia relevante de este tipo de análisis, basado en las características observables del delirio desde la tercera persona, es que introduce *vaguedad conceptual* respecto del fenómeno en cuestión. Como consecuencia, este tipo de análisis conlleva al problema mismo de la delimitación del fenómeno que intenta entenderse. El desafío no es solamente demarcar qué hace patológico a un delirio, sino definir qué constituye un delirio finalmente.

Acá es importante recordar a Jaspers (1963), cuando indica que “el delirio es una transformación de la vasta conciencia de realidad, que se anuncia secundariamente en juicios de realidad”, porque el uso del concepto de delirio que parece relevante para nuestro debate aparentemente obedece a un fenómeno primario que debe ser situado en “la experiencia y el pensamiento de la realidad” (Jaspers, 1963, p. 95). Es decir, el fenómeno debe ser situado en la percepción, pero esta ha de ir acompañada, a su vez, por su significación. Tal como señalan López-Silva et al. (2023), lo anterior no es inconsistente con una visión doxástica del delirio; por el contrario, la complejidad de las características del fenómeno hace que una apre-

ciación detallada de estos distintos niveles descriptivos tome en cuenta no solo las características externas del delirio, sino también su manifestación como transformación de la realidad y el sí-mismo desde el punto de vista de la primera persona; esto es, en su aparecer en la conciencia (Stanghellini, 2011). Volveremos a este asunto en las siguientes secciones.

Retomando la aplicación de la DD al caso del delirio, Miyazono (2015) señala que el principal problema de las propuestas anteriores es que están desvinculadas de las consideraciones sobre lo que, en general, hace que una condición sea patológica. De esta manera, para explicar por qué una condición C es patológica, primero debemos tener una idea general de las características que hacen que una condición sea patológica en general y, después, demostrar que C también tiene esas características. Revisaré este asunto en la siguiente sección.

4. PATOLOGÍA, DISFUNCIÓN DAÑINA Y DELIRIOS

La propuesta de Miyazono (2018) entiende por patológico un tipo de estado mental que, sumado a otros síntomas, constituiría una enfermedad mental. Siguiendo a Wakefield (1992b), Miyazono propone que los delirios son patológicos por dos motivos: en primer lugar, porque los delirios son dañinos (criterio de *harmfulness*) y, en segundo lugar, porque los delirios serían el producto directo o indirecto de disfunciones subyacentes (criterio de *mal-functioning*). Miyazono (2018) menciona tres factores fundamentales para definir la nocividad de una condición médica. En primer lugar, el factor de daño no necesariamente debe infligirse en el individuo, sino que también puede considerarse como el perjuicio que se causa a las personas a su alrededor. Segundo, el autor indica que su tesis no hace referencia a la perspectiva hedonista del dolor o del placer, donde si bien es concebible que ciertos delirios sean placenteros para quien los padece (como un delirio de grandeza), esto no significa que sean condiciones deseables. Lo anterior, ya que en último caso las personas delirantes no consiguen ser quien realmente desean ser, con lo cual la verdad del delirio posee un carácter impositivo y, la mayoría de las veces, los pacientes buscan dejar de experimentar tales síntomas. Por esta razón, Miyazono señala que el delirio es *ceteris paribus harmful*. La idea es que, incluso si un delirio proporciona algún grado de bienestar al sujeto a corto plazo (por ejemplo, dotando de sentido una realidad anteriormente fragmentada), el mantenimiento del estado será dañino a largo plazo.

Respecto del criterio de mal funcionamiento, los delirios podrían involucrar disfunciones de manera directa por fallas en los mecanismos que se encargan de la formación y evaluación de las creencias. La formación de delirios también podría implicar disfunciones de manera indirecta, cuando algún otro mecanismo relacionado causalmente con la formación de creencias es disfuncional. Un ejemplo de esto serían las alteraciones en la percep-

ción. Por ejemplo, la teoría de dos factores (Coltheart et al., 2011) asume que los delirios son el producto de una combinación entre datos experienciales anómalos —que serían causados por un error de predicción anormal o por un déficit biológico— y algún otro factor (López-Silva, 2023). Según lo planteado por McKay y Miyazono (2019), este otro factor sería un sesgo con tendencia a la adecuación explicativa, es decir, un sesgo donde el delirio surge como respuesta a experiencias anómalas.

Miyazono mantiene la idea de Wakefield según la cual el juicio sobre la nocividad de una creencia no está limitado a la persona que la sostiene y amplía el alcance de la nocividad para incluir los efectos adversos en el círculo social inmediato de la persona. Esto significa que, incluso cuando un delirio no provoca un menoscabo en quien lo padece, puede ser considerado perjudicial si causa trastornos a la familia y los amigos de la persona. Varios autores han planteado críticas importantes al modelo propuesto por Miyazono (e. g., Sakakibara, 2022; Sullivan-Bissett, 2022; Atkinson, 2022; Ohlhorst, 2022). En particular, Bortolotti (2022) se enfoca en un aspecto fundamental de la teoría de la nocividad y el mal funcionamiento, puesto que la autora sostiene que la aplicación de este marco teórico no proporciona evidencia suficiente para catalogar a los delirios como “creencias patológicas”. En la siguiente sección revisaremos en detalle esta contrapropuesta.

5. LA CRÍTICA A LA TESIS DE LA DISFUNCIÓN DAÑINA APLICADA AL DELIRIO

Bortolotti (2022) cuestiona tanto el criterio de funcionamiento como el de nocividad en tanto parámetros para definir una creencia como patológica. Respecto del primero, la autora afirma que la formación de delirios podría ser igualmente explicada por la presencia de déficits cognitivos o por sesgos de razonamiento, donde el sesgo relevante podría no contar como un mal funcionamiento de los procesos de formación y mantenimiento de creencias. En este sentido, la visión de Bortolotti (2022) cuestiona si los delirios son realmente disfuncionales. La idea es que, si bien es muy probable que procesos disfuncionales estén involucrados en la formación de delirios, el umbral para considerar algo como disfuncional en la propuesta de Miyazono es tan bajo que prácticamente ninguna creencia queda exenta de ser clasificada como tal. Bortolotti (2022) plantea la imposibilidad de descartar la participación de procesos disfuncionales, directa o indirectamente, en la formación de cualquier tipo de creencia. Añade que, incluso si se limita la atención a los delirios como resultado de una disfunción que afecta los procesos de creación y mantenimiento de creencias, la respuesta sobre la participación de procesos disfuncionales dependerá de la teoría de fijación de creencias que se utilice para explicar la adopción de creencias delirantes. Así, Bortolotti (2022) afirma que la existencia de sesgos, por ejemplo, no causa disfunción permanente, ya que su

desempeño dependerá de la estructura del ambiente donde operan. Es decir, el mismo sesgo puede gatillar una creencia irracional en cierto contexto y una creencia racional en otro, y es esta característica la que vuelve problemática la afirmación de que un proceso *sesgado* es un proceso *disfuncional*.

El problema inicial de la respuesta de Bortolotti es que parece operar sobre la base de una idealización del concepto mismo de delirio. Es cierto que creencias no delirantes propias de la existencia humana pueden involucrar disfunciones doxásticas; sin embargo, ese tipo de creencias carece de la *extrañeza* y *alejamiento de lo social* propios de los delirios en esquizofrenia, por ejemplo. Tal como se ha señalado, el delirio en esquizofrenia es parte de una transformación radical del marco ontológico de la experiencia. Esta transformación se experimenta como un quiebre en la sensación de vivir en un mundo habitualmente común (Stanghellini, 2001) que lleva a la formación de realidades solipsistas (Humpston, 2022). El delirio en esquizofrenia surge en el marco de una serie de transformaciones en la experiencia de la realidad que envuelven un conjunto de complejas alteraciones fenomenológicas (Conrad, 1958; Jaspers, 1963; Blankenburg, 1971; Fusar-Poli et al. 2022, entre muchos otros)³. El delirio en esquizofrenia no puede ser correctamente caracterizado si no se incluyen todos estos cambios en su descripción (López-Silva, 2024). Por lo tanto, en el acto de responder a Miyazono, Bortolotti construye una representación del delirio que no incluye algunos de sus aspectos más relevantes.

Para Miyazono (2022), en tanto, la crítica de Bortolotti no distingue entre dos posibles significados del término “sesgo”, esto es, sesgo como una desviación normativa o sesgo como una desviación de lo (estadística o biológicamente) normal. Por ejemplo, el sesgo de salto a conclusiones que ha sido reportado repetidamente en personas delirantes en esquizofrenia podría obedecer a un tipo de funcionamiento cognitivo razonable desde un punto de vista bayesiano (Huq et al., 1988). Sin embargo, es igualmente un sesgo en el segundo sentido, esto es, desde el punto de vista de una diferencia estadísticamente significativa con un grupo control. Por lo tanto, la existencia de tal sesgo podría revelar alguna disfunción cognitiva subyacente responsable de una desviación de los rendimientos (estadística o biológicamente) normales, lo que podría implicar que, hipotéticamente, disfunciones relevantes estuviesen en un nivel más profundo (López-Silva y Cavieres, 2021b).

Revisemos cómo Wakefield (2011) considera la apendicitis y la infección vírica como buenos ejemplos del análisis de la teoría de disfunción dañina. Para el autor, ambos casos no implicarían una disfunción a nivel superficial, es decir, de órganos, sino que la disfunción estaría en un nivel más profundo. En el caso de la apendicitis, habría una disfunción a nivel tisular, mientras que en el caso de la infección vírica la disfunción estaría en el nivel

celular. Así, puede decirse algo similar respecto de las disfunciones cognitivas. Miyazono (2022) señala que, incluso si Bortolotti (2022) tiene razón al afirmar que un sesgo de adecuación observacional no es un proceso disfuncional a nivel psicológico —es decir, superficial—, existe la posibilidad de que el sesgo sea el resultado de una disfunción subyacente a nivel neurofisiológico —es decir, a un nivel más profundo—. En conclusión, Miyazono (2022) afirma que el sesgo de adecuación observacional es uno a nivel de descripción psicológica, pero que se debe a una anomalía a nivel de descripción neurofisiológica (McKay & Miyazono, 2019).

Respecto del criterio de nocividad, Bortolotti (2022) sostiene que si bien la creencia delirante perjudica a la persona que experimenta el delirio y a su círculo social inmediato (si se acepta la ampliación del criterio de nocividad), en muchos casos no es posible determinar si la perturbación que acompaña al delirio de la persona está causada (1) por la persona que tiene la creencia, (2) por un acontecimiento adverso frente al que el delirio es una respuesta, o (3) por actitudes estigmatizantes en el grupo social de la persona. Según Bortolotti (2022), para que una creencia se considere patológica, la propia creencia debe ser la causa del daño. Sin embargo, Miyazono (2022) afirma que la tesis de nocividad es la visión de que los delirios son dañinos, no de que el estado delirante es más dañino que el estado contrafáctico de no tener delirios. Así, Miyazono señala que al comparar dos opciones contrafácticas, donde la primera es muy dañina y la segunda es menos dañina, ambas pueden ser razonablemente descritas como dañinas ya que “menos dañino” no es equivalente a “no dañino”.

Ante lo anterior, Bortolotti (2022) indicará que la patología no puede ser encontrada en una instancia singular de procesos biológicos, comportamientos ni órganos, sino que es una falla en la agencia que afecta a la persona en su totalidad. Así, el delirio contribuiría a un estado patológico que se identifica considerando cómo la persona actúa en su conjunto (Bolton & Gillet, 2019). Bortolotti no rechaza la tesis de la nocividad, sino que, desde su perspectiva crítica, señala que es una propuesta débil e insuficiente para determinar que los delirios son patológicos. Como respuesta, Miyazono (2022) indicará que su posición es que la tesis de nocividad no está diseñada ni es suficiente para explicar por qué los delirios son dañinos en primer lugar, pero que la conjunción de nocividad y disfunción es suficiente para determinar que los delirios son patológicos. El asunto acá es que Bortolotti no parece estar en posición de rechazar la propuesta de Miyazono solo en virtud de la debilidad del criterio de disfunción, ya que, como indica el autor, es la interacción entre este criterio y el de nocividad lo que permitiría determinar el carácter patológico del delirio.

Un problema que subyace al diálogo entre Miyazono y Bortolotti tiene que ver con la laxitud con la cual los criterios terminan siendo definidos y utilizados. Si bien

el criterio de disfunción podría ser complementado con el de nocividad, cuando los criterios son débiles ninguno de los autores logra establecer parámetros para indicar cuándo un criterio debe suplementar la debilidad del otro. Lo anterior corre el riesgo de relativizar completamente la discusión de manera tal que los aspectos relevantes del fenómeno en cuestión se pierden en medio de distinciones que simplemente se plantean para salvar una propuesta frente a la otra.

6. LA INOCENCIA EPISTÉMICA Y LA RELATIVIZACIÓN DEL CARÁCTER PATOLÓGICO DEL DELIRIO

La crítica de Bortolotti a Miyazono lleva el debate a otra dimensión de la comprensión del delirio y esto parece estar motivado por un proyecto más amplio. Bortolotti (2015) propone el concepto de “inocencia epistémica” para capturar la idea de que algunos delirios motivados – los que surgen como una manera de dotar de sentido experiencias difíciles, traumáticas o desconcertantes (Bell, 2003; Bortolotti, 2015)– pueden tener importantes beneficios epistémicos para quienes se han enfrentado a adversidades, traumas o emociones negativas. Acá es importante indicar que, mientras que Bortolotti (2015) refiere al nivel epistémico del delirio *como* creencia, Miyazono (2018) centra su análisis en el nivel adaptativo-funcional del mismo. La dificultad que se observa acá tiene que ver con el hecho de que la relación entre ambos niveles no parece haber sido suficientemente especificada por los autores en el debate. Este asunto no es poco relevante, ya que, tal como Stich (1990) famosamente indica, es posible pensar que un sistema de formación de creencias que ha evolucionado para maximizar la precisión epistémica no priorice la verdad en ciertas situaciones, sino solamente el éxito reproductivo. Desde este punto de vista, la relación entre la dimensión epistémica y psicológica de las creencias no sería homologable y necesitaría ser clarificada, ya que creencias psicológicamente placenteras podrían no necesariamente ser adaptativas o funcionales en ciertos contextos. Sin embargo, para Miyazono, a pesar de esto, los delirios en última instancia serían igualmente desadaptativos en el nivel epistémico, en consideración a que su falta de evidencia y su impermeabilidad a la contraargumentación comprometerían su plausibilidad en general.

En este contexto se puede observar que apelar al beneficio epistémico de un delirio parece implicar la idea de que la adopción de una creencia delirante podría proveer un beneficio significativo para el entendimiento del mundo, incluso si esta creencia no se basa en la realidad (Lansky, 1977). Acá, el delirio sería beneficioso, ya que previene un quiebre epistémico, además de ayudar a quien lo padece a manejar emociones negativas y preservar la autoestima en casos específicos y extremos (McKay & Dennett, 2009; Bortolotti, 2015). Por lo tanto, para Bortolotti (2015), los delirios no deberían considerarse únicamente como síntomas patológicos de una enferme-

dad mental, sino más bien como un fenómeno complejo que puede tener efectos tanto positivos como negativos en la vida cognitiva y afectiva de un individuo.

Consideremos uno de los casos que Bortolotti utiliza para evaluar su propuesta en el nivel clínico. El *síndrome de Otelo inverso* implicará la creencia delirante en la fidelidad de una pareja afectiva (Butler, 2000). En el caso específico revisado por la autora, luego de una lesión cerebral traumática, BX desarrolló el delirio de que su pareja seguía enamorada de él a pesar de que la evidencia decía lo contrario. Este delirio ayudó a BX a gestionar las emociones negativas asociadas al hecho de que su pareja le dejó mientras él se enfrentaba a las consecuencias de su lesión, las que le habían provocado una discapacidad permanente. En este caso, la creencia delirante habría protegido a BX de la indeseable verdad y lo habría ayudado a mantener su autoestima, lo que previno un cuadro depresivo que hubiese sido adverso, considerando el proceso de rehabilitación en el que se encontraba. En el caso de BX, se refuerza la idea propuesta por Bortolotti, ya que la formación de la creencia delirante prevendría un quiebre epistémico importante en su vida afectiva y cognitiva por la forma en la que la creencia delirante permite reconfigurar una relación funcional con las funciones yoicas, el mundo y el reconocimiento intersubjetivo del paciente.

Uno de los problemas fundamentales en la propuesta de Bortolotti tiene que ver con la confusión entre el nivel psicológico y el epistémico en la descripción de la relación entre el sujeto y el mundo. Que un estado mental sea psicológicamente egosintónico no implica necesariamente que le ayude al organismo a comprender ciertos aspectos de la realidad de mejor manera que si no tuviese ese estado mental. En este sentido, el delirio no sería “inocente”. El delirio actuaría como un mero mitigante en el daño que el estado general del sujeto tendría en la relación con el mundo. Ahora bien, si el beneficio epistémico implica un grado de comprensión de ciertos aspectos de la realidad, no es claro cuáles son los aspectos de la realidad que el delirio permite comprender en este caso. Finalmente, que un estado mental ayude a manejar ciertos conflictos afectivos no implica que sea beneficioso epistémicamente (ver Castilla del Pino, 1998). Un estado psicológicamente adaptativo podría implicar la construcción de una realidad epistémicamente torcida. Si bien la relación entre ambos niveles explicativos parece engendrar interesantes elementos para la discusión, no es del todo claro cuáles serían estos elementos. Por lo tanto, tampoco es del todo claro cómo la idea de la inocencia epistémica podría informar el debate específico sobre lo que hace patológico al delirio, esto, porque ambas ideas podrían ser parte de una discusión ortogonal que requiere la integración de otros niveles de discusión que no parecen haber sido suficientemente especificados en el estado actual del debate.

7. CONSIDERACIONES FINALES

Este artículo ha intentado examinar el debate actual sobre aquello que hace que un delirio sea considerado patológico en el contexto de la esquizofrenia. La aplicación de la DD que hace Miyazono al caso parece ofrecer interesantes elementos para la controversia. A su vez, las críticas a este ejercicio proponen limitaciones considerables. Resulta interesante ver cómo parte importante de la discusión parece estar sostenida en el análisis de las características externamente atribuidas al delirio. Sin embargo, el propio Jaspers –padre de la tradición fenomenológica en psiquiatría– desconfiaba de las características del delirio que célebremente enunció, esto es, la convicción extraordinaria, la impermeabilidad a la experiencia frente a argumentos convincentes y la imposibilidad de su contenido. Para Jaspers (1963), estas características serían elementos meramente externos de un fenómeno que evidenciaba un cambio ontológico en la experiencia de la realidad. De esta manera, para el psiquiatra alemán decir simplemente que un delirio es una idea errónea que el paciente mantiene firmemente y que no puede ser corregida sería una respuesta superficial. No obstante, una gran cantidad de trabajos posteriores se ha centrado en el problema de si las características mencionadas y otras que han sido propuestas son aplicables a todos los casos de delirio, y si de hecho es posible contar con una definición adecuada y aceptable del concepto sin correr el riesgo de terminar en una conceptualización vaga y sobreinclusiva (APA, 2024). Este problema de la delimitación ha llevado la atención hacia el análisis de creencias que parecen compartir algunas características con los delirios, tales como las supersticiones, ideas sobrealzadas, nociones racistas o machistas, y a la posibilidad de que algunos delirios pudieran ser “comprensibles” (Bortolotti, 2020), no perjudiciales o, incluso, no patológicos.

Aplicar la propuesta de Wakefield a los delirios ofrece ventajas para el esfuerzo de delimitación porque esta se ocupa de qué es lo central, por oposición a lo accidental, en el fenómeno. En el caso de Miyazono, lo central es qué hace que el delirio sea patológico. El análisis, sin embargo, implica también dos consecuencias que tal vez no han sido advertidas: primero, los delirios serían trastornos en el mismo sentido en el que lo serían las otras categorías incluidas en la nosología psiquiátrica oficial y, segundo, los delirios son síntomas de estos trastornos. Si bien Miyazono parece aplicar adecuadamente el análisis propuesto por Wakefield, es importante dejar en claro que la propuesta de la disfunción dañina pretende ser una definición de trastornos y no de síntomas. Esta distinción es importante pues algunos síntomas podrían cumplir funciones defensivas para el organismo, pero aun así podrían asociarse a un proceso patológico subyacente más profundo, que explicaría la disfunción y el perjuicio para el sujeto. Y este, justamente, sería el caso en la esquizofrenia.

Para la nosología psiquiátrica actual, los delirios son síntomas que pueden estar presentes junto con otras manifestaciones en la esquizofrenia, trastornos del ánimo o condiciones médicas, o que pueden ser inducidos por drogas. Un caso particular es el trastorno delirante, cuya única manifestación es la presencia de un delirio de al menos un mes de duración y en el que, fuera del impacto del delirio o sus ramificaciones, el funcionamiento socio-laboral no resulta afectado. La etiología que da origen a los delirios es un aspecto relevante, aunque rara vez se hace esta observación. Mientras que, en los casos asociados a enfermedades médicas y neurológicas, la disfunción estaría dada por la enfermedad de base y el delirio podría surgir como una explicación a alteraciones perceptivas sufridas por el paciente. En el caso de la esquizofrenia, parece tener lugar una transformación completa del vivenciar psíquico, descrito ampliamente por autores pertenecientes a la tradición fenomenológica en psicopatología. En los trastornos afectivos, por su parte, los estados de ánimo podrían hacer comprensibles ciertos contenidos delirantes. Es de esperar que el desarrollo de la discusión acerca del carácter patológico del delirio en psiquiatría y filosofía de la ciencia será capaz de integrar los diferentes niveles explicativos en los cuales se ha planteado el debate central expresado en estas páginas.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores no han referido ningún potencial conflicto de interés en relación con el contenido de este artículo.

FINANCIAMIENTO

Pablo López-Silva agradece el financiamiento del proyecto FONDECYT regular n° 1221058 otorgado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) y el auspicio del proyecto Renewing Phenomenological Psychopathology (Discretionary International Exchange Award / 223452/Z/21/Z) otorgado por la Wellcome Trust, UK a Matthew Broome y Giovanni Stanghellini.

NOTAS

1. En este artículo nos enfocaremos en el delirio que surge en el contexto de la esquizofrenia. El delirio esquizofrénico posee características epistémicas, funcionales y fenomenológicas peculiares que lo hacen diferente de delirios que pueden ser encontrados en otras condiciones, tales como la depresión mayor o el trastorno de personalidad. Para una revisión exhaustiva de la fenomenología del delirio en esquizofrenia revisar: Jaspers, (1963), Figueroa (2015), Fusar-Poli et al. (2022).
2. Para una revisión profunda de este asunto, ver: López-Silva et al. (2023).
3. Es ciertamente imposible resumir la complejidad de la fenomenología de la esquizofrenia en un apartado.

El punto que queremos plantear es que el delirio en esquizofrenia no puede ser descrito y examinado sin tener en cuenta esto.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association [APA] (2024). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. (DSM-V-TR). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Atkinson, C. J. (2022). Beliefs, delusions, and dry-functionalism. *Asian Journal of Philosophy*, 1(2), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s44204-022-00038-y>
- Bolton, D. & Gillett, G. (2019). *The biopsychosocial model of health and disease: new philosophical and scientific developments*. Palgrave. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-11899-0>
- Bell, D. (2003). *Paranoia*. Icon.
- Blankenburg, W. (1971). *Der Verlust der Natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien*. Ferdinand Enkel Verlag.
- Bortolotti, L. (2023). *Why delusions matter*. Bloomsbury. <https://doi.org/10.5040/9781350163331>
- Bortolotti, L. (2015). The epistemic innocence of motivated delusions. *Consciousness and Cognition*, 33, 490-499. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2014.10.005>
- Bortolotti, L. (2022). Are delusions pathological beliefs? *Asian Journal of Philosophy*, 1(31), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s44204-022-00033-3>
- Bortolotti, L. (2020). The epistemic innocence of irrational beliefs. OUP. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198863984.001.0001>
- Bortolotti, L. (2016). The epistemic benefits of elaborated and systematised delusions in schizophrenia. *British Journal for the Philosophy of Science*, 67(3), 879-900 <https://doi.org/10.1093/bjps/axv024>
- Bruno, N., Sachs, N., Demily, C., Franck, N., & Pacherie, E. (2012). Delusions and metacognition in patients with schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 17(1), 1-18. <https://doi.org/10.1080/13546805.2011.562071>
- Butler, P. (2000). Reverse Othello syndrome subsequent to traumatic brain injury. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 63(1), 85-92 <https://doi.org/10.1080/00332747.2000.11024897>
- Castilla del Pino, C. (1998). *El delirio: un error necesario*. Nobel.
- Canguilhem, G. (1970). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.
- Cavieres, A., Acuña, V., Arancibia, M., & Lopetegui, N. (2023). Differences in social perception in people with schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr. Res. Cogn.*, 33, 100286.
- Cavieres, A., & López-Silva, P. (2022). Social perception deficit as a factor of vulnerability to psychosis. A brief proposal for a definition. *Frontiers in Psychology*, 13, 805795.
- Connors, M. H., & Halligan P. W. (2020). Delusions and theories of belief. *Conscious Cogn.*, 81 [online first]. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2020.102935>
- Coltheart, M., Langdon, R., & McKay, R. (2011). Delusional belief. *Annual Review of Psychology*, 62, 271-298. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131622>
- Conrad, K. (1958). *Die beginnende schizophrénie [Beginning schizophrenia]*. Cambridge University Press.
- Clutton, P. (2018). A new defence of doxasticism about delusions: the cognitive phenomenological defence. *Mind & Language*, 33(2), 198-217. <https://doi.org/10.1111/mila.12164>
- Figueroa, G. (2015). La esquizofrenia atenuada revisitada. *Rev. Chil. Neuro-Psiquitr.*, 53(2), 117-126.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica.
- Freeman, D., Startup, H., Dunn, G., Wingham, G., Černis, E., Evans, N., Lister, R., Pugh, K., Cordwell, J., & Kingdom, D. (2014). Persecutory delusions and psychological well-being. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 49, 1045-1050. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0803-y>
- Fusar-Poli, P., Estradé, A., Stanghellini, G., Venables, J., Onumere, J., Messas, G., et al. (2022). The lived experience of psychosis: A bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry*, 21(2), 168-188.
- Jaspers, K. (1963). *General psychopathology*, 7th ed. Manchester University Press.
- Humpston, C. S. (2022). Isolated by oneself: ontologically impossible experiences in schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 29(1), 5-15. <https://doi.org/10.1353/ppp.2022.0001>
- Huq, S., Garety, P., & Hemsley, D. (1988). Probabilistic judgements in deluded and non-deluded subjects. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 40(4), 801-812. <https://doi.org/10.1080/14640748808402300>
- Kendell, R. E. (1986). What are mental disorders? In A. M. Freedman, R. Brotman, I. Silverman, & D. Hutson (Eds.), *Issues in psychiatric classification: Science, practice and social policy* (pp. 23-45). Human Sciences Press.

- Kraemer, H. C., Kupfer, D. J., Clarke, D. E., Narrow, W. E., & Regier, D. A. (2012). DSM-5: how reliable is reliable enough? *American Journal of Psychiatry*, *169*(1), 13-15. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.1101005>
- Lancellotta, E., & Bortolotti, L. (2019). Are clinical delusions adaptive? *Wiley Reviews on Cognitive Sciences*, *10*, 1-19. <https://doi.org/10.1002/wcs.1502>
- Lansky, M. R. (1977). Schizophrenic delusional phenomena. *Comprehensive Psychiatry*, *18*(2), 157-168. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(77\)90059-1](https://doi.org/10.1016/0010-440X(77)90059-1)
- López-Silva, P. (2016). The typology problem and the doxastic approach to delusions. *Filosofía Unisinos*, *17*(2), 202-211.
- López-Silva, P. (2023). El problema etiológico de los delirios psicóticos en la neuropsiquiatría actual. *Revista Ciencias de la Salud*, *21*(2), 1-16. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10378>
- López-Silva, P. (2024). Thinking in schizophrenia and the social phenomenology of thought insertion. *Philosophical Psychology*, 1-32. <https://doi.org/10.1080/09515089.2024.2334720>
- López-Silva, P., & Cavieres, A. (2021a). *La realidad transformada: hacia una recalibración de la psicopatología contemporánea*. SONEPSYN.
- López-Silva, P., & Cavieres, A. (2021b). Salto a conclusiones y formación de delirios en psicosis: un análisis crítico. *Psiquiatría Biológica*, *28*(1), 9-13. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2020.12.002>
- López-Silva, P., & Cavieres, A. (2022). El delirio psicótico como objeto de estudio multidisciplinar para la filosofía de la mente. *Sophia*, *33*, 71-90. <https://doi.org/10.17163/soph.n33.2022.02>
- López-Silva, P., & McClelland, T. (2023). *Intruders in the mind: interdisciplinary perspectives on thought insertion*. Oxford University Press.
- López-Silva, P., Núñez de Prado-Gordillo, M., & Fernández, V. (2023). What are delusions? Examining the typology problem. *WIREs Cognitive Sciences* [online first]. <https://doi.org/10.1002/wcs.1674>
- McKay, R., & Dennett, D. (2009). The evolution of misbelief. *Behavioural and Brain Sciences*, *32*(6), 493-561.
- Martin, J.-R., Dezechache, G., Pressnitzer, D., Nuss, P., Dokic, J., Bruno, N., ... Franck, N. (2014). Perceptual hysteresis as a marker of perceptual inflexibility in schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, *30*, 62-72. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2014.07.014>
- Mishara, A., López-Silva, P., Rosen C., & Heinz, A. (2023). Self-disturbances, perceptual anomalies, and physicality: towards a multimodal model of thought insertion. En P. López-Silva & T. McClelland (eds.). *Intruders in the mind: interdisciplinary perspectives on thought insertion* (27-42). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780192896162.003.0003>
- Morgades-Bamba, C. I., Fuster-Ruizdeapodaca, M. J., & Molero, F. (2019). The impact of internalized stigma on the well-being of people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, *271*, 621-627. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12>
- Miyazono, K., & Bortolotti, L. (2023). *Filosofía de la psicología. Una introducción*. España: Bauplan.
- Miyazono, K. (2018). *Delusions and beliefs: a philosophical enquiry*. Routledge.
- Miyazono, K. (2015). Delusions as harmful malfunctioning beliefs. *Consciousness and Cognition*, *33*, 561-573. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2014.10.008>
- Miyazono, K., & McKay, R. (2019). Explaining delusional beliefs: A hybrid model. *Cognitive Neuropsychiatry*, *2*(5), 335-346. <https://doi.org/10.1080/13546805.2019.1664443>
- Miyazono, K. (2022). Replies to critics. *Asian Journal of Philosophy*, *1*(2). <https://doi.org/10.1007/s44204-022-00048-w>
- Ohlhorst, J. (2022). Delusions and beliefs: a knowledge-first approach. *Asian Journal of Philosophy*, *1*(1), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s44204-022-00035-1>
- Orellana, G., & Slachevsky, A. (2013). Executive functioning in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, *4*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00035>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). *CIE-11. Undécima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Ginebra.
- Pienkos, E., Silverstein, S., & Sass, L. (2017). The phenomenology of anomalous world experience in schizophrenia: a qualitative study. *Journal of Phenomenological Psychology*, *48*(2), 188-213. <https://doi.org/10.1163/15691624-12341328>
- Sakakibara, E. (2016). Irrationality and pathology of beliefs. *Neuroethics*, *9*, 147-157. <https://doi.org/10.1007/s12152-016-9256-9>
- Sakakibara, E. (2022). On the nature, pathology, and etiology of delusions: comments on Miyazono's delusions and beliefs. *Asian Journal of Philosophy*, *1*(1), 1-8.
- Sass, L., & Byrom, G. (2015). Phenomenological and neurocognitive perspectives on delusions: a critical overview. *World Psychiatry*, *14*(2), 164-173. <https://doi.org/10.1002/wps.20205>
- Sass, L. A., & Pienkos, E. (2013). Delusion: the phenomenological approach. En K. W. M. Fulford, M. Da-

- vies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini, & T. Ornton (eds.), *Oxford handbook of philosophy and psychiatry* (pp. 632-657). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199579563.001.0001>
- Stein, D.J., Nielsen, K., Hartford, A., Gagné-Julien, A.-M., Glackin, S., Friston, K., Maj, M., Zachar, P. and Aftab, A. (2024), Philosophy of psychiatry: theoretical advances and clinical implications. *World Psychiatry*, 23: 215-232. <https://doi.org/10.1002/wps.21194>
- Stich, S. P. (1990). *The fragmentation of reason: preface to a pragmatic theory of cognitive evaluation*. The MIT Press
- Stanghellini, G. (2001). Psychopathology of common sense. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 8(2), 201-218. <https://doi.org/10.1353/ppp.2001.0018>
- Stanghellini, G. (2011). Clinical phenomenology: a method for care? *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 18(1), 25-29. <https://doi.org/10.1353/ppp.2011.0011>
- Sullivan-Bissett, E. (2022). Against a second factor. *Asian Journal of Philosophy*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s44204-022-00036-0>
- Wakefield, J. C. (1992a). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47(3), 373-388. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.3.373>
- Wakefield, J. C. (1992b). Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review*, 99(2), 232-247. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.99.2.232>
- Wakefield, J. C. (2007). The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry*, 6(3), 149-156. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174594/>
- Wakefield, J. C. (2011). Darwin, functional explanation, and the philosophy of psychiatry. En P. R. Adriaens & A. De Block (eds.), *Maladapting minds: philosophy, psychiatry, and evolutionary theory* (pp. 43-172). Oxford University Press. <https://philpapers.org/rec/WAKDFE>