

Directriz del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias

Resumen ejecutivo



© Organización Mundial de la Salud 2025. Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Forma de cita propuesta. Directriz del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias: resumen ejecutivo [Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders: executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025.

<https://doi.org/10.2471/B09332>

Resumen ejecutivo

Introducción y objetivos

Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias son los principales factores que contribuyen a la morbilidad y la mortalidad prematura en todas las regiones del mundo. Los recursos que se han proporcionado para hacer frente a la enorme carga de dichos trastornos son insuficientes, están distribuidos de forma desigual y se utilizan de forma ineficiente, lo que da lugar a una gran brecha terapéutica. Con el fin de reducirla y mejorar la capacidad de los países para responder a este desafío cada vez mayor, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró y puso en marcha (en 2008) el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP, por sus siglas en inglés): aplicación en mayor escala de la atención a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias. Un componente esencial del mhGAP es la directriz basada en la evidencia para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias identificados como afecciones de alta prioridad para los países de ingreso bajo y mediano. Estas recomendaciones se publicaron por primera vez en 2010 como parte de la guía de intervención del mhGAP, y se actualizaron en la directriz del mhGAP de 2015. Desde 2015, se ha producido una rápida expansión en el uso del mhGAP, y la directriz y los productos derivados, especialmente la guía de intervención de 2016, se utilizan ahora en más de 100 países y se han traducido a más de 20 idiomas.

La actualización de la directriz del mhGAP tiene como objetivo:

- ▶ proporcionar orientaciones actualizadas de la OMS para facilitar la realización de intervenciones en el campo de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias por parte de trabajadores de la salud no especializados en los países de ingreso bajo y mediano;
- ▶ ayudar a ampliar la atención a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias identificados como afecciones de alta prioridad en los países de ingreso bajo y mediano;
- ▶ facilitar la aplicación del *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2021-2030 de la OMS*, el *Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 de la OMS*, el *Plan de Acción Mundial sobre la Respuesta de Salud Pública a la Demencia 2017-2025* y el *Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030 de la OMS* por parte de los

responsables de planificación de salud y los directores de programa en los países de ingreso bajo y mediano.

Público destinatario

La directriz está dirigida a los trabajadores de la salud no especializados de los centros de atención de la salud de nivel primario o secundario, o a los que trabajan a nivel de distrito, incluidos los servicios básicos de hospitalización y ambulatorios. La directriz también está dirigida a los trabajadores de la salud que llevan a cabo su labor en programas de atención de salud general y otros programas para ayudarlos a proporcionar atención y servicios integrados. La directriz es pertinente para otros profesionales de la salud en todo el mundo, incluido el personal de los ministerios de salud, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y los investigadores de las instituciones académicas, especialmente en los países de ingreso bajo y mediano. Asimismo, se diseñó para ser utilizada por los responsables de planificación de la atención de la salud, los directores de programas y los responsables de la formulación de políticas.

Métodos

La directriz se elaboró de conformidad con el *Manual de la OMS para la elaboración de directrices* y cumple las normas internacionales para las directrices basadas en la evidencia. En colaboración con el Grupo de Elaboración de Directrices (GED), los grupos de expertos en temas concretos y el metodólogo de la directriz, el Grupo Directivo de la OMS identificó las preguntas prioritarias y los resultados para determinar los que eran críticos para la actualización de la directriz. Se declararon, evaluaron y gestionaron los conflictos de intereses de todos los contribuyentes de la directriz de conformidad con los procedimientos de la OMS. Se utilizaron revisiones sistemáticas de la evidencia para elaborar los cuadros titulados «de la evidencia a la decisión» y «resumen de resultados», de acuerdo con la metodología de Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (GRADE). El GED elaboró recomendaciones teniendo en cuenta una serie de elementos, a saber: la certeza de la evidencia; el equilibrio entre los efectos deseados y no deseados, los valores y las preferencias de los usuarios previstos de la intervención; las necesidades de recursos y la eficacia en función de los costos; la equidad en la salud, la igualdad y la no

discriminación; la viabilidad; los derechos humanos y la aceptabilidad sociocultural.

Para emitir una recomendación firme, el GED estaba seguro de que los efectos deseados de la intervención superaban a sus posibles efectos no deseados. En aquellos casos en que el GED no estaba seguro del equilibrio entre los efectos deseados y los no deseados, sus miembros formularon una recomendación condicional. Las **recomendaciones**

firmes implican que la mayoría de las personas querían la intervención y deberían recibirla, mientras que las **recomendaciones condicionales** implican que puede haber diferentes opciones apropiadas para diferentes personas, que pueden requerir ayuda en sus esfuerzos por alcanzar una decisión. Los miembros del GED llegaron a un acuerdo unánime sobre todas las recomendaciones y calificaciones de esta directriz.

Resumen de las recomendaciones

La directriz incluye 48 recomendaciones actualizadas y nuevas, basadas en la evidencia y relacionadas con las afecciones en el campo de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias. Las recomendaciones se basan en 30 preguntas PICO (población, intervención, comparación y resultado, por sus siglas en inglés) actualizadas que figuraban en la directriz del mhGAP anterior (2015), y en 18 nuevas preguntas PICO elaboradas para esta nueva edición de la directriz. En el caso de una pregunta PICO, la evidencia era insuficiente para respaldar la actualización de una recomendación, por lo que se sigue respaldando la recomendación preexistente y para otra pregunta PICO la evidencia era insuficiente para respaldar una nueva recomendación. Las recomendaciones actualizadas y las nuevas se suman a unas 90 recomendaciones preexistentes en la directriz,

que se validaron y siguen siendo respaldadas en su formato actual.

En el cuadro 1 se presentan las 48 recomendaciones actualizadas y nuevas y las 2 recomendaciones para las cuales no se contaba con evidencia suficiente que respaldara la actualización o la redacción de una nueva recomendación, ordenadas en 11 módulos: trastornos por consumo de bebidas alcohólicas (ALC), ansiedad (ANX, por sus siglas en inglés), trastornos mentales en niños y adolescentes (CAMH, por sus siglas en inglés), afecciones relacionadas con el estrés (STR, por sus siglas en inglés), demencia (DEM), depresión (DEP), trastornos por consumo de drogas (DRU, por sus siglas en inglés), epilepsia y crisis convulsivas (EPI), ámbitos generales (OVE, por sus siglas en inglés), psicosis y trastorno bipolar (PSY, por sus siglas en inglés), y autolesiones y suicidio (SUI).

CUADRO 1. Resumen de las recomendaciones

Módulo y número de recomendación	Recomendación
	Firmeza de la recomendación / certeza de la evidencia
Trastornos por consumo de bebidas alcohólicas (ALC)	
ALC1 (actualización)	Debe considerarse el uso de baclofeno para el tratamiento de los adultos con dependencia del alcohol tras la desintoxicación. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia moderada.
ALC2 (actualización)	Debe considerarse el uso de intervenciones psicosociales estructuradas y estandarizadas para el tratamiento de la dependencia del alcohol. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.
ALC3 (nueva)	Debe considerarse la posibilidad de realizar intervenciones digitales para adultos con trastornos por consumo de bebidas alcohólicas o con consumo peligroso de alcohol. No deben sustituir a la prestación de otras formas de intervención y deben garantizar el consentimiento libre e informado, la seguridad, la confidencialidad, la privacidad y la protección. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.

CUADRO 1. Resumen de las recomendaciones

Módulo y número de recomendación	Recomendación
	Firmeza de la recomendación / certeza de la evidencia
ALC4 (nueva)	Deben ofrecerse intervenciones psicosociales y farmacológicas combinadas para los adultos con dependencia del alcohol. Recomendación firme. Certeza de la evidencia moderada.
Ansiedad (ANX)	
ANX1 (nueva)	Debe considerarse el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para los adultos con trastorno de pánico. Si no se dispone de ISRS, considere ofrecer antidepresivos tricíclicos (ATC). Debe considerarse el uso de ISRS para adultos con trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.
ANX2 (nueva)	Deben ofrecerse intervenciones psicológicas breves y estructuradas basadas en los principios de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para adultos con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) o trastorno de pánico. Recomendación firme. Certeza de la evidencia moderada.
ANX3 (nueva)	Cuando se ofrecen intervenciones psicológicas breves y estructuradas basadas en los principios de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para adultos con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) o trastorno de pánico, se deben considerar diferentes formatos de realizarlas en función de los recursos disponibles, así como de las preferencias individuales, incluidas las siguientes: • presencial individual o grupal; • digital / en línea o presencial; • autoayuda guiada o no guiada; • especialista o no especialista. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.
ANX4 (nueva)	Debe considerarse el uso de técnicas de manejo del estrés, a saber, la relajación o el entrenamiento de la atención plena, para los adultos con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) o trastorno de pánico. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.
ANX5 (nueva)	Debe considerarse la realización de ejercicio físico estructurado para adultos con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) o trastorno de pánico. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia muy baja.
ANX6 (nueva)	No se recomiendan las benzodiazepinas para el tratamiento de adultos con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) o trastorno de pánico. Para el control de emergencia de los síntomas de ansiedad aguda y grave, se puede considerar el uso de benzodiazepinas, pero solo como medida a corto plazo (de 3 a 7 días como máximo). Recomendación firme. Certeza de la evidencia baja.
ANX7 (nueva)	Debe considerarse la atención colaborativa para adultos con depresión o ansiedad y problemas de salud física. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.

CUADRO 1. Resumen de las recomendaciones

Módulo y número de recomendación	Recomendación
Firmeza de la recomendación / certeza de la evidencia	
Trastornos mentales del niño y del adolescente (CAMH)	
CAMH1 (actualización)	Para los niños de 6 años o más y los adolescentes que tienen un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), se puede considerar el uso de metilfenidato, siempre que: • los síntomas del TDAH sigan causando un deterioro significativo persistente en al menos un dominio del funcionamiento (educación, relaciones interpersonales, ocupación), después de la implementación de modificaciones ambientales en las escuelas, en el hogar o en otros entornos relevantes; • se haya realizado una evaluación exhaustiva del niño/adolescente; • el niño/adolescente y los cuidadores, según corresponda, hayan sido informados sobre las opciones de tratamiento del TDAH y hayan recibido apoyos en la toma de decisiones; • la prescripción de metilfenidato la realice un especialista o en consulta con un especialista. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.
CAMH2 (nueva)	2.1 Para promover el bienestar psicosocial en los niños, se debe considerar el uso de intervenciones psicosociales universales que utilizan métodos basados en el currículo, la familia, el ejercicio o el desarrollo de habilidades sociales y personales para mejorar la regulación emocional. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia muy baja. 2.2 Para prevenir la aparición de depresión y la ansiedad, deben ofrecerse intervenciones psicosociales que incluyan terapia cognitivo-conductual (TCC), psicoeducación y estrategias de tratamiento centradas en la familia a aquellos niños cuyos padres tienen problemas de salud mental. Recomendación firme. Certeza de la evidencia baja.
CAMH3 (nueva)	3.1 Deben ofrecerse intervenciones psicosociales centradas en el entrenamiento de las habilidades sociales y métodos conductuales de desarrollo para mejorar el desarrollo, el bienestar y el funcionamiento de los niños y adolescentes con autismo. Recomendación firme. Certeza de la evidencia baja. 3.2 Debe ofrecerse terapia cognitivo-conductual (TCC) a niños y adolescentes con autismo y ansiedad. Recomendación firme. Certeza de la evidencia moderada. 3.3 Debe considerarse el uso de intervenciones psicosociales centradas en el entrenamiento de las habilidades sociales, cognitivas y organizativas para mejorar el desarrollo y el funcionamiento en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Recomendación condicional (entrenamiento de las habilidades sociales, intervenciones cognitivas) y firme (entrenamiento de las habilidades organizativas). Certeza de la evidencia moderada. 3.4 Deben ofrecerse intervenciones para comenzar a leer para mejorar la comunicación y el rendimiento académico en niños con trastornos del desarrollo intelectual. Recomendación firme. Certeza de la evidencia moderada.

CUADRO 1. Resumen de las recomendaciones

Módulo y número de recomendación	Recomendación Firmeza de la recomendación / certeza de la evidencia
CAMH3 (nueva)	3.5 Debe considerarse el uso de intervenciones de comunicación temprana que impliquen métodos de instrucción directa para mejorar las habilidades fonológicas expresivas y reducir la tartamudez en los niños con trastornos del desarrollo del habla. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia muy baja.
	3.6 Debe considerarse el uso de intervenciones psicosociales que utilizan técnicas de aprendizaje cognitivo para mejorar la comunicación y las competencias sociales en niños y adolescentes con discapacidades del desarrollo neurológico. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.
	3.7 Debe considerarse el uso de ejercicio físico estructurado para mejorar el desarrollo, incluido el desarrollo social y de la comunicación, y el funcionamiento en niños y adolescentes con autismo. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.
	3.8 Debe considerarse el uso de ejercicio físico estructurado para mejorar las habilidades motoras y el funcionamiento, incluida la atención y el funcionamiento ejecutivo, y reducir la ansiedad y los comportamientos problemáticos en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Recomendación condicional. Certeza de la evidencia muy baja.
	3.9 Debe considerarse el uso de técnicas de instrucción especializadas para mejorar el rendimiento académico, incluidas las habilidades de escritura, comprensión lectora y matemáticas, en niños y adolescentes con trastornos del desarrollo del aprendizaje. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia muy baja.
	3.10 Debe considerarse el uso de instrucción orientada a tareas para mejorar las habilidades motoras y el rendimiento de las tareas en niños con trastornos del desarrollo de la coordinación. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia muy baja.
	3.11 Debe ofrecerse ejercicio físico y actividad estructurados para mejorar los resultados del desarrollo, incluidas las habilidades motoras y el funcionamiento, en niños y adolescentes con parálisis cerebral. Recomendación firme. Certeza de la evidencia baja.

CUADRO 1. Resumen de las recomendaciones

Módulo y número de recomendación	Recomendación Firmeza de la recomendación / certeza de la evidencia
CAMH4 (nueva)	4.1 No se recomiendan las intervenciones farmacológicas en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad. Recomendación firme. Certeza de la evidencia baja. 4.2 No se recomienda el uso de medicamentos antidepresivos para el tratamiento de niños menores de 12 años con episodios/trastornos depresivos. Recomendación firme. Certeza de la evidencia baja. 4.3 Si las intervenciones psicosociales por sí solas resultan ineficaces en adolescentes (13-17 años) con depresión moderada o grave, debe ofrecerse la derivación o consulta con un especialista, para que este realice una evaluación más completa y explore la posibilidad de iniciar un tratamiento con fluoxetina en combinación con tratamientos psicológicos. Recomendación firme. Certeza de la evidencia baja.
Afecciones relacionadas con la salud sexual (STR)	
STR1 (actualización)	Debe considerarse el uso de intervenciones psicológicas para adultos con trastorno de estrés postraumático (TEPT). Estas son, entre otras: • Psicoterapia cognitivo-conductual (TCC) presencial individual para abordar el trauma psíquico • TCC presencial grupal cara a cara para abordar el trauma psíquico • TCC digital / a distancia para abordar el trauma psíquico • Desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés) • Gestión del estrés Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.
STR2 (actualización)	Debe ofrecerse el uso de intervenciones psicológicas para niños y adolescentes con trastorno de estrés postraumático (TEPT). Estas son, entre otras: • Psicoterapia cognitivo-conductual (TCC) presencial individual para abordar el trauma psíquico • TCC presencial grupal cara a cara para abordar el trauma psíquico • Desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés) Recomendación firme. Certeza de la evidencia moderada.
Demencia (DEM)	
DEM1 (actualización)	1.1 Deben ofrecerse intervenciones psicosociales, a saber, intervenciones basadas en la atención plena, intervenciones multicomponente, psicoeducación y psicoterapia/asesoramiento, a los cuidadores de personas con demencia. Recomendación firme. Certeza de la evidencia baja. 1.2 Debe considerarse el relevo para los cuidadores de personas con demencia. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja. 1.3 La depresión y la ansiedad en los cuidadores de personas con demencia deben evaluarse y tratarse de acuerdo con las recomendaciones del mhGAP para la depresión y la ansiedad. Recomendación firme. Certeza de la evidencia baja.

CUADRO 1. Resumen de las recomendaciones

Módulo y número de recomendación	Recomendación Firmeza de la recomendación / certeza de la evidencia
DEM2	No había pruebas suficientes para actualizar la recomendación, por lo que la recomendación actual sigue siendo válida. Debe considerarse el uso de intervenciones psicológicas, a saber, terapia cognitivo-conductual (TCC), psicoterapia interpersonal (PTI), asesoramiento estructurado y terapia de activación conductual (AC), para las personas con demencia y depresión leve o moderada. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.
DEM3 (actualización)	3.1 Deben ofrecerse intervenciones de actividad física, a saber, ejercicio físico administrado 3-4 veces por semana durante 30-45 minutos durante más de 12 semanas, a las personas con demencia. Recomendación firme. Certeza de la evidencia alta. 3.2 Debe considerarse el uso de intervenciones no farmacológicas, a saber, capacitación cognitiva, TCC y terapia de estimulación cognitiva (por orden alfabético), para las personas con demencia. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.
Depresión (DEP)	
DEP1 (actualización)	Debe considerarse el uso de citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina o sertralina (ISRS), o amitriptilina (ATC) en adultos con depresión moderada o grave. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia muy baja.
DEP2 (actualización)	Debe considerarse la continuación del tratamiento antidepresivo durante al menos seis meses después de la remisión en adultos con depresión moderada o grave que se han beneficiado del tratamiento antidepresivo inicial. El tratamiento debe ser supervisado regularmente, prestando especial atención al cumplimiento terapéutico, el cambio en los síntomas depresivos y los posibles efectos adversos. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia muy baja.
DEP3 (actualización)	Deben ofrecerse intervenciones psicológicas estructuradas para el tratamiento de los adultos con depresión moderada o grave, a saber, terapia de activación conductual (AC), terapia psicodinámica breve, terapia cognitivo-conductual (TCC), psicoterapia interpersonal (PTI), terapia para la resolución de problemas y terapias de tercera generación. Recomendación firme. Certeza de la evidencia moderada.
DEP4 (actualización)	En adultos con depresión moderada o grave, debe considerarse el uso de intervenciones psicológicas o tratamientos combinados basados en las preferencias individuales y en una consideración cuidadosa del equilibrio entre efectos beneficiosos y perjudiciales. El uso únicamente de antidepresivos para adultos con depresión (moderada o grave) solo debe considerarse cuando no se disponga de intervenciones psicológicas. Los proveedores deben tener en cuenta los posibles efectos adversos de los antidepresivos y las preferencias individuales. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.

CUADRO 1. Resumen de las recomendaciones

Módulo y número de recomendación	Recomendación Firmeza de la recomendación / certeza de la evidencia
Trastorno por consumo de sustancias (DRU)	
DRU1 (actualización)	1.1 A los adultos que consumen cannabis se les debe ofrecer una prueba de detección y una intervención breve. La intervención breve debe comprender al menos una sesión individual, con la incorporación de comentarios y consejos individualizados sobre cómo reducir o detener el consumo de cannabis, y la oferta de atención de seguimiento. Recomendación firme. Certeza de la evidencia muy baja. 1.2 A los adultos que consumen psicoestimulantes se les debe ofrecer una prueba de detección y una intervención breve. La intervención breve debe comprender al menos una sesión individual, con la incorporación de comentarios y consejos individualizados sobre cómo reducir o detener el consumo de psicoestimulantes, y la oferta de atención de seguimiento. Recomendación firme. Certeza de la evidencia muy baja. 1.3 En el caso de los adultos con consumo peligroso de cannabis o psicoestimulantes, o con trastornos debidos al consumo de estas sustancias que no responden a las intervenciones breves, se debe considerar la derivación a una intervención especializada. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia muy baja.
DRU2 (actualización)	No se recomienda el uso de dexanfetamina, metilfenidato ni modafinilo para el tratamiento de los trastornos por consumo de cocaína o estimulantes debido a dudas sobre la seguridad. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.
DRU3 (actualización)	Deben ofrecerse intervenciones psicosociales, a saber, terapia cognitivo-conductual (TCC) y manejo de contingencias, a los adultos con dependencia de la cocaína y los estimulantes. Recomendación firme. Certeza de la evidencia baja.
DRU4 (nueva)	Debe considerarse la posibilidad de realizar intervenciones digitales para adultos que consumen drogas o con trastornos por consumo de drogas. No deben sustituir a la prestación de otras formas de intervención y deben garantizar el consentimiento, la seguridad, la confidencialidad, la privacidad y la protección del paciente. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia muy baja.
DRU5 (nueva)	Debe considerarse la posibilidad de prestar servicios orientados a la recuperación de forma voluntaria para los adultos con drogodependencia. Es decir, para la gestión de la recuperación de las personas drogodependientes, debe considerarse la gestión de casos, las estrategias de atención residencial y comunitaria continua a largo plazo, las terapias basadas en la ocupación y los grupos de apoyo entre pares. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.

CUADRO 1. Resumen de las recomendaciones

Módulo y número de recomendación	Recomendación
	Firmeza de la recomendación / certeza de la evidencia
Epilepsia y crisis convulsivas (EPI)	
EPI1 (actualización)	En adultos con estado epiléptico arraigado, es decir, crisis convulsivas persistentes después de dos dosis de benzodiazepinas, debe considerarse el uso de fosfenitoína intravenosa, fenitoína intravenosa, levetiracetam intravenoso, fenobarbital intravenoso o ácido valproico (valproato de sodio) intravenoso, con un seguimiento adecuado. La elección de estos medicamentos depende de los recursos locales, incluida la disponibilidad y las instalaciones para el seguimiento. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.
EPI2 (actualización)	En niños con estado epiléptico arraigado, es decir, crisis convulsivas persistentes después de dos dosis de benzodiazepinas, debe considerarse el uso de fosfenitoína intravenosa, fenitoína intravenosa, levetiracetam intravenoso, fenobarbital intravenoso o ácido valproico (valproato de sodio) intravenoso, con un seguimiento adecuado. La elección de estos medicamentos depende de los recursos locales, incluida la disponibilidad y las instalaciones para el seguimiento. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia moderada.
EPI3 (actualización)	3.1 Crisis convulsivas de inicio generalizado: Para los hombres/niños y mujeres/niñas que no están en edad fértil con crisis convulsivas de inicio generalizado, debe ofrecerse lamotrigina, levetiracetam, o ácido valproico (valproato de sodio) en monoterapia como tratamiento de primera línea. En mujeres y niñas en edad fértil con crisis convulsivas de inicio generalizado, debe ofrecerse lamotrigina o levetiracetam en monoterapia como tratamiento de primera línea. Si la primera monoterapia no tiene éxito para las crisis convulsivas de inicio generalizado, se debe probar una monoterapia alternativa de primera línea. No se recomienda el ácido valproico (valproato de sodio) en mujeres y niñas en edad fértil debido al alto riesgo de anomalías congénitas y trastornos del neurodesarrollo en niños expuestos al ácido valproico (valproato de sodio) en el útero. Si no se dispone de lamotrigina, levetiracetam o ácido valproico (valproato de sodio) para las crisis convulsivas de inicio generalizado, se puede considerar el uso de fenitoína o fenobarbital en monoterapia. Recomendación firme. Certeza de la evidencia alta.

CUADRO 1. Resumen de las recomendaciones

Módulo y número de recomendación	Recomendación Firmeza de la recomendación / certeza de la evidencia
EPI3 (actualización)	3.2 Crisis convulsivas de inicio focal: Para las crisis convulsivas de inicio focal en niños y adultos con epilepsia, debe ofrecerse el uso de lamotrigina o levetiracetam en monoterapia como tratamiento de primera línea. Si no se dispone de lamotrigina ni levetiracetam, se debe utilizar carbamazepina como tratamiento alternativo de primera línea para las crisis convulsivas de inicio focal en niños y adultos con epilepsia. Si la primera monoterapia no tiene éxito para las crisis convulsivas de inicio focal, se debe probar una monoterapia alternativa de primera línea. Si ninguno de los medicamentos de primera línea es eficaz, debe ofrecerse lacosamida en monoterapia como tratamiento de segunda línea para las convulsiones de inicio focal. Si la monoterapia con medicamentos anticonvulsivos no tiene éxito en personas con crisis convulsivas de inicio generalizado o de inicio focal, se debe derivar rápidamente al paciente a un especialista para que este considere otras opciones de tratamiento. Recomendación firme. Certeza de la evidencia alta.
EPI4 (actualización)	4.1 Se cree que la eficacia de los medicamentos anticonvulsivos no difiere entre hombres y mujeres. Así pues, esta recomendación se basa en la EPI3 y se centra en los medicamentos que se recomiendan actualmente de manera preferente como opciones terapéuticas. En mujeres y niñas en edad fértil con epilepsia, se debe ofrecer lamotrigina o levetiracetam en monoterapia como tratamiento de primera línea tanto para las crisis convulsivas de inicio generalizado como para las crisis de inicio focal. Siempre que sea posible, se deben controlar las crisis convulsivas de las mujeres con epilepsia lo mejor posible con la dosis mínima de anticonvulsivos en monoterapia. No se recomienda el ácido valproico (valproato de sodio) en mujeres y niñas en edad fértil debido al daño potencial para el feto. Recomendación firme. Certeza de la evidencia muy baja. 4.2 Las recomendaciones estándar para la lactancia materna siguen siendo apropiadas para las mujeres con epilepsia que toman los anticonvulsivos incluidos en esta revisión (fenobarbital, fenitoína, ácido valproico [valproato de sodio], carbamazepina, lamotrigina, levetiracetam, topiramato o lacosamida). Recomendación firme. Certeza de la evidencia muy baja.
EPI5 (nueva)	Debe considerarse el uso de supervisión nocturna para la prevención de la muerte súbita repentina en la epilepsia. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia muy baja.

CUADRO 1. Resumen de las recomendaciones

Módulo y número de recomendación	Recomendación
Firmeza de la recomendación / certeza de la evidencia	
Ámbitos generales (OVE)	
OVE1 (nueva)	Debe considerarse el uso de intervenciones psicosociales, a saber, la psicoeducación que utiliza métodos cognitivo-conductuales y de resolución de problemas (ya sean individuales o familiares), las intervenciones de autoayuda y los grupos de apoyo mutuo, para los cuidadores de personas con psicosis o trastorno bipolar. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia moderada (cuidadores de personas con psicosis o trastorno bipolar) y muy baja (cuidadores de personas con trastorno por consumo de sustancias).
Psicosis y trastorno bipolar (PSY)	
PSY1 (actualización)	1.1 Deben ofrecerse antipsicóticos orales, a saber, aripiprazol, clorpromazina, haloperidol, olanzapina, paliperidona, quetiapina y risperidona, a adultos con un trastorno psicótico (incluida la esquizofrenia), equilibrando cuidadosamente la eficacia, los efectos secundarios y las preferencias individuales. Recomendación firme. Certeza de la evidencia moderada. 1.2 Debe considerarse el uso de clozapina en adultos con un trastorno psicótico resistente al tratamiento (incluida la esquizofrenia) bajo la supervisión de un especialista en salud mental, equilibrando cuidadosamente la eficacia, los efectos secundarios y las preferencias individuales. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia moderada.
PSY2 (actualización)	Debe ofrecerse tratamiento de mantenimiento con antipsicóticos durante un mínimo de 7 a 12 meses en adultos con un primer episodio de psicosis (incluida la esquizofrenia) en remisión, equilibrando cuidadosamente la eficacia, los efectos secundarios y las preferencias individuales. Recomendación firme. Certeza de la evidencia moderada.
PSY3 (actualización)	Debe considerarse el tratamiento de mantenimiento con estabilizadores del estado de ánimo o antipsicóticos durante al menos seis meses en adultos con trastorno bipolar en remisión, equilibrando cuidadosamente la eficacia, los efectos secundarios y las preferencias individuales. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.
PSY4 (actualización)	Debe considerarse el uso de antipsicóticos inyectables de acción prolongada (IAP), a saber, flufenazina, haloperidol, paliperidona, risperidona y zuclopentixol, como alternativa a los antipsicóticos orales en adultos con trastornos psicóticos (incluida la esquizofrenia) que requieren tratamiento a largo plazo, equilibrando cuidadosamente la eficacia, los efectos secundarios y las preferencias individuales. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia moderada.

CUADRO 1. Resumen de las recomendaciones

Módulo y número de recomendación	Recomendación
	Firmeza de la recomendación / certeza de la evidencia
PSY5 (actualización)	5.1 Debe considerarse el uso de antipsicóticos orales, a saber, aripiprazol, olanzapina, paliperidona, quetiapina y risperidona, a adolescentes con un trastorno psicótico (incluida la esquizofrenia) bajo supervisión de un especialista y equilibrando cuidadosamente la eficacia, los efectos secundarios y las preferencias individuales. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja. 5.2 Debe considerarse el uso de clozapina en adolescentes con un trastorno psicótico resistente al tratamiento (incluida la esquizofrenia) bajo la supervisión de un especialista y equilibrando cuidadosamente la eficacia, los efectos secundarios y las preferencias individuales. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.
PSY6 (actualización)	Debe considerarse el uso de psicotrópicos (antipsicóticos, a saber, aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona; y estabilizadores del estado de ánimo, como el litio) bajo supervisión de un especialista en adolescentes con trastorno bipolar (episodio maníaco actual), equilibrando cuidadosamente la eficacia, los efectos secundarios y las preferencias individuales. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia muy baja.
PSY7 (actualización)	7.1 Deben ofrecerse antipsicóticos orales (a saber, aripiprazol, haloperidol, olanzapina, paliperidona o quetiapina) o estabilizadores del estado de ánimo (a saber, carbamazepina, litio, ácido valproico [valproato de sodio]) a adultos con trastorno bipolar (episodio maníaco actual), equilibrando cuidadosamente la eficacia, los efectos secundarios y las preferencias individuales. Recomendación firme. Certeza de la evidencia baja. 7.2 No debe usarse ácido valproico (valproato de sodio) en mujeres y niñas en edad fértil debido al alto riesgo de anomalías congénitas y trastornos del neurodesarrollo en el feto. Recomendación firme. Certeza de la evidencia baja.
PSY8 (actualización)	8.1 Debe considerarse el uso de estabilizadores del estado de ánimo (a saber, carbamazepina, litio, ácido valproico [valproato de sodio]) o antipsicóticos orales (a saber, aripiprazol, olanzapina, quetiapina) para el tratamiento de mantenimiento en adultos con trastorno bipolar en remisión, equilibrando cuidadosamente la eficacia, los efectos secundarios y las preferencias individuales. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja. 8.2 No debe usarse ácido valproico (valproato de sodio) en mujeres y niñas en edad fértil con trastorno bipolar en remisión debido al alto riesgo de anomalías congénitas y trastornos del neurodesarrollo en el feto. Recomendación firme. Certeza de la evidencia baja.
PSY9 (actualización)	Debe considerarse el uso de fluoxetina, olanzapina, quetiapina, ácido valproico (valproato de sodio) o venlafaxina en adultos con depresión bipolar. Si se opta por la fluoxetina o la venlafaxina, deben administrarse conjuntamente con un estabilizador del estado de ánimo (a saber, quetiapina, olanzapina, carbamazepina, ácido valproico [valproato de sodio] o litio). Recomendación condicional. Certeza de la evidencia muy baja.

CUADRO 1. Resumen de las recomendaciones

Módulo y número de recomendación	Recomendación
	Firmeza de la recomendación / certeza de la evidencia
PSY10 (actualización)	Debe considerarse el tratamiento basado en la terapia cognitivo-conductual (TCC) en adultos con trastornos psicóticos (incluida la esquizofrenia) en la fase aguda de la afección, cuando se disponga de suficiente apoyo especializado. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia moderada.
PSY11 (actualización)	Deben ofrecerse intervenciones psicosociales, a saber, intervenciones familiares, psicoeducación familiar, psicoeducación y terapia cognitivo-conductual (TCC), a los adultos con psicosis (incluida la esquizofrenia) durante la fase de mantenimiento, ya sea solas o en combinación. Recomendación firme. Certeza de la evidencia moderada.
PSY12 (actualización)	Debe considerarse el uso de intervenciones psicológicas individuales, a saber, terapia cognitivo-conductual (TCC), psicoeducación familiar, cumplimiento terapéutico, psicoeducación en línea o psicoeducación, como complementarias a las intervenciones farmacológicas en el tratamiento de adultos con trastorno bipolar en remisión. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.
Autolesiones y suicidio (SUI)	
SUI1 (nueva)	Se puede considerar la posibilidad de realizar intervenciones de tipo planificación de la seguridad, es decir, intervenciones basadas en principios de planificación de la seguridad que sean multicomponentes o se complementen con seguimiento o apoyo. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia muy baja.
SUI2	La evidencia sobre la eficacia de las campañas mediáticas independientes (para crear conciencia y sensibilizar al público en general sobre el suicidio y su prevención) en la reducción de las muertes por suicidio, intentos de suicidio y actos de autolesión es insuficiente para emitir una recomendación.
SUI3 (nueva)	Debe considerarse el uso de intervenciones digitales independientes fundamentadas en intervenciones basadas en la evidencia, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia dialéctica conductual (TDC), la terapia de resolución de problemas y la atención plena, como apoyo para las personas con pensamientos suicidas. Recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja.



Información del contacto:

Organización Mundial de la Salud

Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancia
20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

Correo electrónico: mhgap-info@who.int

Sitio web: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/>
www.who.int

