Descargado el: 17-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización clínico-farmacológica de pacientes psicóticos atendidos en Servicio de Salud Mental, Hospital Pediátrico de Cienfuegos

Clinical Characteristics and Pharmacological Treatment of Psychotic Patients Attending the Mental Health Services of the Pediatric Hospital of Cienfuegos

Beatriz Sabina Roméu[1] Daimí Sarmiento González[2] Mario Isaías Alzuri Falcato[1] Anais Leyva Madrigales[3]

[1] Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Policlínico Universitario de Cumanayagua, Cumanayagua, Cienfuegos, Cuba
[3] Policlínico Universitario de Palmira, Palmira, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Sabina-Roméu B, Sarmiento-González D, Alzuri-Falcato M, Leyva-Madrigales A. Caracterización clínico-farmacológica de pacientes psicóticos atendidos en Servicio de Salud Mental, Hospital Pediátrico de Cienfuegos. **Medisur** [revista en Internet]. 2016 [citado 2026 Nov 17]; 14(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3225

Resumen

Fundamento: En el servicio de salud mental del Hospital Pediátrico de Cienfuegos se reciben todos los pacientes de la provincia con necesidad de hospitalización. Entre estos, los menores con nivel de funcionamiento psicótico ocupan un espacio importante de la atención médica.
Objetivo: describir las características clínicas y del tratamiento farmacológico en pacientes psicóticos atendidos en el Servicio de Salud Mental.
Métodos: estudio de serie de casos, con 35 pacientes psicóticos hospitalizados en el Servicio de Salud Mental del Hospital Pediátrico de Cienfuegos, durante el quinquenio 2008–2012. Se estudiaron las variables demográficas, las relacionadas con datos clínicos y las relacionadas con el tratamiento farmacológico.
Resultados: el 65,7 % de los pacientes fueron adolescentes y el 77,1 % de procedencia urbana. Los diagnósticos evolutivos más frecuentes fueron el trastorno psicótico agudo y transitorio y la esquizofrenia. En el 63 % de los casos existió un antecedente familiar de trastorno psiquiátrico. El 40 % recibió tratamiento con trifluoperacina e igual por ciento usó haloperidol. En el 58 % de los pacientes, los síntomas psicóticos se controlaron en las primeras semanas.
Conclusión: hubo predominio de pacientes adolescentes blancos, de entornos urbanos, con antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica. Generalmente contaron con seguimiento psiquiátrico regular y tuvieron corto tiempo de evolución sin tratamiento. Los fármacos más indicados fueron antipsicóticos típicos, que causaron reacciones adversas en la tercera parte de ellos. Predominó el control de síntomas psicóticos en las primeras semanas, aunque en la mitad de los pacientes reaparecieron, con evolución hacia diagnósticos de peor pronóstico.

Palabras clave: trastornos psicóticos, psiquiatría infantil, farmacoterapia, salud mental, servicios de salud mental

Abstract

Background: the mental health services of the Pediatric Hospital of Cienfuegos receive all patients in the province that need to be hospitalized. Among them, children and adolescents functioning at the psychotic level are of great clinical and social importance.
Objective: to describe the clinical characteristics and pharmacological treatment of psychotic patients treated in the mental health services.
Methods: a case series study of 35 psychotic patients admitted to the mental health unit of the Pediatric Hospital of Cienfuegos was conducted between 2008 and 2012. Demographic variables, in addition to variables related to clinical data and pharmacotherapeutic aspects were analyzed.
Results: sixty five point seven percent of patients were adolescents and 77.1% were of urban origin. The most common diagnoses were acute and transient psychotic disorder and schizophrenia. Sixty three percent had a family history of psychiatric disorder. Forty percent were treated with trifluoperazine and an equal percent took haloperidol. Psychotic symptoms were controlled in 58% of patients during the first weeks.
Conclusion: white adolescent patients from urban areas with a family history of psychiatric illness predominated. They received regular psychiatric attention and experienced the symptoms for a short time before being treated. The most frequently prescribed medications were typical antipsychotic drugs, which caused adverse reactions in a third of the patients. In the first few weeks, psychotic symptoms were controlled in most patients, although half of them experienced a recurrence of symptoms, which evolved into conditions with worse prognosis.

Key words: psychotic disorders, child psychiatry, drug therapy, metal health, metal health services

Aprobado: 2016-03-03 10:19:03

Correspondencia: Beatriz Sabina Roméu. Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto. Cienfuegos margaritare@jagua.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La psicosis no es por sí misma un diagnóstico, es un concepto psicológico y fenomenológico. No hay ninguna definición biológica del término, ni tampoco un "marcador" biológico específico para la psicosis, ya que cualquier intento de encontrar una correlación neurofisiológica ha fracasado. El término "psicosis" se utiliza entonces como un constructo para describir ciertos estados clínicos en los que la persona afectada pierde el contacto con la realidad. No siempre se trata de una condición clínica estable, sino que varía de forma considerable en la persona que la presenta. Cuando los síntomas psicóticos aparecen o se reactivan (ideación delirante y alucinaciones), este estado se describe como un episodio o brote psicótico.[1,2]

Las evoluciones psicóticas pueden comprender períodos más o menos largos de estabilización y funcionamiento aceptables, que solo un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico precoz y prolongado puede mejorar y afianzar.[2]

Actualmente, se sabe que una intervención en las fases tempranas de la enfermedad puede disminuir el impacto que esta produce en el funcionamiento de quien lo presenta. Sin embargo, la evaluación temprana presenta dificultades inherentes al reconocimiento de síntomas antes de que la enfermedad aparezca de una forma franca.[1]

Las entidades nosológicas con nivel de funcionamiento psicótico que deben considerarse en la etapa infanto-juvenil, son: el trastorno psicótico agudo y transitorio (TPAT), los trastornos delirantes, la esquizofrenia, los trastornos afectivos a nivel psicótico, las psicosis sintomáticas y las psicosis inducidas por sustancias.[3]

La prevalencia de la entidad que se considera más grave, la esquizofrenia de inicio temprano (EIT), no se ha establecido claramente, aunque la experiencia clínica sugiere que su inicio antes de los doce años es poco usual. Se calcula que del 0,1 % al 1 % de todos los trastornos esquizofrénicos, se instauran antes de los diez años de edad y que ocurren principalmente en hombres, aun cuando con el incremento de la edad dicha frecuencia se equipara en ambos géneros. El sobrediagnóstico es común, debido a la variedad de entidades psiquiátricas que asemejan a la EIT, tal como el primer episodio del trastorno afectivo bipolar.[4]

En el servicio de salud mental del Hospital Pediátrico de Cienfuegos se reciben todos los pacientes de la provincia con necesidad de hospitalización. Entre estos, a pesar de su baja frecuencia, los menores con nivel de funcionamiento psicótico ocupan un espacio importante de la atención médica, debido a su relevancia clínica y social. Por ello, es de gran interés describir las características clínicas y del tratamiento farmacológico en estos pacientes, lo cual es precisamente el objetivo de este estudio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, tipo serie de casos, con pacientes psicóticos hospitalizados en el Servicio de Salud Mental del Hospital Pediátrico de Cienfuegos, Paquito González Cueto, durante el quinquenio 2008–2012.

Se trabajó con todos (N=35) los pacientes ingresados en este Servicio con impresión diagnóstica de trastorno mental con nivel de funcionamiento psicológico de tipo psicótico.

Se revisó el registro de pacientes ingresados en el servicio para determinar pacientes con impresión diagnóstica al ingreso de un trastorno mental con nivel de funcionamiento psicológico de tipo psicótico. Luego se revisaron las historias clínicas para extraer la información hacia un registro resumido de cada una, la cual se vertió en una base de datos del programa SPSS v-15.0, y posteriormente se llevó a cabo el procesamiento estadístico. Se expresaron los resultados en tablas de frecuencia y por cientos.

La información expuesta corresponde básicamente al primer ingreso a causa de manifestaciones psicóticas y además, a datos relacionados con el seguimiento para determinar aspectos evolutivos y terapéuticos, todos ellos reflejados en las historias clínicas archivadas en la institución.

Las enfermedades psiquiátricas se categorizaron según el Glosario Cubano de Enfermedades Mentales, versión 3(GC3).[5]

Las variables se agruparon en:

- Datos generales de tipo demográfico: edad (10 años o menos, 11-14 años, 15-18 años); sexo (femenino, masculino); color de piel (blanco, negro, mestizo); zona de residencia (urbana, rural).

- Datos clínicos: fecha de ingreso (según trimestre del año); tiempo de funcionamiento psicótico según cantidad de meses (menos de un mes, un mes, dos meses, 3-4 meses, 6-8 meses); antecedentes de enfermedades psiquiátrica en la familia (alcoholismo, trastorno de personalidad, trastorno psicótico, retraso mental, trastorno afectivo, psicosis puerperal u otros trastornos psiquiátricos); motivo de ingreso según síntomas fundamentales referidos (cambios en los hábitos e intereses, dice cosas sin sentido, escucha o ve cosas, aumento de la actividad motora, ansiedad, irritabilidad, labilidad emocional, disminución de la actividad motora, aislamiento, síntomas físicos, efectos de la medicación); funciones psicológicas afectadas (conativas, cognoscitivas, afectivas, de relación, de síntesis); áreas de conflicto (familiar, escolar, laboral, grupo o amistades); diagnóstico al ingreso (trastorno psicótico agudo y transitorio, psicosis no orgánica no especificada, esquizofrenia, psicosis sintomática, trastorno esquizofreniforme, trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo psicótico); diagnóstico evolutivo (trastorno psicótico agudo y transitorio, esquizofrenia, no definido evolutivamente, trastorno afectivo bipolar, psicosis no orgánica no especificada, trastorno depresivo recurrente, psicosis sintomática, trastorno de personalidad); tiempo entre diagnóstico del ingreso y diagnóstico evolutivo en meses (1-6 meses, 7-12 meses, 12-24 meses, más de 24 meses, no precisado); número de ingresos; estadía hospitalaria en días (0-7 días, 8-21 días, 22 días o más).
- Aspectos farmacoterapéuticos: psicofármacos utilizados (trifluoperacina, haloperidol, cloropromazina, levomepromacina, risperdal, benzodiazepinas, carbamazepina, tioridazina, antidepresivos, quetiapina); criterios de modificación o suspensión de psicofármacos (no mejoría de síntomas, reacciones adversas, no mejoría de síntomas y reacciones adversas, evidencia clara de síntomas psicóticos, mejoría de síntomas) y reacciones adversas; tipo de fármaco por el que se hizo el cambio (neuroléptico típico, neuroléptico atípico, otros); reacciones adversas (extrapiramidales, cardiovasculares, sequedad buco nasal, congestión buco nasal, ginecomastia), tiempo transcurrido entre inicio de tratamiento y reaparición de síntomas psicóticos (menos de un mes, de 1 a 3 meses, de 3 a 6 meses, de 6 a 12 meses, más de 1 año, persistieron, no reaparecieron, no definido).

La información tomada de las historias clínicas solo se usó con fines investigativos. Se contó con la aprobación del Consejo Científico del Hospital Pediátrico.

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes con funcionamiento psicótico ingresados en el servicio de salud mental del Hospital Pediátrico en el quinquenio estudiado, fueron adolescentes de edad comprendida entre 15 y 18 años, de raza blanca, con ligero predominio de los varones, y residentes en entornos urbanos. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes según variables socio-demográficas

Variables socio- demográficas		No.	%
Edad	10 años o menos	3	8,57
	11- 14	9	25,72
	15 – 18	23	65,71
	Total	**35**	**100,00**
Sexo	Femenino	15	42,9
	Masculino	20	57,1
	Total	**35**	**100,0**
Color de piel	Blanco	24	68,6
	Mestizo	11	31,4
	Total	**35**	**100,0**
Zona	Urbana	27	77,1
	Rural	8	22,9
	Total	**35**	**100,0**

Predominaron los ingresos en el segundo y último trimestre (11 pacientes para un 31,42 %, respectivamente) del año. De todos los meses, noviembre fue el mes de más ingresos: 26 % del total.

El tiempo de evolución del funcionamiento psicótico sin tratamiento, fue en el 57,1 % (20 pacientes) de los casos, menor de un mes, en el 17,2 % (6 pacientes) menor de 2 meses, el 5,7 % (2 pacientes) entre 3-4 meses, y el 8,5 % de 6-8 meses (3 pacientes). No se precisó tiempo en 4 pacientes (11,4 %).

De forma similar, se comportó el tiempo entre los síntomas psicóticos y la primera hospitalización. Solo en 4 pacientes no coincidió el inicio del tratamiento con la primera hospitalización, o sea, se inició el tratamiento antes de forma ambulatoria y luego fue necesaria la hospitalización.

En relación a los antecedentes familiares, en el 63 % de los pacientes hubo al menos un familiar en primer grado con antecedente de trastornos psiquiátricos. El más frecuente fue el alcoholismo. (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de pacientes según antecedente familiar de enfermedad psiquiátrica

Antecedente familiar de enfermedad psiquiátrica	No.	%
Alcoholismo	8	23,0
Trastorno de personalidad	4	11,4
Trastornos psicóticos	4	11,4
Retraso mental	3	8,6
Trastorno afectivo	2	5,7
Psicosis puerperal	1	2,9
Otros trastornos psiquiátricos	14	40

Con respecto a los motivos de ingreso, predominaron las referencias familiares sobre cambios en los hábitos e intereses de los menores, así como que decían cosas sin sentido. (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de pacientes según motivos de ingreso

Motivos de ingreso	No.	%
Cambios en los hábitos e intereses	23	65,7
Dice cosas sin sentido	18	51,4
Escucha, ve cosas	8	23,0
Aumento de la actividad motora	8	23,0
Ansiedad, irritabilidad, labilidad emocional	7	20,0
Disminución de la actividad motora	4	11,4
Aislamiento	4	11,4
Síntomas físicos	3	8,6
Efectos de la medicación	1	3,0

Acorde con lo anterior, se encontró afectación predominante de las funciones psicológicas conativas y cognoscitivas (83 % y 77,1 % respectivamente). Entre estas últimas predominaron las alteraciones del pensamiento, sobre todo, las de tipo sensoperceptual. En tercer lugar, por orden de frecuencia, estuvieron afectadas las funciones afectivas, en más del 50 % de los pacientes (54,3 %). Las menos afectadas fueron las funciones de síntesis (31,4 %) y de relación (25,7 %).

Entre las áreas de conflictos identificadas en relación con el funcionamiento psicótico, se encontró predominio del área escolar en 14 pacientes (40 %), del área familiar en 9 (25,7 %), y 4 con conflictos en el grupo de amistades (11,4 %). Cuestiones como adaptación a becas, exámenes, relaciones difíciles con profesores, fueron las identificadas con más frecuencia. Es válido señalar que en el 22,9 % no hubo área de conflicto identificada.

El diagnóstico más frecuente al ingreso fue el trastorno psicótico agudo y transitorio (TPAT). (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de pacientes según diagnóstico al ingreso.

Diagnóstico definitivo al ingreso	No.	%
Trastorno psicótico agudo y transitorio	20	57,1
Psicosis no orgánica no especificada	5	14,3
Esquizofrenia	3	8,6
Psicosis sintomática	3	8,6
Trastorno esquizofreniforme	2	5,7
Trastorno afectivo bipolar	1	2,9
Episodio depresivo psicótico	1	2,9
Total	**35**	**100,0**

Al hacer el análisis de los diagnósticos evolutivos se obtuvo que de los 20 pacientes a los que inicialmente se les planteó un TPAT, 11 mantuvieron dicho diagnóstico de forma evolutiva, a 4 se les diagnosticó esquizofrenia, a 2 trastornos afectivos, a 2 más psicosis no orgánicas no especificadas y uno no fue definido evolutivamente. La mayoría de los pacientes con TPAT tenían de base un retraso mental.

De los 5 pacientes con diagnóstico al ingreso de psicosis no orgánica no especificada, pudieron definirse 2 con esquizofrenia y uno con trastorno bipolar, dos no definidos evolutivamente.

Se mantuvo el TPAT como diagnóstico más frecuente (31,4 %), seguido de la esquizofrenia, presente en el 22,9 % de los casos, entre ellos un caso de esquizofrenia infantil. Aún se encontró con diagnóstico indefinido al 20 % de los pacientes y se determinaron 4 casos con trastorno afectivo bipolar. (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de pacientes según diagnóstico evolutivo

Diagnóstico evolutivo	No.	%
Trastorno psicótico agudo y transitorio	11	31,4
Esquizofrenia	8	22,9
No definido evolutivamente	7	20,0
Trastorno afectivo bipolar	4	11,4
Psicosis no orgánica no especificada	2	5,7
Trastorno depresivo recurrente	1	2,9
Psicosis sintomática	1	2,9
Trastorno de personalidad	1	2,9
Total	**35**	**100,0**

En el 51,42 % de los pacientes el tiempo que medió entre el diagnóstico del ingreso y el diagnóstico evolutivo, fue de uno a seis meses. A los 12 meses, al 65,7 % de ellos se le había modificado el diagnóstico inicial y a los dos años se había acumulado 74,3 % de diagnósticos modificados. No se precisó tiempo en el 20 % de los pacientes. (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de pacientes según tiempo transcurrido entre diagnóstico al ingreso y diagnóstico evolutivo

Tiempo entre diagnóstico del ingreso y diagnóstico evolutivo	No.	%
De 1 a 6 meses	18	51,42
De 7 a 12 meses	5	14,28
De 12 a 24 meses	3	8,57
Más de 24 meses	2	5,73
No precisado	7	20,00
Total	**35**	**100**

El 51,4 % (18) de los pacientes tuvo un solo ingreso, el 25,7 % dos ingresos (9 pacientes), el 14,3 % (5 pacientes) tres ingresos y en menor frecuencia los de 4 y 5 ingresos. Estos últimos con diagnósticos de esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, trastorno depresivo recurrente y psicosis no orgánica no especificada.

En cuanto a la estadía hospitalaria, 4 pacientes (11,4 %) permanecieron hospitalizados hasta 7 días, 16 pacientes (45,7%) entre 8-21 días y 15 (42,9 %) 22 días o más.

Acerca de los aspectos farmacoterapéuticos, en la mayoría de los pacientes se utilizaron como tratamiento antipsicótico neurolépticos típicos, disponibles en el mercado nacional, entre ellos la trifluoperacina y el haloperidol, a dosis media al día de 5,75 mg y 2,35 mg, respectivamente. (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución de pacientes según psicofármacos usados para el control de síntomas al ingreso y de forma evolutiva

Psicofármacos	Dosis media/día (mg)	No.	%
Trifluoperacina	5,75	14	40,0
Haloperidol	2,35	14	40,0
Cloropromazina	84,0	11	31,4
Levomepromacina	20,31	8	23,0
Risperdal	4,33	6	17,1
Benzodiazepinas	10,00	3	8,6
Carbamazepina	466	3	8,6
Tioridazina	31,25	2	5,7
Antidepresivos	43,75	2	5,7
Quetiapina	100,0	1	2,9

En el tratamiento evolutivo, como alternativa de segunda línea, se usó el risperdal. Los psicofármacos fueron combinados entre sí en el 54 % de los pacientes (19), sobre todo, asociando un antipsicótico con benzodiacepinas, benadrilina o levomepromacina, para favorecer el sueño. En muy pocos casos se usaron dos antipsicóticos para el control de la sintomatología.

Solo en 16 pacientes fue necesario utilizar la vía intramuscular como parte del tratamiento inicial, para aplicar diazepam en la mayoría de los casos, y en menor frecuencia el haloperidol, haloperidol más diazepam o cloropromazina.

Fue necesario asociar la benadrilina en 24 pacientes (68,6%) para contrarrestar efectos extrapiramidales, a pesar de que fueron usados los antipsicóticos en bajas dosis.

En el 34,3 % (12 pacientes) hubo reacciones adversas de tipo extrapiramidal, sobre todo con trifluoperacina y haloperidol. La forma clínica más frecuente fue la distonía aguda con el síndrome cara-cuello; entre las cardiovasculares: taquicardia y aumento de la tensión arterial en dos pacientes (5,7 %). Otras fueron sequedad de la boca, ginecomastia y congestión nasal, también en dos pacientes. No hubo reacciones adversas en 19 pacientes (54,3 %).

Fue necesario suspender o sustituir (sobre todo por neurolépticos típicos) el fármaco en el 48,6 % de los pacientes, de los cuales el 25,7 % fue porque no mejoraron los síntomas. En el 51,4 % no se suspendió o sustituyó. (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución de pacientes según criterios de suspensión o sustitución

Criterios de suspensión o sustitución	No.	%
No mejoría de síntomas	9	25,7
Reacciones adversas	2	5,7
No mejoría de síntomas y reacciones adversas	2	5,7
Evidencia clara de síntomas psicóticos	2	5,7
Mejoría de síntomas	2	5,7
Total	**17**	**48,6**

El tiempo requerido para controlar síntomas psicóticos se pudo definir en 29 pacientes, es decir, en el 83 % del total. Este fue de una a dos semanas en el 57 % de los casos (20 pacientes); entre tres y cinco semanas para 9 pacientes, a razón de dos o tres por semana.

En aproximadamente la mitad de los pacientes reaparecieron los síntomas psicóticos después de iniciado el tratamiento, en casos de esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, psicosis no orgánica no especificada y TPAT con retraso mental de base. En el 28,6 % no reaparecieron y en el 20% no se pudo definir en la historia clínica. (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de pacientes según tiempo de inicio del tratamiento y reaparición de síntomas psicóticos

Tiempo	No.	%
Menos de 1 mes	5	14,4
De 1 a 3 meses	2	5,7
De 3 a 6 meses	2	5,7
De 6 a 12 meses	3	8,6
Más de 1 año	3	8,6
Persisten	3	8.6
Total	**18**	**51,30**
No reaparecieron	10	28,60
No definido	7	20,10
Total	**35**	**100,00**

DISCUSIÓN

Los trastornos psicóticos no son motivo de ingreso frecuente en el servicio, si se comparan con otros tales como intento suicida, trastornos emocionales y de personalidad, pero sí se mantienen los adolescentes como grupo de edad más afectado.[6]

En otra serie se observan resultados similares en cuanto a predominio del sexo masculino. No se encontraron referencias sobre color de piel, ni diferencias entre residencia rural y urbana.[7] El predominio de piel blanca puede explicarse por la mayor proporción de esta población.

La mayor cantidad de ingresos en los meses en que finaliza e inicia el curso escolar, se explica porque es más probable que se presenten conductas desadaptativas por el advenimiento de exámenes y la incorporación luego del período vacacional, respectivamente.

Una amplia red y la gratuidad de servicios médicos psiquiátricos y disponibilidad de servicio de urgencia permanente, favorecen que la mayoría absoluta de los pacientes hayan iniciado tratamiento en tiempos menores a los dos meses de la aparición de algún síntoma. La atención especial de la familia a la salud de los niños y adolescentes, permite que los padres se percaten de irregularidades y soliciten ayuda. Este es un elemento favorable para el pronóstico de niños y adolescentes con síntomas psicóticos. Algunos autores han obtenido que el tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y el primer contacto terapéutico en pacientes adultos con esquizofrenia, está en torno a los 2,5 años, mucho mayor al que se describe para la etapa infanto-juvenil. En otra serie, el tiempo medio de espera de niños y adolescentes hasta ser evaluados en salud mental fue de más de tres meses.[1,7]

Los antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica estuvieron presentes en la mayoría de los casos. Estos constituyen factores de riesgo

consistentemente avalados, sobre todo de enfermedad psicótica.[3,8,9]

Los motivos de ingresos se definen por las referencias familiares más significativas. Las funciones psicológicas más dañadas son coherentes con la sintomatología, que en los niños y adolescentes estudiados se reparten entre las funciones conativas, cognoscitivas y, en menor grado, afectivas. Las áreas de conflicto delimitadas son las habituales, pues son los entornos naturales del niño y el adolescente: escolar y familiar. Aunque no fue algo observado en la serie estudiada, algunos autores plantean la historia previa de trauma como factor predisponente de psicosis en niños y adolescentes.[9,10]

El hecho de que la mayoría de los diagnósticos iniciales hayan sido modificados, es habitual en niños y adolescentes con psicosis. Aproximadamente la mitad ya tenía otro diagnóstico a los seis meses. El diagnóstico más persistente fue TPAT, debido precisamente a la evolución corta de este trastorno.

El diagnóstico de psicosis en estas edades es difícil de hacer. Debido a su complejidad y patrón cambiante, los síntomas muchas veces tienden a confundirse con los de trastornos emocionales, de conducta o del desarrollo. A medida que el niño crece, la expresión clínica de la enfermedad se ve afectada por el proceso madurativo normal. También se plantea como algo discutible considerar siempre como un primer episodio psicótico a los trastornos psicóticos agudos, pensando que reaparecerán los síntomas, ya que una parte de los pacientes puede no repetir el evento.[4,9]

El TPAT, diagnóstico evolutivo más frecuente, supone un comienzo agudo en menos de dos semanas desde un estado previo no psicótico a otro con sintomatología delirante o alucinatoria, así como alteraciones conductuales y otros síntomas posibles como, por ejemplo, lenguaje disgregado. Puede haber cambios emocionales o síntomas afectivos ocasionalmente en primer plano, pero sin llegar a configurar un episodio maníaco o depresivo. Cuando la sintomatología es rápidamente cambiante y variable, se usa el subtipo de "polimorfo".[9]

El cuadro clínico de la esquizofrenia, segundo diagnóstico evolutivo más frecuente, incluye diversos síntomas que se clasifican en positivos (delirios y alucinaciones), negativos (abulia, anhedonia, disminución en la fluidez y el contenido del discurso), afectivos (depresión o ansiedad que pueden acompañar a los síntomas positivos y negativos), cognoscitivos (déficits en la memoria, la capacidad de juicio, desorganización) y excitabilidad/hostilidad (agitación, agresividad). En el caso de los pacientes pediátricos, la aparición de los síntomas es frecuentemente precedida por trastornos en el desarrollo y se ha descrito una mayor frecuencia de coeficiente intelectual bajo, déficits cognoscitivos y síntomas negativos intensos; así mismo, existe mayor prevalencia de los subtipos indiferenciado y desorganizado de la enfermedad en niños y adolescentes.[8]

Teniendo en cuenta el predominio de adolescentes tardíos en esta muestra, resulta esperado el predominio de síntomas que conforman un cuadro clínico con patoplastia similar, y que puede ser clasificado en los mismos rubros y de acuerdo con iguales indicadores que aquellos que ocurren en la adultez. La tendencia a la excitación psicomotriz, las alucinaciones y el pensamiento desorganizado, son manifestaciones ampliamente conocidas y citadas por los diferentes autores, quienes también han propiciado el uso de diversos instrumentos para facilitar el diagnóstico precoz.[4,11]

Según experiencia de los autores, la cantidad de ingresos está en dependencia de múltiples factores, tales como adherencia al tratamiento, reevaluación de diagnóstico inicial, tipología y recurrencia de los síntomas predominantes y diversas circunstancias personales y familiares. En esta serie, el número de ingresos se puede relacionar a recurrencias de síntomas en entidades más complejas, o con las modificaciones del diagnóstico inicial.

Acorde con la complejidad de estos trastornos, predominó la mediana y larga estadía hospitalaria, lo cual se considera coherente con los diagnósticos. El seguimiento por los especialistas propició obtener menores tiempos para llegar a un diagnóstico clínico definitivo, lo cual es un factor pronóstico favorable.

Aunque aún no se dispone de un arsenal terapéutico ideal, a tono con los avances en psicofarmacología, en términos generales se cumplen las pautas propuestas a nivel internacional. El uso de fármacos como la trifluoperacina, haloperidol y cloropromazina, ha sido avalado por decenas de años de utilización y

son de uso común en los servicios de psiquiatría, con independencia de que la disponibilidad de otros antipsicóticos es un elemento que gravita sobre las decisiones. Hoy en día existe, además, una serie de antipsicóticos llamados atípicos, medicamentos avalados por diferentes ensayos clínicos, tales como: olanzapina, clozapina, risperidona, quetiapina y aripiprazol. Además, se han establecido diferentes protocolos de tratamiento, que en general asumen la terapia escalonada o combinada, según respuesta del paciente, evaluada en un lapso de seis semanas. También, en general, se recomienda un antipsicótico típico si existe predominio de síntomas positivos y un atípico si existe predominio de síntomas negativos.[12]

El uso de combinaciones es común cuando no se alcanzan resultados esperados con un antipsicótico, o se desea reforzar determinados efectos farmacológicos.[13]

Los datos disponibles indican que los jóvenes pueden ser más sensibles que los adultos a desarrollar efectos secundarios adversos relacionados con los antipsicóticos, como efectos extra piramidales, sedación, aumento de la prolactina, aumento de peso corporal, entre otros. No hay evidencias irrefutables de mayor efectividad de un antipsicótico sobre otro; todos, en mayor o menor grado, presentan efectos colaterales, por lo que el juicio clínico acerca de lo más conveniente para cada paciente en particular, sigue siendo una guía terapéutica recomendable, con independencia de que se preconice el uso de determinado antipsicótico en entidades específicas.[12-15]

En estos pacientes predominó el control de los síntomas psicóticos en la primera y segunda semanas, acorde al TPAT, diagnóstico más frecuente, e incluso en pacientes con trastornos psicóticos de larga evolución, lo cual habla a favor de una terapéutica adecuada.

Al establecer correlación con la sustitución de fármacos, se evidenció que en la mayoría de estos pacientes no fue necesaria, precisamente por la buena respuesta clínica. En otros la sustitución se produjo después de la sexta semana de tratamiento, a partir de la valoración de los síntomas presentes o la aparición de reacciones adversas.

La reaparición de síntomas puede estar relacionada con la presencia de enfermedades de evolución más compleja, o de retraso mental de base. En ocasiones, es un evento que también puede ocurrir relacionado con factores precipitantes, falta de adherencia al tratamiento o mala respuesta individual a los antipsicóticos utilizados.

Se puede concluir que los pacientes psicóticos atendidos en el servicio de salud mental del Hospital Pediátrico de Cienfuegos, en el quinquenio 2008-2012, fueron mayoritariamente adolescentes tardíos, blancos, de procedencia urbana. Las funciones psicológicas más afectadas fueron cognitivas y conativas. El trastorno psicótico agudo y transitorio y la esquizofrenia, fueron los diagnósticos que prevalecieron. En su mayoría contaban con adecuado apoyo familiar, seguimiento psiquiátrico regular y habían tenido corto tiempo de evolución de síntomas sin tratamiento. Fueron frecuentes los antecedentes de enfermedad. Los fármacos más indicados fueron la trifluoperacina y el haloperidol, a dosis bajas, combinados con benadrilina en más de la mitad de los casos. Hubo reacciones adversas en la tercera parte de los pacientes, con predominio de las extrapiramidales. Predominó el control de los síntomas psicóticos en las primeras dos semanas de tratamiento; no obstante, en la mitad de los pacientes reaparecieron los síntomas, con evolución hacia diagnósticos de peor pronóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez M, Llorente C, Arango C. Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. JANO [revista en Internet]. 2009 [cited 20 Ene 2016] ; 723 (1): [aprox. 7p]. Available from: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1723/27/00270031_LR.pdf.

2. Pombo Sánchez A. Las psicosis infantiles en la consulta de pediatría. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente [revista en Internet]. 2006 [cited 2 Feb 2010] ; 41 (42): [aprox. 20p]. Available from: http://www.sepypna.com/documentos/psiquiatria41_42.pdf.

3. Gómez García AM. Trastornos psicóticos. In: Rodríguez Méndez O. Salud Mental Infanto-Juvenil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.

4. Paternina Velásquez DM, Ortiz Tobón JF. Algunas consideraciones en la esquizofrenia de inicio temprano (EIT). Rev Colomb Psiquiatr

[revista en Internet]. 2003 [cited 20 Ene 2016] ; 32 (1): [aprox. 9p]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502003000100005&lng=en.

5. Otero Ojeda A, Arbelo Pérez V, Echazabal Campos A, Calzadilla Fierro L, Duarte Castañeda F, Magriñat Fernández JM. Glosario Cubano de Enfermedades Mentales [Internet]. Ciudad de La Habana: Hospital psiquiátrico de La Habana; 2001. [cited 20 Ene 2016] Available from: http://www.wpanet.org/uploads/Newsletters/E-Bulletins/Latest/Cuban-Glossary-dyc.pdf.

6. Sabina B, Sáez ZM, Fuentes M, Hernández N, Sarmiento D. Morbilidad de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Cienfuegos: una preocupación de todos. Medisur [revista en Internet]. 2010 [cited 20 Ene 2016] ; 8 (1): [aprox. 11p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000100003&lng=es.

7. Rosagro Escámez F, Robles Sánchez F. Trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia en una población de Molina de segura (Murcia). Psicologia.com [revista en Internet]. 2011 [cited 20 Ene 2016] ; 15: [aprox. 32p]. Available from: http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc12592.pdf.

8. Hooper S, Giuliano A, Youngstrom E, Breiger D, Sikich L, Frazier JA, et al. Neurocognition in early–onset schizophrenia and schizoaffective disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010 ; 49 (1): 52-60.

9. Vispe Astola A, Hernández González M, Ruiz Flores M, García Valdecasas CJ. De la psicosis aguda al primer episodio psicótico: rumbo a la cronicidad. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2015 ; 35 (128): 731-48.

10. Ordóñez Camblor N, Lemos Giráldez S, Paino M, Fonseca Pedrero E, García Álvarez L, Pizarro Ruiz J. Relación entre psicosis y experiencias traumáticas tempranas. Anuario de Psicología [revista en Internet]. 2014 [cited 20 Ene 2016] ; 44 (3): [aprox. 20p]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Eduardo_Fonseca-Pedrero/publication/270956771_Relacin_entre_psicosis_y_experiencias_traumticas_tempranas/links/54ba400a0cf29e0cb049d549.pdf.

11. Vilagrá Ruiz R, Barrantes Vidal N. Anomalías de la experiencia subjetiva en psicosis: Concepto y validación empírica del modelo de los Síntomas Básicos. Salud Ment [revista en Internet]. 2015 [cited 20 Ene 2016] ; 38 (2): [aprox. 20p]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000200009&lng=es.

12. Ulloa Flores RE, Sauer Vera TR, Apiquian Guitart R. Evaluación y tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes: una revisión actualizada. Salud Ment [revista en Internet]. 2011 [cited 20 Ene 2016] ; 34 (5): [aprox. 20p]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500006&lng=es.

13. Machado Alba JE, Morales Plaza CD. Antipsychotic prescription patterns in patients affiliated to the Social Security Health System in Colombia. Biomedica [revista en Internet]. 2013 [cited 20 Ene 2016] ; 33 (3): [aprox. 22p]. Available from: http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1529/2222.

14. Kumar A, Datta SS, Wright SD, Furtado VA, Russell PS. Atypical antipsychotics for psychosis in adolescents. Cochrane Database of Syst Rev [revista en Internet]. 2013 [cited 20 Ene 2016] ; 10: [aprox. 120p]. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009582.pub2/full.

15. Merchán J, Tapia C, Bailón C, Moreno C, Baeza I, Calvo R, et al. Efectos secundarios del tratamiento antipsicótico en niños y adolescentes naïve o quasi-naïve: diseño de un protocolo de seguimiento y resultados basales. Rev Psiquiatr Salud Mental(Barc.) [revista en Internet]. 2012 [cited 20 Ene 2016] ; 5 (4): [aprox. 24p]. Available from: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-efectos-secundarios-del-tratamiento-antipsicotico-90155412.