

Premier accès psychotique aigu de l'adolescent : Démarche diagnostique en situation d'urgence

Acute first psychotic episode in adolescents: A diagnostic approach in emergency settings

Primer episodio psicótico agudo del adolescente: abordaje diagnóstico en situación de urgencia

Manal Bakki (1), Bouchra Aabbassi (1,2), Fatiha Manoudi (3)

(1) Equipo universitario de psiquiatría infantojuvenil, Hospital Universitario Mohammed VI de Marrakech, Marruecos

(2) Centro de investigación «Salud, Infancia y Desarrollo», Facultad de Medicina y Farmacia de Marrakech, Universidad Cadi Ayyad, Marrakech, Marruecos

(3) Equipo de investigación en salud mental, Facultad de Medicina y Farmacia de Marrakech, Universidad Cadi Ayyad, Marrakech, Marruecos

Recibido: 10/10/2026

Aceptado: 16/10/2026

Autora de correspondencia: Manal Bakki, Equipo universitario de psiquiatría infantojuvenil, Hospital Universitario Mohammed VI, Marrakech, Marruecos. Correo electrónico: bak.manal@gmail.com

RÉSUMÉ

Objectif : Établir une démarche diagnostique structurée et hiérarchisée du premier accès psychotique aigu de l'adolescent en situation d'urgence, afin d'optimiser la prise en charge initiale et d'améliorer le pronostic à court et à long terme.

Méthode : Revue narrative de la littérature fondée sur une recherche dans les bases PubMed et Cochrane (articles en français et en anglais ; mots-clés : first episode psychosis, early-onset psychosis, emerging psychosis, adolescent, emergency, secondary psychosis, duration of untreated psychosis), complétée par une recherche manuelle dans les bibliographies des articles retenus, l'Encyclopédie

die Médico-Chirurgicale (EMC), des ouvrages de référence et les recommandations des sociétés savantes, portant sur les données épidémiologiques, cliniques et diagnostiques du premier épisode psychotique chez l'adolescent en situation d'urgence.

Résultats : La démarche diagnostique recommandée s'organise en trois temps complémentaires : (1) accueil du patient et élimination des étiologies organiques, guidée par des signes d'alerte, par anamnèse médicale et examens complémentaires ; (2) établissement du diagnostic positif intégrant l'histoire développementale et de la maladie, et l'estimation de la durée de psychose non traitée (DPNT) ; (3) identification des facteurs de gravité pronostique permettant de stratifier le risque de rechute et de chronicisation et d'adapter l'intensité du suivi.

Conclusion : Une intervention précoce et multidisciplinaire, guidée par une démarche diagnostique hiérarchisée impliquant pédopsychiatres, médecins somaticiens, famille et école, est susceptible d'améliorer le pronostic à court et long terme en limitant la transition vers des troubles psychotiques chroniques.

Mots-clés : Psychose émergente ; adolescence ; premier épisode psychotique ; diagnostic d'urgence ; durée de psychose non traitée.

RESUMEN

Objetivo: Establecer un abordaje diagnóstico estructurado y jerarquizado del primer episodio psicótico agudo del adolescente en situación de urgencia, con el fin de optimizar el manejo inicial y mejorar el pronóstico a corto y largo plazo.

Método: Revisión narrativa de la literatura basada en una búsqueda en PubMed y Cochrane (artículos en francés e inglés; palabras clave: first episode psychosis, early-onset psychosis, emerging psychosis, adolescent, emergency, secondary psychosis, duration of untreated psychosis), completada con una búsqueda manual en las bibliografías de los artículos seleccionados, la Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), obras de referencia y las recomendaciones de las sociedades científicas, sobre los datos epidemiológicos, clínicos y diagnósticos del primer episodio psicótico del adolescente en situación de urgencia.

Resultados: El abordaje diagnóstico recomendado se organiza en tres etapas complementarias: (1) acogida del paciente y descarte de las etiologías orgánicas, guiado por signos de alarma, mediante la anamnesis médica y exploraciones complementarias; (2) establecimiento del diagnóstico positivo, integrando la historia del desarrollo y de la enfermedad y la estimación de la duración de la psicosis no tratada (DPNT); (3) identificación de los factores de gravedad pronóstica que permiten estratificar el riesgo de recaída y de cronificación y adaptar la intensidad del seguimiento.

Conclusión: Una intervención precoz y multidisciplinar, guiada por un abordaje diagnóstico jerarquizado que implique a psiquiatras infantojuveniles, médicos somáticos, familia y escuela, puede mejorar el pronóstico a corto y largo plazo al limi-

tar la transición hacia trastornos psicóticos crónicos.

Palabras clave: Psicosis emergente; adolescencia; primer episodio psicótico; diagnóstico de urgencia; duración de la psicosis no tratada.

ABSTRACT

Objective: To establish a structured and hierarchical diagnostic approach to the first acute psychotic episode in adolescents in emergency settings, in order to optimise initial management and improve short- and long-term prognosis.

Methods: Narrative review of the literature based on a search of PubMed and Cochrane (articles in French and English; keywords: first episode psychosis, early-onset psychosis, emerging psychosis, adolescent, emergency, secondary psychosis, duration of untreated psychosis), supplemented by a manual search of the reference lists of included articles, the Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), reference textbooks and learned society guidelines, covering epidemiological, clinical and diagnostic data on first-episode psychosis in adolescents in emergency settings.

Results: The recommended diagnostic approach is organised in three complementary steps: (1) receiving the patient and ruling out organic aetiologies, guided by red flags, through medical history and investigations; (2) establishing the positive diagnosis, integrating developmental and illness history and an estimate of the duration of untreated psychosis (DUP); (3) identifying prognostic severity factors in order to stratify the risk of relapse and chronicity and to adapt the intensity of follow-up.

Conclusion: Early, multidisciplinary intervention guided by a hierarchical diagnostic approach involving child and adolescent psychiatrists, somatic physicians, family and school is likely to improve short- and long-term prognosis by limiting the transition to chronic psychotic disorders.

Keywords: Emerging psychosis; adolescence; first-episode psychosis; emergency diagnosis; duration of untreated psychosis.

INTRODUCCIÓN

La psicosis se define por una pérdida de contacto con la realidad y engloba varias entidades nosográficas, entre ellas la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y otras afecciones relacionadas [1]. En la adolescencia presenta características clínicas específicas debido a los importantes cambios del neurodesarrollo propios de este período crítico [2].

El episodio psicótico agudo en psiquiatría infantojuvenil se caracteriza por la aparición de síntomas psicóticos manifiestos — ideas delirantes, alucinaciones y desorganización del pensamiento—, de intensidad franca, que persisten más de siete días, con una duración del episodio completo de uno a seis meses [3].

Desde el punto de vista clínico, constituye una urgencia diagnóstica compleja: los síntomas pueden ser transitorios, de origen orgánico (aproximadamente el 5,6 %) [4], tóxico o farmacológico, o revelar un trastorno psiquiátrico subyacente o incipiente.

La evolución del primer episodio psicótico en adolescentes es heterogénea. En la adolescencia, el episodio psicótico agudo puede permanecer como un episodio aislado o constituir el inicio de un trastorno bipolar o esquizofrénico [3,5]. En un metaanálisis reciente de 14 estudios (12 920 pacientes de todas las edades) sobre los trastornos psicóticos agudos y transitorios, el diagnóstico inicial solo se mantenía en el 41 % de los pacientes; el 39 % evolucionaba hacia un trastorno del espectro de la esquizofrenia y el 19 % hacia un trastorno del estado de ánimo, y el 43 % presentaba una recaída [6]. Esta heterogeneidad clínica refleja la ausencia de un perfil evolutivo único y justifica un abordaje individualizado de la atención y del seguimiento.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA REVISIÓN

Hasta la fecha no existe un consenso internacional ni nacional sobre las exploraciones que deben realizarse ante un primer episodio psicótico, lo que da lugar a una gran disparidad en la práctica clínica [4]. Esta situación resulta especialmente preocupante en la adolescencia, en la que el polimorfismo clínico y la frecuencia de causas secundarias complican la evaluación inicial en urgencias.

Este artículo presenta un abordaje diagnóstico estructurado y jerarquizado, dirigido a las situaciones de urgencia, con el fin de optimizar la atención inicial del primer episodio psicótico en adolescentes y mejorar el pronóstico a corto y largo plazo.

MÉTODOS DE BÚSQUEDA Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Esta revisión narrativa se basa en una búsqueda en las bases de datos PubMed y Cochrane de artículos en francés e inglés. Las palabras clave, derivadas de las del resumen, fueron: «first episode psychosis», «early-onset psychosis», «emerging psychosis», «adolescent», «emergency», «secondary psychosis» y «duration of untreated psychosis», combinadas mediante los operadores booleanos AND/OR. Se incluyeron revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios de cohortes o transversales y recomendaciones sobre sujetos menores de 18 años, o sobre primeros episodios psicóticos en personas jóvenes cuando los datos pediátricos eran insuficientes, que abordaran la epidemiología, las características clínicas, el diagnóstico etiológico o el pronóstico. Esta búsqueda se complementó con una búsqueda manual en las bibliografías de los artículos seleccionados, que permitió incluir trabajos de referencia (metaanálisis y estudios originales fundamentales), así como con la nosografía de referencia (DSM-5), la Encyclopédie Médico-

Chirurgical, obras de referencia en psicopatología del adolescente y recomendaciones de sociedades científicas.

RESULTADOS

Datos epidemiológicos

Los síntomas psicóticos no son infrecuentes durante el desarrollo. Los estudios señalan una prevalencia estimada del 17 % en niños de 9 a 12 años y del 7,5 % en adolescentes de 13 a 18 años [7]; la mayoría son transitorios y carecen de valor predictivo de la aparición de una psicosis [8].

En la práctica clínica, el episodio psicótico agudo no es infrecuente en adolescentes: su prevalencia en población clínica varía entre el 10 y el 30 % según los estudios, y entre el 5 y el 20 % de los adolescentes hospitalizados en servicios de psiquiatría presentan sintomatología psicótica aguda [9]. En una cohorte de 404 adolescentes hospitalizados en psiquiatría, el 28 % presentaba síntomas psicóticos al ingreso, y en el 11 % se alcanzaba el umbral clínico [10]. A escala internacional, un metaanálisis de 192 estudios epidemiológicos estima que el 12,3 % de los trastornos psicóticos comienza antes de los 18 años [11].

Tabla 1. Prevalencia de los síntomas psicóticos según la población estudiada

Población	Prevalencia
Síntomas psicóticos en niños (9–12 años)	17 %
Síntomas psicóticos en adolescentes (13–18 años)	7,5 %
Episodio psicótico agudo en población clínica	10–30 %
Adolescentes hospitalizados en psiquiatría infantojuvenil con sintomatología psicótica aguda	5–20 %

Las prevalencias se expresan como porcentaje de la población considerada [7,9].

Características clínicas de la sintomatología psicótica en la adolescencia

Las experiencias psicóticas referidas por los jóvenes no son específicas de un trastorno psicótico establecido [12–15]. De hecho, un número considerable de adolescentes con síntomas positivos (alucinaciones y desorganización del pensamiento y del comportamiento) presenta otros trastornos psiquiátricos o, con menor frecuencia, etiologías orgánicas o consumo de fármacos o sustancias tóxicas.

En la adolescencia, la sintomatología de la psicosis y del episodio psicótico agudo es heterogénea y presenta particularidades relacionadas con el desarrollo. Se asocian, en grado variable, alucinaciones, ideas delirantes, alteraciones del curso y del contenido del pensamiento, desorganización conductual, síntomas negativos y manifestaciones afectivas; este polimor-

fismo hace que la evaluación inicial sea a menudo compleja y poco específica [12–14].

Aunque en algunos casos el inicio puede ser claramente brusco, con mayor frecuencia está precedido por una fase prodrómica que combina síntomas atenuados, deterioro del rendimiento escolar o del funcionamiento social y dificultades cognitivas o relacionales, cuyo período de instauración resulta muy variable [13,15,16].

Los análisis dimensionales sugieren que, en esta población, la sintomatología negativa y la desorganización ocupan un lugar central y, en ocasiones, presentan un valor clínico superior al de las alteraciones de la percepción [14,16].

La relevancia de los síntomas negativos constituye un hallazgo importante: están presentes en aproximadamente el 60,8 %

de los jóvenes con psicosis de inicio temprano y se asocian a una evolución clínica, funcional y terapéutica menos favorable [17].

En comparación con los adultos, las psicosis de inicio temprano en adolescentes se acompañan con frecuencia de una mayor duración de la psicosis no tratada, peor funcionamiento premórbido, mayor frecuencia de comportamientos extraños y mayor prevalencia de síntomas negativos primarios [18,19].

Desde el punto de vista pronóstico, la prolongación de la duración de la psicosis no tratada, la persistencia de los síntomas negativos y el consumo de sustancias figuran entre los marcadores asociados de forma más consistente a una evolución desfavorable, que se traduce en menores tasas de remisión, mayor riesgo de recaídas y peor funcionamiento durante el seguimiento [20–22].

Abordaje diagnóstico en situaciones de urgencia

El abordaje diagnóstico propuesto se organiza en tres etapas complementarias y jerarquizadas.

- **Primera etapa: recepción del paciente y descarte de una causa orgánica**

La atención comienza con la recepción del adolescente y de su familia en un entorno tranquilo y seguro, con una actitud empática y tranquilizadora. En caso de agitación, se priorizan las técnicas de desescalada verbal y las medidas ambientales como primera opción; la contención o la sedación farmacológica solo se consideran como segunda opción [23].

A continuación, se realiza una anamnesis médica completa y una exploración clínica minuciosa, complementadas con pruebas complementarias. El origen orgánico solo

explica aproximadamente el 5 % de los primeros episodios psicóticos [4,24], pero las causas secundarias en su conjunto (incluidas las tóxicas y farmacológicas) representan el 14 % [24], y hasta el 23,5 % en una cohorte pediátrica hospitalaria en la que una edad inferior a 13 años y la catatonía se asociaban a una causa secundaria [15].

Anamnesis médica:

- Antecedentes orgánicos: síndromes genéticos, trastornos neurológicos y enfermedades metabólicas o endocrinas
- Antecedentes psiquiátricos: trastornos del neurodesarrollo, trastornos psicoafectivos, experiencias traumáticas, intentos de suicidio y antecedentes de episodios similares.
- Consumo de sustancias: precisar el tipo, las cantidades, la frecuencia y la duración [25,26]. El cannabis constituye un factor de riesgo importante de psicosis de inicio temprano [27].

Anamnesis farmacológica:

Investigar el uso de corticoides, antibióticos, metilfenidato y otros psicoestimulantes, bromocriptina, anticolinérgicos, fármacos dopaminérgicos y levetiracetam

Exploración clínica:

- Constantes vitales, estado de conciencia y orientación temporoespacial
- Exploración neurológica completa
- Exploración de los demás aparatos y sistemas según la orientación clínica

Signos de alarma que deben hacer sospechar una causa orgánica: inicio brusco (en pocos días), inicio muy temprano (antes de los 13 años) [15], alteraciones del nivel de conciencia o confusión fluctuante,

desorientación, predominio de alucinaciones visuales, olfativas o táctiles, crisis epilépticas, movimientos anormales (discinesias orofaciales), signos neurológicos focales, catatonía, disautonomía (taquicardia, hipertermia e inestabilidad de la presión arterial), cefalea o fiebre, deterioro cognitivo rápido y ausencia de antecedentes y factores de riesgo psiquiátricos. Su presencia exige un estudio ampliado (RM cerebral, EEG y punción lumbar con determinación de anticuerpos anti-NMDAR en el LCR y el suero), en colaboración con neuropediatría [28,29].

Pruebas complementarias de primera línea:

Hemograma con fórmula leucocitaria, PCR, ionograma con calcemia, función hepática y renal, TSH, glucemia, tira reactiva de orina, cribado toxicológico en orina, prueba de embarazo (si está indicada) y ECG. Exploraciones orientadas por la clínica o los signos de alarma: EEG, RM cerebral, punción lumbar, ceruloplasmina y cobre en orina, vitamina B12 y folatos, y serologías del VIH y de la sífilis [30,31]. El perfil lipídico y la glucemia en ayunas forman parte de la evaluación previa al tratamiento antipsicótico.

Tabla 2. Principales causas orgánicas que deben considerarse ante un primer episodio psicótico [9,24,31]

Trastornos neurológicos	Enfermedades neurometabólicas	Trastornos metabólicos y endocrinos	Enfermedades genéticas
Epilepsia del lóbulo temporal / crisis límbicas	Enfermedad de Wilson*	Hiponatremia, hipernatremia	Trisomía 21 (síndrome de Down)
Traumatismo craneal, hematoma, tumor, malformación vascular	Enfermedad de Niemann-Pick de tipo C	Hipocalcemia, hipomagnesemia	Síndrome velocardiofacial (deleción 22q11.2)
Meningoencefalitis infecciosa (incluidos VIH y sífilis)	Trastornos del metabolismo de la homocisteína	Hipoglucemia, hiperglucemia hiperosmolar no cetósica	Síndrome de Marfan
Enfermedades autoinmunes: lupus eritematoso sistémico, encefalitis por anticuerpos anti-NMDAR, encefalopatía de Hashimoto	Porfiria aguda intermitente	Hipertiroidismo e hipotiroidismo; déficit de vitamina B12	Enfermedad de Huntington
	Leucodistrofia metacromática, adrenoleucodistrofia		
	Trastornos del ciclo de la urea		

* Causa neurometabólica infrecuente, pero tratable, que debe investigarse (ceruloplasmina y cobre en orina), especialmente si existen signos hepáticos o neurológicos asociados [31]. Abreviaturas: NMDAR, receptor de N-metil-D-aspartato.

Tabla 3. Causas farmacológicas y tóxicas y diagnósticos diferenciales psiquiátricos de los síntomas psicóticos [9,32–36].

Farmacológicas	Tóxicas	Psiquiátricas
Anticolinérgicos	Cocaína	Disociación postraumática
Fármacos dopaminérgicos	Cannabis, cannabinoides sintéticos	Depresión con características psicóticas
Corticoides	Opiáceos	Episodio maníaco
Antibióticos (fluoroquinolonas, isoniazida, macrólidos, penicilinas, trimetoprima-sulfametoxazol)	Anfetaminas, catinonas sintéticas	Trastorno límite de la personalidad en desarrollo
Levetiracetam	Alucinógenos (LSD, mescalina)	
Metilfenidato	Tricloroetileno	

Abreviaturas: LSD, dietilamida del ácido lisérgico.

Entre las causas tóxicas y farmacológicas, los psicoestimulantes merecen especial atención en la adolescencia debido a la prescripción de metilfenidato y anfetaminas para el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), así como al uso no médico de anfetaminas y catinonas sintéticas. Un metaanálisis reciente de 77 estudios (687 912 sujetos) encontró una incidencia combinada de psicosis del 0,6 % en los sujetos que recibían estimulantes con fines terapéuticos, frente a una prevalencia de aproximadamente el 33 % en caso de uso no terapéutico (ilícito, recreativo o indebido) [36]. Las psicosis relacionadas con el uso no terapéutico se asociaban a dosis más elevadas, inicio agudo, ideas delirantes de persecución, alucinaciones y mayor riesgo de recurrencia, mientras que los episodios aparecidos durante el tratamiento remitían en la mayoría de los casos tras reducir la dosis o suspender el estimulante [36]. Este riesgo, bajo pero clínicamente relevante cuando existe prescripción médica, afecta sobre todo a los sujetos con vulnerabilidad psiquiátrica [35,36]. En la práctica, ante un

primer episodio psicótico en un adolescente tratado por TDAH, deben precisarse el fármaco, la dosis y cualquier modificación reciente del tratamiento, e investigarse sistemáticamente el uso indebido o el consumo concomitante de otras sustancias.

- **Segunda etapa: establecer el diagnóstico positivo**

El diagnóstico positivo se basa en la reconstrucción de la historia del desarrollo del paciente y en la evaluación de los siguientes aspectos:

1. Forma de aparición y duración de la evolución de los signos clínicos
2. Cuadro clínico: síntomas positivos (ideas delirantes y alucinaciones), síntomas negativos (aislamiento y retraimiento), alteraciones cognitivas y afectivas y desorganización.
3. Repercusión funcional: en las esferas relacional, social, instintiva y escolar

4. DPNT (duración de la psicosis no tratada): debe estimarse por su valor pronóstico, no diagnóstico [37]
5. Funcionamiento premórbido: escolar y social antes del episodio actual

- **Tercera etapa: identificar los factores de gravedad pronóstica**

Esta etapa crucial permite estratificar el riesgo pronóstico y adaptar la intensidad del seguimiento [5,38]:

1. Edad de inicio temprana (< 13 años), cuyo valor pronóstico independiente sigue siendo objeto de debate [38]
2. Instauración progresiva asociada a un funcionamiento premórbido alterado
3. Comorbilidades psiquiátricas o somáticas
4. Predominio de síntomas negativos
5. Entorno familiar sin capacidad de contención o con maltrato

En el contexto marroquí, los datos específicos sobre adolescentes siguen siendo escasos. En un estudio transversal realizado en 630 pacientes con esquizofrenia del sur y sureste de Marruecos, la mediana de la DPNT fue de 12 meses; aproximadamente la mitad de los pacientes había consultado primero a un curandero

tradicional, y esta consulta inicial constituía el principal determinante de una DPNT prolongada, junto con un inicio insidioso, un bajo nivel educativo y la falta de conciencia de enfermedad [39]. Entre los adolescentes escolarizados, el consumo declarado de cannabis fue del 3,4 % en 2021 [40], lo que justifica su cribado sistemático. Por último, un caso reciente de Casablanca de encefalitis por anticuerpos anti-NMDAR que se manifestó como un primer episodio psicótico aislado en una adolescente de 16 años recuerda la pertinencia local de los signos de alarma de causa orgánica [41].

Nota clínica: La mala adherencia terapéutica, la persistencia del consumo de sustancias y un entorno familiar sin capacidad de contención multiplican, respectivamente, por 4, 3 y 2,3 el riesgo de recaída tras un primer episodio [42]. El funcionamiento premórbido alterado, la gravedad inicial de los síntomas y la presencia de síntomas negativos son factores predictivos de una evolución desfavorable [38]; el sexo masculino, el inicio progresivo, la ausencia de un factor desencadenante, una personalidad premórbida esquizoide y los antecedentes familiares de esquizofrenia se asocian a una evolución hacia la esquizofrenia [5].

Resumen práctico: abordaje diagnóstico estructurado

Tabla 4. Abordaje diagnóstico estructurado ante un primer episodio psicótico agudo en adolescentes en urgencias

Etapa	Objetivo	Elementos clave
Etapa 1	Recibir al paciente y garantizar su seguridad; descartar una causa orgánica	• Manejo de la agitación psicomotriz, si está presente, y evaluación del riesgo suicida y de heteroagresividad. • Búsqueda de signos de alarma de causa orgánica: inicio brusco, confusión, catatonia, signos neurológicos y disautonomía • Anamnesis médica, farmacológica y de consumo de sustancias; exploración clínica y neurológica completa • Pruebas de primera línea: hemograma con fórmula leucocitaria, PCR, ionograma, calcemia, función hepática y renal, TSH, glucemia, tóxicos en orina, β-hCG y ECG • Ante signos de alarma: EEG, RM cerebral y punción lumbar con determinación de anticuerpos anti-NMDAR
Etapa 2	Establecer el diagnóstico positivo	• Historia del desarrollo • Forma de aparición de los síntomas y factor desencadenante • Cuadro clínico: síntomas positivos y negativos, desorganización y síntomas afectivos • Funcionamiento premórbido y repercusión funcional • Estimación de la duración de la psicosis no tratada (DPNT)
Etapa 3	Evaluar la gravedad pronóstica y adaptar la intensidad del seguimiento	• Inicio muy temprano (< 13 años) • Instauración progresiva y funcionamiento premórbido alterado • Predominio de síntomas negativos • Comorbilidades psiquiátricas, somáticas o adictivas • Entorno familiar sin capacidad de contención o con maltrato

Abreviaturas: β -hCG, fracción beta de la gonadotropina coriónica humana; PCR, proteína C reactiva; DPNT, duración de la psicosis no tratada; ECG, electrocardiograma; EEG, electroencefalograma; RM, resonancia magnética; NMDAR, receptor de N-metil-D-aspartato; TSH, tirotrópica.

Aspectos esenciales para la práctica clínica

- Descarte de las causas secundarias: aproximadamente un 5 % de causas orgánicas y hasta un 23,5 % de causas secundarias (incluidas las tóxicas) en niños y adolescentes
- Establecimiento del diagnóstico positivo
- Estimación de la DPNT: principal factor pronóstico modificable
- Identificación de los factores de gravedad para estratificar el riesgo

CONCLUSIÓN

El primer episodio psicótico agudo en adolescentes constituye una urgencia diagnóstica compleja debido a las particularidades del desarrollo en este período y al carácter a menudo polimorfo y fluctuante de la sintomatología.

Un abordaje diagnóstico estructurado, jerarquizado y centrado en el descarte de causas orgánicas, el establecimiento del diagnóstico positivo y la identificación de factores de gravedad resulta indispensable en situaciones de urgencia. Este enfoque metódico permite garantizar la seguridad

dad de la atención inicial, adaptar la intensidad del seguimiento al perfil de riesgo pronóstico y contribuir a mejorar el pronóstico a corto y largo plazo.

La intervención precoz y multidisciplinar, con la participación del conjunto del equipo asistencial de la infancia y la adolescencia, la escuela y la familia, optimiza las

posibilidades de remisión completa y limita la transición hacia trastornos psicóticos crónicos. Los elementos clave que deben recordarse son: (1) la evaluación orgánica; (2) el diagnóstico positivo; (3) la estimación de la DPNT, principal factor pronóstico modificable; y (4) la identificación de los factores de gravedad para estratificar el riesgo de recaídas.

Conflictos de intereses

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación específica.



BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
2. Meneveau M, Tandonnet L. Intérêt du concept d'émergences psychotiques à l'adolescence : autour de deux situations cliniques. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2022;180(9):932-6. doi:10.1016/j.amp.2022.08.006
3. Cohen D, Consoli A. Épisode psychotique aigu à l'adolescence. *EMC - Traité de Médecine Akos*. 2009;12(1):1-5 [Article 7-0355]. doi:10.1016/S1634-6939(09)41306-1
4. Tesnières C, Meunier S, Dollfus S. Causes organiques d'un premier épisode psychotique : revue de la littérature. *Encephale*. 2026;52(4):433-43. doi:10.1016/j.encep.2026.01.005
5. Boussaid N, Hadjkacem I, Ayadi H, Khemakhem KH, Walha A, Moalla Y, et al. Les modalités évolutives des épisodes psychotiques aigus chez l'adolescent. *J Pediatr Pueric*. 2012;25(4):214-9. doi:10.1016/j.jpp.2012.04.007
6. He Q, Wang YC. Diagnostic stability and long-term outcomes of acute and transient psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2026;17:1839599. doi:10.3389/fpsy.2026.1839599
7. Kelleher I, Connor D, Clarke MC, Devlin N, Harley M, Cannon M. Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychol Med*. 2012;42(9):1857-1863. doi:10.1017/S0033291711002960
8. Krebs MO, Lejuste F. Psychoses débutantes : pour une prise en charge précoce et intégrée. Paris : Centre Hospitalier Sainte-Anne, C'JAAD ; 2017 (PSY-007-02/17).
9. Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L. Adolescence et psychopathologie. 10e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2024. ISBN 978-2-294-78567-2.
10. Kieseppä V, Lång U, Healy C, O'Hare K, Díaz-Caneja CM, Gülöksüz S, et al. Do psychotic symptoms predict future psychotic disorders in adolescent psychiatry inpatients? A 17-year cohort study. *Psychol Med*. 2025;55:e108. doi:10.1017/S003329172500073X
11. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022;27(1):281-95. doi:10.1038/s41380-021-01161-7
12. Stentebjerg-Olesen M, Pagsberg AK, Fink-Jensen A, Correll CU, Jeppesen P. Clinical characteristics and predictors of outcome of schizophrenia-spectrum psychosis in children and adolescents: a systematic review. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016;26(5):410-27. doi:10.1089/cap.2015.0097
13. Sunshine A, McClellan J. Practitioner Review: Psychosis in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2023;64(7):980-8. doi:10.1111/jcpp.13777

14. Giannitelli M, Levinson DF, Cohen D, Xavier J, Laurent-Levinson C. Developmental and symptom profiles in early-onset psychosis. *Schizophr Res.* 2020;216:470-8. doi:10.1016/j.schres.2019.10.028
15. Lavan O, Ganelin-Cohen E, Goldstein A, Mevorach T, Frank S, Apter A, et al. Medical evaluation of first presentation of psychotic symptoms in children and adolescents. *Front Psychiatry.* 2026;17:1678974. doi:10.3389/fpsyt.2026.1678974
16. Petruzzelli MG, Margari L, Bosco A, Craig F, Palumbi R, Margari F. Early onset first episode psychosis: dimensional structure of symptoms, clinical subtypes and related neurodevelopmental markers. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2018;27(2):171-9. doi:10.1007/s00787-017-1026-7
17. Salazar de Pablo G, Catalan A, Vaquerizo Serrano J, Pedruzo B, Alameda L, Sandroni V, et al. Negative symptoms in children and adolescents with early-onset psychosis and at clinical high-risk for psychosis: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2023;223(1):282-94. doi:10.1192/bjp.2022.203
18. Ballageer T, Malla A, Manchanda R, Takhar J, Haricharan R. Is adolescent-onset first-episode psychosis different from adult onset? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44(8):782-9. doi:10.1097/01.chi.0000164591.55942.ea
19. Pervaiz Z, Azhar M, Asghar HS, Bilal MA, Imran N. The clinical presentation of early-onset psychotic disorders: a descriptive study in child and adolescent inpatient setting. *J Pak Psychiatr Soc.* 2026;23(1). doi:10.63050/jpps.23.01.1039
20. Howes OD, Whitehurst T, Shatalina E, Townsend L, Onwordi EC, Mak TLA, et al. The clinical significance of duration of untreated psychosis: an umbrella review and random-effects meta-analysis. *World Psychiatry.* 2021;20(1):75-95. doi:10.1002/wps.20822
21. Starzer M, Hansen HG, Hjorthøj C, Albert N, Nordentoft M, Madsen T. 20-year trajectories of positive and negative symptoms after the first psychotic episode in patients with schizophrenia spectrum disorder: results from the OPUS study. *World Psychiatry.* 2023;22(3):424-32. doi:10.1002/wps.21121
22. Catalan A, Salazar de Pablo G, Vaquerizo Serrano J, Mosillo P, Baldwin H, Fernández-Rivas A, et al. Annual Research Review: Prevention of psychosis in adolescents – systematic review and meta-analysis of advances in detection, prognosis and intervention. *J Child Psychol Psychiatry.* 2021;62(5):657-73. doi:10.1111/jcpp.13322
23. Gerson R, Malas N, Feuer V, Silver GH, Prasad R, Mroczkowski MM. Best practices for evaluation and treatment of agitated children and adolescents (BETA) in the emergency department: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry. *West J Emerg Med.* 2019;20(2):409-18. doi:10.5811/westjem.2019.1.41344
24. Blackman G, Byrne R, Gill N, Fanshawe JB, Bell V, Watson C, et al. How common is secondary psychosis? Estimates from a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry.* 2025;24(1):145-6. doi:10.1002/wps.21292
25. Wilson L, Szigeti A, Kearney A, Clarke M. Clinical characteristics of primary psychotic disorders with concurrent substance abuse and substance-induced psychotic disorders: a systematic review. *Schizophr Res.* 2018;197:78-86. doi:10.1016/j.schres.2017.11.001

26. O'Connell J, Sunwoo M, McGorry P, O'Donoghue B. Characteristics and outcomes of young people with substance induced psychotic disorder. *Schizophr Res.* 2019;206:257-62. doi:10.1016/j.schres.2018.11.007
27. Di Forti M, Quattrone D, Freeman TP, Tripoli G, Gayer-Anderson C, Quigley H, et al. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(5):427-36. doi:10.1016/S2215-0366(19)30048-3
28. Graus F, Titulaer MJ, Balu R, Benseler S, Bien CG, Cellucci T, et al. A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis. *Lancet Neurol.* 2016;15(4):391-404. doi:10.1016/S1474-4422(15)00401-9
29. Pollak TA, Lennox BR, Müller S, Benros ME, Prüss H, Tebartz van Elst L, et al. Auto-immune psychosis: an international consensus on an approach to the diagnosis and management of psychosis of suspected autoimmune origin. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(1):93-108. doi:10.1016/S2215-0366(19)30290-1
30. Skikic M, Arriola JA. First episode psychosis medical workup: evidence-informed recommendations and introduction to a clinically guided approach. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2020;29(1):15-28. doi:10.1016/j.chc.2019.08.010
31. Dissaux N, Neyme P, Kim-Dufor DH, Lavenne-Collot N, Marsh JJ, Berrouiguet S, et al. Psychosis caused by a somatic condition: how to make the diagnosis? A systematic literature review. *Children (Basel).* 2023;10(9):1439. doi:10.3390/children10091439
32. Fani-Molky P, Bradley J, Cooper MS. Glucocorticoid-induced psychosis in children and adolescents: a systematic review. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2023;33(3):78-90. doi:10.1089/cap.2022.0077
33. Miller BJ, Peeples D. Antibiotic-associated psychosis in children and adolescents: a systematic review. *J Clin Psychopharmacol.* 2026. doi:10.1097/JCP.0000000000002233
34. Roy S, Dixit A. Levetiracetam induced psychosis – a case study. *BJPsych Open.* 2025;11(Suppl 1):S317-8. doi:10.1192/bjo.2025.10761
35. Moran LV, Ongur D, Hsu J, Castro VM, Perlis RH, Schneeweiss S. Psychosis with methylphenidate or amphetamine in patients with ADHD. *N Engl J Med.* 2019;380(12):1128-38. doi:10.1056/NEJMoa1813751
36. Jangra D, Tejwani R, Ahluwalia Y, Sarkar S, Balhara YPS. Stimulant-induced psychosis: a comparative systematic review and meta-analysis of psychotic outcomes from therapeutic and nontherapeutic use of stimulants. *J Addict Med.* 2026. doi:10.1097/ADM.0000000000001656
37. Salazar de Pablo G, Guinart D, Armendariz A, Aymerich C, Catalan A, Alameda L, et al. Duration of untreated psychosis and outcomes in first-episode psychosis: systematic review and meta-analysis of early detection and intervention strategies. *Schizophr Bull.* 2024;50(4):771-83. doi:10.1093/schbul/sbae017
38. Díaz-Caneja CM, Pina-Camacho L, Rodríguez-Quiroga A, Fraguas D, Parellada M, Arango C. Predictors of outcome in early-onset psychosis: a systematic review. *NPJ Schizophr.* 2015;1:14005. doi:10.1038/npjschz.2014.5

-
39. El Boukhari O, Benallel K, Hanine I, Ouaalaya EH, Otheman Y, Kadiri M. Determinants and clinical correlates of the duration of untreated psychosis in schizophrenia: evidence from a Moroccan cross-sectional study. *Middle East Curr Psychiatry*. 2026;33:1. doi:10.1186/s43045-025-00609-8
 40. Abdala SA, Oliveira FC, Bouaddi O, Khalis M. A twenty-year retrospective analysis of substance use with recent behavioral addiction indicators (social media, gaming, gambling) among school-going adolescents in Morocco. *BMC Public Health*. 2026;26(1):2050. doi:10.1186/s12889-026-26740-7
 41. Khaloui G, Mabkhout A, Rachidi L, Benjelloun G. Anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis presenting as isolated first-episode psychosis in a 16-year-old girl, complicated by neuroleptic malignant syndrome. *Eur J Case Rep Intern Med*. 2025;12(8):005679. doi:10.12890/2025_005679
 42. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG, et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res*. 2012;139(1-3):116-28. doi:10.1016/j.schres.2012.05.007