



## INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología  
y Enfermería en Salud Mental

### PSICOSIS UNICA

Silvia Cañas Jiménez, Sara Trufero Miguel, Laura Saiz Cortés, Shaila Carrasco Falcón, Pablo Reyes Hurtado, Belén Alemán Gutierrez

[Silvia.cj1990@gmail.com](mailto:Silvia.cj1990@gmail.com)

Psicosis única, Nosología, Continuo de la psicosis

Unitary Psychosis, Nosology, Psychosis Continuum

### RESUMEN

Desde el comienzo de la psiquiatría científica se han adoptado dos actitudes a la hora de plantear la concepción de los trastornos psicóticos: una analítica, que descompone los síntomas en diferentes tipos de psicosis específicas según la causa patógena; y otra sintética, que reúne los síntomas en una gran unidad denominada *psicosis única*, apareciendo respuestas preconfiguradas, o reacciones preexistentes, a las más variadas agresiones, pudiendo ponerse de manifiesto estas reacciones en distintos grados de intensidad.

Es bastante frecuente en la práctica habitual observar pacientes que en su evolución presentan una continuidad de diversos síntomas con una transición insensible entre ellos, de manera que los distintos cuadros psicóticos parecen representar grados diversos de intensidad del mismo trastorno fundamental. De hecho, rara vez encontramos cuadros «puros» de las entidades clínicas que se recogen en las distintas clasificaciones de las que diariamente hacemos uso. Con el término *psicosis única* se suele hacer alusión a una concepción antinosográfica de la psicosis según la cual los síntomas psíquicos se irían agrupando y transformando en los diferentes cuadros clínicos clásicos, entendidos éstos como formas clínicas evolutivas de un mismo proceso de enfermedad. Este concepto de psicosis única ha florecido y decaído a lo largo de la evolución histórica de la psiquiatría internacional. En esta ponencia se realizará una revisión de la evolución del concepto a lo largo de la historia de la psiquiatría y se analizará su repercusión y vigencia en la actualidad.

# PSICOSIS UNICA

## ABSTRACT

Since the beginning of scientific psychiatry, two attitudes have been adopted when considering the conception of psychotic disorders: an analytical one, which breaks down the symptoms into different types of specific psychoses according to the pathogenic cause; and another synthetic one, which gathers the symptoms in a *unique psychosis*, developing preconfigured responses to the most varied aggressions with different intensity levels.

It is quite common in our usual practice to observe patients who in their evolution present a continuity of several symptoms with an insensitive transition between them, so that the different psychotic pictures show varying degrees of intensity of the same fundamental disorder. In fact, we rarely find "pure" pictures of the clinical entities that are included in the different classifications that we usually use. With the term unique psychosis, an antinosographic conception of psychosis is usually appealed, the psychic symptoms would be grouped into the different classic clinical pictures, understood as clinical evolutionary forms of the same morbid process. This concept of unique psychosis has grown and declined throughout the historical evolution of international psychiatry. This paper will review the evolution of the concept throughout the history of psychiatry and its impact today.

## PONENCIA PSICOSIS ÚNICA

El concepto de psicosis única ha florecido y decaído a lo largo de la evolución histórica de la psiquiatría. Las manifestaciones de los cuadros psiquiátricos son tan diversas que, a veces, nos surge la duda de si los síntomas psíquicos son producidos y configurados en cada caso por una determinada causa patógena o si por el contrario, no representan más que posibilidades de reacción preexistentes que pueden ponerse de manifiesto en diferentes grados de intensidad a raíz de diversas causas. Bien sabemos que no es infrecuente encontrarnos en nuestra práctica clínica habitual pacientes que, a lo largo de su evolución, presenten síntomas correspondientes a diferentes entidades nosológicas. Tampoco es infrecuente encontrarnos que un cuadro clínico evolucione adquiriendo las características típicas de otro trastorno diferente al que en un primer momento se diagnosticó. De hecho, rara vez encontramos cuadros sintomáticos «puros» de las entidades clínicas que se recogen en las distintas clasificaciones al uso, como son DSM y CIE. Debe recordarse que los "trastornos" descritos en las clasificaciones oficiales no corresponden en realidad a estructuras naturales, ni a entidades discretas sin relaciones de continuidad con otros padecimientos<sup>1</sup>.

## PSICOSIS UNICA

Con el término psicosis única se suele apelar a una concepción antinosográfica de la psicosis según la cual las diferentes formas clínicas psicóticas o afectivas no serían auténticas entidades morbosas, sino fases sucesivas de una misma enfermedad. Según el grado de intensidad del trastorno, los síntomas psíquicos se irían agrupando y transformando en los diferentes cuadros clínicos clásicos, entendidos éstos como formas clínicas evolutivas de un mismo proceso morboso<sup>2</sup>.

Esta idea, que puede resultar a priori más propia de épocas conterporáneas, ya era esbozada desde finales del siglo I por Areteo de Capadocia, notable médico griego de la época del Imperio Romano. Dicho autor describió que únicamente existía una forma fundamental de locura, la melancolía, y a partir de ésta se derivarían todas las otras variedades de la locura<sup>3</sup>.

Siglos después, el autor italiano Vincenzo Chiarugi proponía en 1793 que la "locura" sigue una evolución continua que va de la melancolía a la manía y de ésta a la demencia<sup>1</sup>. Al mismo tiempo, Joseph Guislain, autor natural de Bélgica, consideraba que todos los trastornos anímicos se debían a una excitación morbosa de la sensibilidad (sentimiento), que constituye el origen de toda la patología mental.

Philippe Pinel, médico francés entregado al estudio de las enfermedades mentales, en su Tratado médico-filosófico de la enagenación mental o manía (1801), escribía lo siguiente: «Por lo general las diversas especies de enajenación no son siempre invariablemente las mismas...una enagenación, cuya especie se ha determinado ya, puede transformarse en otra durante el curso de la vida...así es que hay melancólicos que se vuelven locos, y locos que caen en la demencia ó el idiotismos; y algunas veces, aunque es muy raro, hay idiotas que por una causa accidental vuelven á caer en un acceso pasajero de manía después de recobrar enteramente el uso de la razón<sup>3</sup>.»

Bartolomé Llopis, una de las figuras más representativas de la psiquiatría española del siglo XX, planteaba que el problema crucial de la psiquiatría era la cuestión de si los síntomas psíquicos son producidos y configurados en cada caso por una determinada causa patogénica o si no representan más que posibilidades de reacción preexistentes o preconfiguradas, que pueden ponerse de manifiesto por diversas causas. La teoría de la *psicosis única* defiende que los síntomas psíquicos son los mismos en las diversas enfermedades mentales; ya que el cerebro tiene, igual que los demás órganos, las mismas respuestas predeterminadas para todas las diferentes agresiones. Entre todas estas respuestas hay un espectro o continuidad, de forma que los diversos cuadros psicóticos, todos inespecíficos, representarían grados diversos de intensidad del mismo proceso morboso, siendo fases distintas en el curso de un solo trastorno fundamental al que denominó "síndrome axil común a todas las psicosis" y, posteriormente, *psicosis única*.

## PSICOSIS UNICA

Durante toda la historia de la psiquiatría científica esta concepción unitaria ha estado enfrentada con la tesis opuesta de pluralidad, teniendo tantos defensores como detractores.

Uno de los más apasionados defensores de la teoría unitaria, de hecho algunos lo consideran como el padre de la psicosis única, fue Heinrich Neumann. Para este autor de origen alemán sólo existe una clase de perturbación mental, *la locura*. Ésta no tendría diferentes formas de perturbación psíquica, sino diferentes *estadios* de un mismo proceso patológico: estadio delirante (der Wahnsinn), estadio confusión mental (die Werwirtheit) y estadio de desmoronamiento mental (der Bidsinn)<sup>4</sup>. De esta forma se produciría una evolución secuencial de tal manera que de una distimia *melancólica* se desarrolla un stadium maniacum y, si no tiene lugar la curación o la muerte, aparecería la confusión o la paranoia. Finalmente, si tampoco entonces hay mejoría, se pasa a la demencia.

El concepto de psicosis única alcanza su máximo esplendor bajo la gran influencia de Wilhelm Griesinger, psiquiatra nacido también en Alemania que estableció la clasificación en "formas" de los trastornos psíquicos. Tales formas se ordenaban en dos grandes grupos: uno de perturbaciones afectivas y otro de perturbaciones del pensamiento y de la voluntad. El primer grupo *precede*, en la mayoría de los casos, a los estados de la segunda serie; el proceso patológico puede ser modificado, interrumpido y alterado pero, en general, sigue una marcha constante de un grupo hacia el otro, existiendo una continuidad entre ambos.

El último defensor de esta teoría, al menos en Alemania, fue el psiquiatra Rudolf Arndt. Él defendió que todas las enfermedades mentales pasaban por un mismo ciclo, que comienza por una fase neurasténica o melancólica, sigue con una fase maníaca y, por último, termina con un estado de estupor, que puede abocar a la curación o a la demencia. Esta sería la llamada *versania típica*.

La impresión global es que hasta mediados del siglo XIX la opinión mayoritaria en la comunidad psiquiátrica científica seguía el paradigma de la unidad absoluta de la alienación mental<sup>5</sup>.

El ocaso del concepto comienza a verse posteriormente con los trabajos de Hoffman y Snell, que rompen con lo que consideraban el dogma de la naturaleza exclusivamente secundaria de la paranoia, describiendo la "monomanía como forma primaria de trastorno psíquico." Y es que el concepto de que las ideas delirantes son siempre secundarias a trastornos afectivos primarios era uno de los más recios pilares de la teoría de la *psicosis única* por aquella época. También en el afamado Congreso de Psiquiatría celebrado en Berlín en 1893, se llegó a la conclusión de que la paranoia era una enfermedad primaria de la razón, tomándose el acuerdo de privar a las ideas delirantes de su base afectiva, al contrario de lo que se pensaba anteriormente.

## PSICOSIS UNICA

De esta forma se inició un proceso que derrumbó, al menos momentáneamente, la teoría unitaria de la psicosis que tantos autores habían defendido hasta el momento.

El golpe decisivo a esta teoría unitaria fue asestado muy especialmente por la formidable labor nosográfica de Emil Kraepelin. Éste psiquiatra alemán centró su estudio en la clasificación de las enfermedades mentales. Para él, una clasificación debía contener mucho más que una simple recopilación de manifestaciones psicopatológicas; tenía que implicar también un criterio más o menos firme sobre el origen y probable curso ulterior de dicha patología. Por tanto, E. Kraepelin estableció que, para poder hablar de una entidad nosológica concreta, es necesario que exista una etiología determinada que desencadene una sintomatología característica y tenga un curso evolutivo específico. Con ello sentó el principio etiológico-sintomatológico de la psiquiatría, según el cual a cada *causa* de enfermedad debe corresponder una determinada sintomatología psíquica y un determinado pronóstico.

Sin embargo, ni la concepción de la paranoia como un trastorno exclusivo de la razón ni tampoco el principio etiológico-sintomatológico de E. Kraepelin han podido mantenerse intangibles. Pocos años después del famoso Congreso de Berlín, Linke trató de demostrar que a la "paranoia primaria" se llegaría a través de un estado afectivo morboso previo: la "expectación tensa", denominado por Stanberg "afecto suspicaz". La suspicacia sería la forma más extrema de desconfianza, como un grado mayor de intensidad en el mismo proceso patológico.

Specht volvió también a reafirmar vigorosamente la importancia de los afectos en la paranoia. Según él, existen simultáneamente, en todo paranoico, ideas de persecución y de grandeza, porque el estado afectivo fundamental se evidencia en el paranoico como mixto, como una mezcla de miedo y de confianza en sí mismo. En trabajos posteriores, llegó hasta el extremo de hacer derivar la paranoia de la psicosis maníaco-depresiva. El afecto de la desconfianza, que constituye la raíz de la paranoia, estaría integrado por componentes maníacos y depresivos, y aquella psicosis, por tanto, sería una especie de estado mixto maníaco-depresivo<sup>6</sup>. Esta asociación entre la paranoia y la psicosis maníacodepresiva fue también advertida por otros autores como Schroeder o Lange y, asimismo, por algún autor clásico francés como Seglas.

Como señaló Bartolomé Llopis, tras el derrumbamiento de la tesis de la *psicosis única*, comenzaron a aparecer distintas corrientes ideológicas que convergían hacia la resurrección de esa tesis en el siglo XX: el reconocimiento de la inespecificidad de los síntomas psíquicos (defendida por autores como Hoche, Bonhoeffer, Specht, etc.);

## PSICOSIS UNICA

la aplicación de los puntos de vista evolutivos al estudio de las afecciones del sistema nervioso (destacando autores como Jackson, Monakow, Janet, Ey, etc.); la consideración unitaria de la vida psíquica (también concebida como psicología de la totalidad, psicología de la forma, etc.); y la superación de la vieja doctrina de las localizaciones cerebrales de las funciones psíquicas por puntos de vista que acentúan especialmente la importancia de la actividad conjunta de todo el cerebro (defendida por Flourens, Lahsley, Goldstein, etc.). Todas estas corrientes de pensamiento comparten un núcleo común, una visión sintética y unificadora, que se opone abiertamente al impulso analizador, especificador y diferencial propio de todos los intentos de clasificación.

Con el paso del tiempo y la aparición de nuevas concepciones hemos visto que no ha prevalecido en modo alguno la "conclusión" del Congreso de Berlín de que la paranoia es una enfermedad primaria de la razón, en la que los afectos no tienen, a lo sumo, más que una importancia accesoria. Incluso E. Kraepelin en el ocaso de su vida, reconoce la validez de los principios que se oponían a su tesis y somete ésta a una profunda revisión. "Los fundamentos generales del modo de pensar paranoide hay que buscarlos, al parecer, en la fuerte influencia del curso del pensamiento por las necesidades afectivas y, por lo tanto, en el colorido personal de las concepciones vitales". Para su afirmación, en la lucha por la existencia, todo individuo necesita confianza en sí mismo y desconfianza hacia el ambiente. Así llega a la conclusión contraria a la de su obra inicial que sirvió de base a la formidable labor clasificatoria de toda su vida, recogiendo en un segundo tiempo que la peculiaridad de los síntomas no depende tanto de la naturaleza de la enfermedad que los provoca como de la naturaleza de la persona que los sufre. El mismo E. Kraepelin escribe en 1920: «Ningún experimentado diagnosticador negará que los casos en donde es imposible tomar una clara decisión son lamentablemente frecuentes<sup>7</sup>».

Otro psiquiatra del panorama contemporáneo, Victor Peralta (1975-1981), describió las psicosis como procesos continuos dentro de un espectro esquizoafectivo, acogiendo de nuevo al resurgir de esta idea unitaria de la psicosis<sup>8</sup>.

De hecho, a día de hoy, no tenemos datos sólidos que nos hagan asegurar que el trastorno bipolar y la esquizofrenia sean enfermedades totalmente independientes, observando en muchos casos un continuum entre ambas entidades diagnósticas, así como una superposición de síntomas y de relaciones genéticas con importante agregación familiar. Algunos autores, como Craddock y Owen, han llegado a expresar que las clasificaciones actuales inhiben el progreso en la investigación científica, lo cual tiene importante repercusión a posteriori en la práctica clínica<sup>9</sup>.

## PSICOSIS UNICA

Idea muy similar a la que escribió H. Neumann siglo y medio antes: "No podemos creer en el progreso real de la psiquiatría antes de que se haya tomado la decisión de arrojar por la borda todas las clasificaciones".

Jim Van Os y cols. recogen en una de sus revisiones que la vulnerabilidad a la psicosis estaría representada por cuatro dimensiones sintomáticas: alteraciones cognitivas, síntomas positivos (alucinaciones y delirios), síntomas negativos (discapacidad emocional) y disregulación afectiva (depresión, manía y ansiedad). Estos síntomas son observados en los distintos trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno de ideas delirantes) pero también son frecuentes en los trastornos mentales comunes (trastornos de ansiedad o depresión) e incluso en la población general a nivel subclínico, explicando por tanto que las diferencias entre los mismos son más cuantitativas y no tanto cualitativas. Por tanto, el diagnóstico de psicosis estaría determinándose por la intensidad de la experiencia anómala más que por la manifestación de la misma, tal y como recogieron Johns y Van Os a fecha de 2001. Este concepto se asemeja bastante a lo descrito por E. Bleuler hace más de un siglo quien, a diferencia de E. Kraepelin, planteó que no había una clara diferencia entre cordura y locura, apuntando a un enfoque dimensional o de continuo. El abordaje del continuo de la psicosis puede entenderse como una progresión en la manifestaciones clínicas del trastorno hasta la superación de un límite tras el cual dichas conductas pueden considerarse abiertamente sintomáticas y disruptivas.

En la misma línea iba el psiquiatra moscovita Gannushkin, quien afirmaba que existía un continuum entre las neurosis, las personalidades psicopáticas y las psicosis<sup>10</sup>. Otro autor, Hueso Holgado, en su trabajo "Psicosis histérica o trastorno disociativo psicótico", escribió acerca de la importancia de estos planteamientos a la hora de comprender cómo pueden presentarse episodios psicóticos en personas cuyo funcionamiento habitual es neurótico o el propio de un trastorno de la personalidad, considerando que existe un continuo entre lo psicótico y lo neurótico<sup>11</sup>.

Como vemos, el paradigma de una *psicosis única* vuelve a resurgir en el presente siglo XXI, y es que, en realidad, nunca se abandonó del todo. Se debe tener en cuenta que, a pesar de las clasificaciones actuales, la neurobiología no ha podido demostrar que exista evidencia científica sobre signos de alteraciones en el metabolismo de los neurotransmisores que sean específicos de un determinado trastorno. Esta falta de especificidad tiene su traducción en el plano psicofarmacológico, de forma que el abordaje farmacoterapéutico inevitablemente conducirá al uso de combinaciones de fármacos útiles en diferentes trastornos<sup>12</sup>. Por ello parece difícil construir estructuras clínicas como entidades discretas a la luz de las investigaciones más recientes.

## PSICOSIS UNICA

En este mismo sentido se especula que los diferentes trastornos representarían un continuo de déficits en el neurodesarrollo, influenciados genética y ambientalmente, más que entidades etiológicamente discretas<sup>13</sup>. Por este motivo se han propuesto nuevos sistemas de agrupación de los diferentes trastornos psiquiátricos teniendo en cuenta cuestiones como hallazgos genéticos y neurofisiológicos comunes, agregación familiar de los trastornos, comorbilidad, o respuesta a familias de fármacos. Tomando en cuenta estas propuestas queda claro que trastornos psicóticos deteriorantes como la Esquizofrenia, comparten muchísimas dimensiones con el Trastorno Bipolar (agregación familiar, genes de riesgo, signos neurológicos menores, circuitos cerebrales implicados, respuesta a tratamientos comunes, etc). En el mismo sentido se ha visto con el paso del tiempo que fármacos que originalmente se propusieron para el tratamiento de la esquizofrenia, como la olanzapina y la quetiapina, hoy son prescritos para cuadros afectivos graves como manías, depresiones resistentes o bipolares, incluso como terapia de mantenimiento para mantener la eutimia el Trastorno Biopolar<sup>14</sup>. Otro ejemplo de este mismo fenómeno se ha observado en el *síndrome de riesgo de síntomas psicóticos*, recientemente propuesto por la APA. Este estado, supuestamente pre-psicótico, parece responder mejor a antidepresivos tipo IRSR que a los propios antipsicóticos<sup>15</sup>. Todos estos hallazgos llevan a considerar que la relación entre la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar podría quizás describirse como un continuo que presenta un núcleo común de susceptibilidad genética, neuroquímica, funcional y estructural<sup>16</sup>. Ya Strauss, en 2002, expuso que organizar los distintos trastornos mentales de forma categórica puede permitir mayor facilidad en la comunicación entre los clínicos. El problema con esto deriva en que se agrupan con una misma etiqueta diagnóstica, una gran cantidad de individuos que presentan experiencias muy diferentes entre sí, encasillando a todos ellos bajo el mismo diagnóstico, cuando realmente existe una más que notable variabilidad individual.

En su nueva edición, el DSM-5 ha dado parcialmente la razón a aquellos que consideran que el espectro de los trastornos psicóticos puede entenderse como un continuo, incluyendo dicha consideración en el apartado de medición de los trastornos, en donde se propone un test de 8 ítems denominado Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity (Escala de gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis evaluada por el clínico)<sup>17</sup>. Este test surge a raíz de considerar que en el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, se observan cuadros clínicos muy heterogéneos, de forma que personas que cumplen con un mismo diagnóstico pueden tener repercusiones funcionales y sintomáticas totalmente distintas. Saber la gravedad o intensidad de la sintomatología es crucial ya que puede predecir aspectos importantes de la enfermedad como son el grado de déficit cognitivo o la capacidad de funcionamiento.

## PSICOSIS UNICA

Las evaluaciones dimensionales aportan ventajas sobre las distribuciones categoriales o puramente concretas, ya que las primeras son capaces de captar estas variaciones significativas en la gravedad de los síntomas del paciente psicótico. De esta forma, seremos capaces de establecer un plan terapéutico personalizado para cada persona que se adapte a las características individuales del sujeto y no al contrario. Así las clasificaciones estarán a disposición del paciente, y no éste a disposición de las clasificaciones, sin terminar el sujeto supeditado a categorías concretas o restrictivas que no permitan contemplar el dinamismo propio de la patología mental.

En conclusión, como vemos en esta breve evolución histórico-temporal, desde el comienzo de la Psiquiatría científica se han adoptado dos actitudes frente al problema de los trastornos psíquicos: una analítica, que descompone los síntomas en múltiples psicosis específicamente determinadas por las diversas causas patógenas; y otra sintética, que reúne los síntomas en la gran unidad de la *psicosis única*, apareciendo las mismas respuestas, aunque con distintos grados de intensidad, a las más variadas agresiones. La discusión que deriva de ello, es si los trastornos psiquiátricos son entidades concretas y categóricas, o si por el contrario, son cuadros dimensionales que evolucionan dentro de una misma entidad. Aunque los sistemas clasificatorios que utilizamos en nuestra práctica habitual, DSM-5 o CIE-10, atienden a una visión categórica, muchas de las pruebas utilizadas para la evaluación y el diagnóstico de los diferentes cuadros psicóticos parten de una visión dimensional<sup>18</sup>.

Atendiendo a la visión más dimensional y unitaria, podríamos entender que las enfermedades psiquiátricas provocarían una alteración de la actividad mental que podría tener diversos grados de intensidad. Al conjunto de estos trastornos es a lo que se ha llamado "*psicosis única*". Los diversos grados descritos no son patognomónicos de ninguna entidad diagnóstica, pero igual que éstos, nos pueden orientar hacia la posible enfermedad causal, sobre todo si tenemos en cuenta sus variaciones temporales, es decir, el curso longitudinal, muchas veces cambiante, de la psicosis.

## PSICOSIS UNICA

### BIBLIOGRAFÍA

1. Rojas-Malpica C. et al. La psicosis única revisitada. De la nosotaxia a la nosología. *Salud Mental* 2012; 35:109-122.
2. Huertas R. Nosografía y antinosografía en la Psiquiatría del siglo XIX: en torno a la psicosis única. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1999, vol. XIX, n.º 69, pp. 63-76.
3. Llopis B. La psicosis única, escritos escogidos. Fundación Archivos de Neurobiología. Madrid: Editorial Triacastella; 2003.
4. Benitez I. La evolución del concepto de hebefrenia (primera parte). *Alcmeon*. 1992; 2(2):182-205.
5. Lanteri-Laura G et al. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Madrid: Editorial Triacastela; 2000.
6. Specht G et al. Chronische Manía und Paranoia. *Z Nervenheilk Psychiat* 1905; 28: 590.
7. Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Z Gesamte Neurol* 1920;62:1-29.
8. Peralta V, Basterra V, Zandio M, Cuesta M et al. Psicosis cicloide; etiopatogenia, características clínicas y nosología. Ediciones 1: Aula Médica Psiquiatría; Mexico: Grupo Aula Medica; 2008.
9. Craddock N, Owen M. Rethinking et al. Psicosis: the disadvantages of a dicotomus classification now outweigh the advantages. *World Psychiatry* 2007; 6(2):84-91
10. Lavretsky H et al. The Russian concept of schizophrenia: A review of the literatura. *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24(4):537-557.
11. Hueso Holgado H. Psicosis histérica o trastorno disociativo psicótico. El problema de la nosología psiquiátrica. *Academia Biomedicina Digital* 2008; (enero-marzo) p 34.
12. Andrews G. et al. Consistency of diagnostic thresholds in DSM-V. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; 44(4):309-313.
13. McHugh PR, Slavney PR, et al. Methods of reasoning in psychopathology: conflict and resolution *Compr Psychiatry* 1982; 23(3):197-215.
14. Bauer M, El-Khalili N, Datto C, Szamosi J, et al. A pooled analysis of two randomised, placebo-controlled studies of extended release quetiapine fumarate adjunctive to antidepressant therapy in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord* 2010; 127(1-3):19-30.
15. Hueso-Holgado H. Riesgo del síndrome de síntomas psicóticos atenuados en DSM-V. *Norte Salud Mental* 2011; IX(39):19-26

## **PSICOSIS UNICA**

16. Purcell S, Wray N, Stone J, Visscher P et al. Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Nature* 2009; 460:748-752.
17. American Psychiatric association. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Editorial panamericana. 5ª edición, página 742.
18. Tamayo-Agudelo W.F. y col. El continuo de la psicosis: Evidencia psicométrica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 209-218, 2016.