

**HELPING
ADOLESCENTS
THRIVE**



Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: Estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar

RESUMEN EJECUTIVO



Organización
Mundial de la Salud

Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: Estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar

RESUMEN EJECUTIVO

Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar. Resumen ejecutivo [Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive. Executive summary]

ISBN 978-92-4-002386-4 (versión electrónica)
ISBN 978-92-4-002387-1 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud 2021

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Forma de cita propuesta. Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar. Resumen ejecutivo [Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive. Executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

Catalogación (CIP): Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño y maquetación L'IV Com Sàrl

Índice

Nota de agradecimiento	4
Resumen ejecutivo	6
Contexto	6
Objetivo, alcance y público destinatario	6
Metodología de elaboración de las Directrices	7
Preguntas clave	8
Resumen de las recomendaciones	9
Referencias	11

Nota de agradecimiento

Equipo para la Elaboración de Directrices (EED)

Nick Allen, Universidad de Oregón, (EE.UU.); Steve Allsop, Centro Colaborador de la OMS para la Prevención del Abuso del Alcohol y las Drogas, National Drug Research Institute, Universidad Curtin (Australia); Gracy Andrew, Sangath (India); Dixon Chibanda, Universidad de Zimbabwe (Zimbabwe); Pim Cuijpers, Vrije Universiteit Amsterdam (Países Bajos); Rabih El Chammay, Ministerio de Salud Pública (Líbano); Sarah Harrison, Comité Internacional de la Cruz Roja (Dinamarca); Andrés Herrera, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (Nicaragua); Mark Jordans, War Child (Países Bajos); Chisina Kapungu, International Center for Research on Women (EE.UU.); Eugene Kinyanda, Medical Research Council/Uganda Virus Research Institute (Uganda); Crick Lund, Universidad de Ciudad del Cabo (Sudáfrica) (Presidente); Yutaka Motohashi, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y Formación en Prevención del Suicidio, Instituto Nacional de Salud Mental (Japón); Olayinka Omygbodun, Universidad de Ibadán (Nigeria); George Patton, Universidad de Melbourne (Australia); Atif Rahman, Human Development Research Foundation (Pakistán); Jacqueline Sharpe, Ministerio de Salud (Trinidad y Tabago); Katherine Sorsdahl, Universidad de Ciudad del Cabo (Sudáfrica); Anna Szczepielniak, Tarnowskie Gory (Polonia); Lakshmi Vijayakumar, Autoridad de Seguridad, Salud y Medioambiente (India); Danuta Wasserman, Centro Colaborador de la OMS sobre Investigación, Elaboración de Métodos y Formación en Prevención de Suicidios, Karolinska Institutet (Suecia); y Wietse A. Tol, Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins (EE.UU.).

Especialistas en metodología GRADE

Corrado Barbui y Marianna Purgato, Universidad de Verona (Italia).

Grupo de revisión externa

Vladimir Carli, Centro Colaborador de la OMS sobre Investigación, Elaboración de Métodos y Formación en Prevención de Suicidios, Karolinska Institutet (Suecia); Lucie Cluver, Universidad de Oxford (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte); Delanjathan Devakumar, University College de Londres (Reino Unido); Daniel Fung, Asociación Internacional de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia y Profesiones Afines (Singapur); Charlotte Hanlon, Universidad de Addis Abeba (Etiopía); Kanika Malik, Sangath (India); Lynette Mudekunye, Regional Psychosocial Support Initiative (Sudáfrica); Mónica Ruiz-Casares, Universidad McGill (Canadá); Graham Thornicroft, King's College de Londres (Reino Unido); Carmen Valle-Trabadelo, Mental Health and Psychosocial Support Collaborative, Save the Children; y Shamsa Zafar, Health Services Academy (Pakistán).

Grupo de revisión integrado por jóvenes Tasnia Ahmed (Bangladesh); Charity Giyava (Zimbabwe); Brian Mafuso (Zimbabwe); David Milambe (Malawi); y William Yeung, ReachOut (Australia).

Agradecemos la contribución técnica de los colegas de UNICEF, en particular: Liliana Carvajal, Cristina De Carvalho Eriksson y Joanna Lai, sede de UNICEF, Nueva York (EE.UU.).

Grupo Directivo de la OMS

Coordinación general

Tarun Dua, Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias; Batoool Fatima, Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias; Alexandra Fleischmann, Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias; David Ross, Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente; y Chiara Servili, Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias.

Personal de la sede de la OMS

Faten Ben Abdelaziz, Departamento de Prevención de Enfermedades No Transmisibles; Wole Ameyan, Programas Mundiales sobre VIH, Hepatitis e Infecciones de Transmisión Sexual; Rajiv Bahl, Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente; Valentina Baltag, Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente; Anshu Banerjee, Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente; Lianne Marie Gonsalves, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación; Dévora Kestel, Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias; Berit Kieselbach, Departamento de Enfermedades No Transmisibles, Prevención de la Violencia y los Traumatismos; Kid Kohl, Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente; Martina Penazzato, Departamento de VIH/Sida; Vladimir Poznyak, Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias; y Mark van Ommeren, Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias.

Asesores de las oficinas regionales de la OMS

Nazneen Anwar, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; Florence Baingana, Oficina Regional de la OMS para África; Claudina Cayetano, Oficina Regional de la OMS para las Américas; Daniel Hugh Chisholm, Oficina Regional de la OMS para Europa; Khalid Saeed, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; y Martin Vandendyck, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental.

Equipo de síntesis y examen de datos

Nina Abrahams, Olamide Akin-Olugbade, Melissa Bradshaw, Amanda Brand, Stefani du Toit, Sarah Gordon, Christina Laurenzi, GJ Meléndez Torres, Sarah Skeen y Mark Tomlinson, Institute for Life Course Health Research, Universidad Stellenbosch (Sudáfrica).

Apoyo financiero

La OMS agradece el apoyo financiero facilitado por la Agencia de Salud Pública del Canadá y a través de las contribuciones voluntarias básicas de la Organización.

Resumen ejecutivo

Contexto

La necesidad de centrarse en la salud mental de los adolescentes resulta cada vez más evidente, a medida que la comunidad mundial trata de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular el ODS 3: «Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades» y el ODS 10: «Reducir la desigualdad en los países y entre ellos» (1). Como los adolescentes suponen el 16 % de la población mundial, es fundamental abordar las principales amenazas para su salud a fin de lograr dichos objetivos (2).

Los trastornos de salud mental representan una proporción considerable de la carga mundial de morbilidad durante la adolescencia y constituyen la principal causa de discapacidad entre los jóvenes. Aproximadamente la mitad de los problemas de salud mental se manifiestan antes de los 14 años. El suicidio es una de las tres principales causas de muerte entre los adolescentes más mayores (3). Los problemas de salud mental durante la adolescencia suelen ser precursores de varios comportamientos de alto riesgo, tales como las conductas autolesivas, el consumo de tabaco, de alcohol y de otras sustancias, los comportamientos sexuales de riesgo y la exposición a la violencia, cuyos efectos persisten y acarrear graves consecuencias durante toda la vida (4,5).

La adolescencia es el momento idóneo para promover la salud y prevenir las enfermedades; aprovechar esa oportunidad redundará en beneficios para los jóvenes a corto y largo plazo. La adolescencia se considera una de las etapas óptimas para las intervenciones, dada la neuroplasticidad del cerebro adolescente y la posibilidad de intervenir justo cuando empiezan la mayoría de los problemas de salud mental y los comportamientos de riesgo (3).

Objetivo, alcance y público destinatario

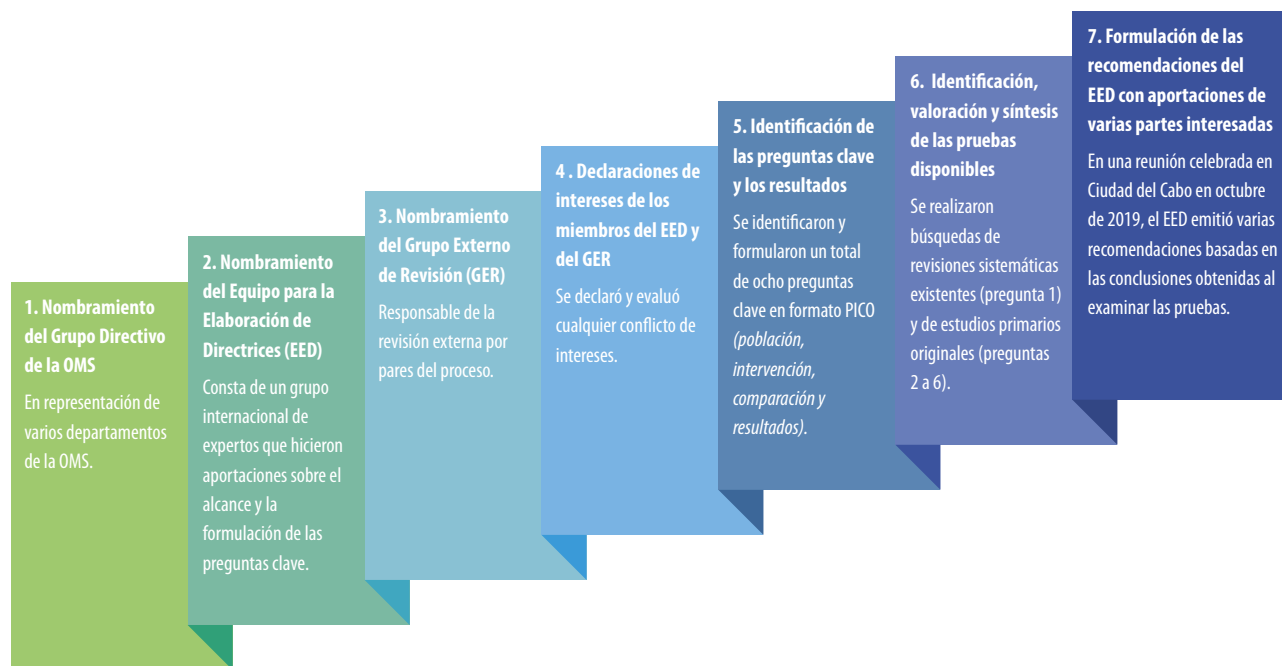
Las presentes *Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental dirigidas a adolescentes: ayudar a los adolescentes a prosperar* (las Directrices HAT) ofrecen recomendaciones basadas en pruebas científicas sobre intervenciones psicosociales dirigidas a promover la buena salud mental y a prevenir los trastornos mentales entre los adolescentes. Las Directrices, su correspondiente conjunto de herramientas y otras herramientas de aplicación conexas tienen por objeto apoyar la programación de intervenciones con fundamento científico para lograr ese objetivo. La OMS ha otorgado prioridad a las Directrices HAT como uno de sus bienes públicos mundiales para la salud.

Las Directrices se basan en los datos científicos procedentes de los estudios sobre las intervenciones realizadas en niños y adolescentes de entre 10 y 19 años. Se incide especialmente en: i) las intervenciones universales dirigidas a adolescentes no seleccionados; ii) las intervenciones específicas dirigidas a adolescentes que corren un mayor riesgo de sufrir trastornos mentales o conductas autolesivas, porque están expuestos a adversidades concretas (violencia, pobreza y emergencias humanitarias), enfermedades crónicas (VIH/sida) o circunstancias vitales particulares (embarazo o maternidad/paternidad en la adolescencia); y iii) las intervenciones específicamente indicadas para adolescentes que presentan los primeros signos o síntomas de problemas emocionales o conductuales, pero a quienes no se ha realizado un diagnóstico formal de un trastorno emocional o conductual. Al examinar los datos científicos, destacaron como principales resultados la mejora del bienestar y de la capacidad funcional, la disminución de los síntomas, la menor incidencia de trastornos mentales y la reducción de las conductas autolesivas entre los adolescentes. Otros resultados de interés fueron la disminución de comportamientos de riesgo (consumo de sustancias y agresividad), la mayor retención escolar y los comportamientos sexuales y reproductivos saludables.

Los principales destinatarios de las Directrices son las autoridades nacionales responsables de formular políticas, los planificadores y administradores de programas sanitarios gubernamentales y no gubernamentales y las personas que trabajan en organismos internacionales de salud y desarrollo.

Metodología de elaboración de las Directrices

Las Directrices se elaboraron con arreglo a los procedimientos normalizados de la OMS para la elaboración de directrices. (6). En el diagrama que figura a continuación se muestran los siete pasos seguidos en el proceso de elaboración.



El paso 6 consistió en examinar las pruebas y evaluar su calidad mediante la metodología de clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (GRADE), con referencia al diseño del estudio, el riesgo de sesgo, la incoherencia, la ausencia de pruebas directas, la imprecisión y el riesgo de sesgo de notificación. Por consiguiente, la certeza de las pruebas se clasificó como alta, moderada, baja o muy baja. Se utilizó el programa informático GRADE Profiler (GRADEPro) para elaborar cuadros de resumen. Tras la revisión de las pruebas, el informe final se presentó de conformidad con la lista de comprobación PRISMA (Ítems preferidos en la presentación de informes de revisiones sistemáticas y meta-análisis) y con el marco GRADE de toma de decisiones para cada pregunta PICO. Durante el paso 7, el EED siguió el procedimiento normalizado de la OMS para elaborar recomendaciones basadas en el examen de las pruebas (6). Los miembros sopesaron la pertinencia de las recomendaciones para los diferentes grupos de adolescentes y el equilibrio entre los beneficios y los daños de cada intervención. Se tuvieron en cuenta los valores y las preferencias, los costos y el uso de los recursos, junto con otras cuestiones prácticas importantes para los prestadores de atención sanitaria de los países de ingresos bajos y medianos.

Para emitir recomendaciones fuertes los miembros del EED debían tener la seguridad de que los efectos deseables (o beneficios) de la intervención superaban sus posibles efectos indeseables (o daños). En los casos en los que el EED no tenía la seguridad de que hubiera equilibrio entre los beneficios y los daños, se formularon recomendaciones condicionales. Las recomendaciones fuertes implican que la intervención es positiva para la mayoría de los adolescentes, por lo que todos deben recibirla; mientras que las recomendaciones condicionales implican que hay que valorar diferentes opciones.

Cuestiones principales

El EED analizó y debatió las pruebas disponibles y el resto de información pertinente en relación con las ocho cuestiones que se enumeran a continuación:

1. ¿Debería plantearse la posibilidad de introducir intervenciones psicosociales dirigidas a todos los adolescentes con el fin de mejorar su buena salud mental, prevenir los trastornos mentales, las conductas autolesivas y el suicidio, y reducir los comportamientos de riesgo?
- 2a. ¿Debería plantearse la posibilidad de introducir intervenciones psicosociales dirigidas a los adolescentes expuestos a adversidades (en particular violencia) con el fin de mejorar su buena salud mental y prevenir los trastornos mentales, las conductas autolesivas y/u otros comportamientos de riesgo?
- 2b. ¿Debería plantearse la posibilidad de introducir intervenciones psicosociales dirigidas a los adolescentes expuestos a adversidades (en particular pobreza extrema) con el fin de mejorar su buena salud mental y prevenir los trastornos mentales, las conductas autolesivas y/u otros comportamientos de riesgo?
- 2c. ¿Debería plantearse la posibilidad de introducir intervenciones psicosociales dirigidas a los adolescentes expuestos a adversidades (en particular emergencias humanitarias) con el fin de mejorar su buena salud mental y prevenir los trastornos mentales, las conductas autolesivas y/u otros comportamientos de riesgo?
3. ¿Debería plantearse la posibilidad de introducir intervenciones psicosociales dirigidas a las adolescentes embarazadas y progenitores adolescentes con el fin de promover su buena salud mental y prevenir los trastornos mentales, las conductas autolesivas y/u otros comportamientos de riesgo?
4. ¿Debería plantearse la posibilidad de introducir intervenciones psicosociales dirigidas a los adolescentes con VIH/sida con el fin de mejorar su buena salud mental y prevenir los trastornos mentales, las conductas autolesivas y/u otros comportamientos de riesgo?
5. ¿Debería plantearse la posibilidad de introducir intervenciones psicosociales dirigidas a los adolescentes con problemas emocionales con el fin de prevenir los trastornos mentales (incluida la progresión hacia trastornos mentales diagnosticables) y prevenir las conductas autolesivas y/u otros comportamientos de riesgo?
6. ¿Debería plantearse la posibilidad de introducir intervenciones psicosociales dirigidas a los adolescentes con conductas problemáticas o de oposición con el fin de prevenir los trastornos conductuales, las conductas autolesivas y/u otros comportamientos de riesgo?

Resumen de las recomendaciones

A partir de la síntesis de las pruebas y los marcos de toma de decisiones, el EED elaboró cinco recomendaciones sobre intervenciones de promoción e intervención en materia de salud mental dirigidas a adolescentes, que figuran a continuación.

Recomendación A

Deberían ofrecerse intervenciones psicosociales universales dirigidas a todos los adolescentes. Estas intervenciones promueven una buena salud mental, a la vez que previenen y reducen el comportamiento suicida, los trastornos mentales (como la depresión y la ansiedad), las conductas problemáticas de agresividad o de oposición y el consumo de sustancias.

Fuerza de la recomendación: Fuerte.

Certeza de las pruebas: Baja.

Observaciones importantes: En vista de las pruebas disponibles, las intervenciones deberían centrarse en el aprendizaje social y emocional e incorporar aspectos como, por ejemplo, la regulación emocional, la resolución de problemas, las aptitudes interpersonales, la atención consciente, la asertividad y la gestión del estrés (7).

Justificación: En muchos casos se rebajó la certeza de las pruebas porque los estudios estaban sujetos al riesgo de sesgo, tanto por la dificultad de enmascaramiento de las intervenciones como por la dependencia de resultados comunicados por los propios interesados, dos fenómenos que son muy habituales en este tipo de estudios de intervención. Sin embargo, se emitió una recomendación fuerte a pesar de la escasa certeza de las pruebas, porque los resultados de los estudios se consideraron muy coherentes y porque se llegó a la conclusión de que se podían obtener beneficios significativos que superaban con creces los posibles daños. Además, la recomendación se sustentó en varias consideraciones sobre valores, viabilidad y costoeficacia. Las intervenciones universales en las escuelas pueden ser más fáciles de ejecutar y es menos probable que provoquen estigmatización, en comparación con las intervenciones que requieren una selección de participantes. Cuando se realizan en las escuelas, las intervenciones pueden abordar varios factores de riesgo y ayudar a gran parte de los adolescentes, a la vez que les proporcionan aptitudes básicas para promover la salud mental y prevenir las conductas de riesgo.

Recomendación B:

Deberían ofrecerse intervenciones psicosociales dirigidas a los adolescentes que viven en un contexto de emergencia humanitaria.

Esas intervenciones son especialmente beneficiosas para prevenir los trastornos mentales (depresión, ansiedad y trastornos relacionados específicamente con el estrés) y cabe plantearse para reducir el consumo de sustancias entre adolescentes.

Fuerza de la recomendación: Fuerte en lo tocante a la reducción de síntomas o a la prevención de los trastornos mentales (depresión, ansiedad y trastornos relacionados específicamente con el estrés). Condicional en lo referente al consumo de sustancias.

Certeza de las pruebas: Baja.

Observaciones importantes: Los adolescentes expuestos a emergencias humanitarias han recibido y reciben intervenciones psicosociales de lo más diversas. Hay que tener en cuenta la naturaleza heterogénea de las experiencias relacionadas con los sucesos de emergencia. Por consiguiente, es importante interpretar los resultados de los estudios con cautela. Las pruebas disponibles apuntan a que la gestión del estrés, las estrategias de relajación y el cuidado del bienestar de la persona encargada de ejecutar la intervención son los componentes que se traducen en mayor efectividad. En el caso de los adolescentes que han estado muy expuestos a situaciones traumáticas, la terapia cognitivo-conductual (TCC) centrada en el trauma ha demostrado efectos positivos en la reducción de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés (8,9). Se ha demostrado que las intervenciones de TCC en grupo surten efectos positivos en los síntomas de otros adolescentes expuestos a sucesos estresantes (10).

Justificación: En muchos casos se rebajó la certeza de las pruebas porque los estudios estaban sujetos al riesgo de sesgo, tanto por la dificultad de enmascaramiento de las intervenciones como por la dependencia de resultados comunicados por los propios interesados, dos fenómenos que son muy habituales en este tipo de estudios de intervención. Sin embargo, pese a la baja certeza de las pruebas, poner en práctica intervenciones psicosociales encaminadas a reducir los síntomas de los trastornos mentales se planteó como una recomendación fuerte, puesto que los beneficios clínicos que se pueden obtener superan con creces los posibles daños. Además, entran en juego consideraciones importantes sobre valores, equidad y viabilidad que sugieren que los programas de prevención de las enfermedades mentales deben dar prioridad a los adolescentes expuestos a emergencias humanitarias. Las pruebas corroboran la idea de que todos los adolescentes deben tener acceso a intervenciones psicosociales universales. La alta prevalencia de trastornos mentales entre los adolescentes expuestos a emergencias humanitarias, así como la enorme brecha terapéutica que impera en esos entornos, hacen que los argumentos a favor de la aplicación de intervenciones psicosociales en esta población resulten aún más convincentes. No obstante, es preciso tener en cuenta el perfil de los adolescentes y su diferente nivel de exposición, dada la heterogeneidad de experiencias y circunstancias.

La mayoría de los estudios se realizaron en países de ingresos medianos y bajos; una tercera parte examinó las intervenciones realizadas por no especialistas. Por ende, las conclusiones son directamente pertinentes en los entornos en los que viven la mayoría de los adolescentes expuestos a emergencias humanitarias.

Recomendación C

Debería plantearse la posibilidad de introducir intervenciones psicosociales dirigidas a adolescentes embarazadas y a progenitores adolescentes, especialmente con el fin de promover una buena salud mental (funcionamiento intelectual y bienestar mental) y mejorar su asistencia a la escuela.

Fuerza de la recomendación: Condicional.

Certeza de las pruebas: Baja.

Observaciones importantes: En vista de las pruebas disponibles, cabe plantearse la posibilidad de ofrecer a las adolescentes embarazadas y a las madres adolescentes programas cognitivo-conductuales de fortalecimiento de competencias (11).

Recomendación D

Deberían ofrecerse intervenciones psicosociales dirigidas a los adolescentes con síntomas emocionales.

Fuerza de la recomendación: Fuerte en lo tocante a la reducción de síntomas de depresión/ansiedad, a la prevención de trastornos mentales (depresión y ansiedad) y a la promoción de una buena salud mental. Condicional en lo que respecta a mejorar la asistencia a la escuela.

Certeza de las pruebas: Muy baja.

Observaciones importantes: Teniendo en cuenta las pruebas disponibles, cabe plantearse la posibilidad de poner en práctica TCC en grupo para las adolescentes con síntomas emocionales (12).

Justificación: En muchos casos se rebajó la certeza de las pruebas porque los estudios estaban sujetos al riesgo de sesgo, tanto por la dificultad de enmascaramiento de las intervenciones como por la dependencia de resultados comunicados por los propios interesados, dos fenómenos que son muy habituales en este tipo de estudios de intervención. Sin embargo, pese a que la certeza de las pruebas se calificó como muy baja, se emitió una recomendación fuerte de reducir los síntomas de depresión o ansiedad y prevenir los trastornos mentales (depresión y ansiedad) así como de promover una buena salud mental en los adolescentes con problemas emocionales. El motivo es que los beneficios compensan los daños potenciales. Además, entran en juego consideraciones importantes sobre valores, equidad y costoeficacia que justifican invertir en intervenciones específicas para este grupo de riesgo. La mala salud mental de los adolescentes es un factor de riesgo fundamental que puede desencadenar problemas de salud física y mental más adelante. Se ha demostrado que es crucial intervenir cuanto antes en los adolescentes que presentan problemas emocionales, para prevenir la progresión de los problemas de salud mental y mejorar sus trayectorias vitales y sanitarias.

Recomendación E

Deberían ofrecerse intervenciones psicosociales específicas dirigidas a los adolescentes con conductas problemáticas o comportamientos de oposición. Estas intervenciones reducen las conductas agresivas y problemáticas y el comportamiento de oposición, previenen los trastornos mentales (depresión y ansiedad) y promueven una buena salud mental. Las intervenciones deben realizarse con cautela para evitar que aumente el consumo de sustancias entre los adolescentes con conductas problemáticas o comportamientos de oposición.

Fuerza de la recomendación: Condicional.

Certeza de las pruebas: Muy baja.

Observaciones importantes: Según las pruebas disponibles, en adolescentes que corren el riesgo de sufrir un trastorno de la conducta o a los que se les ha diagnosticado dicho trastorno, las intervenciones más eficaces son las que incluyen la formación para los progenitores basada en enfoques de aprendizaje social, y la formación social, cognitiva, de resolución de problemas y de aptitudes interpersonales para los adolescentes. También se pueden realizar intervenciones multimodales tanto para los adolescentes como para sus progenitores, basadas en un modelo de aprendizaje social (13).

Referencias:

1. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York, Naciones Unidas, 2015.
2. World Population Prospects 2019, revisión 1 [datos en línea]. Nueva York, Naciones Unidas, División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2019 (<https://population.un.org/wpp/>).
3. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HAI): guidance to support country implementation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
4. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2009;18(1):23-33.
5. Patel V, Flisher AJ, Nikapota A, Malhotra S. Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(3):313-34.
6. OMS – Manual para la elaboración de directrices, 2ª edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.
7. Skeen S, Laurenzi CA, Gordon SL, du Toit S, Tomlinson M, Dua T, et al. Adolescent mental health program components and behavior risk reduction: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2019;144(2):e20183488.
8. O'Callaghan P, McMullen J, Shannon C, Rafferty H, Black A. A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013;52(4):359-69.
9. McMullen J, O'Callaghan P, Shannon C, Black A, Eakin J. Group trauma-focused cognitive-behavioural therapy with former child soldiers and other war-affected boys in the DR Congo: a randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013;54(11):1231-41.
10. Berger R, Gelkopf M, Heineberg Y, Zimbardo P. A school-based intervention for reducing posttraumatic symptomatology and intolerance during political violence. *Journal of Educational Psychology*. 2016;108(6):761-71.
11. Harris MB, Franklin CG. Effects of a cognitive-behavioral, school-based, group intervention with Mexican American pregnant and parenting adolescents. *Social Work Research*. 2003;27(2):71-83.
12. Ssegonja R, Nystrand C, Feldman I, Sarkadi A, Langenskiold S, Jonsson U. Indicated preventive interventions for depression in children and adolescents: a meta-analysis and meta-regression. *Preventive Medicine* 2019; 118:7-15.
13. Centro Colaborador para la Salud Mental (Reino Unido), Social Care Institute for Excellence (Reino Unido). Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management: NICE clinical guidelines, no. 158. Leicester: British Psychological Society; 2013.



Para más información, diríjase a:

Organización Mundial de la Salud
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias
20, Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

Correo electrónico: mhgap-info@who.int
Sitio web: www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use

