INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS N° 203 -2023-J/INEN

REPÚBLICA DEL PERÚ

RESOLUCIÓN JEFATURAL

Surquillo, 20 de JULIO del 2023

VISTOS:

El Informe N° 000413-2023-DICON/INEN, de la Dirección de Control del Cáncer, el Memorando N° 001317-2023-OGPP/INEN, de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, el Informe N° 000116-2023-OO-OGPP/INEN, de la Oficina de Organización, el Informe N° 000470-2023-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Informe N° 000056-2023-EFSMO-DEM-DIMED/INEN, del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica y el Informe N° 000860-2023-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 28748, crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, con personería jurídica de derecho público interno y con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal, calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM y sus modificatorias;

Que, con Decreto Supremo N° 001-2007-SA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones-ROF, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, estableciéndose su competencia, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

Que, la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", numeral 6.1.3, la Guía Técnica *(...) es el Documento Normativo del Ministerio de Salud, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimientos o actividades, y al desarrollo de una buena práctica; Cuando se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía de Práctica Clínica (GPC), y en este caso contiene recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica aplicable, desarrolladas sistemáticamente de modo que orienten y faciliten el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención de salud;* y con Resolución Jefatural N° 276-2019-J/INEN, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2019-INEN/DICON-DNCC "Lineamientos para la Elaboración de Documentos Normativos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN;

Que, mediante Informe N° 000056-2023-EFSMO-DEM-DIMED/INEN, del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica, remite la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión Moderada o Grave en Pacientes Adultos con Cáncer – Versión extensa" y "Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión Moderada a Grave en Pacientes Adultos con Cáncer - Versión Corta", cuya finalidad aborda recomendaciones dirigidas a mejorar la toma de decisiones en la atención sanitaria de la depresión moderada a grave en pacientes adultos con cáncer, para su revision y aprobación;

Que, mediante el Memorando N° 001317-2023-OGPP/INEN, de fecha 26 de mayo de 2023, la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, alcanza el Informe N° 000116-2023-OO-OGPP/INEN, de fecha 26 de mayo de 2023, mediante el cual la Oficina de Organización, emite Opinión Técnica Favorable al proyecto de documento normativo denominado "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión Moderada o Grave en Pacientes Adultos con Cáncer – Versión extensa" y "Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión Moderada a Grave en Pacientes Adultos con Cáncer - Versión Corta";

Que, a través del Informe N° 000413-2023-DICON/INEN, la Dirección de Control del Cáncer, alcanza, el Informe N° 000470-2023-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, mediante el cual da su conformidad para que se continúe con el proceso de aprobación del proyecto denominado "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión Moderada o Grave en Pacientes Adultos con Cáncer – Versión extensa" y "Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión Moderada a Grave en Pacientes Adultos con Cáncer - Versión Corta", del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica del Departamento de Especialidades Médicas de la Dirección de Medicina;

Que, siendo así y tomando en cuenta el sustento técnico por la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, se aprecia que la Oficina de Organización, el Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos y la Dirección de Control del Cáncer, han revisado y emiten opinión técnica favorable al proyecto en mención, el mismo que recomiendan su aprobación;

Que, con documento de vistos, la Oficina de Asesoría Jurídica encuentra viable lo requerido en el presente caso, por lo cual cumple con formular y visar la Resolución Jefatural, en merito a lo solicitado al respecto;

Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional, Gerencia General, Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, Oficina de Organización, Dirección de Control del Cáncer, Dirección de Medicina, Departamento de Especialidades Médicas, Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica, Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y con las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA; y de conformidad con la Resolución Suprema N° 016-2022-SA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión Moderada o Grave en Pacientes Adultos con Cáncer – Versión extensa" y "Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión Moderada a Grave en Pacientes Adultos con Cáncer - Versión Corta", del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica del Departamento de Especialidades Médicas de la Dirección de Medicina, que como anexo forma parte integrante de la presente Resolución Jefatural.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en la Plataforma Digital Única del Estado Peruano (www.gob.pe), y en el Portal Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (www.inen.sld.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

MG. FRANCISCO E.M. BERROSPI ESPINOZA
Jefe Institucional
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN MODERADA O GRAVE EN PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER

- Versión extensa -

DIRECCIÓN DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
EQUIPO FUNCIONAL DE SALUD MENTAL ONCOLÓGICA

Lima-Perú
2023

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

INEN

M.C. Mg. Francisco Berrospi Espinoza
Jefe Institucional

M.C. Adela Heredia
Sub Jefe Institucional

M.C. Víctor Castro Oliden
Director General de la Dirección de Medicina

Dr. Luis Fernando Barreda Bolaños
Director Ejecutivo del Departamento de Especialidades Médicas

M.C. Yurfa Elizabeth Salazar Aliaga
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica. EFSMO

M.C. Sarria Bardales Gustavo Javier
Director General de la Dirección de Control del Cáncer

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DIRECCION DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Dr. Víctor Javier Suárez Moreno
Jefe Institucional

Darwin Emilio Hidalgo Salas
Subjefe Institucional

Dr. Luis Fernando Donaires Toscano
Director General del Centro Nacional de Salud Pública

Dra. Maricela Curisinche Rojas
Responsable (e)
Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública. UNAGESP

Cápac Yupanqui 1400 Jesús María Lima 11, Perú. Telf. (511) 7481111 Anexo 2207
Esta Guía de Práctica Clínica fue generada en respuesta a un requerimiento del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

El Instituto Nacional de Salud es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud del Perú dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico. El Instituto Nacional de Salud tiene como mandato el proponer políticas y normas, promover, desarrollar y difundir la investigación científica-tecnológica y brindar servicios de salud en los campos de salud pública, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, alimentación y nutrición, producción de biológicos, control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines, salud ocupacional, protección del medio ambiente y salud intercultural, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. A través de su Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP) participa en el proceso de elaboración de documentos técnicos, basados en la mejor evidencia disponible, que sirvan como sustento para la aplicación de intervenciones en Salud Pública, la determinación de Políticas Públicas Sanitarias y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Repositorio general de documentos técnicos UNAGESP:
https://web.ins.gob.pe/es/salud-publica/publicaciones-unagesp
Para obtener este informe a texto completo en forma gratuita solicitarlo a:
unagesp@ins.gob.pe

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Los derechos reservados de este documento están protegidos por licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International. Esta licencia permite que la obra pueda ser libremente utilizada sólo para fines académicos y citando la fuente de procedencia. Su reproducción por o para organizaciones comerciales sólo puede realizarse con autorización escrita del Instituto Nacional de Salud, Perú.

Cita recomendada:
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas e Instituto Nacional de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la depresión moderada o grave en pacientes adultos con cáncer - Versión extensa –. Lima: INS, Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública; 2022. Serie Guía Práctica Clínica Nº 01-2022.

GRUPO ELABORADOR DE LA GUÍA

GRUPO ELABORADOR (GESTORES Y PROFESIONALES CLÍNICOS)

Yurfa Elizabeth Salazar Aliaga
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Jefe del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Fernando Antonio Lamas Delgado
Licenciado en Psicología
Doctor en Educación
Maestro en Psicología Clínica y de la Salud
Máster en Sexología
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Fiorella Alejandra Baca Seminario
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Claudia Andrea Césaro Lora
Licenciada en Psicología
Máster en Psicooncología
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Yuly Betty Cayo Bolarte
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

GRUPO DE EXPERTOS METODÓLOGOS

José Carlos Sánchez Ramírez
Licenciado en Psicología
Máster en Psicooncología
Metodólogo de la Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

Lucía Villar Bernaola
Bióloga
Magister en Nutrición Pública
Magister en Salud Pública
Metodóloga de la Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

PANEL DE EXPERTOS CLÍNICOS

Yvo Luren Fernández Montoro
Licenciado en Psicología
Coordinador del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Giovanna Alicia Galarza Torres
Licenciada en Psicología
Máster en Psicooncología
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Rosa María Argüelles Torres
Licenciada en Psicología
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Hernán Bernedo del Carpio
Licenciado en Psicología
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Oscar Edmundo Villanueva Cortés
Licenciado en Psicología
Máster en Psicooncología
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Edith Esmeralda Puicon Niquen
Licenciada en Psicología
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

José Luis Rojas Vilca
Médico Cirujano
Maestro en Epidemiología Clínica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Iris Villalobos Morante
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Carmela Barrantes Serrano
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Medicina Preventiva y Salud Pública
Máster en Salud Pública
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Jorge Luis Huamanchumo Baca
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Oncología
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas

Jeff David Huarcaya Victoria
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Maestro en Medicina con mención en Psiquiatría
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

Rousel Lisette Vargas Gallo
Licenciada en Psicología
Hospital Alberto Leonardo Barton Thompson – Callao

María Isabel Vásquez Suyo
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Maestra en Medicina
Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Rosa Elena Huerta Rosales
Psicóloga y Docente
Doctora en Psicología
Magíster en Psicología Clínica y de la Salud
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Anny Altamirano Prada
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Centro de Salud Mental Comunitario Andahuaylas

Delia Rossana Nizama del Río
Licenciada en Nutrición
Magister en Administración
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

Loida Esenarro Valencia
Licenciada en Psicología
Presidenta de la Sociedad Peruana de Psicooncología
Dirección de Salud Mental - Ministerio de Salud

Abel Limache García
Licenciado en Enfermería
Magister en Administración
Clínica Internacional AUNA

Joyce Alessandra Sarita Amado Ramírez
Licenciada en Psicología
Sentido - Centro Peruano de Suicidología y Prevención del Suicidio

Elmer Roger Díaz Castillo
Licenciado en Psicología
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Norte

Katherine Lisette Sánchez Carreño
Licenciada en Psicología
Maestra en Psicooncología y Cuidados Paliativos
Universidad Ricardo Palma

Wilder Inga Breña
Licenciado en Psicología
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas – Centro

Marianela Olga Sánchez Wagner
Licenciada en Psicología
Doctora en Psicología Clínica y de la Salud
Asociación Nacional de Psicooncología del Perú

Héctor Rubén Montoya Molina
Médico Cirujano y Docente
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Clínica Padre Luis Tezza

Eduardo Moras Rosado
Psicólogo
Universidad Privada del Norte

Andrea del Pilar Domínguez Calero
Licenciada en Psicología
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Centro

Keyla Stefany Luna Ortiz
Licenciada en Psicología
Centro de Salud Mental Comunitario San Gabriel Alto

Juan José Gabriel Ártica Martínez
Psicólogo y Docente
Magíster en Psicología Clínica y de la Salud
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Hilbert Julio Gómez Paredes
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Centro de Salud Mental Comunitario Churcampa - Huancayo

Guadalupe Torres Villalobos
Licenciada en Psicología
Universidad San Martín de Porres

Manuel Antonio Benavente Arauco
Licenciado en Psicología y Docente
Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo

José Paulino Oré Maldonado
Licenciado en Psicología
Magister en Psicología Clínica de niños
Especialista en Neuropsicología
Policlínico Francisco Pizarro - Red Prestacional Almenara

Yanet Irene Castillo Verástegui
Licenciada en Psicología
Especialista en Neuropsicología
Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Claudia Karina Guevara Cordero
Licenciada en Psicología y Docente
Magíster en Psicología Clínica y de la Salud
Universidad Privada del Norte

Diego Gabriel Enrique Canaval Cornejo
Licenciado en Psicología
Asociación Nacional de Psicooncología

Heydi Dialeti Ramos Toscanelli
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Hospital Víctor Larco Herrera

REPRESENTANTE DE PACIENTES

Susana Miriam Wong Calderón
Asociación Lazo Rosado

Teresa López Castillo
Club de la mama

Elizabeth Marlene Villaroel Villanueva
Paciente

Madeleine Isabel Aranda Murillo
Paciente

REVISORES EXTERNOS

Xiomara Rocha – Cadman
Psiquiatra de Enlace y Psicooncóloga
City of Hope Comprehensive Cancer Center

Oscar Galindo Vásquez
Doctor en psicología
Psicooncólogo e Investigador
Unidad de Investigación y Desarrollo de la Psicooncología
Instituto Nacional de Cancerología
México

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DIRECCION DE MEDICINA OPE

AGRADECIMIENTOS

Dra. Maricela Curisinche
Participación en la relatoría

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Todo el grupo elaborador de la Guía y el panel de expertos clínicos invitados han firmado la declaración de conflicto de interés, estas declaraciones se realizaron durante el diálogo deliberativo en el que se formularon las recomendaciones, el cual fue celebrado durante los meses de noviembre de 2021 a marzo de 2022. Los conflictos de interés firmados serán almacenados por 5 años en los repositorios del Instituto Nacional de Salud.

FINANCIAMIENTO

La presente Guía de Práctica Clínica fue financiada por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y el Instituto Nacional de Salud.

INEN

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) es una institución especializada cuya misión está enfocada a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación y docencia para la reducción del impacto del cáncer en el Perú y a través de ello forjar un país libre de cáncer avanzado.

Entre sus objetivos se tiene la prestación de servicios de calidad, basados en evidencia científica y la práctica clínica a fin de brindar atención de calidad a la población que padece esta enfermedad.

El Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica, tiene el compromiso de aliviar el malestar emocional del paciente, familia y personal de salud, a partir de la práctica clínica informada en evidencias.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - DIRECCION DE MEDICINA - OPE -

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

El Instituto Nacional de Salud es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud, dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico, tiene como mandato proponer políticas y normas, promover, desarrollar y difundir la investigación científica-tecnológica y brindar servicios de salud en diversos campos, siendo uno de ellos; el campo de la salud pública, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. Dentro de la misión del Instituto Nacional de Salud se encuentra, la promoción, desarrollo y difusión de la investigación y de transferencia tecnológica en los diversos servicios de salud.

El Instituto Nacional de Salud a través de la Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP) y por interés conjunto con el Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica (EFSMO) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), se ha encargado de la transferencia tecnológica en relación al desarrollo de guías de Práctica Clínica informadas en evidencias utilizando el sistema GRADE en la formulación de las preguntas de la GPC a partir del análisis de evidencia científica. Esta transferencia tecnológica se ha realizado a través de la capacitación, acompañamiento y monitoreo de las etapas que involucran el desarrollo de guías de práctica clínica dirigidas a miembros del EFSMO del INEN.

ÍNDICE

I. **GENERALIDADES** 1

1.1. Presentación del problema y fundamentos para la realización de la GPC 1

1.2. Conformación del grupo elaborador (GEG) de la guía de práctica clínica (GPC) 2

1.3. Siglas y acrónimos 2

1.4. Declaración de conflictos de interés 2

1.5. Antecedentes 3

II. **MÉTODOS** 3

2.1. Alcance y objetivos de la GPC. 3

2.2. Ámbito asistencial. 3

2.3. Formulación de las preguntas. 3

2.4. Identificación de desenlaces. 4

2.5. Búsqueda de la evidencia. 4

2.6. Revisión y síntesis de la evidencia identificada. 5

2.7. Gradación de la evidencia 6

2.8. Formulación de las recomendaciones. 7

2.9. Revisión externa. 8

III. **RESUMEN DE LA GPC** 9

3.1. Flujograma de manejo del problema 9

3.2. Lista completa de recomendaciones. 10

IV. **DESARROLLO DE LAS PREGUNTAS Y RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA.** 13

4.1. Diagnóstico 13

4.1.1. Conceptos generales y específicos: 13

4.1.2. Presentación de la pregunta y resumen de la evidencia identificada. 15

4.1.3. Graduación de la calidad de evidencia según GRADE. 15

4.1.4. Recomendaciones. 17

4.2. Tratamiento: 18

4.2.1. Conceptos generales y específicos. 18

4.2.2. Presentación de la pregunta y resumen de la evidencia científica. 18

4.2.3. Graduación de la calidad de la evidencia según GRADE. 19

4.2.4. Recomendaciones. 28

V. PLAN PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA GPC. 32

VI. PLAN PARA EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA GPC 32

6.1. Plan de implementación 32

VII. BIBLIOGRAFÍA 33

VIII. ANEXOS 36

ANEXO 1: Búsqueda de guías en repositorios 36

ANEXO 2A. Tabla de pre-selección de GPC identificadas en búsqueda 37

ANEXO 2B. Tabla de pre-selección de GPC identificadas en búsqueda 38

ANEXO 3. Evaluación de calidad de GPC preseleccionadas con AGREE II 39

ANEXO 4. Estrategias de búsqueda para cada pregunta PICO, evaluación de riesgo de sesgo de los estudios incluidos 40

ANEXO 5. Tablas de evidencia GRADE 82

ANEXO 6. Estructura de indicadores de recomendaciones 90

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN MODERADA A GRAVE EN PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER

I. GENERALIDADES

1.1. Presentación del problema y fundamentos para la realización de la GPC

La depresión es una de las patologías psiquiátricas más frecuentes en salud mental y de mayor impacto en pacientes oncológicos debido a que existe una influencia en la propia evolución de la enfermedad oncológica, disminuye el tiempo de supervivencia, incrementa la duración de la estancia hospitalaria, disminuye el cumplimiento de las terapias y reduce significativamente la calidad de vida; sin embargo, es un trastorno infradiagnosticado que no recibe tratamiento oportuno y adecuado en la población oncológica.

Teniendo en consideración que la depresión cuenta con un tratamiento efectivo, es imprescindible su abordaje en el paciente oncológico, para lo cual, se hace imperiosa la necesidad de que la Unidad de Salud Mental Oncológica del Instituto de Enfermedades Neoplásicas elabore una Guía de Práctica Clínica que estandarice los criterios técnicos de diagnóstico y tratamiento de la Depresión en pacientes adultos con diagnóstico de cáncer que contribuya a proteger y mejorar la salud mental de los mismos, con el consiguiente efecto benéfico sobre la adherencia a los tratamientos oncológicos, la supervivencia y la calidad de vida.

La OMS clasificó la depresión mayor como la tercera causa de carga de enfermedad en el mundo y ha proyectado que tendrá el primer lugar para el año 2030. Se estima que alrededor de 280 millones de personas sufren este trastorno, lo cual afecta un 3,8% de las personas, incluyendo un 5% de adultos y un 5,7% de adultos mayores.

En los pacientes oncológicos la prevalencia estimada varía desde el 1-50%, con un aumento anual alrededor del 0.6%, reportándose esta elevada variabilidad a dificultades de estandarización de las poblaciones consultadas respecto a factores como edad, género, localidad, momento de la enfermedad, número de la muestra, instrumentos de evaluación y metodología empleada.

En Perú, los estudios respecto a prevalencia de depresión en pacientes oncológicos no están actualizados; sin embargo, según la información obtenida de la base de datos del Sistema del INEN (SISINEN) de diciembre 2019 a diciembre del 2020 en el área de Psiquiatría, se atendieron 2936 pacientes adultos, de los cuales 626 (21.3%) presentaron algún episodio depresivo (F32 y F33 - CIE-10).

1.2. Conformación del grupo elaborador (GEG) de la guía de práctica clínica (GPC)

El GEG de la presente guía estuvo conformado por profesionales clínicos del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Las principales funciones del GEG fueron participar en la formulación de las preguntas clínicas y graduación de desenlaces, apoyar en la selección, valoración y lectura crítica de la evidencia por pares, y participar activamente en los diálogos deliberativos mediante los cuales se formularon las diferentes recomendaciones de la GPC. El GEG contó con el apoyo de metodólogos expertos en elaboración de GPC, quienes dirigieron las diferentes etapas de desarrollo de la GPC, desarrollaron la búsqueda sistemática y valoración de calidad metodológica de estudios y guías existentes, condujeron los diálogos deliberativos para la formulación de recomendaciones, junto con el GEG elaboraron los diferentes flujogramas de atención, y redactaron la versión completa.

1.3. Siglas y acrónimos

AGREE II: Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II

DD: Diálogo deliberativo

ECA: Ensayo controlado aleatorizado

GEG: Grupo elaborador de Guías

GPC: Guía de Práctica Clínica

GPC-IE: Guía de Práctica Clínica Informada en Evidencia

EFSMO: Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica

GRADE: Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation

INS: Instituto Nacional de Salud

MINSA: Ministerio de Salud

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

OMS: Organización Mundial de Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

UNAGESP: Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública

1.4. Declaración de conflictos de interés

Los miembros del GEG suscribieron una declaración jurada de conflictos de interés previo al inicio de actividades, la cual pudo ser actualizada en caso surgieran nuevos conflictos de interés no informados en el documento inicial. Los conflictos de interés considerados fueron haber recibido en los últimos cuatro años algún tipo de remuneración, financiamiento o contar con inversiones en alguna entidad comercial u otra organización con intereses en el área de estudio; tener derechos sobre alguna propiedad intelectual que pudiera verse beneficiada o perjudicada; haber representado intereses o defendido alguna posición relacionada al área de estudio; haber laborado para algún competidor de algún producto del

área de estudio; o existir alguna potencial afectación o beneficio de una tercera parte con intereses comunes sustanciales en el ámbito profesional, personal, financiero o de negocios.

Todos los integrantes del GEG declararon no tener conflictos de interés relacionados con los contenidos abordados en la GPC. Los formularios de estas declaraciones firmados serán almacenados por 5 años en los repositorios del Instituto Nacional de Salud.

1.5. Antecedentes

- Documento Técnico Manejo Médico de la Depresión Unipolar Moderadas y/o Severa en el paciente oncológico: DT. DNCC.INEN.017, que tiene como finalidad contribuir a reducir la mortalidad, progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes adultos oncológicos con Depresión Unipolar Moderada y/o Severa.
- Guía de Práctica Clínica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Ansiedad en Pacientes Adultos con cáncer: GPC.DNCC. INEN.001. Implementación 2018.Versión: V.01, que tiene por finalidad brindar las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad en pacientes adultos con cáncer.

II. MÉTODOS

Esta GPC se elaboró por iniciativa del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas con el objetivo de brindar recomendaciones informadas en evidencia para el diagnóstico y tratamiento de depresión moderada a grave en pacientes adultos con cáncer. Para ello, fue indispensable contar con herramientas que faciliten la estandarización de los procesos de atención brindados. Durante todo el proceso se consideraron las pautas descritas en el Documento Técnico "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica (1)" y la NTS 117-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, aprobada con Resolución Ministerial N° 302-2015-MINSA (2).

2.1. Alcance y objetivos de la GPC

La presente GPC aborda el diagnóstico y tratamiento de la Depresión Moderada a Grave en Pacientes Adultos con Cáncer del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Objetivo general

La presente guía tiene como objetivo brindar recomendaciones informadas en la mejor evidencia disponible para el diagnóstico y tratamiento de la depresión moderada o grave en pacientes adultos con cáncer del INEN y, así, estandarizar las acciones del personal de salud mental oncológica.

2.2. Ámbito asistencial

Esta GPC establece recomendaciones que podrán ser utilizadas por el equipo multidisciplinario del INEN que maneja la depresión moderada o grave (psiquiatras y psicólogos).

Población diana: Pacientes adultos con cáncer que acuden al INEN.

2.3. Formulación de las preguntas

El GEG elaboró inicialmente un listado de preguntas clínicas, el cual fue organizado dentro del flujograma de diagnóstico y manejo de la depresión en pacientes adultos con cáncer, para priorizar su pertinencia y relevancia. Tras este proceso, las preguntas clínicas

seleccionadas por relevancia mediante el GEG fueron transformadas en preguntas de investigación, a través de la identificación de cuatro componentes esenciales: población, intervención (o exposición), comparación (si aplica) y desenlaces. Posteriormente, se llevó a cabo una reunión de validación de profesionales de la salud de diferentes instituciones involucrados, donde se discutió la relevancia de cada pregunta PICO dentro del flujograma actual de manejo de la psicopatología en mención, su contribución a la reducción de la variabilidad en la práctica clínica y la mejoría de la práctica clínica global, la posibilidad de otorgar un beneficio importante para el paciente y la pertinencia de ser abordada en una GPC-IE.

2.4. Identificación de desenlaces

Los resultados de la presente GPC están dirigidos a responder a la necesidad de estandarizar los criterios técnicos de diagnóstico y tratamiento de la depresión moderada a grave en pacientes oncológicos.

2.5. Búsqueda de la evidencia

Se procedió a identificar GPC existentes similares al tópico de interés, con la finalidad de evaluar la factibilidad de adoptar o adaptar alguna de ellas, o en su defecto desarrollar una elaboración de novo.

Se realizó la búsqueda de GPC en agencias recopiladoras o elaboradoras: Guidelines International Network (GIN), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Canadian Medical Association (CMA), The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (GuiaSalud, España), Ministerio de Salud de Nueva Zelanda, Ministerio de Salud de Australia, U.S. Preventive Services Task Force, World Health Organization (WHO), Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (México), Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia), Ministerio de Salud Pública (Ecuador), Ministerio de Salud (Perú), Ministerio de Salud (Chile) y Trip Database

El proceso de selección fue desarrollado por 1 metodólogo y 3 clínicos, el cual consistió en un tamizaje inicial de títulos y resúmenes, además de la lectura de texto completo de los estudios seleccionados. El listado de las guías identificadas se presenta en el Anexo 1.

Las GPC identificadas fueron evaluadas aplicando los criterios de preselección propuestos por el Ministerio de Salud (Anexo 2), que incluye los siguientes criterios:

a) Publicación dentro de los cinco años previos.
b) Coincidencia con el tema de la GPC a desarrollar.
c) Población objetivo similar a la GPC a desarrollar.
d) Búsqueda de información en múltiples bases de datos.
e) Búsqueda de evidencia primaria replicable.
f) Estrategias de búsqueda disponibles.
g) Información disponible sobre la conformación del grupo de autores.
h) Descripción del proceso de desarrollo de la GPC.
i) Formulación de recomendaciones informadas en la evidencia encontrada.

Al aplicar el instrumento de preselección de GPC según los criterios de: rigurosidad de la guía, año de publicación, similitud con la población objetivo y coincidencia con el tópico de estudio, se decidió optar por las siguientes Guías de Práctica Clínica puesto que cumplían con los criterios para aplicar la herramienta AGREE II.

- "Evaluación y Abordaje Psicooncológico en Personas Adultas con Cáncer", elaborada por el Instituto Mexicano de Seguridad Social el año 2017(3).

- "Abordaje de la depresión en mujeres con cáncer de mama", elaborado por el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile en el 2017(4).
- "The Management of Depression in Patients with Cancer" elaborada por Cancer Care Ontario el año 2015(5).
- "Integrative Therapies During and After Breast Cancer Treatment": ASCO Endorsement of the SIO Clinical Practice Guideline elaborada por la Sociedad de Oncología Integrativa el año 2018(6).
- Distress Management, elaborada por la National Comprehensive Cancer Network, actualizada en el 2022(7).
- Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Management of Psychosocial Distress, Depression and Anxiety in Adults with Cancer, elaborado por la Asociación Canadiense de Oncología Psicosocial (8).

De acuerdo al Manual Metodológico, sólo las GPC que cumplieron los criterios de preselección, serán evaluadas mediante el instrumento AGREE II, el cual está compuesto por 23 ítems organizados en siete dominios:

Dominio 1. Alcance y Objetivo

Dominio 2. Participación de los implicados

Dominio 3. Rigor en la elaboración

Dominio 4. Claridad de la presentación

Dominio 5. Aplicabilidad

Dominio 6. Independencia editorial

Dominio 7. Valoración global

La evaluación de la calidad de las GPC se realizó aplicando la herramienta AGREE II a través de su plataforma virtual (http://www.agreetrust.org). Esta evaluación fue desarrollada por un par metodológico y un par clínico de forma independiente, con adiestramiento en el uso de la herramienta AGREE II. Las discrepancias mayores a dos puntos en cualquier ítem fueron consideradas discrepancias importantes y requirieron discusión entre los evaluadores hasta lograr un consenso. Los puntajes de las guías evaluadas se presentan en el Anexo 3.

La GPC de Cáncer Care Ontario presentó un 83 % de puntaje global: 92% Dominio 1: Alcance y objetivos; 61% Dominio 2: Participación de los implicados; 86% Dominio 3: Rigor en la elaboración; 86% Dominio 4: Claridad de la Presentación; 56% Dominio 5: Aplicabilidad y 79% Dominio 6: Independencia editorial.

El GEG decidió realizar una GPC de novo, debido a que la GPC de Cancer Care Ontario, a pesar de presentar un alto puntaje, según AGREE-II, no presentaba estrategias de búsqueda replicables ni preguntas PICO similares.

2.6. Revisión y síntesis de la evidencia identificada

Se elaboró una estrategia de búsqueda de novo para las preguntas PICO. La búsqueda sistemática se realizó en tres bases de datos como: MEDLINE, LILACS y Cochrane Library, hasta noviembre de 2021, tomando en consideración los niveles de jerarquía de evidencia, iniciando con revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis, ensayos clínicos aleatorizados y estudios de observacionales. Es decir, si la búsqueda sistemática identificaba más de una revisión sistemática y los estudios primarios se encontraban incluidos, se procedía a incluir solo la o las revisiones sistemáticas. En caso, no se encontrarán revisiones sistemáticas o a pesar de identificarse, el número de estudios primarios actuales fuera superior, el metodólogo procedía a evaluar el riesgo de sesgo de los estudios para decidir cuáles podían ser incluidos en el perfil de evidencia. En el caso de estudios primarios, se consideraron ensayos clínicos y estudios observacionales tipo

cohorte. Las estrategias de búsqueda de cada una de las preguntas se presentan en el Anexo 4.

Luego de haberse obtenido los estudios de cada una de las bases de datos, se exportó a un formato RIS, al gestor de referencias bibliográficas "Zotero", en el cual se removieron duplicados para obtener registros únicos. La gestión documental fue realizada en la aplicación web Rayyan (https://rayyan.qcri.org/welcome) y Google Drive. Se desarrolló una primera fase de selección de títulos y resúmenes desarrollada por dos profesionales del GEG de la GPC. Los textos completos de los registros seleccionados en la fase de tamizaje por títulos y resúmenes fueron puestos a consideración del GEG para decidir su inclusión final. Todas las decisiones finales de inclusión o exclusión de estudios fueron informadas y consensuadas con el GEG.

Metodología para la participación de los pacientes

Se realizó una búsqueda de literatura sobre estudios cualitativos que incluya la perspectiva de los pacientes sobre las preguntas PICO, las cuales fueron incluidas en las tablas EtD.

2.7. Gradación de la evidencia

La calidad metodológica de la evidencia seleccionada fue desarrollada por el metodólogo, mediante herramientas específicas según el tipo de diseño del estudio, tal como se indica en la siguiente tabla:

Tabla 1. Herramientas para la valoración de calidad según tipo de diseño.

Tipo de diseño	Herramienta	Referencia
Revisiones sistemáticas	AMSTAR 2	(9)
Ensayos clínicos aleatorizados	Risk of Bias (RoB)	(10)
Estudios no aleatorizados de intervención	ROBINS-I	(11)
Estudios observacionales (cohortes o casos y controles)	Newcastle-Ottawa (NOS)	(12)
Estudios de precisión diagnóstica	QUADAS 2	(13)

En caso de identificar revisiones sistemáticas con nivel de confianza alto según puntuación AMSTAR 2, se tomó como referencia la valoración de calidad metodológica realizada por los autores de la revisión, siempre que dicha valoración se encontrase disponible a texto completo, detalle los criterios que motivaron los juicios, y haya sido desarrollada con alguna de las herramientas de valoración de calidad mostradas en la Tabla 1. En este caso, el metodólogo corroboró la pertinencia de los juicios para cada uno de los desenlaces priorizados para la presente GPC.

La calificación del cuerpo de la evidencia se realizó utilizando el sistema GRADE (14). La síntesis de evidencia para cada pregunta seleccionada se desarrolló mediante las denominadas tablas de "Resumen de hallazgos" propuestas por la metodología GRADE. Dichas tablas permiten presentar los principales hallazgos en un formato tabular, transparente, estructurado, simple y organizado según desenlaces. En particular, proporciona información clave sobre la certeza o calidad de la evidencia (es decir, la confianza o certeza en una estimación de efecto o asociación) y la magnitud del efecto de las intervenciones examinadas. La jerarquía de evidencia es el elemento central de esta sección. La información derivada de ensayos aleatorios se califica como alta, mientras que la de estudios observacionales se califica como baja. La calificación puede mejorar si los tamaños del efecto observados son grandes, se consideran variables de confusión

plausibles y/o se observa una relación dosis-respuesta. La calificación puede rebajarse si la estimación del tamaño del efecto es imprecisa o inconsistente, y/o no se abordan o controlan las amenazas de sesgo importantes. Se pretende que una calificación de evidencia alta justifique la confianza en la estimación del efecto, mientras que las calificaciones más bajas significan que es probable que la investigación adicional pueda cambiar esa confianza. Las tablas de resumen de hallazgos para las diferentes preguntas incluidas en la GPC se presentan en el Anexo 5.

Niveles de evidencia

Calidad de la evidencia GRADE	Características
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe muy poca probabilidad de que nuevos estudios cambien la certeza de los resultados.
Moderada ⊕⊕⊕○	Probablemente puedan existir nuevos estudios que influyan en la confianza de los resultados estimados y puedan modificarlo.
Baja ⊕⊕○○	Es muy probable que nuevos estudios influyan en la confianza de los resultados estimados y los modifiquen.
Muy baja ⊕○○○	Cualquier resultado estimado es muy incierto.

2.8. Formulación de las recomendaciones.

La formulación de recomendaciones se efectuó aplicando el enfoque GRADE, que permitió integrar la mejor evidencia disponible y la experiencia clínica de los miembros del GEG.

La formulación de recomendaciones se desarrolló mediante los marcos denominados "De la evidencia a la recomendación" (EtD, por sus siglas en inglés) propuestos por la metodología GRADE, que incluyen el análisis de diferentes elementos del contexto de implementación de la recomendación, tales como la certeza general de la evidencia, la incertidumbre o variabilidad en la valoración de los desenlaces principales, el balance entre efectos deseables e indeseables, los recursos necesarios para implementar la intervención, la costo-efectividad de la intervención propuesta, así como aspectos relacionados con la equidad, aceptabilidad y factibilidad.

Los EtD tienen como propósito utilizar la evidencia de una manera sistemática y transparente, asegura que se consideren todos los factores importantes para tomar una decisión, ayudan a estructurar y documentar la discusión e identificar las razones de los desacuerdos, apoyan a los usuarios de las recomendaciones y a los afectados por las decisiones a comprender los juicios realizados por el panel y la evidencia que respalda esos juicios (15).

La presentación de la evidencia al panel de expertos y el posterior diálogo se realizó aplicando la metodología denominada Diálogo Deliberativo, la cual permite guiar la participación de los expertos para obtener como producto final las recomendaciones consensuadas que forman parte de la presente guía (16).

La formulación de recomendaciones se llevó a cabo en reuniones con el GEG y un panel de expertos, a través de la plataforma Zoom Web Conferencing, empleando la metodología denominada "Diálogo Deliberativo", en el cual el metodólogo presentó el "Resumen de hallazgos" para cada pregunta seleccionada y fue construyendo junto con el panel cada recomendación clínica en base a la discusión y análisis de los elementos contextuales propuestos por la metodología GRADE. Durante el diálogo deliberativo se estimuló la participación y discusión entre todos los miembros del panel. Los elementos contextuales a ser discutidos fueron apoyados por datos procedentes de una búsqueda de información previa. Para el caso de la incorporación de los puntos de vista y preferencias de los pacientes, se desarrollaron búsquedas de evidencia manuales sobre estudios cualitativos y entrevistas a representantes de pacientes con el fin de que pudieran reflejar de forma aproximada sus percepciones sobre las intervenciones discutidas. Las decisiones para formular las recomendaciones de la GPC buscaron alcanzar el consenso, de no alcanzarlo se sometió a votación, siendo aprobadas mediante mayoría simple.

Fuerza de la recomendación:

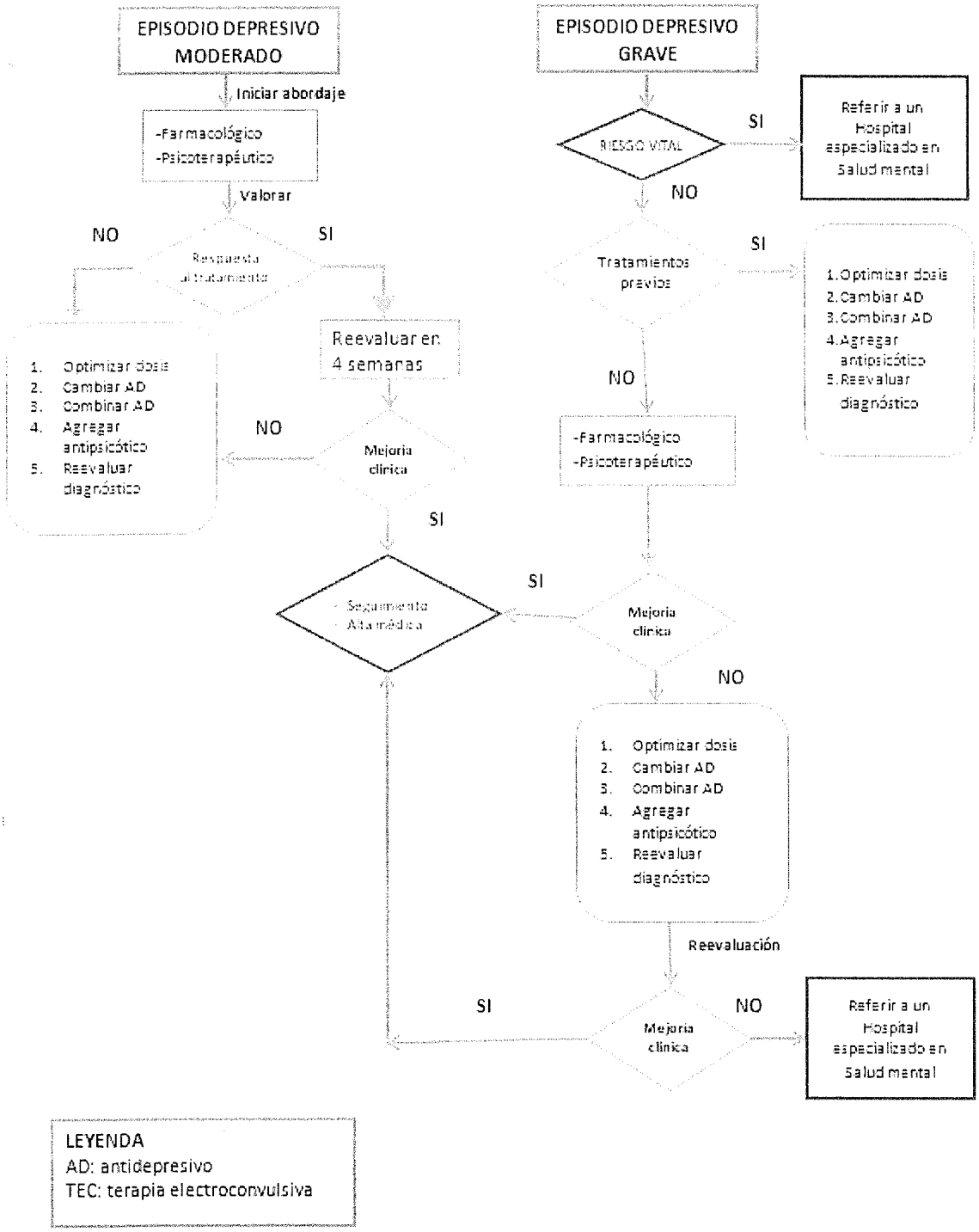
Fuerza de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Los efectos deseables superan los efectos indeseables. **Se recomienda hacerlo**
Débil a favor	Los efectos deseables probablemente superan los efectos indeseables. **Se sugiere hacerlo**
Débil en contra	Los efectos indeseables probablemente superan los efectos deseables. **Se sugiere no hacerlo**
Fuerte en contra	Los efectos indeseables superan los efectos deseables. **Se recomienda no hacerlo**

2.9. Revisión externa.

Se contó con la participación de 2 revisores externos internacionales expertos en Psicooncología, en las áreas de aplicabilidad y relevancia, contenido, estructura y aspectos formales. Se tomó en cuenta los aportes y sugerencias de los mismos para la mejora de la GPC de diagnóstico y tratamiento de la depresión en pacientes adultos con cáncer.

III. RESUMEN DE LA GPC

3.1. Flujograma de manejo del problema



3.2. Lista completa de recomendaciones.

N°	RECOMENDACIONES DE DIAGNÓSTICO
1	Se sugiere realizar una evaluación clínica y psicométrica en pacientes adultos con cáncer con diagnóstico de depresión moderada o grave. ***Recomendación condicional a favor de la intervención basado en una baja certeza de la evidencia.*** ***Consideraciones adicionales:*** - Efectos del tratamiento oncológico (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, medicina paliativa, etc.). - Dolor por enfermedad oncológica. - Estado intenso de inestabilidad emocional. - Baja escolaridad (paciente no lee o no escribe).
2	Se sugiere aplicar el BDI-II en pacientes adultos con cáncer para la evaluación de la severidad de la depresión. ***Recomendación condicional a favor de la intervención basado en evidencia de certeza muy baja.*** ***Consideraciones adicionales:*** - Priorizar y extender la evaluación en los pacientes con sospecha de depresión, enfermedad avanzada y tratamientos complejos, tumores del SNC. - En pacientes adultos mayores complementar el recojo de información con la entrevista a familiares. - Se sugiere aplicar el BDI-II en consulta externa, después de la primera evaluación.
	RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO
1	Se recomienda el uso de escitalopram en pacientes oncológicos y depresión moderada o grave. ***Recomendación condicional a favor de la intervención basado en evidencia de certeza baja.*** Dosis: Iniciar: 5 a 10 mg por las mañanas Objetivo: 10 a 20 mg Máx: 20 mg una vez al día ***Consideraciones adicionales:*** • Evaluar las interacciones del fármaco con otros medicamentos oncológicos que puedan tomar los pacientes. • Tomar en cuenta los efectos secundarios al inicio del tratamiento. • Adecuar el horario de la dosis a la respuesta del paciente luego de la primera administración.

2	***Punto de buena práctica clínica*** Se sugiere administrar la desvenlafaxina en pacientes oncológicos de mama hormonosensible usuarias de tamoxifeno y diagnosticadas con depresión moderada o grave. Dosis: Iniciar: 50 mg (por las mañanas) Objetivo: 50 a 100 mg (por las mañanas) Máximo: 100 mg (por las mañanas) ***Consideraciones adicionales:*** • Revisar antecedentes patológicos y mentales. • Revisar respuestas anteriores a antidepresivos.
3	***Punto de buena práctica clínica:*** Se sugiere la potenciación con antipsicóticos en pacientes con depresión moderada o grave resistente. Dosis de quetiapina adyuvante: Iniciar: 25 mg por la noche. Objetivo: 50 a 100 mg (noche) ***Consideraciones adicionales:*** • Iniciar el tratamiento con dosis bajas según la necesidad del paciente. • Valoración del incremento del apetito. • Psicoeducar al paciente sobre los efectos secundarios de la quetiapina
4	***Punto de Buena Práctica Clínica:*** Se sugiere emplear la duloxetina en pacientes oncológicos con depresión moderada o grave y dolor neuropático severo. Dosis: - Iniciar: 30 mg (mañana). Máximo 60 mg
5	Se recomiendan las intervenciones basadas en *mindfulness* en pacientes oncológicos y depresión moderada o grave. ***Recomendación condicional a favor de la intervención basado en evidencia de certeza moderada.*** ***Consideraciones adicionales:*** • Valoración clínica del paciente. • Estabilidad emocional del paciente bajo medicación (antidepresivos, estabilizadores del ánimo, benzodiacepinas, etc). • Interacción medicamentosa en pacientes oncológicos de mama. • Efectos adversos del tratamiento (Quimioterapia, radioterapia, cirugía, desbalance electrolítico, entre otros.) • Las intervenciones basadas en *mindfulness* deben darse de manera progresiva y considerar patologías donde no son recomendadas como el trastorno estrés post traumático, entre otras. • El personal debe tener especialización en la aplicación de este tipo de técnicas para tener claros el riesgo que determinado ejercicio pueda presentar y cómo manejarlo. • En riesgo suicida (En tratamiento con psicofármacos). • Adherencia al tratamiento.

6	En pacientes adultos con cáncer y depresión moderada o grave se recomienda la intervención colaborativa. ***Recomendación fuerte a favor de la intervención basado en evidencia de certeza alta.*** ***Consideraciones adicionales:*** • En pacientes oncológicos y depresión grave con psicosis, preferir la medicación para la regulación emocional antes de iniciar psicoterapia. • Considerar la interacción medicamentosa en pacientes oncológicos de mama hormonosensibles usuarias de tamoxifeno u otros tipos de cáncer.
7	Se recomienda la aplicación de la psicoterapia grupal en pacientes adultos con cáncer y depresión. ***Recomendación condicional a favor de la intervención basado en evidencia de certeza moderada.*** ***Consideraciones adicionales:*** • El paciente con diagnóstico de depresión grave debe estar bajo medicación y regulación emocional. • Estabilidad emocional del paciente para la integración a la psicoterapia grupal.
8	***Punto de buena práctica clínica:*** Adecuar el número de sesiones de acuerdo al modelo terapéutico. Considerar los aspectos de enfermedad (tipo de tratamiento), aspectos psicosociales y adherencia al tratamiento al inicio de la intervención. Depresión Moderada 10 a 12 sesiones (cada dos semanas), considerando las tecnologías en salud de ser necesario. Depresión Grave 12 a 16 sesiones (semanales), considerando las tecnologías en salud. Incorporar a la familia como apoyo en el abordaje psicoterapéutico ante situaciones de crisis, riesgo suicida y conductas lesivas Considerar la comorbilidad (presencia de otros desórdenes mentales y/o enfermedades físicas)
9	Se sugiere realizar la atención semanal a pacientes oncológicos y depresión grave y quincenalmente para casos moderados. ***Recomendación condicional a favor de la intervención basado en evidencia de certeza baja.*** ***Consideraciones adicionales:*** Considerar la funcionalidad, estabilidad física del paciente y efectos adversos del tratamiento oncológico. Considerar la posibilidad del uso de psicoterapia virtual.
10	Se sugiere aplicar la psicoterapia *online* en pacientes oncológicos y depresión moderada o grave. ***Recomendación condicional, basada en evidencia de baja certeza*** ***Consideraciones adicionales:*** • Preguntar las preferencias del paciente sobre la modalidad de la intervención. • Evaluar la estabilidad, funcionalidad del paciente y fase de enfermedad.

	• En casos de depresión grave, priorizar la intervención psicofarmacológica con el objetivo de lograr la regulación emocional antes de iniciar la psicoterapia *online*. • Considerar el apoyo/acompañamiento *online* al cuidador en casos de depresión grave. • Tener en consideración determinadas situaciones de riesgo o crisis en el paciente donde no es recomendable la terapia online, tales como: ansiedad excesiva, ideación suicida, psicosis, conflictos familiares de importancia o pacientes menores de edad sin que haya contacto con responsables legales.

IV. DESARROLLO DE LAS PREGUNTAS Y RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA

4.1. Diagnóstico

4.1.1. Conceptos generales y específicos:

Definición: Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por al menos un episodio depresivo que dura mínimo dos semanas y que involucra síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y somáticos (32, 33).

Etiología: Las causas de depresión en pacientes oncológicos son diversas, una compleja interacción de factores biopsicosociales empeora la situación del paciente afectado (34). Son considerados factores de riesgo relevantes: la edad, el sexo femenino, el tipo y estadio clínico de la enfermedad neoplásica, el tratamiento oncológico activo o paliativo en curso, presencia de dolor físico, red social de apoyo limitada, pobre funcionalidad, antecedentes de trastornos del ánimo y de consumo de sustancias tóxicas (35).

Fisiopatología: Intenta ser explicada por distintas teorías; entre ellas, la hipótesis de las monoaminas, con la desregulación de los neurotransmisores de serotonina, dopamina y noradrenalina, vinculados a patrones de síntomas específicos en el curso de la enfermedad, cambios cerebrales estructurales y funcionales, y la epigenética con la interacción de factores genéticos y ambientales (36, 37, 38). Además, en pacientes oncológicos existen factores mediados por citoquinas proinflamatorias y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal hiperactivo (39, 40).

Criterios diagnósticos: En el Perú, el Ministerio de Salud, utiliza, para uniformizar la codificación del diagnóstico de los diferentes tipos de Depresión, el Código Internacional de Enfermedades - CIE-10-OMS.

Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo, CIE-10 (29)

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo. C. Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
Síndrome Somático Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos, de aquí denominados "somáticos" tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se usan términos como biológicos, vitales, melancólicos o

endogenomorfos). Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

(1) Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes, en actividades que normalmente eran placenteras.
(2) Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.
(3) Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
(4) Empeoramiento matutino del humor depresivo.
(5) Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas).
(6) Pérdida marcada de apetito.
(7) Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes) (8) Notable disminución la libido.

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, CIE-10. OMS

Criterios de gravedad del episodio depresivo, CIE-10 (29)

A. Criterios generales para episodio depresivo

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. – Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo, y sentimientos de inferioridad.
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones. – Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo. – Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome somático

- **Episodio depresivo leve:** están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
- **Episodio depresivo moderado:** están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

- **Episodio depresivo grave:** deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, CIE-10. OMS.

4.1.2. Presentación de la pregunta y resumen de la evidencia identificada.

1. *En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave ¿La evaluación psicométrica y clínica es más efectiva para el diagnóstico que una valoración clínica?*
2. *En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave ¿Es el Inventario de Depresión de Beck (BDI) más adecuado que la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) para la evaluación de la depresión?*

4.1.3. Graduación de la calidad de evidencia según GRADE.

Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación de la pregunta 1.

La búsqueda sistemática realizada en 3 bases de datos identificó 51 estudios, no se hallaron duplicados, se incluyeron 3 artículos para revisión por título y resumen. La selección se realizó por pares y se incluyeron 3 artículos para lectura a texto completo. Se realizó la selección de 1 estudio observacional que respondía a la pregunta PICO.

Bonacchi et al 2010 (17), realizaron un estudio observacional (transversal no analítico) en Florencia, Italia con el objetivo de evaluar el distrés psicosocial en pacientes recientemente diagnosticados con cáncer, así como también identificar el rol de la entrevista en la evaluación psicológica. Se le administraron cuestionarios para valorar el distrés, psicopatología y necesidades psicosociales, además de una entrevista psicológica a 320 pacientes de una institución especializada.

El uso de más de un cuestionario en la evaluación de la angustia y la psicopatología se asocia con un menor cumplimiento y una información redundante. Por otro lado, la entrevista clínica tiene un papel fundamental en la evaluación clínica y el acceso al apoyo psicológico. El estudio concluye que la eficacia óptima de los programas de evaluación del distrés en pacientes oncológicos se alcanza cuando un único cuestionario de evaluación de la angustia se asocia a una entrevista clínica.

El GEG refirió que la evidencia identificada tiene una certeza muy baja, debido a que este es un estudio observacional y está realizado con una muestra muy pequeña, que no favorece la generalización de los resultados en otros contextos.

Beneficios y daños potenciales

El GEG considera que la entrevista posee una relevancia superior a cualquier otra técnica de evaluación psicológica. No obstante, los instrumentos psicométricos permiten una valoración más precisa de la severidad de la depresión a partir de las valoraciones.

Por otro lado, no todos los pacientes oncológicos se encuentran en condiciones de responder cuestionarios, siendo relevante valorar los efectos adversos del tratamiento, el dolor, intensidad de labilidad afectiva, baja escolaridad y discapacidad que pueda presentarse durante la valoración por el profesional de la salud mental.

Valores y preferencias

El panel refiere que los pacientes en su mayoría suelen aceptar y recibir la valoración clínica como psicométrica de manera favorable.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

La mayoría de los miembros del GEG considera que favorece a la valoración combinada (clínica y psicométrica).

Uso de recursos

El GEG considera que esta intervención implicaría la adquisición de las pruebas psicológicas para hacer una valoración más precisa y por ende los tratamientos serían más oportunos, generando así ahorros moderados, lo cual generaría la optimización de costos. No se han identificado evaluaciones económicas sobre el tema.

Aceptabilidad

El GEG considera que esta intervención probablemente sea aceptada por todos los involucrados.

Factibilidad

El GEG indica que esta intervención sería factible que se implemente.

Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación de la pregunta 2.

Se realizó una búsqueda sistemática en 3 bases de datos, identificando 94 estudios, se hallaron 7 duplicados, se revisaron 87 estudios por título y resumen, se excluyeron 82. La selección se realizó por pares y se incluyeron 5 artículos para lectura a texto completo. Se realizó la selección de 1 estudio exploratorio que respondía a la pregunta PICO.

Lambert et al 2015, realizaron un estudio exploratorio (transversal descriptivo, instrumental) en New South West, Australia, con el objetivo de establecer la relación entre puntajes de diferentes escalas que valoran la depresión en pacientes diagnosticados con cáncer. Se le administraron cuestionarios los cuestionarios HADS-D, PHQ-9, DASS, CES-D y BDI vía computarizada y una entrevista estructurada como Gold Standard (SCID) (18).

El estudio refiere que el BDI-II posee una sensibilidad al 95% para casos de depresión moderados de 66.7 (43.1 - 84.5) y especificidad al 95% de 87.8 (80.1 - 92.9). Para casos graves, presenta una sensibilidad al 95% de 47.6 (26.4 - 69.7) y especificidad al 95 % de 97.3 (92.0 - 99.3)

Asimismo, el estudio reporta que el HADS-D presenta para casos de depresión moderada una sensibilidad al 95% de 65.2 (42.8 - 82.2) y especificidad al 95% de (80.7 - 92.5). Para casos de depresión grave, reporta una sensibilidad al 95% de 34.8 (17.2 - 57.2) y especificidad al 95% (88.5 - 97.3).

El GEG refirió que la evidencia identificada tiene una certeza muy baja, debido a que este es un estudio observacional y está realizado con una muestra muy pequeña.

Beneficios y daños potenciales

El GEG considera que el Inventario de Depresión de Beck presenta como beneficio el poder categorizar y corroborar a nivel psicométrico la severidad de la depresión. Sin

embargo, tiene como limitación la consideración de síntomas físicos, los cuales no necesariamente están atribuidos a la depresión, sino también pueden estar asociados a los efectos del cáncer y su tratamiento.

Valores y preferencias

El panel refiere que los pacientes en su mayoría suelen aceptar tanto la valoración clínica como psicométrica de manera favorable.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

La mayoría de los miembros del GEG considera que favorece a la valoración combinada (clínica y psicométrica).

Uso de recursos

El GEG considera que esta intervención implicaría la adquisición de las pruebas psicológicas para hacer una valoración más precisa y por ende los tratamientos serían más oportunos, generando así ahorros moderados. No se han identificado evaluaciones económicas sobre el tema.

Aceptabilidad

El GEG considera que esta intervención probablemente sea aceptada por todos los involucrados.

Factibilidad

El GEG indica que esta intervención sería factible que se implemente.

4.1.4. Recomendaciones.

1. En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave ¿La evaluación psicométrica y clínica es más efectiva para el diagnóstico que una valoración clínica?

Recomendación:
Se sugiere realizar la evaluación clínica y psicométrica en pacientes adultos con cáncer con diagnóstico de depresión moderada o grave.

Recomendación condicional a favor de la intervención basado en evidencia de certeza muy baja.

Consideraciones adicionales:
Se deben revisar las siguientes consideraciones antes de optar por una evaluación psicológica (entrevista y cuestionario psicométrico) a los pacientes oncológicos:
Efectos adversos del tratamiento oncológico (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, medicina paliativa, etc.).
Dolor por enfermedad oncológico.
Estado intenso de labilidad afectiva.
Baja escolaridad (paciente no lee o no escribe).

2. ***En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave ¿Es el Inventario de Depresión de Beck (BDI) más adecuado que la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) para la evaluación de la depresión?***

Recomendación:
Se sugiere aplicar el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI) en pacientes adultos con cáncer para la evaluación de la severidad de la depresión.

Recomendación condicional a favor de la intervención basado en evidencia de certeza muy baja.

Consideraciones adicionales:
Priorizar y extender la evaluación en los pacientes con sospecha de depresión con enfermedad avanzada y tratamientos complejos y tumores del SNC.
En pacientes mayores complementar el recojo de información con la entrevista a familiares.
La aplicación del instrumento se sugiere que se aplique en consulta externa, después de la sesión de motivo de consulta.

4.2. Tratamiento:

4.2.1. Conceptos generales y específicos

A. **Tratamiento farmacológico:** Los antidepresivos son fármacos dirigidos a mejorar los síntomas asociados a la depresión y existen diferentes tipos según su estructura química y su mecanismo de acción. Existe un tiempo de latencia para el comienzo de sus efectos terapéuticos que puede ser de 2 a 4 semanas, aunque algunos estudios señalan una respuesta más temprana, especialmente en aquellos pacientes que al final alcanzan la remisión del cuadro. (31)

B. **Tratamiento no farmacológico.**

- **Psicoterapia:** Según la European Association for Psychotherapy (EAP), la psicoterapia podría definirse como un tratamiento o intervención terapéutica integral, deliberada y planificada, basada en una formación amplia y específica en alteraciones del comportamiento, enfermedades o necesidades más amplias de desarrollo personal, relacionadas con causas y factores psicosociales y psicosomáticos. Para ello utiliza métodos psicoterapéuticos científicos, en una interacción de uno o varios individuos con uno o varios psicoterapeutas, con el objetivo de mitigar o eliminar los síntomas, cambiar actitudes y patrones de comportamiento alterados, y favorecer un proceso de madurez, desarrollo, salud mental y bienestar. (30)

4.2.2. Presentación de la pregunta y resumen de la evidencia científica

1. ¿Es el escitalopram (ISRS) el antidepresivo con menores efectos secundarios frente a la sertralina o fluoxetina en el tratamiento de la depresión moderada o grave en pacientes adultos con cáncer?

2. ¿Cuál es la efectividad y seguridad de la desvenlafaxina en comparación con otros antidepresivos para reducir los síntomas de depresión moderada o grave en pacientes oncológicos de mama hormonosensible usuarias de tamoxifeno?
3. En pacientes adultos con cáncer con depresión moderada o grave resistente ¿Es preferible la potenciación con otros fármacos frente al cambio de antidepresivo?
4. En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave y dolor neuropático severo ¿Es efectiva y segura la duloxetina frente a la amitriptilina para la mejoría clínica, calidad de vida y funcionalidad?
5. En pacientes adultos con cáncer con depresión moderada o grave ¿Cuál es la psicoterapia más efectiva para la disminución de síntomas moderados o graves a leves o sin síntomas?
6. En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave ¿Es la intervención colaborativa más efectiva frente a la monoterapia para la mejoría clínica, calidad de vida y funcionalidad?
7. En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave ¿Es la psicoterapia grupal más efectiva que la psicoterapia individual para la disminución de síntomas moderados o graves a leves o sin síntomas?
8. En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave, ¿Cuál es el tiempo de tratamiento (número de sesiones) más efectivo para la disminución de síntomas moderados o graves a leves o sin síntomas?
9. En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave, ¿La frecuencia de tratamiento psicoterapéutico semanal es más efectivo que el tratamiento quincenal para la reducción de síntomas moderados o graves a leves o sin síntomas?
10. En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave ¿Es más efectiva la psicoterapia presencial frente a la psicoterapia online?

4.2.3. Graduación de la calidad de la evidencia según GRADE

Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación de la pregunta 1.

Se realizó la búsqueda sistemática, no se identificaron estudios que respondan a la pregunta PICO; sin embargo, se encontró un estudio de evidencia indirecta.

Cipriani et al (2009), mediante un metaanálisis valoraron la eficacia y seguridad del escitalopram frente a otros antidepresivos, entre los que se incluían la sertralina y fluoxetina. Encontraron que la eficacia del escitalopram es superior frente a los grupos de pacientes tratados con sertralina (OR de 1.06 [0.73 a 1.53]) y fluoxetina (OR de 0.81 [0.60 a 1.10]) respectivamente (evaluados con la Escala Montgomery-Asberg) (19).

La RS en mención sostiene que no hay evidencia que el escitalopram este asociado con menor o mayor tasa de eventos adversos que la fluoxetina (OR 0.80, 95% CI 0.59 a 1.07), p =0.13; 4 estudios, 804 participantes).

Asimismo, el estudio refiere que no hay evidencia que el escitalopram este asociado con menor o mayor tasa de eventos adversos que la sertralina (OR 0.62, 95% CI 0.33 a 1.19, p = 0.15; 2 estudios, 483 participantes).

Beneficios y daños potenciales

El balance de daños versus beneficios según la evidencia y la opinión del panel de expertos le da un peso mayor al uso del escitalopram.

El panel de expertos considera, según su experiencia, que el escitalopram genera menores efectos adversos en pacientes con depresión.

Valores y preferencias

El representante de pacientes menciona, según su experiencia, que el uso del escitalopram le ha generado menores efectos adversos que la fluoxetina.

El panel considera que posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes en la valoración de los pacientes respecto de los desenlaces de interés.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

El panel de expertos mayoritariamente considera que probablemente favorece al uso de escitalopram frente a otros antidepresivos.

Uso de recursos

Los requerimientos de los recursos fueron mostrados por el INEN y el costo es de 0.41 céntimos.

Por mayoría, el panel considera que los costos son moderados para el uso de escitalopram en pacientes oncológicos y depresión moderada a grave.

Aceptabilidad

El panel de expertos y el grupo elaborador en su mayoría consideran que tanto el personal de salud como los pacientes probablemente sí acepten el uso de escitalopram.

Factibilidad

El panel de expertos, por unanimidad, considera que sí se implementaría el uso de escitalopram en pacientes adultos con cáncer. Cabe resaltar que el INEN ya tiene implementada esta intervención.

Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación de la pregunta 2.

La búsqueda sistemática no encontró estudios que respondan categóricamente a la pregunta, por tanto, decidió responder mediante un consenso.

Se han realizado estudios que manifiestan la preocupación por las interacciones entre el tamoxifeno y los antidepresivos que inhiben el citocromo P450 2D6 (CYP2D6), reduciendo la conversión del tamoxifeno en el metabolito activo endoxifeno y, por tanto, incrementando los riesgos de recurrencia y mortalidad (20). Sin embargo, otros estudios meta-análicos han sugerido que las reducciones de endoxifeno no implican un incremento de la recurrencia del cáncer de mama o índices de mortalidad, posiblemente porque la dosis terapéutica de tamoxifeno satura completamente los receptores de estrógeno (21,22). Sin embargo, el panel de expertos considera evitar el uso concomitante de los inhibidores potentes del CYP2D6 (por ejemplo, paroxetina, fluoxetina, sertralina en dosis altas, bupropión) con el tamoxifeno.

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

El panel de expertos, en su mayoría, sostiene que el balance entre los beneficios y daños favorece al uso de la desvenlafaxina frente a otros antidepresivos.

Valores y preferencias

El panel de expertos, considerando la experiencia y la opinión del representante de pacientes, sostiene por unanimidad que, probablemente, hay incertidumbre y variabilidad importantes sobre las preferencias de los pacientes ante el uso de la desvenlafaxina.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

En relación al balance entre los beneficios y daños el panel de expertos opina que favorece al uso de la desvenlafaxina frente a otros antidepresivos.

Uso de recursos

El panel de expertos considera que la inclusión de la desvenlafaxina generaría costos moderados.

Aceptabilidad

El panel considera que la intervención sí sería aceptada por los involucrados.

Factibilidad

El panel considera que la intervención sí sería factible de ser implementada.

Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación de la pregunta 3.

La búsqueda sistemática identificó 56 artículos, no se encontraron duplicados, no se incluyeron para la selección por título y resumen debido a que no respondieron a la pregunta PICO. No obstante, se identificó un estudio que respondió a la pregunta PICO de manera indirecta.

Wen et al. realizaron una revisión sistemática con metaanálisis con el objetivo de evaluar la eficacia y tolerabilidad del aumento de los antidepresivos (ATD) con antipsicóticos atípicos (AAP) para tratar a los pacientes con trastorno depresivo mayor (23). Para tal fin, compararon la eficacia y seguridad de la quetiapina vs placebo en una población sólo con depresión. Los pacientes oscilaban entre 18 a 65 años, de ambos sexos y presentaban el diagnóstico de Depresión Mayor, según DSM-IV (único o recurrente). Se excluyeron: a) Diagnóstico actual o pasado de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, b) trastorno de estrés postraumático, c) DMD con patrón estacional o trastornos disociativos (según la definición del DSM-IV), d) pacientes femeninas embarazadas o en período de lactancia, e) trastorno límite de la personalidad, f) depresión con rasgo psicótico, g) abuso de alcohol o sustancias. Los resultados arrojaron que el tratamiento a corto plazo (4 semanas) fue significativamente diferente del tratamiento a largo plazo (6-12 semanas). La tasa de interrupción debida a efectos adversos fue mayor para el tratamiento complementario con antipsicóticos. A modo de conclusión, estos resultados demuestran que la potenciación de los antidepresivos con los antipsicóticos (olanzapina, quetiapina, aripiprazol y risperidona) fue más eficaz que el placebo para mejorar las tasas de respuesta y remisión, aunque se asoció a una mayor tasa de interrupción por efectos adversos.

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

El panel de expertos en su mayoría sostiene que el balance entre los beneficios y daños favorece al uso de antipsicóticos frente a otros antidepresivos.

Valores y preferencias

El panel de expertos, considerando la experiencia y la opinión del representante de pacientes, sostiene por unanimidad que probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes en torno a las preferencias de los pacientes sobre la potenciación con antipsicóticos.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

En relación al balance entre los beneficios y daños, el panel de expertos opina que favorece al uso de antipsicóticos frente a otros antidepresivos.

Uso de recursos

Según la información del INEN el costo de la quetiapina solicitado a través de un documento técnico es S/. 0.94. Tal información genera costos elevados, según considera el panel de expertos.

Aceptabilidad

El panel considera que la intervención sí sería aceptada por los involucrados.

Factibilidad

El panel considera que la intervención sí sería factible de ser implementada.

Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación de la pregunta 4.

La búsqueda sistemática identificó 35 artículos, no se encontraron duplicados, no se incluyeron para la selección por título y resumen debido a que no respondieron a la pregunta PICO. Sin embargo, el panel de expertos decidió realizar un consenso para considerar el uso de la duloxetina como punto de buena práctica clínica.

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

El panel de expertos, en su mayoría, sostiene que el balance entre los beneficios y daños favorece al uso de duloxetina frente a la amitriptilina.

Valores y preferencias

El panel, en función a la experiencia, sostiene que posiblemente existe incertidumbre o variabilidad importante en relación a los desenlaces de interés.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

El panel de expertos, en su mayoría, refiere que probablemente favorece al uso de la duloxetina.

Uso de recursos

El fármaco en mención no se encuentra registrado en DIGEMID. El panel de expertos considera, en base a la información obtenida por el GEG, por unanimidad que los costos son moderados.

Aceptabilidad

El panel no llegó a un acuerdo sobre la aceptabilidad del fármaco, por tanto, se considera "variable".

Factibilidad

El panel considera que la intervención sí sería factible de ser implementada.

Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación de la pregunta 5.

La búsqueda sistemática no identificó artículos que respondan a la pregunta PICO. Sin embargo, se identificó mediante búsqueda manual un estudio que responde solo a la comparación de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM) frente a la Terapia Cognitivo Conductual.

Sheikhzasesh et al. realizaron un ensayo clínico para valorar la eficacia de las intervenciones Terapia Cognitivo Basada en Mindfulness y la Terapia Cognitivo

Conductual en pacientes depresivos. Se emplearon el Inventario de Depresión de Beck (BDI II), la Escala de Fatiga relacionada con la Compasión (CFS) e Inventarios corto Revisado de Alianza de Trabajo (WAI-SR) (24). La población estuvo constituida por 100 pacientes adultos con cáncer de ambos sexos que aceptaron participar en el estudio cuyas edades oscilaban entre 31 a 40 años. El estado civil de los participantes fue: casado (86.2 %), soltero (10.3%), viudo (1.7%) y divorciado (1,7%). El nivel educativo fue de noveno grado (41%), décimo segundo grado (39%) y universitario (18%). Los tipos de cáncer incluidos fueron mama, colon y linfoma. Los análisis estadísticos se realizaron a través del software Análisis SPSS-16, aplicándose los estadísticos descriptivos: promedio, desviación estándar y frecuencia. Los resultaron indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas en el tamaño de los efectos entre ambas intervenciones.

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

Para el panel de expertos, en su mayoría, el *mindfulness* es una de las intervenciones con mayor evidencia disponible para la disminución de síntomas depresivos. De igual forma el panel de expertos niega que el *mindfulness* genera efectos adversos al ser aplicada la intervención, sin embargo, la literatura menciona contraindicaciones a considerar.

Valores y preferencias

No se identificaron estudios sobre valores y preferencias con respecto a la intervención en mención. No obstante, el panel de expertos considera que posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes al respecto.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

El panel de expertos no llegó a un consenso sobre el balance entre las consecuencias favorables o desfavorables.

Uso de recursos

El panel refiere que los requerimientos de recursos de aplicar el *mindfulness* generarían ahorros moderados.

Aceptabilidad

El panel considera que la aplicación del *mindfulness* sería aceptado para el personal de salud y los pacientes.

Factibilidad

El panel considera que la intervención sí sería factible de ser implementada.

Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación de la pregunta 6.

La GPC del manejo de la depresión moderada o grave en pacientes oncológicos sugiere al respecto:

"Las intervenciones colaborativas deberían considerarse para los pacientes oncológicos a los que se les diagnostica una depresión moderada o grave; esto implica, la colaboración activa entre el oncólogo o el proveedor de atención primaria y un gestor de atención al paciente (enfermera, trabajador social, psicólogo), con un tratamiento farmacológico supervisado por un psiquiatra de consulta, según sea necesario. El gestor de cuidados realiza psicoeducación, intervenciones psicosociales estructuradas y activación conductual o terapia de resolución de problemas, y además, se encarga de supervisar los progresos" (5).

Asimismo, se realizó una búsqueda sistemática para actualizar la evidencia de la GPC en 3 bases de datos y se identificaron 202 estudios, no se hallaron duplicados, se excluyeron 196 estudios por título y resumen. La selección se realizó por pares y se incluyeron 6 artículos para lectura a texto completo. Se realizó la selección de 1 revisión sistemática con metaanálisis, elaborada por los autores de la GPC en mención con el objetivo de actualizar la evidencia científica.

Li et al. realizaron una búsqueda sistemática en MEDLINE; EMBASE, PsycINFO y Cochrane Library de Julio del 2005 a enero 2015 para ECA para el tratamiento de la depresión en pacientes oncológicos y depresión mayor, o que cumplen con el umbral de depresión a través de una escala validada. Las intervenciones incorporadas en el estudio fueron farmacológicas, psicoterapéuticas y colaborativas (25).

Los resultados clave incluyeron ocho informes de cuatro intervenciones de atención colaborativa, ocho ensayos farmacológicos y nueve psicológicos. Un metaanálisis demostró que las intervenciones colaborativas fueron significativamente más eficaces que la atención habitual (diferencia de medias estandarizada = -0,49, p = 0,003), y la reducción de la depresión se mantuvo a los 12 meses. En comparación, se demostró la eficacia a corto plazo (hasta 12 semanas), pero no a largo plazo, de las intervenciones farmacológicas y psicológicas. Los pacientes oncológicos se pueden beneficiar de las intervenciones farmacológicas o psicológicas, sin evidencia de superioridad de algún tratamiento específico sobre el otro. La intervención colaborativa se encontró efectiva para el tratamiento de la depresión.

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

El panel de expertos, mayormente, sostiene que el balance favorece a los beneficios versus daños potenciales.

Valores y preferencias

El panel de expertos, considerando la experiencia y la opinión del representante de pacientes, sostiene que, probablemente, no hay incertidumbre ni variabilidad importantes en torno a las preferencias de los pacientes sobre la temática en mención.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

En relación al balance entre los beneficios y daños el panel de expertos opina que favorece a la intervención colaborativa.

Uso de recursos

El panel de expertos manifiesta que la intervención colaborativa genera ahorros moderados.

Aceptabilidad

El panel considera que la intervención sí sería aceptada tanto por el personal de salud, como por los pacientes.

Factibilidad

El panel considera que la intervención sí sería factible de ser implementada.

Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación de la pregunta 7.

La GPC de manejo de la depresión en pacientes oncológicos brinda la siguiente recomendación con respecto a la psicoterapia grupal en pacientes oncológicos y depresión moderada o grave.

"Para los pacientes con una presentación inicial de depresión moderada y un problema de salud físico crónico, ofrecer la siguiente opción de intervenciones psicológicas de alta intensidad:

- TCC grupal o TCC individual (para los pacientes que rechazan la TCC grupal, para quienes no sea apropiada esta terapia o cuando ésta no se encuentra disponible como intervención).
- Terapia conductual de pareja para las personas que tienen una pareja habitual y en las que la relación puede contribuir al desarrollo o mantenimiento de la depresión, o cuando se considere que la participación de la pareja tiene un beneficio terapéutico potencial" (25).

La búsqueda sistemática identificó 16 artículos, se encontró 1 duplicado, se incluyeron 15 para la selección por título y resumen. Se seleccionaron 5 estudios para revisión a texto completo. Finalmente se decidió emplear 1 artículo que respondiera a la pregunta PICO.

Rissanen et al. realizaron un ensayo clínico con el objetivo de evaluar la eficacia de las modalidades de intervención grupal vs individual en pacientes oncológicos de mama (26). Las intervenciones empleadas fueron psicoeducación sobre el manejo del estrés, intervención grupal basada en la terapia cognitivo conductual y la intervención individual basada en la terapia cognitivo conductual. Durante la primera fase de la intervención, los síntomas relacionados al trauma por cáncer al inicio fueron del 79 % y a los tres meses disminuyeron al 72%. En tal sentido no se presentaron diferencias significativas entre el grupo de intervención y grupo control. En la segunda fase el 52 % de los pacientes randomizados acudieron a la terapia grupal y el 71% de los pacientes randomizados acudieron a la terapia individual. Luego de finalizada la intervención en ambas modalidades se identificó una reducción estadísticamente significativa de los síntomas de malestar emocional. Finalmente, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de ambos grupos.

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

El panel de expertos en su mayoría refiere que los beneficios de la psicoterapia grupal en pacientes oncológicos y depresión moderada o grave son grandes y los daños potenciales serían pequeños dada la modalidad no invasiva de la misma.

Valores y preferencias

No se identificaron estudios sobre valores y preferencias con respecto a la psicoterapia en mención. Sin embargo, el panel de expertos considera que posiblemente existe incertidumbre o variabilidad importantes al respecto.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

El panel de expertos no llegó a un consenso sobre el balance entre las consecuencias favorables o desfavorables.

Uso de recursos

El panel refiere que los requerimientos de recursos de aplicar la psicoterapia grupal en pacientes oncológicos generarían ahorros moderados.

Aceptabilidad

El panel considera que la psicoterapia grupal sería aceptable para el personal de salud y los pacientes.

Factibilidad

El panel considera que la intervención sí sería factible de ser implementada.

Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación de la pregunta 8.

La estrategia de búsqueda no identificó estudios que respondan a la pregunta PICO. Sin embargo, el panel de expertos estableció un consenso en base a su experiencia con respecto a la pregunta PICO.

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

El panel de expertos, en su mayoría, refiere según su experiencia, un número de 10 a 12 sesiones para la depresión moderada y 12 a 16 sesiones para el abordaje en depresión grave, los cuales generan beneficios grandes para este grupo de pacientes.

Valores y preferencias

No se identificaron estudios sobre valores y preferencias con respecto a la intervención en mención.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

El panel de expertos no llegó a un consenso sobre el balance entre las consecuencias favorables o desfavorables.

Uso de recursos

El panel refiere que los requerimientos de recursos de aplicar la psicoterapia en los tiempos en mención, generarían ahorros moderados.

Aceptabilidad

El panel considera que la modalidad grupal sería aceptable para el personal de salud y los pacientes.

Factibilidad

El panel considera que la intervención sí sería factible de ser implementada.

Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación de la pregunta 9.

La estrategia de búsqueda no identificó estudios que respondan a la pregunta PICO; sin embargo, se realizó una búsqueda manual que favoreció la incorporación de un ensayo clínico que aporta a la pregunta en mención.

Bruijniks et al. realizaron un ensayo clínico multicéntrico donde comparan la eficacia de la terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal en las frecuencias de una vez y dos veces por semana en pacientes diagnosticados con depresión mayor a través de una entrevista estructurada según el DSM-IV (27). Los estudios refirieron una mejor respuesta para ambos modelos psicoterapéuticos bajo la frecuencia de dos veces por semana a diferencia de una vez por semana.

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

El panel de expertos en su mayoría refiere según su experiencia la modalidad semanal para el abordaje en depresión grave, los cuales generan beneficios grandes para este grupo de pacientes.

Valores y preferencias

No se identificaron estudios sobre valores y preferencias con respecto a la intervención en mención. Sin embargo, el panel de expertos considera que existe incertidumbre y variabilidad importante en torno a la modalidad semanal.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

El panel de expertos en consenso refiere que la modalidad semanal genera un efecto moderado en pacientes adultos con cáncer y depresión moderada a grave.

Uso de recursos

El panel refiere que los requerimientos de recursos de aplicar la modalidad semanal, generaría ahorros moderados.

Aceptabilidad

El panel considera que la frecuencia de atenciones será aceptable para el personal de salud y los pacientes.

Factibilidad

El panel considera que la intervención sí sería factible de ser implementada.

Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación de la pregunta 10.

La búsqueda sistemática identificó 39 artículos, de los cuales no se identificaron duplicados, se incluyeron 39 para la selección por título y resumen. La selección se realizó por pares y se agregó una búsqueda manual, identificándose 1 estudio para lectura a texto completo. La búsqueda se realizó priorizando intervenciones face-to-face e intervenciones *online* en casos de depresión no oncológica.

El ensayo clínico aleatorizado de Wagner et al. (28), analizó el efecto de intervenciones cognitivo-conductuales breves con una duración de 8 semanas bajo las modalidades *online* vs face-to-face en pacientes identificados con depresión mediante el Inventario de Depresión de Beck II. Se realizaron estudios pre y post test en ambas modalidades, encontrando una disminución significativa de síntomas depresivos. Con respecto al tamaño del efecto entre ambos grupos al finalizar de la sesión no se obtuvieron diferencias (d = .00). Por tanto, ambas modalidades, de acuerdo con el estudio, son igualmente beneficiosas para el paciente con depresión.

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

La evidencia presenta beneficios favorables para el paciente diagnosticado con depresión moderada o grave. El panel considera que los efectos deseables son variables de acuerdo a la casuística.

La casuística varía en función a la severidad de la depresión y las comorbilidades psicopatológicas asociadas, tales como los trastornos del sueño, ansiedad, trastornos cognitivos entre otros, que complejizan la intervención. Por otro lado, el deterioro físico producido por la enfermedad oncológica, la fase de la enfermedad, el soporte socio-familiar contribuye o desfavorece a un óptimo tratamiento psicoterapéutico.

Valores y preferencias

Los pacientes suelen tener preferencia por la modalidad presencial, "debido a la confianza y rapport establecido", según manifiesta el equipo representante de pacientes oncológicos.

El panel considera que probablemente hay incertidumbre o variabilidad importantes sobre las preferencias de los pacientes oncológicos diagnosticados con depresión moderada a grave.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

El panel considera que el balance riesgo-beneficio favorece a la psicoterapia *online*.

Uso de recursos

El panel desconoce los costos que implicaría el incorporar la psicoterapia *online* a la institución de salud; sin embargo, considera que un estudio de costo-efectividad favorecería a la implementación de la psicoterapia *online* para pacientes oncológicos.

Aceptabilidad

Esta intervención involucra no solo a los profesionales de la salud, sino también a los pacientes. Debido a la coyuntura durante la pandemia y la vulnerabilidad de los pacientes, la necesidad de la psicoterapia *online* es más pertinente.

El panel considera que la intervención si sería aceptada por las partes involucradas.

Factibilidad

El panel considera que la intervención si sería factible de realizar.

4.2.4. Recomendaciones

1 ***¿Es el escitalopram (ISRS) el antidepresivo con menores efectos secundarios frente a la sertralina o fluoxetina en el tratamiento de la depresión moderada o grave en pacientes adultos con cáncer?***

Recomendación:
Se recomienda el uso de escitalopram en pacientes oncológicos y depresión moderada o grave.

Recomendación condicional a favor de la intervención basado en evidencia de certeza baja
Dosis:
Iniciar: 5 a 10 mg por las mañanas
Objetivo: 10 a 20 mg
Máx. :20 mg una vez al día

Consideraciones adicionales:
Evaluar las interacciones del fármaco con otros medicamentos oncológicos que

2 ***¿Cuál es la efectividad y seguridad de la desvenlafaxina en comparación con otros antidepresivos para reducir los síntomas de depresión moderada o grave en pacientes oncológicos de mama hormonosensible usuarias de tamoxifeno?***

Punto de buena práctica clínica
Se sugiere administrar la desvenlafaxina en pacientes oncológicos de mama hormonosensible usuarias de tamoxifeno con depresión moderada o grave.
Dosis: .
Iniciar: 50 mg por las mañanas
Objetivo: 50 a 100 mg por las mañanas
Máx.: 100 mg por las mañanas

Consideraciones adicionales:
Revisar antecedentes patológicos y mentales.
Revisar respuestas anteriores a antidepresivos.

3 ***En pacientes adultos con cáncer con depresión moderada o grave resistente ¿Es preferible la potenciación con otros fármacos frente al cambio de antidepresivo?***

Punto de buena práctica:
Se sugiere la potenciación con antipsicóticos en pacientes con depresión moderada o grave resistente.
Dosis de quetiapina adyuvante
Iniciar: 25 mg por la noche
Objetivo: 50 a 100 mg (noche)

Consideraciones adicionales:
Iniciar el tratamiento con dosis bajas según la necesidad del paciente.
Valoración del incremento del apetito.
Informar al paciente sobre los efectos secundarios de la quetiapina.

4 ***En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave y dolor neuropático severo ¿Es efectiva y segura la duloxetina frente a la amitriptilina para la mejoría clínica, calidad de vida y funcionalidad?***

Punto de buena práctica:
Se sugiere emplear la duloxetina en pacientes oncológicos con depresión moderada o grave y dolor neuropático severo.
Dosis:
Iniciar: 30 mg por la mañana
Máximo: 60 mg

5 ***En pacientes adultos con cáncer con depresión moderada o grave ¿Cuál es la psicoterapia más efectiva para la disminución de síntomas moderados o graves a leves o sin síntomas?***

Recomendación:
Se recomiendan aplicar las intervenciones basadas en *mindfulness* en pacientes oncológicos y depresión moderada o grave.
Recomendación condicional a favor de la intervención basado en evidencia de certeza moderada.

Consideraciones adicionales:
Valoración clínica del paciente.
Estabilidad emocional del paciente bajo medicación (antidepresivos, estabilizadores del ánimo, benzodiacepinas, etc).
Efectos adversos del tratamiento (Quimioterapia, radioterapia, cirugía, desbalance electrolítico, entre otros).
En riesgo suicida (En tratamiento con psicofármacos).
Adherencia al tratamiento.

6 ***En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave ¿Es la intervención colaborativa más efectiva frente a la monoterapia para la mejoría clínica, calidad de vida y funcionalidad?***

Recomendación:
En pacientes adultos con cáncer y depresión moderada o grave se recomienda la intervención colaborativa.

Recomendación fuerte a favor de la intervención basado en evidencia de certeza alta.
Consideraciones adicionales
En pacientes oncológicos y depresión mayor con psicosis, preferir la medicación para la regulación emocional antes de iniciar psicoterapia (depresión grave).
Considerar la interacción medicamentosa en pacientes oncológicos de mama

7 ***En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave ¿Es la psicoterapia grupal más efectiva que la psicoterapia individual para la disminución de síntomas moderados o graves a leves o sin síntomas?***

Recomendación:
Se recomienda la aplicación de la psicoterapia grupal en pacientes adultos con cáncer y depresión.

Recomendación condicional a favor de la intervención basado en evidencia de certeza moderada.
Consideraciones adicionales:
El paciente con diagnóstico de depresión grave debe estar bajo medicación y regulado emocionalmente.
Estabilidad emocional del paciente para la integración a la psicoterapia grupal.

8 En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave, ¿Cuál es el tiempo de tratamiento (número de sesiones) más efectivo para la disminución de síntomas moderados o graves a leves o sin síntomas?

Punto de buena práctica clínica:
Adecuar el número de sesiones de acuerdo con el modelo terapéutico.
Considerar los aspectos de enfermedad (tipo de tratamiento), aspectos psicosociales y adherencia al tratamiento al inicio de la intervención.
Depresión moderada: 10 a 12 sesiones (cada dos semanas), considerando las tecnologías en salud en caso sea necesario.
Depresión grave: 12 a 16 sesiones (semanales), considerando las tecnologías en salud.
Incorporar a la familia como apoyo durante el abordaje psicoterapéutico ante situaciones de crisis, riesgo suicida y conductas lesivas.
Considerar la comorbilidad (presencia de otros desórdenes mentales y/o enfermedades

9 En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave, ¿La frecuencia de tratamiento psicoterapéutico semanal es más efectivo que el tratamiento quincenal para la reducción de síntomas moderados o graves a leves o sin síntomas?

Recomendación
Se sugiere aplicar la modalidad semanal para pacientes oncológicos y depresión grave y quincenal para casos de depresión moderada.

Recomendación condicional a favor de la intervención basado en evidencia de certeza baja.
Consideraciones adicionales:
Se debe considerar la funcionalidad, estabilidad física del paciente y efectos adversos del tratamiento oncológico.

10 En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave ¿Es más efectiva la psicoterapia presencial frente a la psicoterapia online?

Recomendación:
Se sugiere aplicar la psicoterapia *online* en pacientes oncológicos y depresión moderada o grave.
Recomendación condicional, basada en evidencia de baja certeza

Consideraciones adicionales:
Valorar las preferencias del paciente sobre la modalidad de intervención. Asimismo, considerar la estabilidad, funcionalidad y fase de enfermedad.
En casos de depresión grave, priorizar la regulación emocional a través de la farmacoterapia, antes de iniciar la psicoterapia *online*.
Considerar el apoyo/acompañamiento online del cuidador en casos de depresión.
Considerar el acceso a la tecnología, conocimiento y uso adecuado de red de conectividad por parte del paciente.
Considerar el ambiente y privacidad por parte del paciente para la atención *online*.

V. PLAN PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA GPC.

Esta GPC será actualizada en un plazo de cinco años. De existir nueva evidencia que pueda modificar o generar nuevas recomendaciones, deberá realizarse la actualización de la presente guía. Los temas no considerados en esta guía deberán ser abordados en la actualización.

VI. PLAN PARA EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA GPC

El grupo elaborador de la GPC-IE del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica del INEN, en el marco del plan de implementación de la GPC realzará el monitoreo y evaluación del desarrollo de las acciones previstas con énfasis en la adherencia de las recomendaciones de la GPC-IE, para ello elaborará un plan de implementación.

La Jefatura del INEN, a través de la Oficina de Gestión de la Calidad del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, realizará la auditoría de la adherencia a las recomendaciones de la GPC-IE por parte del personal de salud involucrado en el uso de la GPC-IE.

6.1. Plan de implementación

Recomendaciones trazadoras

El GEG realizará una priorización de recomendaciones de la guía, los mismos que serán parte del plan de implementación para la aplicación de dichas recomendaciones en la práctica clínica.

Consideraciones para elaboración del plan de implementación

- El grupo elaborador realiza el proceso de priorización de las recomendaciones de la GPC-IE para la implementación.
- El INEN constituye el equipo responsable de la implementación de la GPC-IE.
- El equipo responsable de implementación formula el diagnóstico situacional en su ámbito de jurisdicción.
- El equipo responsable de implementación identifica las barreras y facilitadores para la implementación de las recomendaciones priorizadas.
- El equipo responsable de la implementación formula el plan de implementación tomando en consideración el objetivo, metodología, estrategias; así como el monitoreo y evaluación (indicadores de estructura, proceso y resultados) de implementación de la GPC (ver anexo 6).

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud. Documento técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica [Internet]. 2015 [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/314118-documento-tecnico-metodologia-para-la-elaboracion-de-guias-de-practica-clinica
2. Resolución Ministerial N° 302-2015-MINSA [Internet]. [citado el 8 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/194791-302-2015-minsa
3. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Evaluación y Abordaje Psicooncológico en Personas adultas con Cáncer en el Tercer Nivel [Internet]. 2017 [citado el 1 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.actuamed.com.mx/informacion-medica/evaluacion-y-abordaje-psicooncologico-en-personas-adultas-con-cancer-en-tercer
4. Ministerio de Salud de SP. Abordaje de la depresión en mujeres con cáncer de mama. Subsecr Salud Pública [Internet]. mayo de 2017 [citado el 1 de junio de 2022]; Disponible en: http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/2278
5. Cancer Care Ontario. Management of Depression in Patients With Cancer: A Clinical Practice Guideline - PubMed [Internet]. [citado el 1 de junio de 2022]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27382000/
6. Lyman GH, Greenlee H, Bohlke K, Bao T, DeMichele AM, Deng GE, et al. Integrative Therapies During and After Breast Cancer Treatment: ASCO Endorsement of the SIO Clinical Practice Guideline. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. el 1 de septiembre de 2018;36(25):2647–55.
7. National Comprehensive Cancer Network. Distress Management [Internet]. NCCN Guidelines. [citado el 1 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail
8. Canadian Association of Psychosocial Oncology. Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Management of Psychosocial Distress, Depression and Anxiety in Adults with Cancer [Internet]. Canadian Partnership Against Cancer. 2015 [citado el 20 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.partnershipagainstcancer.ca/db-sage/sage20161035/
9. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical

appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ. 358:j4008.

10. Higgins JPT, Green S, editores. Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones [Internet]. The Cochrane Collaboration; 2011 [citado el 9 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/Manual_Cochrane_510_reduit.pdf

11. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. BMJ. 2016;355: i4919.

12. Wells G, Shea B, O'Connell D, Peterson J. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses [Internet]. 2000 [citado el 9 de diciembre de 2020]. Disponible en: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp

13. Whiting PF, Rutjes AWS, Westwood ME, Mallett S, Deeks JJ, Reitsma JB, et al. QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. Ann Intern Med. 2011;155(8):529–36.

14. Grupo de trabajo GRADE. Manual GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation), Versión en español 2017 [Internet]. Disponible en: http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/

15. Moberg J, Oxman AD, Rosenbaum S, Schünemann HJ, Guyatt G, Flottorp S, et al. The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions. Health Res Policy Syst. 2018;16(1):45.

16. Gloria Carmona, Catherine Bonilla, Karen Huamán, Nora Reyes, Gisely Hijar, Patricia Caballero. Utilidad de los diálogos deliberativos para la formulación de recomendaciones de guías de práctica clínica. Rev perú med exp salud publica [Internet]. 34(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000400023

17. Bonacchi A, Rossi A, Bellotti L, Franco S, Toccafondi A, Miccinesi G, et al. Assessment of psychological distress in cancer patients: a pivotal role for clinical interview. Psychooncology. 2010;19(12):1294–302.

18. Lambert SD, Clover K, Pallant JF, Britton B, King MT, Mitchell AJ, et al. Making Sense of Variations in Prevalence Estimates of Depression in Cancer: A Co-Calibration of Commonly Used Depression Scales Using Rasch Analysis. J Natl Compr Cancer Netw JNCCN. octubre de 2015;13(10):1203–11.

19. Cipriani A, Santilli C, Furukawa TA, Signoretti A, Nakagawa A, McGuire H, et al. Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. Cochrane Database Syst Rev. el 15 de abril de 2009;(2):CD006532.

20. Breitbart W. Do antidepressants reduce the effectiveness of tamoxifen? Psychooncology. enero de 2011;20(1):1–4.

21. Cronin-Fenton DP, Lash TL. Clinical epidemiology and pharmacology of CYP2D6 inhibition related to breast cancer outcomes. Expert Rev Clin Pharmacol. mayo de 2011;4(3):363–77.

22. Cronin-Fenton DP, Damkier P, Lash TL. Metabolism and transport of tamoxifen in relation to its effectiveness: new perspectives on an ongoing controversy. Future Oncol. enero de 2014;10(1):107–22.

23. Meta-analysis on the efficacy and tolerability of the augmentation of antidepressants with atypical antipsychotics in patients with major depressive disorder - PubMed [Internet].

[citado el 1 de junio de 2022]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24919175/

24. Sheikhzadeh M, Zanjani Z, Baari A. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety, Depression, and Fatigue in Cancer Patients: A Randomized Clinical Trial. Iran J Psychiatry. julio de 2021;16(3):271–80.

25. Li M, Kennedy EB, Byrne N, Gérin-Lajoie C, Katz MR, Keshavarz H, et al. Management of Depression in Patients With Cancer: A Clinical Practice Guideline. J Oncol Pract. agosto de 2016;12(8):747–56.

26. Rissanen R, Arving C, Ahlgren J, Nordin K. Group versus individual stress management intervention in breast cancer patients for fatigue and emotional reactivity: a randomised intervention study. Acta Oncol Stockh Swed. 2014;53(9):1221-1229.

27. Bruijniks SJE, Lemmens LHJM, Hollon SD, Peeters FPML, Cuijpers P, Arntz A, et al. The effects of once- versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. Br J Psychiatry. abril de 2020;216(4):222–30.

28. Wagner B, Horn AB, Maercker A. Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. J Affect Disord. enero de 2014;152–154:113–21.

29. Guía de Bolsillo de La Clasificación CIE 10. Clasificacipon de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Mayo, 2000.

30. European Association for Psychotherapy. Definition of the profession of Psychotherapy [citado 20 sep 2013]. Disponible en: http://www.europsyche.org/ contents/13219/definition-of-the-profession-of-psychotherapy.

31. Taylor MJ, Freemantle N, Geddes JR, Bhagwagar Z. Early onset of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressant action: systematic review and meta-analysis. Arch Gen Psychiatry. 2006;63(11):1217-23.

32. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima Revisión (CIE-10). De 2018. Washington, D.C; 2018.

33. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. 5ta. Edición. Editorial Médica Panamericana; 2014.

34. Rojas O, Fuentes C, Robert V. Psicooncología en el hospital general. Alcances en depresión y cáncer. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2017 [citado 29 de septiembre de 2022];28(3):450-9. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300767

35. Méndez JM, Prat MFH, Gil FL. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. 2004. 1(2-3):211-30.

36. Malhi GS, Mann JJ. Depression. Lancet Lond Engl. 2018;392(10161):2299-312.

37. Cabrera-Gutierrez L, Mendoza-Luna E, Obando-Castro P. Factores asociados a los niveles de depresión situacional en pacientes oncológicos. 2010. 3(2):96-103.

38. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortes JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. Rev Bioméd [Internet]. 2017 [citado 29 de septiembre de 2022];28(2):89-115. Disponible en: https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/557.

39. Pousa Rodríguez V, Miguelez Amboage A, Hernández Blázquez M, González Torres MÁ, Gaviria M. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. Rev Colomb Cancerol [Internet]. 2015 [citado 29 de septiembre de 2022];19(3):166-72. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-90152015000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=es

40. Sotelo JL, Musselman D, Nemeroff C. The biology of depression in cancer and the relationship between depression and cancer progression. Int Rev Psychiatry Abingdon Engl. 2014;26(1):16-30.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: Búsqueda de guías en repositorios

Repositorios de GPC	Palabras clave	Publicaciones encontradas	Nombre de la GPC preseleccionada
GIN GUIDELINES https://guidelines.ebmportal.com/	Cancer Depression	3	Management of Depression in Patients With Cancer: A Clinical Practice Guideline
Tripdatabase https://www.tripdatabase.com/	Clinical practical guideline Cancer Depression	1	Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: Guideline adaptation
Canadian Medical Association https://www.cma.ca/En/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx	Cancer Depression	3	Management of Depression in Patients With Cancer: A Clinical Practice Guideline
SIGN http://www.sign.ac.uk/	Cancer Depression	0	0
NCCN https://www.nccn.org/	Cancer Depression	1	Distress Management
NICE https://www.nccn.org/	Cancer Distress	0	0
Australia https://www.clinicalguidelines.gov.au/	Depression	0	0
Ministry of Health New Zealand https://www.health.govt.nz/publications?f%5B0%5D=im_field_publication_type%3A26	Depression	0	0
AHRQ https://www.guideline.gov/	Clinical practical guideline Cancer Depression	1	0
U.S. Task Force https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations	Cancer Depression Treatment	1	0

WHO/OPS http://www.who.int/publications/guidelines/year/en/	Cancer Depression Treatment	0	0
Repositorios de GPC	**Palabras clave**	**Publicaciones encontradas**	**Nombre de la GPC preseleccionada**
Ministerio de Salud de Colombia http://gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/buscador_gpc.aspx	Cancer Depresión	1	0
cenetec -México http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?cat=56	Depresión psicooncología	1	Evaluación y abordaje psicooncológico en personas adultas con cáncer en el primer nivel
Ministerio de Salud CHILE https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/guias-clinicas/	Cáncer Depresión	0	Abordaje de la depresión en mujeres con cáncer de mama
Sistema Nacional de Salud España http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc	Depresión	1	0
Ministerio de Salud Ecuador http://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica/	Depresión	1	0
Ministerio de Salud Perú	Depresión	1	0
IETSI- EsSalud http://www.essalud.gob.pe/ietsi/guias_pract_clini.html	Depresión	1	0

ANEXO 2A. Tabla de pre-selección de GPC identificadas en búsqueda

GPC/ CRITERIOS DE PRESELECCIÓN	Management of Depression in Patients With Cancer: A Clinical Practice Guideline 2015	Abordaje de la Depresión en mujeres con cáncer de mama 2017	Integrative Therapies During and After Breast Cancer Treatment: ASCO Endorsement of SIO Clinical Practice Guideline 2018
1. Año de publicación no mayor de 5 años	No	Sí	Sí
2. Coincide con el tópico de estudio	Sí	Sí	Sí
3. ¿La población objetivo es similar?	Sí	Sí	Sí

4. ¿Se da información sobre la conformación del grupo de autores?	Sí	Sí	Sí

GPC/ CRITERIOS DE PRESELECCIÓN	Management of Depression in Patients With Cancer: A Clinical Practice Guideline 2015	Abordaje de la Depresión en mujeres con cáncer de mama 2017	Integrative Therapies During and After Breast Cancer Treatment: ASCO Endorsement of SIO Clinical Practice Guideline 2018
5. ¿Se describe el proceso de desarrollo de la guía?	Sí	Sí	Sí
6. ¿Se realizaron búsquedas de información en múltiples bases de datos?	Sí	Sí	No
7. ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	Sí	Sí	Sí
8. ¿Se establecen recomendaciones dentro del documento informadas en la evidencia encontrada?	Sí	Sí	Sí
Aplica para evaluación mediante AGREE II	Sí	Sí	Sí

ANEXO 2B. Tabla de pre-selección de GPC identificadas en búsqueda

GPC/ CRITERIOS DE PRESELECCIÓN	Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Management of Psychosocial Distress, Depression and Anxiety in Adults with Cancer 2015	NCCN Guidelines Distress Management 2020	Evaluación y abordaje psicooncológico en personas adultas con cáncer en el primer nivel de atención 2017
1. Año de publicación no mayor de 5 años	No	Sí	Sí
2. Coincide con el tópico de estudio	Sí	Sí	No
3. ¿La población objetivo es similar?	Sí	Sí	Sí
4. ¿Se da información sobre la conformación del grupo de autores?	Sí	No	Sí

5. ¿Se describe el proceso de desarrollo de la guía?	Sí	No	Sí
6. ¿Se realizaron búsquedas de información en múltiples bases de datos?	Sí	Sí	Sí
GPC/ CRITERIOS DE PRESELECCIÓN	Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Management of Psychosocial Distress, Depression and Anxiety in Adults with Cancer 2015	NCCN Guidelines Distress Management 2020	Evaluación y abordaje psicooncológico en personas adultas con cáncer en el primer nivel de atención 2017
7. ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	Sí	No	Sí
8. ¿Se establecen recomendaciones dentro del documento informadas en la evidencia encontrada?	Sí	Sí	Sí
Aplica para evaluación mediante AGREE II	Sí	Sí	Sí

ANEXO 3. Evaluación de calidad de GPC preseleccionadas con AGREE II

GPC/ Dominios AGREE II	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6	Evaluación global
	Alcance y objetivos	Participación de los implicados	Rigor en la elaboración	Claridad de la presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial	
Evaluación y Abordaje Psicooncológico en personas adultas con cáncer / México /2017	61%	42%	35%	67%	21%	50%	50%
Abordaje de la Depresión en mujeres con cáncer de mama / Chile/ 2017	94%	56%	63%	61%	8%	79%	75%
Management of Depression in Patients With Cancer: A Clinical Practice Guideline /Canadá / 2015	92%	61%	86%	86%	56%	79%	83%

Integrative Therapies During and After Breast Cancer Treatment: ASCO Endorsement of the SIO Clinical Practice Guideline	64%	61%	65%	83%	38%	75%	75%
GPC/ Dominios AGREE II	**Dominio 1**	**Dominio 2**	**Dominio 3**	**Dominio 4**	**Dominio 5**	**Dominio 6**	**Evaluación global**
	Alcance y objetivos	**Participación de los implicados**	**Rigor en la elaboración**	**Claridad de la presentación**	**Aplicabilidad**	**Independencia editorial**	
NCCN Guidelines Distress Management	31%	44%	20%	64%	31%	8%	33%
Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Management of Psychosocial Distress, Depression and Anxiety in Adults with Cancer	83%	64%	67%	81%	54%	83%	67%

ANEXO N° 4. Estrategias de búsqueda para cada pregunta PICO, evaluación de riesgo de sesgo de los estudios incluidos

PREGUNTAS DE DIAGNÓSTICO

Pregunta N° 01

En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave ¿La evaluación psicométrica y clínica es más efectiva para el diagnóstico que una valoración clínica?

a. Criterios de selección:

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipos de estudios
Pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave.	Evaluación psicométrica y entrevista clínica	Entrevista clínica	Precisión diagnóstica	Revisiones sistemáticas Estudios de sensibilidad y especificidad de pruebas diagnósticas

b. Fuentes de búsqueda:

- Medline (vía Pubmed)

- Cochrane Library
- Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

c. **Periodo de búsqueda:** Hasta el 7 de octubre de 2021

d. **Estrategia de búsqueda**

Medline/Embase (vía Pubmed)

N°	Término de búsqueda	Resultados
1	("Neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplas*"[Title/Abstract] OR "tumor*"[Title/Abstract] OR "cancer*"[Title/Abstract] OR "malignan*"[Title/Abstract] OR "benign*"[Title/Abstract]) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR "depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract] OR ("depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR ("major depressive disorder*"[Title/Abstract] OR "Involutional Depression"[Title/Abstract] OR "involutional psychos*"[Title/Abstract] OR "Involutional Melancholia"[Title/Abstract])))	27775
2	"Psychometrics"[MeSH Terms]	81037
3	"psychometric"[Title/Abstract]	48937
4	"Psychometrics"[MeSH Terms] OR "psychometric"[Title/Abstract]	101474
5	"interview, psychological"[MeSH Terms]	15226
6	"psychological interview"[Title/Abstract]	119
7	"psychological interview*"[Title/Abstract]	184
8	"interview, psychological"[MeSH Terms] OR "psychological interview*"[Title/Abstract] OR "psychologic interview"[Title/Abstract]	15375
9	("Neoplasms"[MeSH Terms] OR ("neoplas*"[Title/Abstract] OR "tumor*"[Title/Abstract] OR "cancer*"[Title/Abstract] OR "malignan*"[Title/Abstract] OR "benign*"[Title/Abstract])) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR ("depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract])) AND ("Psychometrics"[MeSH Terms] OR "psychometric"[Title/Abstract]) AND ("interview, psychological"[MeSH Terms] OR ("psychological interview*"[Title/Abstract] OR "psychologic interview*"[Title/Abstract]))	**27**

Cochrane Library

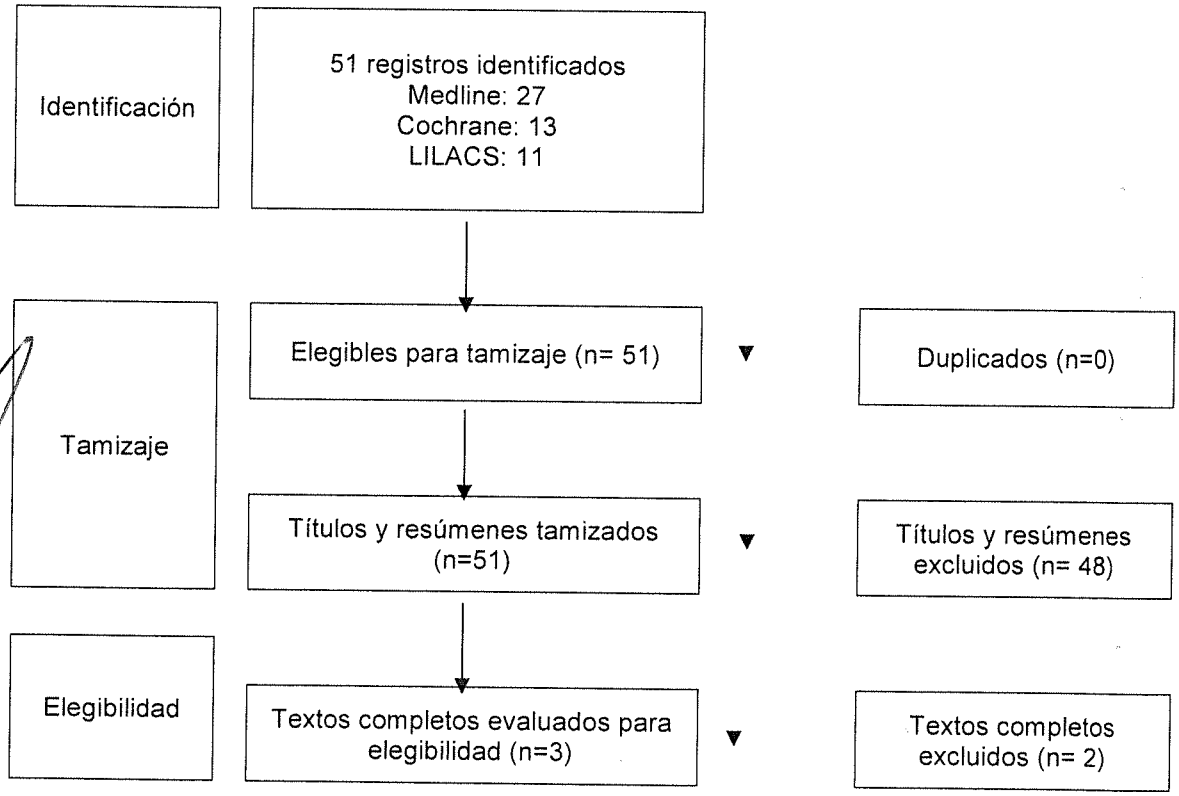
ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	84044
#2	("Cancer" OR cancer* OR neoplas* OR tumor* OR malignan*):ti,ab,kw	233575
#3	#1 OR #2	233575
#4	MeSH descriptor: [Depression] explode all trees	13228

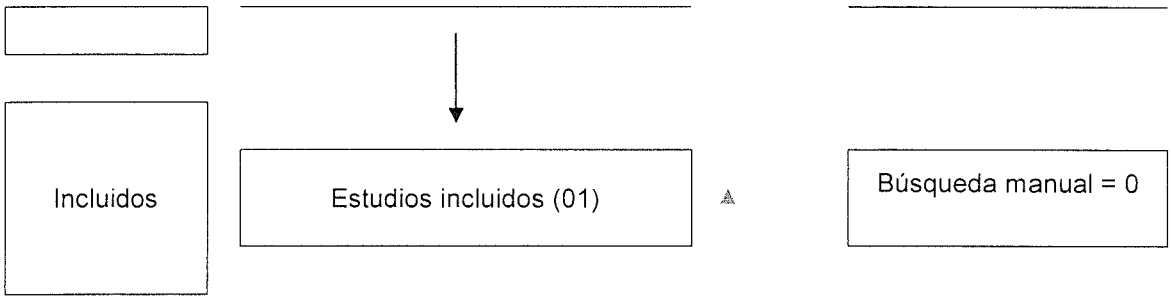
#5	(depression):ti,ab,kw	82151
#6	#4 OR #5	82151
#7	#3 AND #6	7027
#8	MeSH descriptor: [Psychometrics] explode all trees	2880
#9	(psychometric*):ti,ab,kw	6078
ID	**Search**	**Hits**
#10	#8 OR #9	6078
#11	MeSH descriptor: [Interview, Psychological] explode all trees	706
#12	("interview"):ti,ab,kw	23421
#13	#11 OR #12	23421
#14	#7 AND #10 AND #13	**13**

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

ID	Search	Hits
1	(cancer) OR (neoplasm*) AND (depres*) AND (psychometric*) AND (interview*) AND (db:("IBECS" OR "LILACS"))	**11**

e. Flujograma de selección de estudios





Motivo de exclusión de artículos durante lectura a texto completo

	Autor	Motivo de exclusión
1	Pessin et al 2005	No valora la integración de la valoración clínica y psicométrica
2	Henry et al 2014	Combina ansiedad y depresión y no integra las dos intervenciones

f. Evidencia seleccionada

	Estudio	Diseño
1	Bonacchi, A., Rossi, A., Bellotti, L., Franco, S., Toccafondi, A., Miccinesi, G. and Rosselli, M. (2010), Assessment of psychological distress in cancer patients: a pivotal role for clinical interview. Psycho-Oncology, 19: 1294-1302. https://doi.org/10.1002/pon.1693	Observacional

Pregunta N° 02

En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave, ¿Es el Inventario de Depresión de Beck (BDI) más adecuado que la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) para la evaluación de la depresión?

a. Criterios de selección:

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipos de estudios
Pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave.	Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	Escala de Ansiedad y Depresión (HADS)	Sensibilidad y Especificidad	Revisión Sistemática Estudios de sensibilidad y especificidad de pruebas diagnósticas

b. Fuentes de búsqueda:

- Medline (vía Pubmed)
- Cochrane Library
- Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DIRECCION DE MEDICINA OPE

c. **Periodo de búsqueda:** Hasta el 12 de octubre de 2021

d. **Estrategia de búsqueda**

Medline (vía Pubmed)

N°	Término de búsqueda	Resultados
1	("Neoplasms"[MeSH Terms] OR ("neoplas*"[Title/Abstract] OR "tumor*"[Title/Abstract] OR "cancer*"[Title/Abstract] OR "malignan*"[Title/Abstract] OR "benign*"[Title/Abstract])) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR ("depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract]))	27.395
2	"beck depression inventory"[Title/Abstract]	13.296
3	BDI[Title/Abstract]	9.715
4	("beck depression inventory"[Title/Abstract]) OR (BDI[Title/Abstract])	16.318
5	"hospital anxiety and depression scale"[Title/Abstract]	9.493
6	HADS[Title/Abstract]	6.247
7	("hospital anxiety and depression scale"[Title/Abstract]) OR (HADS[Title/Abstract])	11.049
8	((("Neoplasms"[MeSH Terms] OR ("neoplas*"[Title/Abstract] OR "tumor*"[Title/Abstract] OR "cancer*"[Title/Abstract] OR "malignan*"[Title/Abstract] OR "benign*"[Title/Abstract])) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR ("depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract]))) AND (("beck depression inventory"[Title/Abstract]) OR (BDI[Title/Abstract]))) AND (("hospital anxiety and depression scale"[Title/Abstract]) OR (HADS[Title/Abstract]))	**37**

Cochrane Library

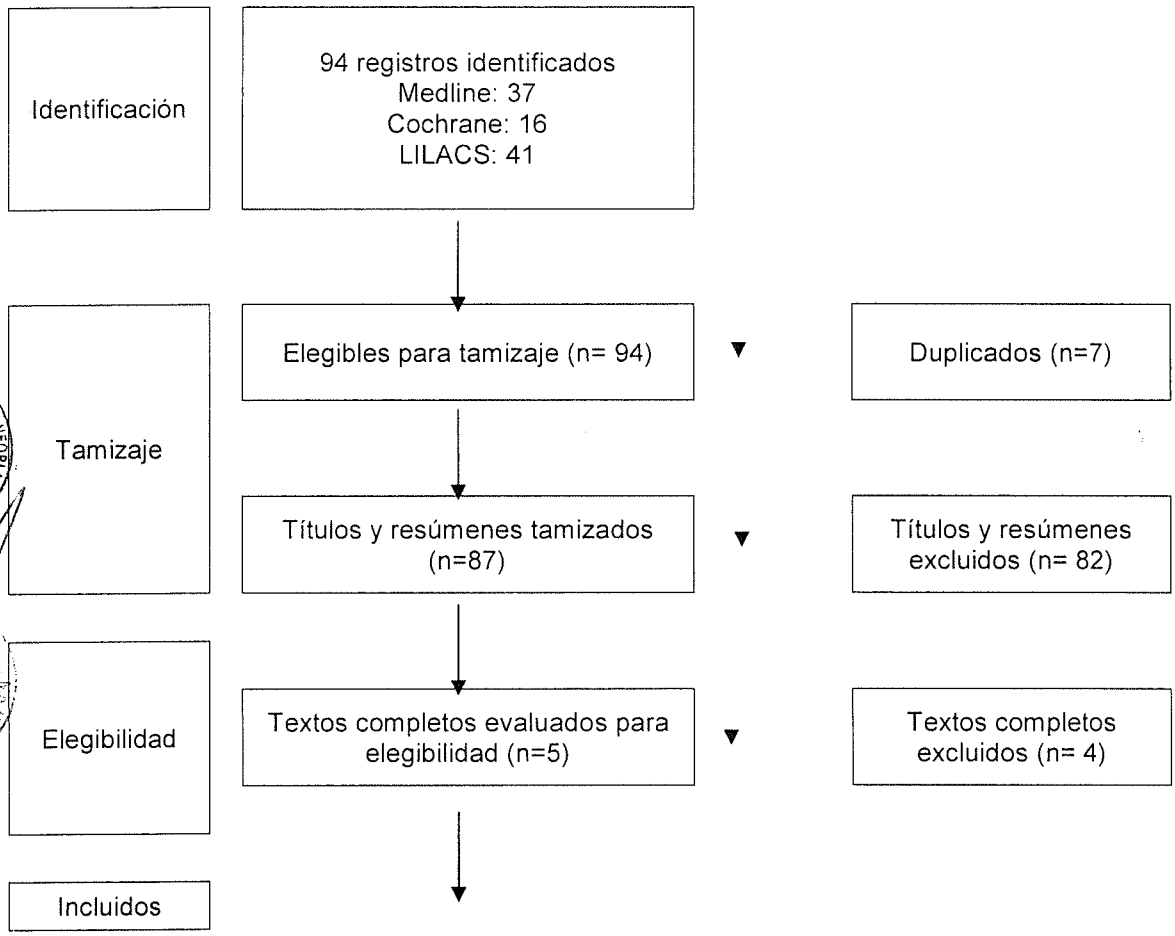
ID	Término de búsqueda	Resultados
#1	MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	84044
#2	("Cancer" OR cancer* OR neoplas* OR tumor* OR malignan*):ti,ab,kw	223325
#3	#1 OR #2	233575
#4	MeSH descriptor: [Depression] explode all trees	13228
#5	(depression):ti,ab,kw	82151
#6	#4 OR #5	82151
#7	#3 AND #6	7027
#8	Beck Depression Inventory	5140

#9	(BDI*):ti,ab,kw	3513
#10	#8 OR #9	6290
#11	(Hospital anxiety and depression scale):ti,ab,kw	5735
#12	(HADS*):ti,ab,kw	2955
#13	#11 OR #12	6371
#14	#7 AND #10 AND #13	**16**

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

ID	Término de búsqueda	Resultados
1	(cancer) OR (neoplasm*) AND (depres*) AND ("hospital anxiety and depression scale") OR (hads) OR ("escala hospitalaria de ansiedad y depresión") AND ("beck depression inventory") OR ("inventario de depresión de beck") OR (bdi) AND (db:("IBECS" OR "LILACS" OR "BDENF" OR "INDEXPSI"))	**41**

e. Flujograma de selección de estudios



	Estudios incluidos (n=1)

f. Motivo de exclusión de artículos durante lectura a texto completo

	Autor	Motivo de exclusión
1	Wakefield et al 2015	Revisión sistemática que no brinda estudios de sensibilidad y especificidad
2	Raineri et al 2020	Solo presenta estudios de validez concurrente del BDI y HADS
3	Nelson et al 2010	Revisión sistemática sólo en población oncológica geriátrica con depresión. No presenta estudios de sensibilidad y especificidad.
4	Padmalatha et al 2021	Revisión Sistemática que no responde a la pregunta. Evalúa el riesgo de presentar depresión después de una mastectomía

g. Evidencia seleccionada

	Estudio	Diseño
1	Lambert SD, Clover K, Pallant JF, Britton B, King MT, Mitchell AJ, Carter G. Making Sense of Variations in Prevalence Estimates of Depression in Cancer: A Co-Calibration of Commonly Used Depression Scales Using Rasch Analysis. J Natl Compr Canc Netw. 2015 Oct;13(10):1203-11. doi: 10.6004/jnccn.2015.0149. PMID: 26483060.	Estudio exploratorio

PREGUNTAS DE TRATAMIENTO

Pregunta N° 01

¿Es el escitalopram (ISRS) el antidepresivo con menores efectos secundarios frente a la sertralina o fluoxetina en el tratamiento de la depresión moderada o grave en pacientes adultos con cáncer?

a. Criterios de selección:

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipos de estudios
Pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave.	Escitalopram	Sertralina o fluoxetina	Mejoría clínica, calidad de vida, funcionalidad	Revisión sistemática con metaanálisis

b. Fuentes de búsqueda:

- Medline (Pubmed)
- Cochrane Library

- Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

c. **Periodo de búsqueda:** Hasta el 10 de octubre de 2021

d. **Estrategia de búsqueda**

Medline (vía PubMed)

N°	Términos de búsqueda	Resultados
#1	("Neoplasms"[MeSH Terms] OR ("neoplas*"[Title/Abstract] OR "tumor*"[Title/Abstract] OR "cancer*"[Title/Abstract] OR "malignan*"[Title/Abstract] OR "benign*"[Title/Abstract])) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR ("depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract]))	27559
#2	"Serotonin Uptake Inhibitors"[MeSH Terms]	20170
#3	("Neoplasms"[MeSH Terms] OR ("neoplas*"[Title/Abstract] OR "tumor*"[Title/Abstract] OR "cancer*"[Title/Abstract] OR "malignan*"[Title/Abstract] OR "benign*"[Title/Abstract])) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR ("depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract])) AND "Serotonin Uptake Inhibitors"[MeSH Terms]	192

Cochrane Library

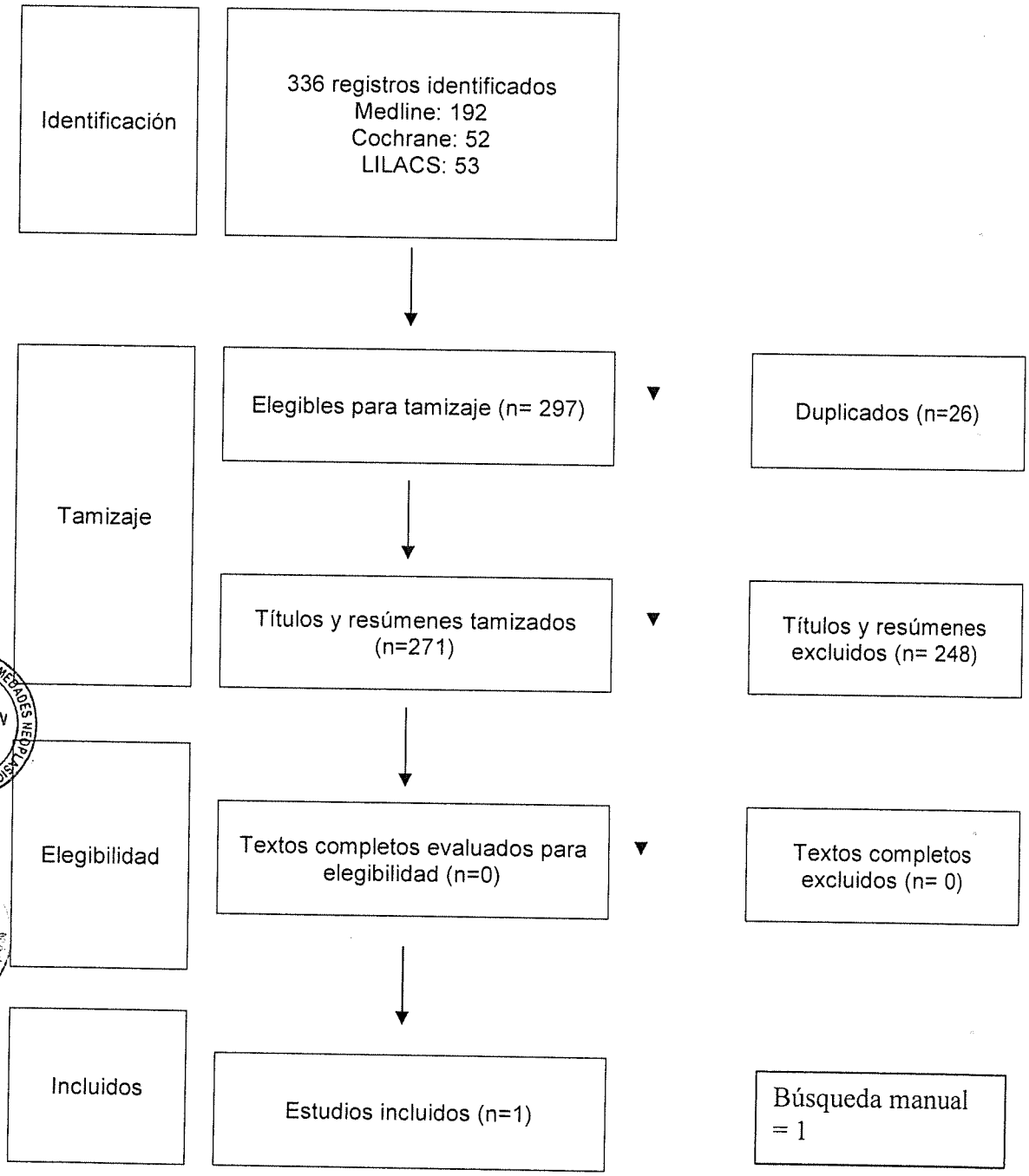
N°	Términos de búsqueda	Resultados
1	MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	84.044
2	("Cancer" OR cancer* OR neoplas* OR tumor* OR malignan*):ti,ab,kw	223325
3	#1 OR #2	223575
4	MeSH descriptor: [Depression] explode all trees	13228
5	(depression):ti,ab,kw	82152
6	#4 OR #5	82152
7	#3 AND #6	7027
8	MeSH descriptor: [Serotonin Uptake Inhibitors] explode all trees	2814
9	(serotonin uptake inhibitor*):ti,ab,kw	3755
10	(SSRIs):ti,ab,kw	1448
11	#8 OR #9 OR #10	4607
12	#7 AND #11	52

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
DIRECCIÓN DE MEDICINA
OPE

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

N°	Términos de búsqueda	Resultados
1	(cancer) AND (depres*) AND (antidepresiv*) AND (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) OR (isrs) AND (db:("LILACS" OR "IBECS" OR "BDENF" OR "BINACIS" OR "PAHOIRIS" OR "BIGG" OR "INDEXPSI" OR "LIPECS"))	53

e. Flujograma de selección de estudios



f. Motivo de exclusión de artículos durante lectura a texto completo

No se identificaron en la lectura de título y resumen estudios que respondieron a la pregunta PICO. Por tanto, se incorporó un estudio mediante búsqueda manual.

g. Evidencia seleccionada

	Estudio	Diseño
1	Cipriani A, Santilli C, Furukawa TA, Signoretti A, Nakagawa A, McGuire H, Churchill R, Barbui C. Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2):CD006532. doi: 10.1002/14651858.CD006532.pub2. PMID: 19370639; PMCID: PMC4164382.	Revisión sistemática

Pregunta N° 02

¿Cuál es la efectividad y seguridad de la desvenlafaxina en comparación con otros antidepresivos para reducir los síntomas de la depresión moderada o grave en pacientes oncológicos de mama hormono sensibles usuarias de tamoxifeno?

a. Criterios de selección:

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipos de estudios
Pacientes oncológicos de cáncer de mama con tamoxifeno, depresión moderada o grave.	Desvenlafaxina	Otros antidepresivos	Más eficaz, más seguro y menores efectos adversos	ECA RS

b. Fuentes de búsqueda:

- Medline (Ovid)
- Cochrane Library
- Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

c. Periodo de búsqueda: Hasta el 11 de octubre de 2021

d. Estrategia de búsqueda

Medline (vía PubMed)

N°	Términos de búsqueda	Resultados
#1	"Breast Neoplasms"[MeSH Terms]	313.380
#2	breast cancer"[Title/Abstract]	299.520
#3	"Breast Neoplasms"[MeSH Terms] OR "breast cancer"[Title/Abstract]	400.590
#4	"Tamoxifen"[MeSH Terms]	21.849
#5	"tamoxifen"[Title/Abstract]	24.038
#6	"Tamoxifen"[MeSH Terms] OR "Tamoxifen"[Title/Abstract]	30.974

N°	Términos de búsqueda	Resultados
#7	("Breast Neoplasms"[MeSH Terms] OR "breast cancer"[Title/Abstract]) AND ("Tamoxifen"[MeSH Terms] OR "Tamoxifen"[Title/Abstract])	17.742
#8	"Depression"[MeSH Terms] OR "depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract] OR "depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR "major depressive disorder*"[Title/Abstract] OR "Involutional Depression"[Title/Abstract] OR "involutional psychos*"[Title/Abstract] OR "Involutional Melancholia"[Title/Abstract]	437627
#9	("Breast Neoplasms"[MeSH Terms] OR "breast cancer"[Title/Abstract]) AND ("Tamoxifen"[MeSH Terms] OR "Tamoxifen"[Title/Abstract]) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR "depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract] OR ("depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR ("major depressive disorder*"[Title/Abstract] OR "Involutional Depression"[Title/Abstract] OR "involutional psychos*"[Title/Abstract] OR "Involutional Melancholia"[Title/Abstract])))	165
#10	"Antidepressive Agents"[MeSH Terms]	60.993
#11	"antidepress*"[Title/Abstract]	74.199
#12	"Antidepressive Agents"[MeSH Terms] OR "antidepress*"[Title/Abstract]	97505
#13	("Breast Neoplasms"[MeSH Terms] OR "breast cancer"[Title/Abstract]) AND ("Tamoxifen"[MeSH Terms] OR "Tamoxifen"[Title/Abstract]) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR "depression*"[Title/Abstract] OR "emotional	

	depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract] OR ("depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR ("major depressive disorder*"[Title/Abstract] OR "Involutional Depression"[Title/Abstract] OR "involutional psychos*"[Title/Abstract] OR "Involutional Melancholia"[Title/Abstract]))) AND ("Antidepressive Agents"[MeSH Terms] OR "antidepress*"[Title/Abstract])	36

Cochrane Library

N°	Términos de búsqueda	Resultados
1	MeSH descriptor: [Breast Neoplasms] explode all trees	13847
2	(breast cancer):ti,ab,kw	38529

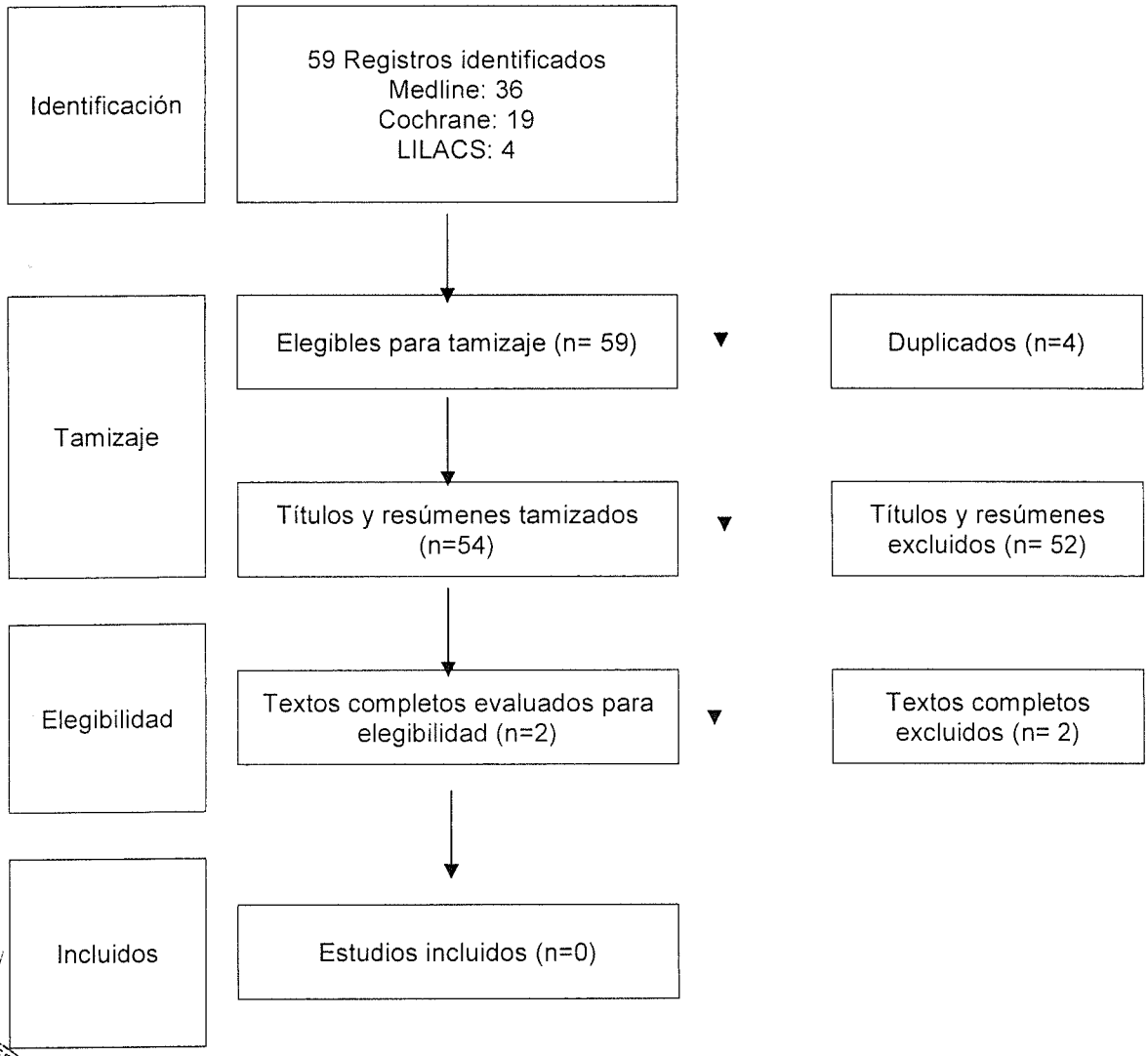
N°	Términos de búsqueda	Resultados
3	#1 OR #2	39601
4	MeSH descriptor: [Depression] explode all trees	13228
5	(depression):ti,ab,kw	82152
6	#4 OR #5	82152
7	#3 AND #6	1947
8	MeSH descriptor: [Tamoxifen] explode all trees	2331
9	(tamoxifen):ti,ab,kw	5006
10	#8 OR #9	5500
11	#7 AND #10	88
12	MeSH descriptor: [Serotonin Uptake Inhibitors] explode all trees	2814
13	(serotonin uptake inhibitor*):ti,ab,kw	3755
14	(SSRIs):ti,ab,kw	1448
15	#12 OR #13 OR #14	4607
16	MeSH descriptor: [Antidepressive Agents] explode all trees	5932
17	(antidepress*):ti,ab,kw	16840
18	#16 OR #17	16840
19	#15 OR #18	19386
20	#11 AND 19	19

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DIRECCIÓN DE MEDICINA - OPE -

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

N°	Términos de búsqueda	Resultados
1	(cancer) AND (depres*) AND (antidepresiv*) AND (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) OR (isrs) AND (db:("LILACS" OR "IBECS" OR "BDENF" OR "BINACIS" OR "PAHOIRIS" OR "BIGG" OR "INDEXPSI" OR "LIPECS"))	4

Flujograma de selección de estudios



Motivo de exclusión de artículos durante lectura a texto completo

	Autor	Motivo de exclusión
1	Haque et al 2016	No evalúa las Desvenlafaxina
2	Backer et al 2016	No se encuentra el estudio completo

Pregunta N° 03

En pacientes adultos con cáncer y depresión moderada o grave resistente ¿Es preferible la potenciación con otros fármacos frente al cambio de antidepresivo?

a. Criterios de selección:

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipos de estudios
Pacientes oncológicos adultos con depresión moderada a grave.	Potenciación con antipsicóticos	Cambio de antidepresivo	Efectividad y seguridad	Revisión sistemática

b. Fuentes de búsqueda:

- Medline (Pubmed)
- Cochrane Library
- Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

c. Periodo de búsqueda: Hasta el 13 de setiembre de 2021

d. Estrategia de búsqueda

N°	Término de búsqueda	Resultados
1	((((((((((((((((((((("Depressive Disorder, Treatment-Resistant"[Title/Abstract]) OR ("Depressive Disorder, Treatment Resistant"[Title/Abstract])) OR ("Depressive Disorders, Treatment-Resistant"[Title/Abstract])) OR ("Disorder, Treatment-Resistant Depressive"[Title/Abstract])) OR ("Disorders, Treatment-Resistant Depressive"[Title/Abstract])) OR ("Treatment-Resistant Depressive Disorder"[Title/Abstract])) OR ("Treatment-Resistant Depressive Disorders"[Title/Abstract])) OR ("Refractory Depression"[Title/Abstract])) OR ("Depression, Refractory"[Title/Abstract])) OR ("Depressions, Refractory"[Title/Abstract])) OR ("Refractory Depressions"[Title/Abstract])) OR ("Therapy-Resistant Depression"[Title/Abstract])) OR ("Depression, Therapy-Resistant"[Title/Abstract])) OR ("Depressions, Therapy-Resistant"[Title/Abstract])) OR ("Therapy Resistant Depression"[Title/Abstract])) OR ("Therapy-Resistant Depressions"[Title/Abstract])) OR ("Treatment Resistant Depression"[Title/Abstract])) OR ("Depression, Treatment Resistant"[Title/Abstract])) OR ("Depressions, Treatment Resistant"[Title/Abstract])) OR ("Resistant Depression, Treatment"[Title/Abstract])) OR ("Treatment Resistant Depressions"[Title/Abstract])) AND ((((((((((((((((Neoplasms[Title/Abstract]) OR (Neoplasia[Title/Abstract])) OR (Neoplasias[Title/Abstract])) OR (Neoplasm[Title/Abstract])) OR (Tumors[Title/Abstract])) OR (Tumor[Title/Abstract])) OR (Cancer[Title/Abstract])) OR (Cancers[Title/Abstract])) OR (Malignancy[Title/Abstract])) OR (Malignancies[Title/Abstract])) OR ("Malignant Neoplasms"[Title/Abstract])) OR ("Malignant Neoplasm"[Title/Abstract])) OR ("Neoplasm, Malignant"[Title/Abstract])) OR ("Neoplasms, Malignant"[Title/Abstract])) OR ("Benign Neoplasms"[Title/Abstract])) OR ("Neoplasms, Benign"[Title/Abstract])) OR ("Benign Neoplasm"[Title/Abstract])) OR	33

	("Neoplasm, Benign"[Title/Abstract]))) AND (((((((((((("Drug Synergism"[Title/Abstract]) OR ("Drug Synergisms"[Title/Abstract])) OR ("Synergism, Drug"[Title/Abstract])) OR ("Synergisms, Drug"[Title/Abstract])) OR ("Drug Potentiation"[Title/Abstract])) OR ("Drug Potentiations"[Title/Abstract])) OR ("Potentiation, Drug"[Title/Abstract])) OR ("Potentiations, Drug"[Title/Abstract])) OR ("Drug Augmentation"[Title/Abstract])) OR ("Augmentation, Drug"[Title/Abstract])) OR ("Augmentations, Drug"[Title/Abstract])) OR ("Drug Augmentations"[Title/Abstract])) OR ((((((((((((((("Drug Substitution"[Title/Abstract]) OR ("Drug Substitutions"[Title/Abstract])) OR ("Substitution, Drug"[Title/Abstract])) OR ("Substitutions, Drug"[Title/Abstract])) OR ("Therapeutic Substitution"[Title/Abstract])) OR ("Substitution, Therapeutic"[Title/Abstract])) OR ("Substitutions, Therapeutic"[Title/Abstract])) OR ("Therapeutic Substitutions"[Title/Abstract])) OR ("Drug Switching"[Title/Abstract])) OR ("Drug Switchings"[Title/Abstract])) OR ("Switching, Drug"[Title/Abstract])) OR ("Switchings, Drug"[Title/Abstract])) OR ("Generic Substitution"[Title/Abstract])) OR ("Generic Substitutions"[Title/Abstract])) OR ("Substitution, Generic"[Title/Abstract])) OR ("Substitutions, Generic"[Title/Abstract]))) OR ((((((((((((("Antidepressive Agents"[Title/Abstract]) OR ("Agents, Antidepressive"[Title/Abstract])) OR ("Antidepressive Agent"[Title/Abstract])) OR ("Agent, Antidepressive"[Title/Abstract])) OR (Antidepressants[Title/Abstract])) OR ("Antidepressant"[Title/Abstract])) OR ("Antidepressant Drugs"[Title/Abstract])) OR ("Drugs, Antidepressant"[Title/Abstract])) OR ("Antidepressant Drug"[Title/Abstract])) OR ("Drug, Antidepressant"[Title/Abstract])) OR (Thymoleptics[Title/Abstract])) OR (Thymoleptic[Title/Abstract])) OR (Thymoanaleptics[Title/Abstract])) OR (Thymoanaleptic[Title/Abstract])))	

Medline/Embase (vía OVID)

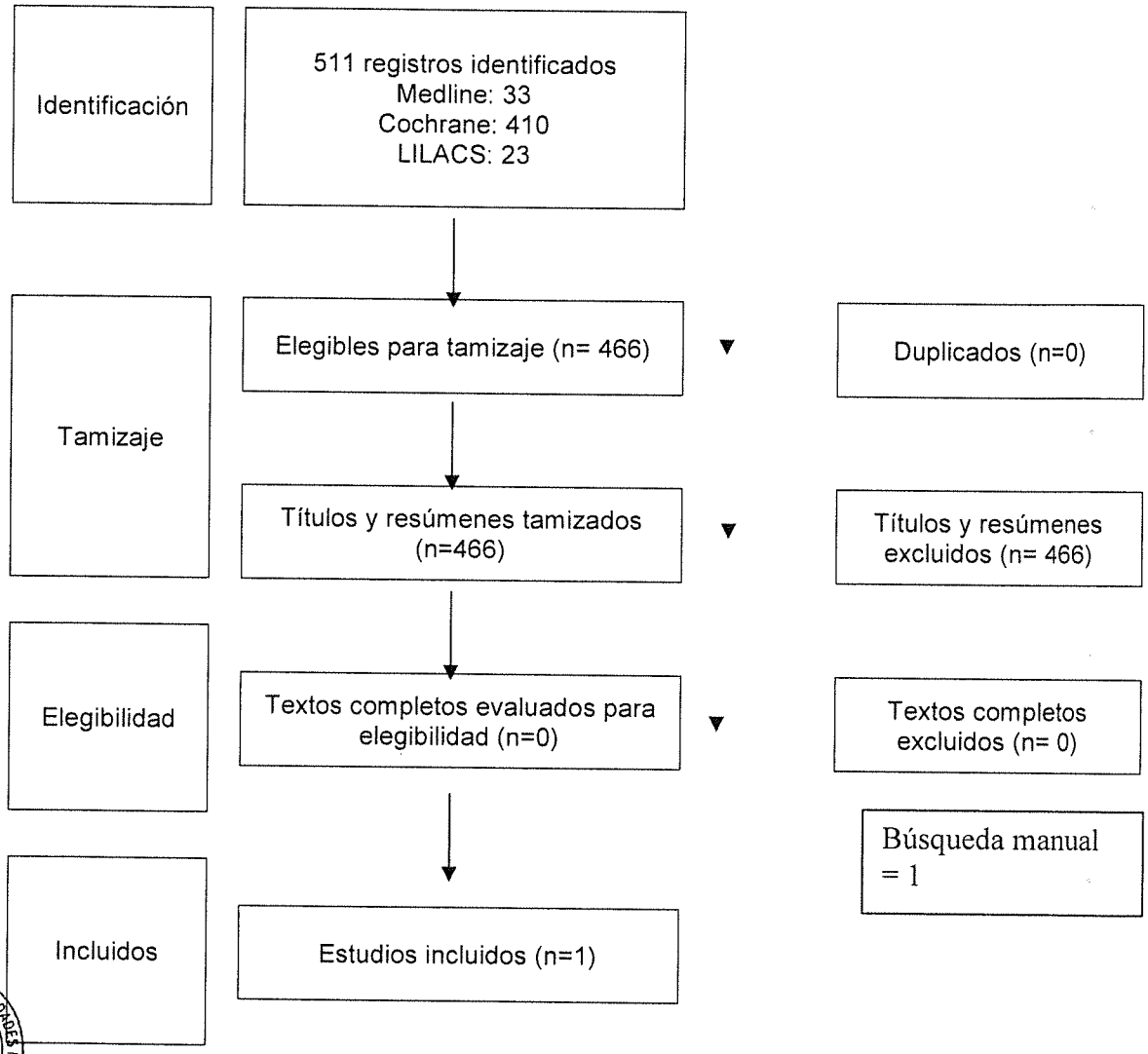
Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)

ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	84044
#2	MeSH descriptor: [Depressive Disorder, Treatment-Resistant] explode all trees	481
#3	MeSH descriptor: [Drug Synergism] explode all trees	2311
#4	MeSH descriptor: [Drug Substitution] explode all trees	410
#5	#1 AND #2 AND #3 OR #4	**410**

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

ID	Search	Hits
1	(cancer) OR (neoplasm*) AND (depres*) AND (refrac*) OR (resist*) AND (poten*) OR (rotac*) AND (db:("LILACS" OR "IBECS" OR "BDENF" OR "BINACIS" OR "SES-SP" OR "campusvirtualsp_brasil"))	23

e. Flujograma de selección de estudios



f. Motivo de exclusión de artículos durante lectura a texto completo

La lectura por título y resumen no identificó artículos que respondan a la pregunta PICO.

g. Evidencia seleccionada

	Estudio	Diseño
1	Wen XJ, Wang LM, Liu ZL, Huang A, Liu YY, Hu JY. Meta-analysis on the efficacy and tolerability of the augmentation of antidepressants with atypical antipsychotics in patients with major depressive disorder. Braz J Med Biol Res. 2014 Jul;47(7):605-16. doi: 10.1590/1414-431x20143672. Epub 2014 Jun 13. PMID: 24919175; PMCID: PMC4123841.	RS

Pregunta N° 04

En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave y dolor neuropático severo ¿Es efectiva y segura la duloxetina frente a la amitriptilina para la mejoría clínica, calidad de vida y funcionalidad?

a. Criterios de selección:

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipos de estudios
Paciente oncológico, depresión moderada, depresión grave, dolor neuropático	Duloxetina	Amitriptilina	Mejoría clínica, calidad de vida y funcionalidad	RS

b. Fuentes de búsqueda:

- Medline vía PubMed
- Cochrane Library
- Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

c. Periodo de búsqueda: Hasta el 14 de setiembre de 2021

d. Estrategia de búsqueda

Medline vía PubMed

N°	Término de búsqueda	Resultados
1	((((((((((((((((((((((((((("Depressive Disorder"[Title/Abstract]) OR ("Depressive Disorders"[Title/Abstract])) OR ("Disorder, Depressive"[Title/Abstract])) OR ("Disorders, Depressive"[Title/Abstract])) OR ("Neurosis, Depressive"[Title/Abstract])) OR ("Depressive Neuroses"[Title/Abstract])) OR ("Depressive Neurosis"[Title/Abstract])) OR ("Neuroses, Depressive"[Title/Abstract])) OR ("Depression, Endogenous"[Title/Abstract])) OR ("Depressions, Endogenous"[Title/Abstract])) OR ("Endogenous Depression"[Title/Abstract])) OR ("Endogenous Depressions"[Title/Abstract])) OR ("Depressive Syndrome "[Title/Abstract])) OR ("Depressive Syndromes"[Title/Abstract])) OR ("Syndrome, Depressive"[Title/Abstract])) OR ("Syndromes, Depressive"[Title/Abstract])) OR ("Depression, Neurotic"[Title/Abstract])) OR ("Depressions, Neurotic"[Title/Abstract])) OR ("Neurotic Depression"[Title/Abstract])) OR ("Neurotic Depressions"[Title/Abstract])) OR ("Melancholia"[Title/Abstract])) OR (Melancholias[Title/Abstract])) OR ("Unipolar Depression"[Title/Abstract])) OR ("Depression, Unipolar"[Title/Abstract])) OR ("Depressions, Unipolar"[Title/Abstract])) OR ("Unipolar Depressions"[Title/Abstract])) OR ((((((((((((((("Depressive Disorder, Major"[Title/Abstract]) OR ("Depressive Disorders, Major"[Title/Abstract])) OR ("Major Depressive Disorders"[Title/Abstract])) OR ("Major Depressive Disorder"[Title/Abstract])) OR ("Paraphrenia, Involutional"[Title/Abstract])) OR ("Involutional	15

	Paraphrenia"[Title/Abstract])) OR ("Involutional Paraphrenias"[Title/Abstract])) OR ("Paraphrenias, Involutional"[Title/Abstract])) OR ("Psychosis, Involutional"[Title/Abstract])) OR ("Involutional Psychoses"[Title/Abstract])) OR ("Involutional Psychosis"[Title/Abstract])) OR ("Psychoses, Involutional"[Title/Abstract])) OR ("Depression, Involutional"[Title/Abstract])) OR ("Involutional Depression"[Title/Abstract])) OR ("Melancholia, Involutional"[Title/Abstract])) OR ("Involutional Melancholia"[Title/Abstract]))) AND ((((((((((((((((((((((((((((((((((("Cancer Pain"[Title/Abstract]) OR ("Cancer Pains"[Title/Abstract])) OR ("Pain, Cancer"[Title/Abstract])) OR ("Pains, Cancer"[Title/Abstract])) OR ("Cancer-Associated Pain"[Title/Abstract])) OR ("Cancer Associated Pain"[Title/Abstract])) OR ("Cancer-Associated Pains"[Title/Abstract])) OR ("Pain, Cancer-Associated"[Title/Abstract])) OR ("Pains, Cancer-Associated"[Title/Abstract])) OR ("Neoplasm-Related Pain"[Title/Abstract])) OR ("Neoplasm Related Pain"[Title/Abstract])) OR ("Pain, Neoplasm-Related"[Title/Abstract])) OR ("Pains, Neoplasm-Related"[Title/Abstract])) OR ("Oncological Pain"[Title/Abstract])) OR ("Oncological Pains"[Title/Abstract])) OR ("Pain, Oncological"[Title/Abstract])) OR ("Pains, Oncological"[Title/Abstract])) OR ("Tumor-Related Pain"[Title/Abstract])) OR ("Pain, Tumor-Related"[Title/Abstract])) OR ("Pains, Tumor-Related"[Title/Abstract])) OR ("Tumor Related Pain"[Title/Abstract])) OR ("Tumor-Related Pains"[Title/Abstract])) OR ("Tumor-Associated Pain"[Title/Abstract])) OR ("Pain, Tumor-Associated"[Title/Abstract])) OR ("Pains, Tumor-Associated"[Title/Abstract])) OR ("Tumor Associated Pain"[Title/Abstract])) OR ("Tumor-Associated Pains"[Title/Abstract])) OR ("Oncology Pain"[Title/Abstract])) OR ("Oncology Pains"[Title/Abstract])) OR ("Pain, Oncology"[Title/Abstract])) OR ("Pains, Oncology"[Title/Abstract])) OR ("Cancer-Related Pain"[Title/Abstract])) OR ("Cancer Related Pain"[Title/Abstract])) OR ("Cancer-Related Pains"[Title/Abstract])) OR ("Pain, Cancer-Related"[Title/Abstract])) OR ("Pains, Cancer-Related"[Title/Abstract])) OR ("Neoplasm-Associated Pain"[Title/Abstract])) OR ("Neoplasm Associated Pain"[Title/Abstract])) OR ("Pain, Neoplasm-Associated"[Title/Abstract])) OR ("Pains, Neoplasm-Associated"[Title/Abstract]))) AND ((((((((((((((("Antidepressive Agents"[Title/Abstract]) OR ("Agents, Antidepressive"[Title/Abstract])) OR ("Antidepressive Agent"[Title/Abstract])) OR ("Agent, Antidepressive"[Title/Abstract])) OR (Antidepressants[Title/Abstract])) OR ("Antidepressant"[Title/Abstract])) OR ("Antidepressant Drugs"[Title/Abstract])) OR ("Drugs, Antidepressant"[Title/Abstract])) OR ("Antidepressant Drug"[Title/Abstract])) OR ("Drug, Antidepressant"[Title/Abstract])) OR (Thymoleptics[Title/Abstract])) OR (Thymoleptic[Title/Abstract])) OR (Thymoanaleptics[Title/Abstract])) OR (Thymoanaleptic[Title/Abstract]))	

Cochrane Library

N°	Término de búsqueda	Resultados
1	MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	84044
2	("Cancer" OR cancer* OR neoplas* OR tumor* OR malignan*):ti,ab,kw	223325
3	MeSH descriptor: [Cancer Pain] explode all trees	207
4	MeSH descriptor: [Neuralgia] explode all trees	1790

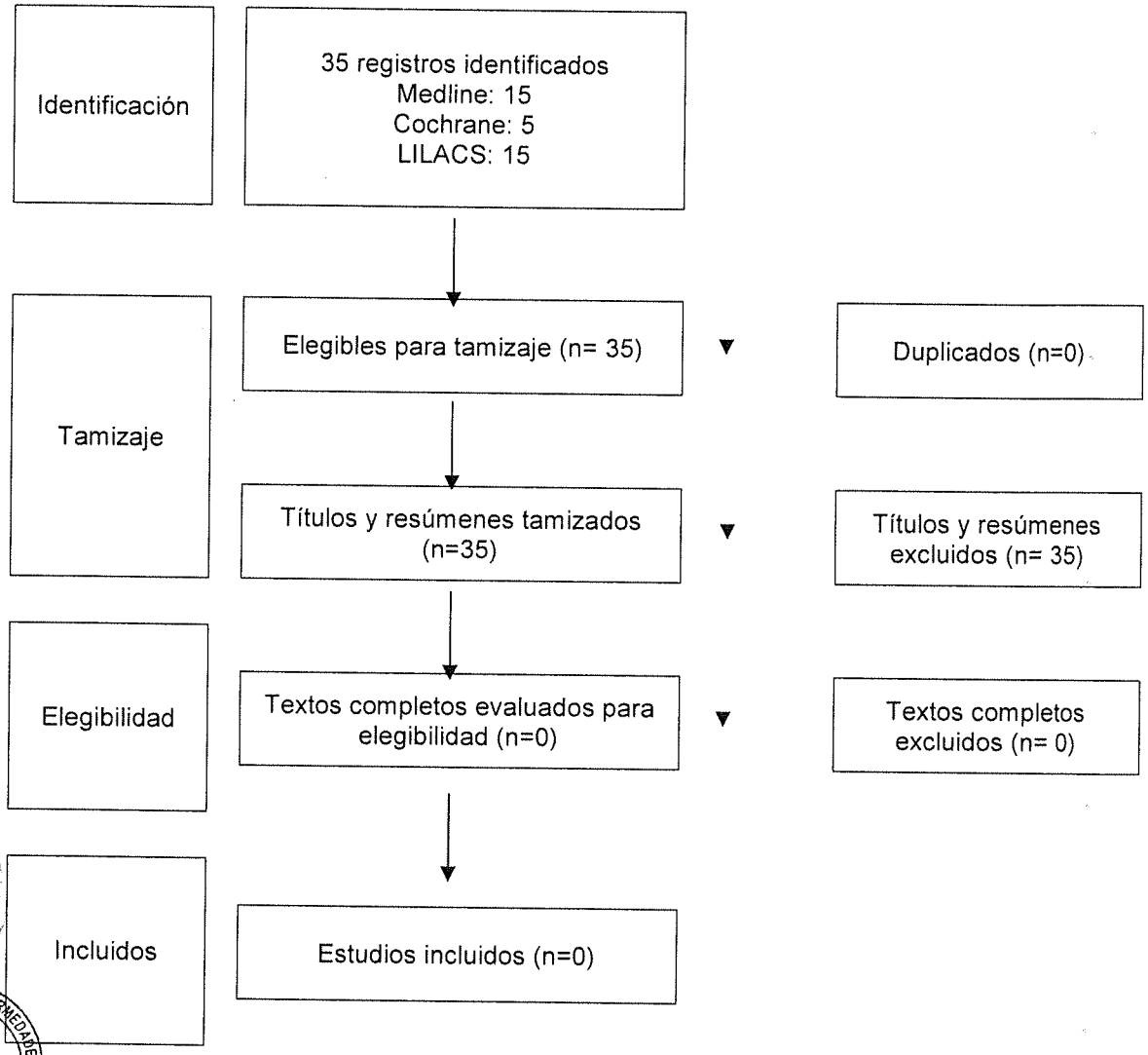
5	#1 OR #2	233575
6	#3 OR #4	1990
N°	**Término de búsqueda**	**Resultados**
7	#5 AND #6	345
8	MeSH descriptor: [Depression] explode all trees	13228
9	(depression):ti,ab,kw	82152
10	#8 OR #9	82152
11	#7 AND #10	43
12	MeSH descriptor: [Amitriptyline] explode all trees	1191
13	MeSH descriptor: [Duloxetine Hydrochloride] explode all trees	572
14	#11 AND #12 AND #13	0
15	#12 OR #13	1754
16	#11 AND #15	5

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

N°	Términos de búsqueda	Resultados
1	(cancer) OR (neoplasm*) AND (depres*) AND ("dolor neuropático") OR ("dolor oncológico") AND (antidepres*)	15

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DIRECCIÓN DE MEDICINA OPE

Flujograma de selección de estudios



e. Motivo de exclusión de artículos durante lectura a texto completo

La estrategia de búsqueda no identificó artículos a texto completo que respondiesen a la pregunta PICO.

f. Evidencia seleccionada

No existe evidencia disponible a la fecha que responda la pregunta PICO.

Pregunta N° 05:

En pacientes adultos con cáncer con depresión moderada o grave ¿Cuál es la psicoterapia más efectiva para la disminución de síntomas moderados o graves a leves o sin síntomas?

a. Criterios de selección:

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipos de estudios
Pacientes oncológicos, depresión moderada, depresión grave.	Mindfulness, Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Centrada en el Sentido, Activación Conductual para Depresión		Disminución de síntomas depresivos	

b. Fuentes de búsqueda:

- Medline vía PubMed
- Cochrane Library
- Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

c. Periodo de búsqueda: Hasta el 21 de setiembre de 2021

d. Estrategia de búsqueda

Medline vía PubMed

N°	Términos de búsqueda	Resultados
#1	("Neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplas*"[Title/Abstract] OR "tumor*"[Title/Abstract] OR "cancer*"[Title/Abstract] OR "malignan*"[Title/Abstract] OR "benign*"[Title/Abstract]) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR "depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract] OR ("depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR ("major depressive disorder*"[Title/Abstract] OR "Involutional Depression"[Title/Abstract] OR "involutional psychos*"[Title/Abstract] OR "Involutional Melancholia"[Title/Abstract])))	27.776
#2	"Mindfulness"[Mesh]	4.466
#3	"Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh]	31.935
#4	"behavioral therapies cognitive"[Title/Abstract] OR "behavioral therapy cognitive*"[Title/Abstract] OR "Cognitive Behavioral Therapies"[Title/Abstract] OR "therapies cognitive behavioral"[Title/Abstract] OR "therapy cognitive behavioral*"[Title/Abstract] OR "therapy cognitive behavior*"[Title/Abstract] OR "Cognitive Behavior Therapy"[Title/Abstract] OR "Cognitive Therapy"[Title/Abstract] OR "behavior therapy cognitive"[Title/Abstract] OR "behavior therapies cognitive*"[Title/Abstract] OR "Cognitive Behavior	7.360

	Therapies"[Title/Abstract] OR "therapies cognitive behavior"[Title/Abstract] OR "Cognitive Psychotherapy"[Title/Abstract] OR "cognitive psychotherapies*"[Title/Abstract] OR "psychotherapies cognitive"[Title/Abstract] OR "psychotherapy cognitive*"[Title/Abstract] OR "therapy cognitive"[Title/Abstract] OR "Cognitive Therapies"[Title/Abstract] OR "therapies cognitive*"[Title/Abstract] OR "Cognition Therapy"[Title/Abstract] OR "therapy cognition"[Title/Abstract] OR "cognition therapies*"[Title/Abstract]	
#5	"Behavioral Activation" [Title/Abstract]	1.595
#6	"Behavioral Activation for depression"[Title/Abstract]	1
#7	"Meaning Centered Psychotherapy"[Title/Abstract]	40
#8	("Neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplas*"[Title/Abstract] OR "tumor*"[Title/Abstract] OR "cancer*"[Title/Abstract] OR "malignan*"[Title/Abstract] OR "benign*"[Title/Abstract]) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR "depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract] OR ("depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR ("major depressive disorder*"[Title/Abstract] OR "Involutional Depression"[Title/Abstract] OR "involutional psychos*"[Title/Abstract] OR "Involutional Melancholia"[Title/Abstract]))) AND "Mindfulness"[Mesh] AND "Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh] AND "behavioral therapies cognitive"[Title/Abstract] OR "behavioral therapy cognitive*"[Title/Abstract] OR "Cognitive Behavioral Therapies"[Title/Abstract] OR "therapies cognitive behavioral"[Title/Abstract] OR "therapy cognitive behavioral*"[Title/Abstract] OR "therapy cognitive behavior*"[Title/Abstract] OR "Cognitive Behavior Therapy"[Title/Abstract] OR "Cognitive Therapy"[Title/Abstract] OR "behavior therapy cognitive"[Title/Abstract] OR "behavior therapies cognitive*"[Title/Abstract] OR "Cognitive Behavior Therapies"[Title/Abstract] OR "therapies cognitive behavior"[Title/Abstract] OR "Cognitive Psychotherapy"[Title/Abstract] OR "cognitive psychotherapies*"[Title/Abstract] OR "psychotherapies cognitive"[Title/Abstract] OR "psychotherapy cognitive*"[Title/Abstract] OR "therapy cognitive"[Title/Abstract] OR "Cognitive Therapies"[Title/Abstract] OR "therapies cognitive*"[Title/Abstract] OR "Cognition Therapy"[Title/Abstract] OR "therapy cognition"[Title/Abstract] OR "cognition therapies*"[Title/Abstract] AND "Behavioral Activation" [Title/Abstract] OR "Behavioral Activation for depression"[Title/Abstract] AND "Meaning Centered Psychotherapy"[Title/Abstract]	0

Cochrane Library

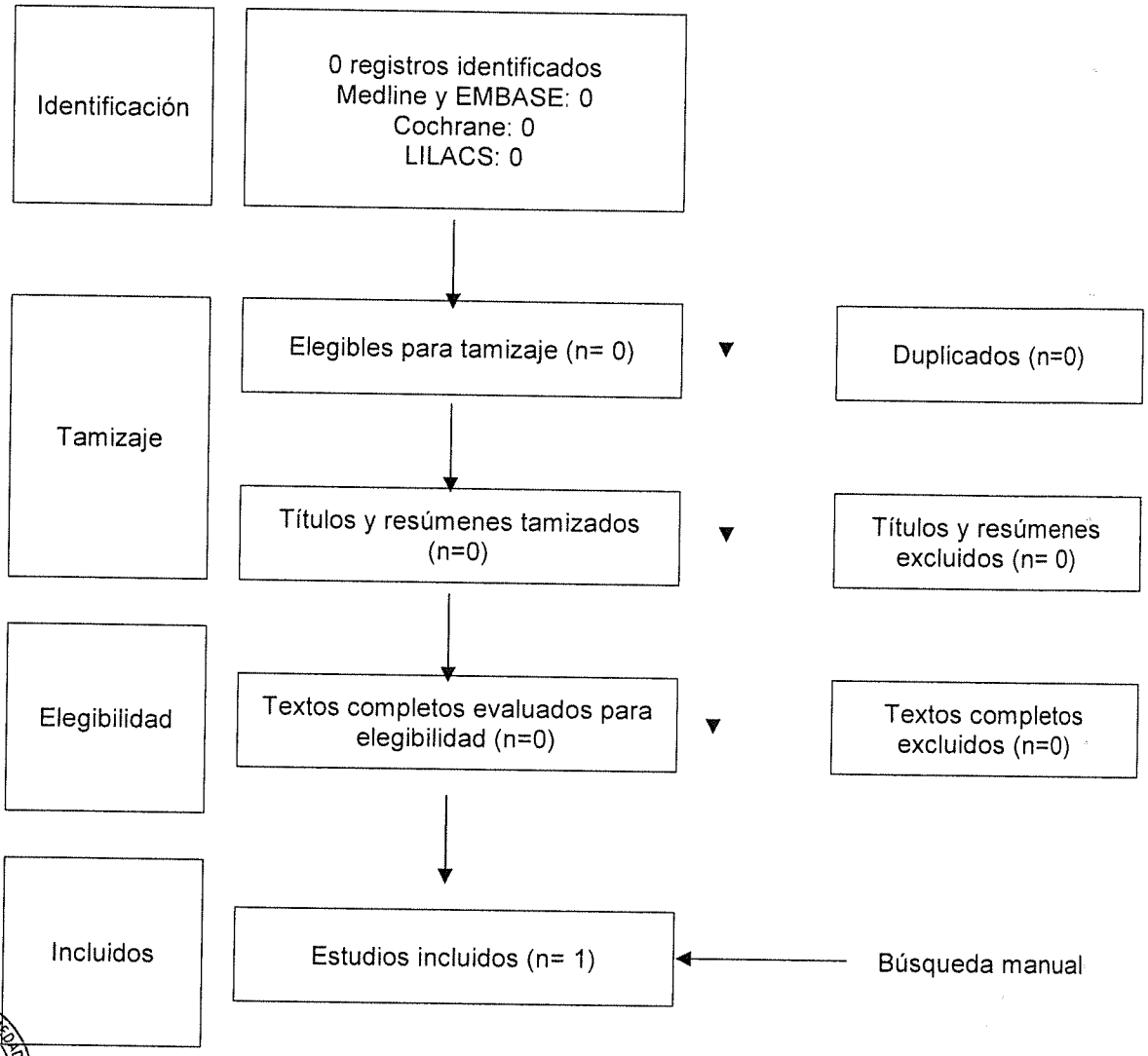
N°	Términos de búsqueda	Resultados
1	MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	84044
2	("cancer" OR cancer* OR neoplas* OR tumor* OR malignan*):ti,ab,kw	223325
3	#1 OR #2	233575
4	MeSH descriptor: [Depression] explode all trees	13228
N°	**Términos de búsqueda**	**Resultados**
5	(depression):ti,ab,kw	82151
6	#4 OR #5	13228
7	#3 AND #6	987
8	MeSH descriptor: [Mindfulness] explode all trees	1073
9	MeSH descriptor: [Cognitive Behavioral Therapy] explode all trees	9708
10	("Behavioral Activation"):ti,ab,kw	946
11	(Meaning Centered Psychotherapy):ti,ab,kw	58
12	#7 AND #8 AND #9 ND #10 AND #11	0
13	#7 AND #8 AND #9	19
14	#7 AND #8 AND #9 #10	0
15	#7 AND #8 AND #9 #11	0

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

N°	Términos de búsqueda	Resultados
1	(cancer) OR (neoplasm*) AND (depres*) AND (mindfulness) AND (Cognitive Behavioral Therapy) AND (Behavioral Activation) AND (Meaning Centered Psychotherapy)	0

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DIRECCIÓN DE MEDICINA - OPE -

e. Flujograma de selección de estudios



f. Motivo de exclusión de artículos durante lectura a texto completo

La estrategia de búsqueda no identificó artículos a texto completo que respondiesen a la pregunta PICO.

g. Evidencia seleccionada

No existe evidencia disponible a la fecha que responda la pregunta PICO.

Pregunta N° 06

En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave ¿Es la intervención colaborativa más efectiva frente a la monoterapia para la mejoría clínica, calidad de vida y funcionalidad?

a. Criterios de selección:

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipos de estudios
Pacientes oncológicos, depresión moderada, depresión grave.	Farmacoterapia + psicoterapia (terapia combinada)	farmacoterapia, psicoterapia (monoterapia)	Mejoría clínica, calidad de vida y funcionalidad	

b. Fuentes de búsqueda:

- Medline vía PubMed
- Cochrane Library
- Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

c. Periodo de búsqueda: Hasta el 21 de setiembre de 2021

d. Estrategia de búsqueda

Medline vía PubMed

N°	Término de búsqueda	Resultados
#1	("Neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplas*"[Title/Abstract] OR "tumor*"[Title/Abstract] OR "cancer*"[Title/Abstract] OR "malignan*"[Title/Abstract] OR "benign*"[Title/Abstract]) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR "depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract] OR ("depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR ("major depressive disorder*"[Title/Abstract] OR "Involutional Depression"[Title/Abstract] OR "involutional psychos*"[Title/Abstract] OR "Involutional Melancholia"[Title/Abstract])))	27.902
#2	"Drug Therapy"[MeSH Terms] OR "Antidepressive Agents"[MeSH Terms] OR "pharmacotherap*"[Title/Abstract]	1,519,391
#3	"Psychotherapy"[MeSH Terms] OR "psychotherap*"[Title/Abstract] OR "psychological treatment"[Title/Abstract]	223 816
#4	#1 AND #2 AND #3	161

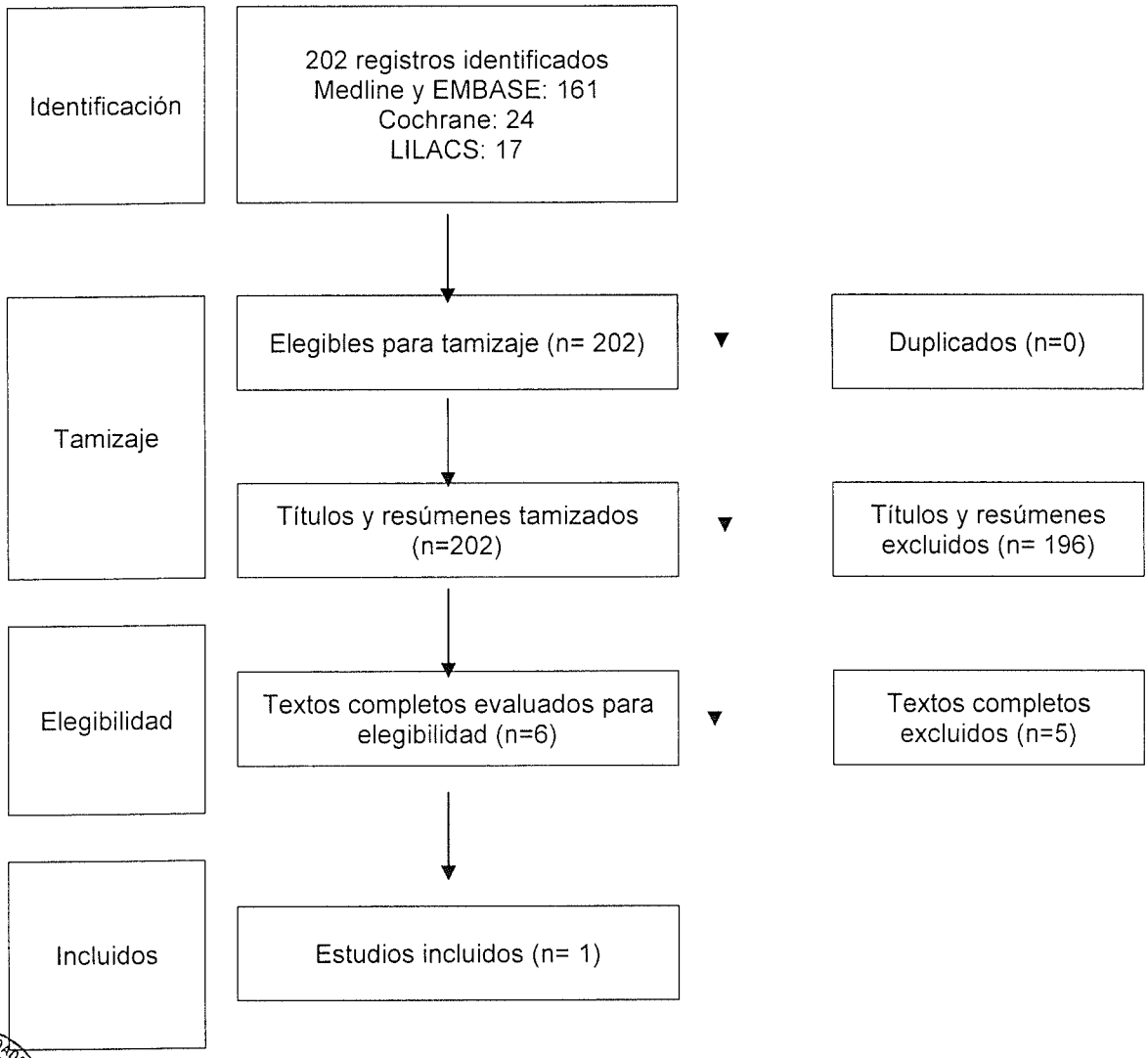
Cochrane Library

N°	Término de búsqueda	Resultados
1	MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	84481
2	("cancer" OR cancer* OR neoplas* OR tumor* OR malignan*):ti,ab,kw	225174
3	#1 OR #2	235465
4	MeSH descriptor: [Depression] explode all trees	13312
5	(depression):ti,ab,kw	82873
N°	**Término de búsqueda**	**Resultados**
6	#4 OR #5	82873
7	#3 AND #6	7009
8	(pharmacotherap*):ti,ab,kw	8121
9	MeSH descriptor: [Drug Therapy] explode all trees	145259
10	#8 OR #9	152787
11	MeSH descriptor: [Psychotherapy] explode all trees	25668
12	(psychotherap*):ti,ab,kw	14556
13	#11 OR #12	32821
14	#7 AND #10 AND #13	24

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

N°	Términos de búsqueda	Resultados
1	cancer) OR (neoplasm) AND (depres*) AND (psychotherap*) OR (psychological treatment) AND (pharmacotherap*) AND (db:("LILACS" OR "IBECS" OR "BDENF" OR "BINACIS" OR "CUMED" OR "INDEXPSI"))	17

e. Flujograma de selección de estudios



Motivo de exclusión de artículos durante lectura a texto completo

	Autor	Motivo de exclusión
1	Saracino 2019	Las intervenciones son realizadas solo en adultos mayores.
2	Schmidt 2019	No se logró encontrar el artículo a texto completo
3	Cutler el tal 2018	La población tiene solo cáncer de ovario.
4	Walker et al 2014	La población es muy específica: cáncer de pulmón
5	Kawashima et al 2019	La intervención es realizada solo para casos avanzados con ideación suicida.

g. Evidencia seleccionada

	Estudio	Diseño
1	Li M, Kennedy EB, Byrne N, Gérin-Lajoie C, Katz MR, Keshavarz H, Sellick S, Green E. Management of Depression in Patients With Cancer: A Clinical Practice Guideline. J Oncol Pract. 2016 Aug;12(8):747-56. doi: 10.1200/JOP.2016.011072. Epub 2016 Jul 5. Erratum in: J Oncol Pract. 2017 Feb;13(2):144. PMID: 27382000.	RS y MA

Pregunta N° 07

En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave ¿Es la psicoterapia grupal más efectiva que la psicoterapia individual para la disminución de síntomas moderados o graves a leves o sin síntomas?

a. Criterios de selección:

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipos de estudios
Pacientes oncológicos con depresión moderada o grave.	Psicoterapia Grupal	Psicoterapia individual	Efectividad y seguridad	ECA /RS

b. Fuentes de búsqueda:

- Medline Vía PubMed
- Cochrane Library
- Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

Periodo de búsqueda: Hasta el 29 de setiembre de 2021

Estrategia de búsqueda

Medline vía PubMed

N°	Término de búsqueda	Resultados
#1	("Neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplas*"[Title/Abstract] OR "tumor*"[Title/Abstract] OR "cancer*"[Title/Abstract] OR "malignan*"[Title/Abstract] OR "benign*"[Title/Abstract]) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR "depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract] OR ("depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR ("major depressive disorder*"[Title/Abstract] OR "Involutional Depression"[Title/Abstract] OR "involutional psychos*"[Title/Abstract] OR "Involutional Melancholia"[Title/Abstract])))	27.819

#2	"psychotherapy, group"[MeSH Terms]	27.308
N°	**Término de búsqueda**	**Resultados**
#3	"Group Psychotherapy"[Title/Abstract] OR "Group Therapy"[Title/Abstract]	7.087
#4	"psychotherapy, group"[MeSH Terms] OR "Group Psychotherapy"[Title/Abstract] OR "Group Therapy"[Title/Abstract]	29.341
#5	"individual therapy"[Title/Abstract]	1.625
#6	("Neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplas*"[Title/Abstract] OR "tumor*"[Title/Abstract] OR "cancer*"[Title/Abstract] OR "malignan*"[Title/Abstract] OR "benign*"[Title/Abstract]) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR "depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract] OR ("depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR ("major depressive disorder*"[Title/Abstract] OR "Involutional Depression"[Title/Abstract] OR "involutional psychos*"[Title/Abstract] OR "Involutional Melancholia"[Title/Abstract]))) AND ("psychotherapy, group"[MeSH Terms] OR ("Group Psychotherapy"[Title/Abstract] OR "Group Therapy"[Title/Abstract])) AND "individual therapy"[Title/Abstract]	2

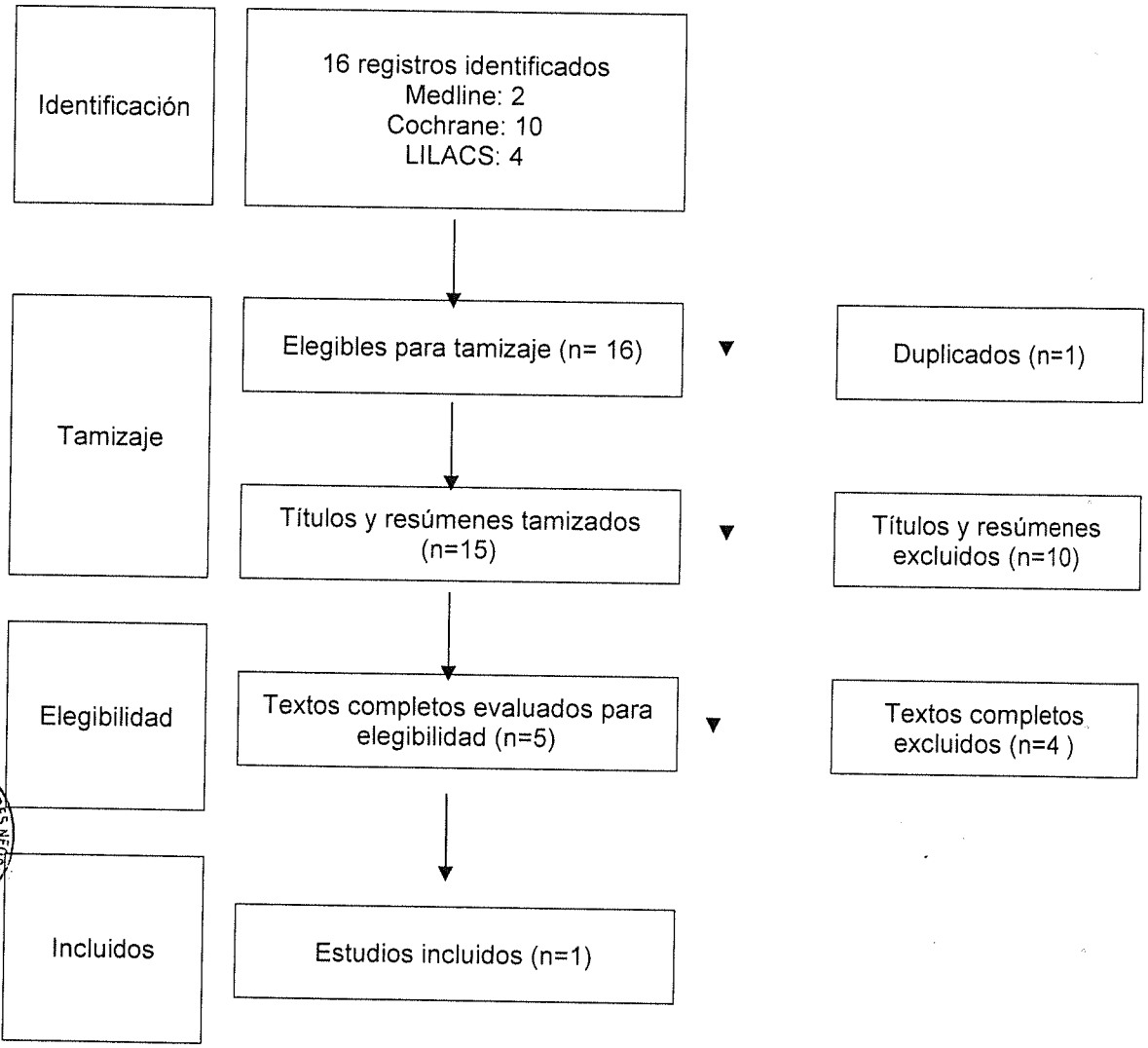
Cochrane Library

N°	Término de búsqueda	Resultados
1	MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	84481
2	(cancer OR cancer* OR neoplas* OR tumor* OR malignan*):ti,ab,kw	225175
3	#1 OR #2	235466
4	MeSH descriptor: [Depression] explode all trees	13312
5	#3 AND #4	994
6	MeSH descriptor: [Psychotherapy, Group] explode all trees	3588
7	(group psychotherapy):ti,ab,kw	533
8	("group-therapy"):ti,ab,kw	3400
9	#6 OR #7 OR #8	6579
10	(individual therapy):ti,ab,kw	28694
11	#5 AND #9	45
12	#10 AND #11	10

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

N°	Término de búsqueda	Resultados
1	(cancer) OR (neoplasm*) AND ("group psychotherapy") OR ("group therapy") AND ("individual therapy")	4

e. Flujograma de selección de estudios



f. Motivo de exclusión de artículos durante lectura a texto completo

	Autor	Motivo de exclusión
1	Bergelt et al 2010	No responde al desenlace de interés
2	Koh 1999	No reporta la intervención de interés

	Autor	Motivo de exclusión
3	Eysenck y Grossarth-Maticek 1991	No responde al desenlace de interés
4	Ford et al 1990	No realizan la comparación con una intervención individual

g. Evidencia seleccionada

	Estudio	Diseño
1	Rissanen R, Nordin K, Ahlgren J, Arving C. A stepped care stress management intervention on cancer-related traumatic stress symptoms among breast cancer patients—a randomized study in group vs. individual setting. Psychooncology. 2015 Sep;24(9):1028-35. doi: 10.1002/pon.3763. Epub 2015 Jan 28. PMID: 25631707.	ECA

Pregunta N° 08

En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave, ¿Cuál es el tiempo de tratamiento (número de sesiones) más efectivo para la disminución de síntomas moderados o graves a leves o sin síntomas?

a. Criterios de selección:

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipos de estudios
Pacientes oncológicos, depresión moderada, depresión grave.	Número de sesiones (HVLH)		Remisión de depresión moderada o grave a leve o sin síntomas (remisión de síntomas al 50%)	

b. Fuentes de búsqueda:

- Medline vía PubMed
- Cochrane Library
- Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

c. Periodo de búsqueda: Hasta el 16 de diciembre de 2021

d. Estrategia de búsqueda

Medline vía PubMed

N°	Término de búsqueda	Resultados
1	("Neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplas*"[Title/Abstract] OR "tumor*"[Title/Abstract] OR "cancer*"[Title/Abstract] OR "malignan*"[Title/Abstract] OR "benign*"[Title/Abstract]) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR "depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract] OR ("depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR ("major depressive disorder*"[Title/Abstract] OR "Involutional Depression"[Title/Abstract] OR "involutional psychos*"[Title/Abstract] OR "Involutional Melancholia"[Title/Abstract])))	28,218
2	"Psychotherapy"[MeSH Terms]	207,976
3	"Antidepressive Agents"[MeSH Terms]	61,383
4	"Treatment Outcome"[MeSH Terms]	1,159,407
5	"50 decrease"[Title/Abstract]	5,055
6	"Psychotherapy"[MeSH Terms] OR "Antidepressive Agents"[MeSH Terms]	263,961
7	"Treatment Outcome"[MeSH Terms] OR "50 decrease"[Title/Abstract]	1,163,800
8	("Neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplas*"[Title/Abstract] OR "tumor*"[Title/Abstract] OR "cancer*"[Title/Abstract] OR "malignan*"[Title/Abstract] OR "benign*"[Title/Abstract]) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR "depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract] OR ("depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR ("major depressive disorder*"[Title/Abstract] OR "Involutional Depression"[Title/Abstract] OR "involutional psychos*"[Title/Abstract] OR "Involutional Melancholia"[Title/Abstract]))) AND ("Psychotherapy"[MeSH Terms] OR "Antidepressive Agents"[MeSH Terms]) AND ("Treatment Outcome"[MeSH Terms] OR "50 decrease"[Title/Abstract])	500

Cochrane Library

N°	Término de búsqueda	Resultados
1	MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	85354
2	("Cancer"):ti,ab,kw	174731
3	(cancer*):ti,ab,kw	176723
4	(tumor):ti,ab,kw	68392
5	(malignan*):ti,ab,kw	28359
6	#2 OR #3 OR #4 OR #5	212198

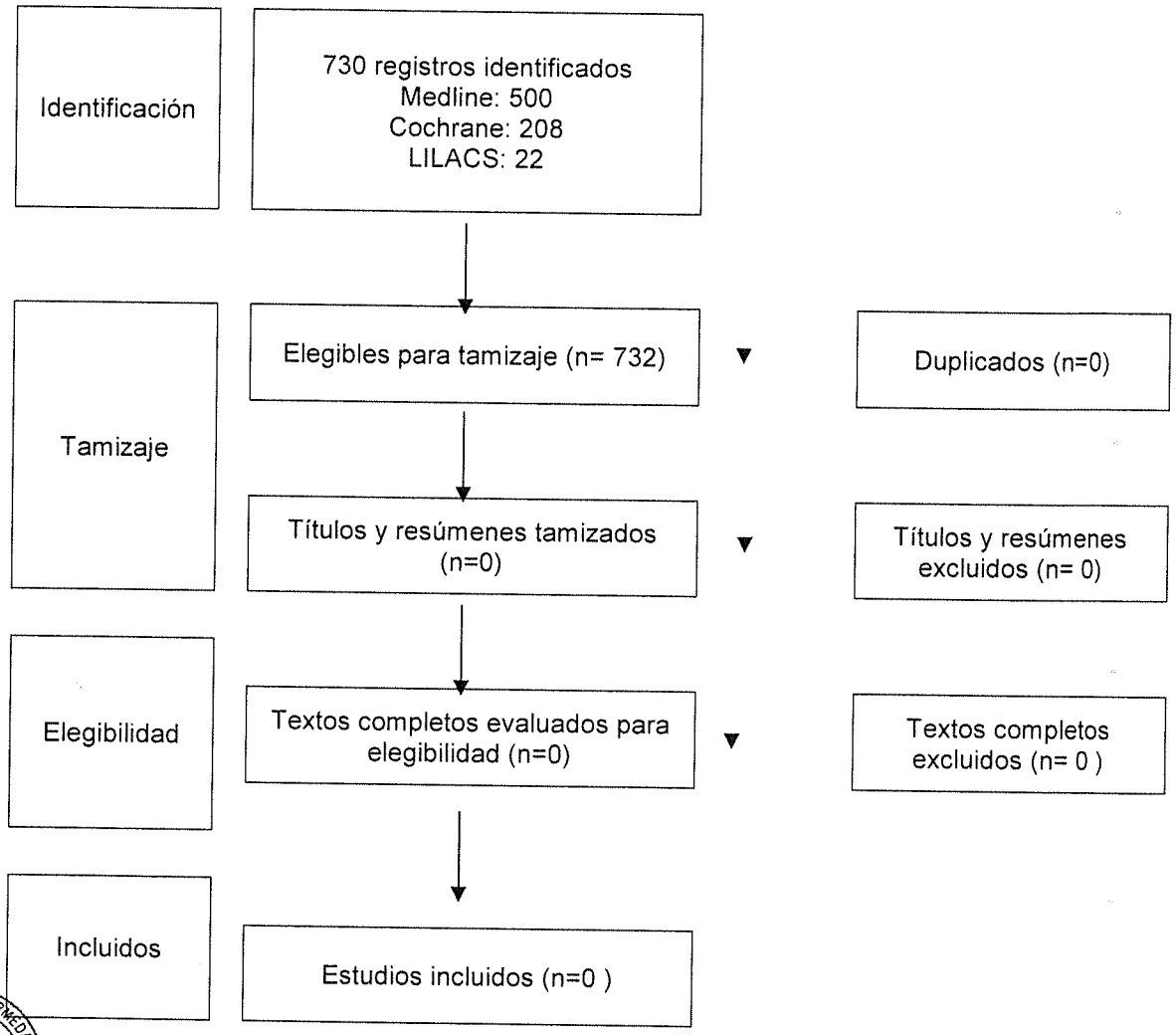
N°	Término de búsqueda	Resultados
7	MeSH descriptor: [Depression] explode all trees	13465
8	(depression):ti,ab,kw	83306
9	#7 OR #8	83306
10	#6 AND #9	6887
11	MeSH descriptor: [Psychotherapy] explode all trees	25998
12	(psychotherap*):ti,ab,kw	14622
13	#11 OR #12	33143
14	MeSH descriptor: [Treatment Outcome] explode all trees	148566
15	("50 decrease"):ti,ab,kw	976
16	#14 OR #15	149363
17	#10 AND #13 AND #16	208

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

N°	Término de búsqueda	Resultados
1	(cancer) OR (neoplasm*) AND (depres*) AND (Psychotherap*) OR (Antidepressive Agents) OR (Treatment Outcome) AND (50 decrease)	22

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - OPE - DIRECCION DE MEDICINA

Flujograma de selección de estudios



Motivo de exclusión de artículos durante lectura a texto completo

No se identificaron artículos que respondan al desenlace de la pregunta PICO

f. Evidencia seleccionada

No se seleccionaron estudios, debido a que no respondieron a la pregunta PICO

Pregunta N° 09

En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave, ¿La frecuencia de tratamiento psicoterapéutico semanal es más efectivo que el tratamiento quincenal para la reducción de síntomas moderados o graves a leves o sin síntomas?

a. **Criterios de selección:**

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipos de estudios
Pacientes oncológicos, depresión moderada, depresión grave.	Frecuencia quincenal	Frecuencia semanal	Respuesta terapéutica, remisión de síntomas y recuperación funcional	

b. **Fuentes de búsqueda:**

- Medline vía PubMed
- Cochrane Library
- Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

c. **Periodo de búsqueda:** Hasta el 21 de setiembre de 2021

d. **Estrategia de búsqueda**

Medline vía PubMed

N°	Término de búsqueda	Resultados
#1	("Neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplas*"[Title/Abstract] OR "tumor*"[Title/Abstract] OR "cancer*"[Title/Abstract] OR "malignan*"[Title/Abstract] OR "benign*"[Title/Abstract]) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR "depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract] OR ("depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR ("major depressive disorder*"[Title/Abstract] OR "Involutional Depression"[Title/Abstract] OR "involutional psychos*"[Title/Abstract] OR "Involutional Melancholia"[Title/Abstract])))	27.775
#2	frequency of therapy[Title/Abstract]	1
#3	session frequency psychotherapy[Title/Abstract]	433
#4	frequency therapy sessions[Title/Abstract]	336
#5	frequency sessions[Title/Abstract]	17
#6	session frequency[Title/Abstract]	93
#7	frequency psychotherapy sessions[Title/Abstract]	57

#8	"frequency of therapy"[Title/Abstract] OR ((("session"[All Fields] OR "session s"[All Fields] OR "sessional"[All Fields] OR "sessions"[All Fields]) AND ("epidemiology"[MeSH Subheading] OR "epidemiology"[All Fields] OR "frequency"[All Fields] OR "epidemiology"[MeSH Terms] OR "frequence"[All Fields] OR "frequences"[All Fields] OR "frequencies"[All Fields])) AND "psychotherapy"[Title/Abstract]) OR (("epidemiology"[MeSH Subheading] OR "epidemiology"[All Fields] OR "frequency"[All Fields] OR "epidemiology"[MeSH Terms] OR "frequence"[All Fields] OR "frequences"[All Fields] OR "frequencies"[All Fields]) AND "therapy sessions"[Title/Abstract]) OR "frequency sessions"[Title/Abstract] OR "session frequency"[Title/Abstract] OR (("epidemiology"[MeSH Subheading] OR "epidemiology"[All Fields] OR "frequency"[All Fields] OR "epidemiology"[MeSH Terms] OR "frequence"[All Fields] OR "frequences"[All Fields] OR "frequencies"[All Fields]) AND "psychotherapy sessions"[Title/Abstract])	836
#9	("frequency of therapy"[Title/Abstract] OR ((("session"[All Fields] OR "session s"[All Fields] OR "sessional"[All Fields] OR "sessions"[All Fields]) AND ("epidemiology"[MeSH Subheading] OR "epidemiology"[All Fields] OR "frequency"[All Fields] OR "epidemiology"[MeSH Terms] OR "frequence"[All Fields] OR "frequences"[All Fields] OR "frequencies"[All Fields])) AND "psychotherapy"[Title/Abstract]) OR (("epidemiology"[MeSH Subheading] OR "epidemiology"[All Fields] OR "frequency"[All Fields] OR "epidemiology"[MeSH Terms] OR "frequence"[All Fields] OR "frequences"[All Fields] OR "frequencies"[All Fields]) AND "therapy sessions"[Title/Abstract]) OR "frequency sessions"[Title/Abstract] OR "session frequency"[Title/Abstract] OR (("epidemiology"[MeSH Subheading] OR "epidemiology"[All Fields] OR "frequency"[All Fields] OR "epidemiology"[MeSH Terms] OR "frequence"[All Fields] OR "frequences"[All Fields] OR "frequencies"[All Fields]) AND "psychotherapy sessions"[Title/Abstract])) AND (("Neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplas*"[Title/Abstract] OR "tumor*"[Title/Abstract] OR "cancer*"[Title/Abstract] OR "malignan*"[Title/Abstract] OR "benign*"[Title/Abstract]) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR "depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract] OR ("depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR ("major depressive disorder*"[Title/Abstract] OR "Involutional Depression"[Title/Abstract] OR "involutional psychos*"[Title/Abstract] OR "Involutional Melancholia"[Title/Abstract])))	8

Cochrane Library

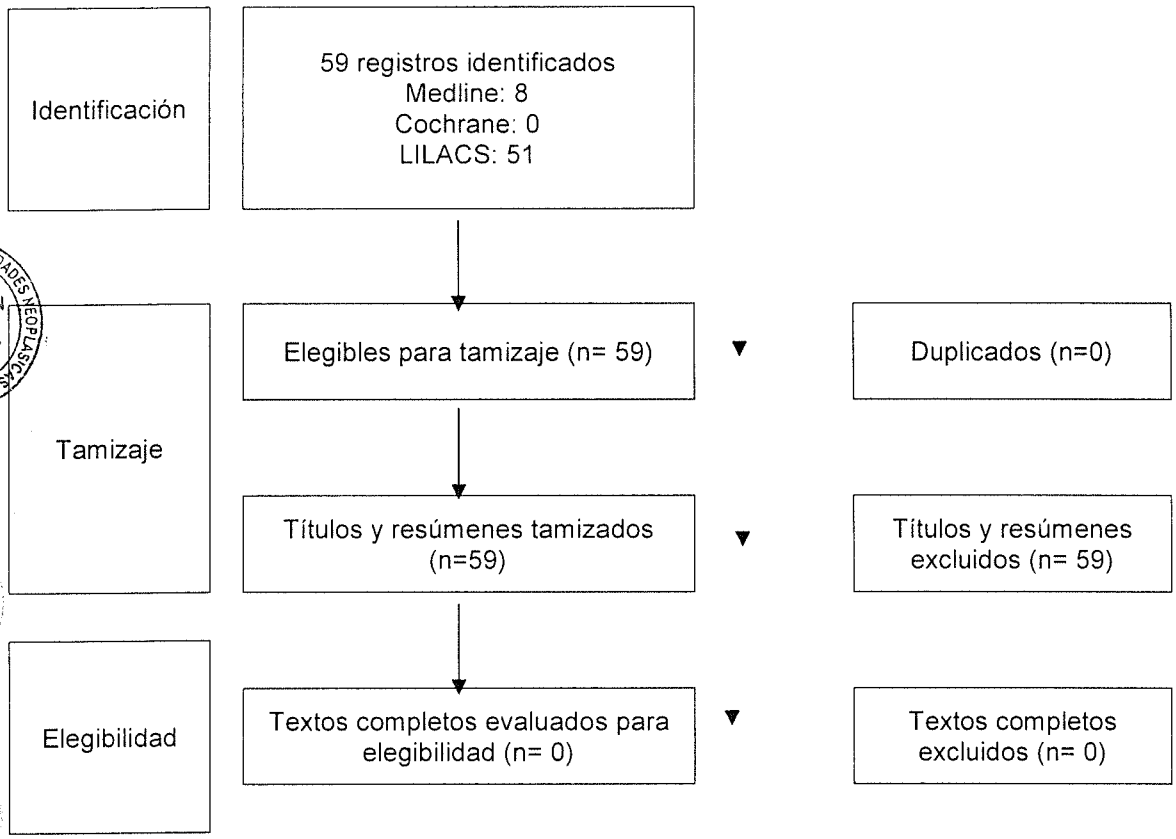
N°	Término de búsqueda	Resultados
1	MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	84044
2	("cancer" OR cancer* OR neoplas* OR tumor* OR malignan*):ti,ab,kw	223.325
3	#1 OR #2	233.575

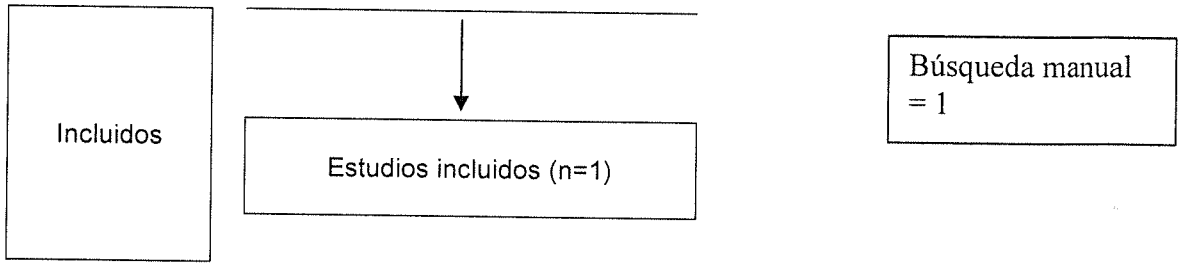
4	MeSH descriptor: [Depression] explode all trees	13.228
5	("depression"):ti,ab,kw	82.151
6	#4 AND #5	13.228
7	#3 AND #6	987
N°	**Término de búsqueda**	**Resultados**
8	("frequency of therapy" OR "frequency therapy sessions" OR "session frequency" OR "session frequency psychotherapy" OR "Frequency sessions" OR "frequency psychotherapy sessions"):ti,ab,kw	96
9	#7 AND #8	0

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

N°	Término de búsqueda	Resultados
1	((cancer) OR (neoplasm*)) AND (depres*) AND ((session frequency psychotherapy) OR (frequency sessions))	51

e. Flujograma de selección de estudios





f. Motivo de exclusión de artículos durante lectura a texto completo

No se identificaron estudios que respondan a la pregunta PICO, según la estrategia de búsqueda.

Pregunta N° 10

En pacientes oncológicos adultos con depresión moderada o grave ¿Es más efectiva la psicoterapia presencial frente a la psicoterapia online?

a. Criterios de selección:

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipos de estudios
Pacientes oncológicos, depresión moderada, depresión grave.	Psicoterapia online	Psicoterapia presencial	Remisión de depresión moderada o grave a leve o sin síntomas (remisión de síntomas al 50%), efectividad y seguridad	

b. Fuentes de búsqueda:
- Medline vía PubMed
- Cochrane Library
- Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

c. Periodo de búsqueda: Hasta el 21 de setiembre de 2021

d. Estrategia de búsqueda

Medline vía PubMed

N°	Término de búsqueda	Resultados
#1	("Neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplas*"[Title/Abstract] OR "tumor*"[Title/Abstract] OR "cancer*"[Title/Abstract] OR "malignan*"[Title/Abstract] OR "benign*"[Title/Abstract]) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR "depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract] OR	27.919

	("depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR ("major depressive disorder*"[Title/Abstract] OR "Involutional Depression"[Title/Abstract] OR "involutional psychos*"[Title/Abstract] OR "Involutional Melancholia"[Title/Abstract])))	
#2	Internet-Based Intervention [Mesh]	728

N°	Término de búsqueda	Resultados
#3	(((((((((((((((((((Internet Based Intervention[Title/Abstract]) OR (Internet-Based Interventions[Title/Abstract])) OR (Intervention, Internet-Based[Title/Abstract])) OR (Interventions, Internet-Based[Title/Abstract])) OR (Web-based Intervention[Title/Abstract])) OR (Intervention, Web-based[Title/Abstract])) OR (Interventions, Web-based[Title/Abstract])) OR (Web based Intervention[Title/Abstract])) OR (Web-based Interventions[Title/Abstract])) OR (Online Intervention[Title/Abstract])) OR (Intervention, Online[Title/Abstract])) OR (Interventions, Online[Title/Abstract])) OR (Online Interventions[Title/Abstract])) OR (Internet Intervention[Title/Abstract])) OR (Internet Interventions[Title/Abstract])) OR (Intervention, Internet[Title/Abstract])) OR (Interventions, Internet[Title/Abstract])) OR (Online Therapy[Title/Abstract])) OR (Digital pychotherapy[Title/Abstract])) OR (Remote Pychotherapy[Title/Abstract])) OR (Telepsychotherapy[Title/Abstract])	3.898
#4	(in person psychotherapy [Title/Abstract]) OR (Face to Face therapy [Title/Abstract])	221
#5	("Neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplas*"[Title/Abstract] OR "tumor*"[Title/Abstract] OR "cancer*"[Title/Abstract] OR "malignan*"[Title/Abstract] OR "benign*"[Title/Abstract]) AND ("Depression"[MeSH Terms] OR "depression*"[Title/Abstract] OR "emotional depression"[Title/Abstract] OR "emotional depression*"[Title/Abstract] OR "depressive symptom*"[Title/Abstract] OR ("depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR ("major depressive disorder*"[Title/Abstract] OR "Involutional Depression"[Title/Abstract] OR "involutional psychos*"[Title/Abstract] OR "Involutional Melancholia"[Title/Abstract])))	27.919
#6	#6 OR #1	4.339
#7	#7 AND #11	51
#8	#11 AND #8 AND #7	1

Cochrane Library

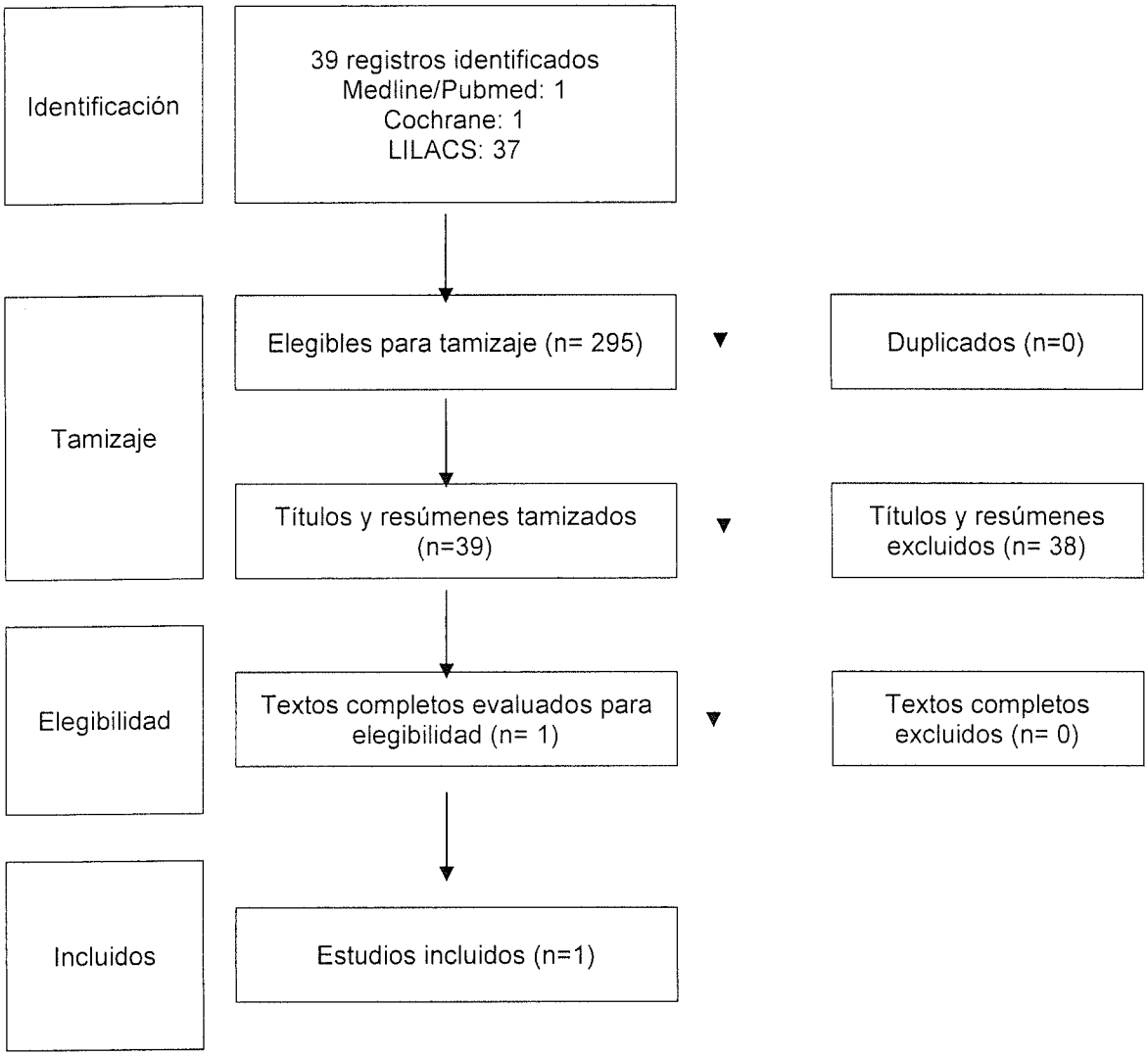
N°	Término de búsqueda	Resultados
1	MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	84.044
2	("cancer" OR cancer* OR neoplas* OR tumor* OR malignan*):ti,ab,kw	223.325

3	#1 OR #2	233.575
4	MeSH descriptor: [Depression] explode all trees	13.228
5	("depression"):ti,ab,kw	82.151
6	#4 AND #5	13.228
7	#3 AND #6	987
N°	**Término de búsqueda**	**Resultados**
8	MeSH descriptor: [Internet-Based Intervention] explode all trees	243
9	("Internet Based Intervention" OR "Internet-Based Interventions" OR "Intervention, Internet-Based" OR "Interventions, Internet-Based" OR "Web-based Intervention" OR "Intervention, Web-based" OR "Interventions, Web-based" OR "Web based Intervention" OR "Web-based Interventions" OR "Online Intervention" OR "Intervention, Online" OR "Interventions, Online" OR "Online Interventions" OR "Internet Intervention" OR "Internet Interventions" OR "Intervention, Internet" OR "Interventions, Internet" OR "Online Therapy" OR "Digital pychotherapy" OR "Remote Pychotherapy" OR "Telepsychotherapy")	3.241
10	(("in person psychotherapy" OR "Face to Face therapy")):ti,ab,kw	143
11	#8 OR #9	3.241
12	#7 AND #11 AND #10	1

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)

N°	Término de búsqueda	Resultados
1	((cancer) OR (neoplasm*)) AND (depres*) AND ((nternet Based Intervention) OR 8(internet-Based Interventions) OR (Intervention, Internet-Based) OR (Interventions, Internet-Based) OR (Web-based Intervention) OR (Intervention, Web-based) OR (Interventions, Web-based) OR (Web based Intervention) OR (Web-based Interventions) OR (Online Intervention) OR (Intervention, Online) OR (Interventions, Online) OR (Online Interventions) OR (Internet Intervention) OR (Internet Interventions) OR (Intervention, Internet) OR (Interventions, Internet) OR (Online Therapy) OR (Digital pychotherapy) OR (Remote Pychotherapy) OR (Telepsychotherapy")) AND ((in person psychotherapy) OR (Face to Face therapy))	37

e. Flujograma de selección de estudios



f. Motivo de exclusión de artículos durante lectura a texto completo

No se excluyeron estudios.

g. Evidencia seleccionada

	Estudio	Diseño
1	Wagner B, Horn AB, Maercker A. Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. J Affect Disord. enero de 2014;152–154:113–21	ECA

ANEXO 5: Tablas de evidencia GRADE

Autor(es): Grupo Elaborador de GPC-BE - EFSMO/INEN
Pregunta: Evaluación psicométrica y evaluación clínica comparado con evaluación clínica para valoración más efectiva de la depresión en pacientes adultos con cáncer
Bibliografía: Bonacchi A, Rossi A, Bellotti L, Franco S, Toccafondi A, Miccinesi G, Rosselli M. Assessment of psychological distress in cancer patients: a pivotal role for clinical interview. Psychooncology. 2010 Dec;19(12):1294-302. doi: 10.1002/pon.1693. PMID: 20148442.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Eficacia de la evaluación psicométrica y clínica									
1	estudios observacionales	no es serio	no es serio	no es serio	serio[a]	ninguno	Óptima eficacia de evaluación del distrés en pacientes oncológicos con un único cuestionario y asociado a la entrevista clínica	⊕◯◯◯ Muy baja	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones:

a. Tamaño óptimo de la muestra fue bajo

Autor(es): Grupo Elaborador de GPC-BE - EFSMO/INEN
Pregunta: ¿Debería usarse BDI-II para diagnosticar severidad de depresión en pacientes adultos con cáncer?
Bibliografía: Lambert SD, Clover K, Pallant JF, Britton B, King MT, Mitchell AJ, et al. Making Sense of Variations in Prevalence Estimates of Depression in Cancer: A Co-Calibration of Commonly Used Depression Scales Using Rasch Analysis. J Natl Compr Cancer Netw JNCCN. octubre de 2015;13(10):1203–11

Sensibilidad	-- (95% CI: -- a --)
Especificidad	-- (95% CI: -- a --)

Prevalencias	0%

Desenlace	№ de estudios (№ de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 0%	
verdaderos positivos (pacientes con severidad de depresión)	1 estudios 162 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	no es serio	no es serio	no es serio	serio[a]	ninguno	0 (0 a 0)	⊕⊕⊕◯ Moderado
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener severidad de depresión)								0 (0 a 0)	
Verdaderos negativos (pacientes sin severidad de depresión)	1 estudios 162 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	no es serio	no es serio	no es serio	serio[a]	ninguno	0 (0 a 0)	⊕⊕⊕◯ Moderado
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como severidad de depresión)								1000 (1000 a 1000)	

Explicaciones

a. Muestra no es representativa

Autor(es): Grupo Elaborador de GPC-BE - EFSMO/INEN
Pregunta: Escitalopram comparado con Otros ISRS para tratamiento de la depresión moderada o grave en pacientes oncológicos
Configuración:
Bibliografía: Cipriani A, Santilli C, Furukawa TA, Signoretti A, Nakagawa A, McGuire H, Churchill R, Barbui C. Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD006532. DOI: 10.1002/14651858.CD006532.pub2. Accedida el 09 de marzo de 2022.

Evaluación de certeza							No de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
No de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Escitalopram	Otros ISRS	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Eficacia Escitalopram versus Fluoxetina (seguimiento: rango 6 semanas a 12 semanas; evaluado con : Escala Montgomery-Asberg para la evaluación de la depresión)												
3	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	serio[b]	no es serio	ninguno	160/399 (40.1%)	171/384 (44.5%)	**OR 0.81** (0.60 a 1.10)	**51 menos por 1000** (de 120 menos a 24 más)	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO
Eficacia Escitalopram versus Sertralina (seguimiento: rango 6 semanas a 12 semanas; evaluado con : Escala Montgomery-Asberg para la evaluación de la depresión)												
2	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	serio[c]	no es serio	ninguno	97/243 (39.9%)	95/246 (38.6%)	**OR 1.06** (0.73 a 1.53)	**14 más por 1000** (de 71 menos a 104 más)	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO
Eficacia Escitalopram versus Fluoxetina (seguimiento: rango 1 semanas a 4 semanas; evaluado con : Escala Montgomery-Asberg para la evaluación de la depresión)												
1	ensayos aleatorios	serio	no es serio	serio[b]	no es serio	ninguno	110/123 (89.4%)	103/117 (88.0%)	**OR 1.15** (0.52 a 2.56)	**14 más por 1000** (de 88 menos a 69 más)	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO
Nuevo desenlace												
0							0/0	0/0	no estimable		-	

CI: Intervalo de confianza; **OR:** Razón de momios

Explicaciones:
a. Los ECAS no han podido ser evaluados con todos los dominios del ROB debido a falta de datos.
b. Son ECAs en población general
c. Se ha realizado la RS en pacientes con depresión en general

Autor: Grupo Elaborador de GPC-BE - EFSMO/INEN
Pregunta: Antipsicóticos para potenciación comparado con placebo para mejoría de la depresión resistente en pacientes oncológicos
Bibliografía: Wen XJ, Wang LM, Liu ZL, Huang A, Liu YY, Hu JY. Meta-analysis on the efficacy and tolerability of the augmentation of antidepressants with atypical antipsychotics in patients with major depressive disorder. Braz J Med Biol Res. 2014 Jul;47(7):605-16. doi: 10.1590/1414-431x20143672. Epub 2014 Jun 13. PMID: 24919175; PMCID: PMC4123841.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto			
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	antipsicóticos para potenciación	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)	Certeza	Importancia
Tasa de remisión de la depresión mediante la potenciación con Antipsicóticos (evaluado con : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale)												
17	ECA	no es serio	no es serio	muy serio [a]	no es serio	ninguno	676/2074 (32.6%)	297/1673 (17.8%)	**OR 1.68** (1.45 a 1.94)	**89 más por 1000** (de 61 más a 118 más)	⊕⊕◯◯ Baja	
Tasa de respuesta a corto plazo con antipsicóticos (evaluado con : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale)												
3	ECA	no es serio	no es serio	muy serio [a]	no es serio	ninguno	50/124 (40.3%)	43/207 (20.8%)	**OR 1.70** (0.98 a 2.95)	**101 más por 1000** (de 3 menos a 228 más)	⊕⊕◯◯ Baja	
Tasa de respuesta a largo plazo de depresión con antipsicóticos (más de 4 semanas) (evaluado con : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale)												
15	ECA	no es serio	no es serio	muy serio [a]	no es serio	ninguno	858/1950 (44.0%)	427/1430 (29.9%)	**OR 1.68** (1.45 a 1.95)	**118 más por 1000** (de 83 más a 155 más)	⊕⊕◯◯ Baja	
Discontinuación debido a efectos adversos de los antipsicóticos atípicos complementarios para el tratamiento de la depresión refractaria												
16	ECA	no es serio	no es serio	muy serio [a]	no es serio	ninguno	194/2127 (9.1%)	43/1680 (2.6%)	**OR 3.32** (2.35 a 4.70)	**55 más por 1000** (de 33 más a 84 más)	⊕⊕◯◯ Baja	
Tasa de remisión de la depresión mediante la potenciación con Quetiapina (evaluado con : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale)												
5	ECA	no es serio	no es serio	muy serio [a]	no es serio	ninguno	294/677 (43.4%)	104/352 (29.5%)	**OR 1.78** (1.35 a 2.34)	**132 más por 1000** (de 66 más a 200 más)	⊕⊕◯◯ Baja	
Discontinuación debido a efectos adversos de quetiapina complementaria para el tratamiento de la depresión refractaria												
5	ECA	no es serio	no es serio	muy serio [a]	no es serio	ninguno	85/688 (12.4%)	11/360 (3.1%)	**OR 3.32** (2.35 a 4.70)	**64 más por 1000** (de 38 más a 98 más)	⊕⊕◯◯ Baja	

Explicaciones:

a. El estudio es realizado en población general (no oncológica)
IC: Intervalo de confianza. **OR:** Razón de momios

Autor: Grupo Elaborador de GPC-BE - EFSMO/INEN
Pregunta: Mindfulness comparado con terapia cognitivo conductual para disminuir los síntomas depresivos en pacientes oncológicos
Bibliografía: Sheikhzadeh M, Zanjani Z, Baari A. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety, Depression, and Fatigue in Cancer Patients: A Randomized Clinical Trial. Iran J Psychiatry. 2021;16(3):271-280. doi:10.18502/ijps.v16i3.6252

Evaluación de certeza							No de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
No de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Mindfulness	terapia cognitivo conductual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Mindfulness vs TCC. Disminución de síntomas depresivos (seguimiento: rango 1 semanas a 8 semanas; evaluado con : Inventario de Depresión de Beck; Escala de: 0 a 63)												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio[a]	ninguno	19	19	-	SMD **0.24 SD menor** (0 a 0)	⊕⊕⊕◯ Moderado	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza ; **SMD:** Diferencia media estandarizada

Explicaciones:
a. La muestra es muy pequeña

Autor(es): Grupo Elaborador de GPC-BE - EFSMO/INEN
Pregunta: Intervención colaborativa comparado con monoterapia para la mejoría clínica, calidad de vida y funcionalidad?
Configuración:
Bibliografía: Li M, Kennedy EB, Byrne N, et al. Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer, Psycho-Oncology. 2017;26:573–587. https://doi.org/10.1002/pon.4286

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Intervención colaborativa	monoterapia	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Efectividad de la intervención colaborativa												
6	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	0	0	-	SMD **0.01 SD menor** (0.1 menor a 0.08 más alto.)	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRÍTICO
Efectividad de la intervención colaborativa (seguimiento: 3 meses)												
3	ensayos aleatorios	no es serio	serio[a]	no es serio	no es serio	ninguno	0	0	-	SMD **0.58 SD menor** (0.91 menor a 0.25 menor)	⊕⊕⊕◯ Moderado	IMPORTANTE
Efectividad de la intervención colaborativa (seguimiento: 6 meses)												
	ensayos aleatorios	no es serio	serio[b]	no es serio	no es serio	ninguno	0	0	-	SMD **0.53 SD menor** (0.85 menor a 0.2 menor)	⊕⊕⊕◯ Moderado	IMPORTANTE
Efectividad de la intervención colaborativa (seguimiento: 12 meses)												
5	ensayos aleatorios	no es serio	serio[c]	no es serio	no es serio	ninguno	0	0	-	SMD **0.49 SD menor** (0.81 menor a 0.16 menor)	⊕⊕⊕◯ Moderado	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza; **SMD:** Diferencia media estandarizada

Explicaciones:
a. Presenta un alto nivel de heterogeneidad de 82%
b. Presenta un alto nivel de heterogeneidad de 90%
c. Presenta un alto nivel de heterogeneidad de 89%

Autor(es): Grupo Elaborador de GPC-BE - EFSMO/INEN
Pregunta: Psicoterapia Grupal comparado con Psicoterapia Individual para la reducción de la depresión moderada o grave a depresión leve o sin síntomas
Bibliografía: Rissanen R, Nordin K, Ahlgren J, Arving C. A stepped care stress management intervention on cancer-related traumatic stress symptoms among breast cancer patients—a randomized study in group vs. individual setting. Psychooncology. 2015 Sep;24(9):1028-35. doi: 10.1002/pon.3763. Epub 2015 Jan 28. PMID: 25631707.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Efectividad de la psicoterapia Grupal (evaluado con : Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria)									
1	ensayos aleatorios	serio[a,b]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	No existen beneficios significativos diferentes entre la terapia grupal y la terapia individual. Ambas terapias tienen un efecto positivo en la disminución de síntomas depresivos.	⊕⊕⊕◯ Moderado	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones:
a. Alto sesgo en enmascaramiento
b. No hubo cegamiento en el personal.

Autor(es): Grupo Elaborador de GPC-BE - EFSMO/INEN
Pregunta: Modalidad semanal comparado con modalidad quincenal para disminución de síntomas depresivos
Bibliografía: Bruijniks SJE, Lemmens LHJM, Hollon SD, Peeters FPML, Cuijpers P, Arntz A, et al. The effects of once- versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. Br J Psychiatry. abril de 2020;216(4):222–30.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	modalidad semanal	modalidad quincenal	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Aplicación de la modalidad psicoterapéutica semanal (evaluado con : Inventario de Depresión de Beck - II)												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	serio[a]	serio[b]	ninguno	En comparación con los pacientes que recibieron sesiones semanales, los pacientes que recibieron sesiones dos veces por semana mostraron una disminución estadísticamente significativa de los síntomas depresivos (diferencia media estimada entre las sesiones semanales y las dos veces por semana en el mes 6: 3,85 puntos, diferencia en el tamaño del efecto d = 0,55), menores tasas de abandono (n = 16 en comparación con n = 32) y una mayor tasa de respuesta (cociente de riesgos 1,48; IC del 95%: 1,00-2,18).		⊕⊕◯◯ Baja		CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones:
a. No corresponde la frecuencia de la pregunta PICO
b. La muestra es pequeña

ANEXO 6: Estructura de indicadores de recomendaciones

Ejemplo 1

N°	Indicador	Forma de Cálculo	Fuente	Período	Uso del Indicador	Estándar
1	% de pacientes oncológicos con diagnóstico de depresión moderada o grave tratados con las intervenciones basadas en *mindfulness*	N° de pacientes oncológicos con diagnóstico de depresión moderada o grave tratados con las intervenciones basadas en *mindfulness* N° total de pacientes oncológicos con diagnóstico de depresión moderada o grave	Informe del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica	Semestral	Cuantificar el número total de pacientes atendidos con las intervenciones basadas en Mindfulness	Al menos el 80%
2	% de pacientes oncológicos de mama hormono sensibles usuarias de tamoxifeno y diagnosticadas con depresión moderada o grave tratadas con desvenlafaxina	N° de pacientes oncológicos de mama hormono sensibles usuarias de tamoxifeno y diagnosticadas con depresión moderada o grave tratadas con desvenlafaxina N° total de pacientes oncológicos de mama hormono sensibles usuarias de tamoxifeno y diagnosticadas con depresión moderada o grave.	Informe del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica	Semestral	Cuantificar el número total de pacientes oncológicos de mama hormono sensibles usuarias de tamoxifeno y diagnosticadas con depresión moderada a grave tratadas con Desvenlafaxina	Al menos el 80%*

Ejemplo 2

N°	Indicador	Forma de Cálculo	Fuente	Período	Uso del Indicador	Estándar
1	% de protocolos (Inventarios de Depresión de Beck) aplicados a pacientes con depresión moderadas o grave para valorar el nivel de depresión	N° de pacientes oncológicos con diagnóstico de depresión moderada evaluados mediante el protocolo (Inventario de Depresión de Beck) N° total de pacientes oncológicos con diagnóstico de depresión moderada o grave	Informe del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica	Semestral	Cuantificar el número total de pacientes evaluados mediante el protocolo (Inventario de Depresión de Beck)	Al menos el 80%
2	% de personal asistencial de salud mental capacitado en intervenciones basadas en *mindfulness*	N° de personal asistencial de salud mental capacitado en intervenciones basadas en *mindfulness* N° total de personal asistencial de salud mental	Informe de capacitación del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica	Semestral	Cuantificar el número total de personal asistencial capacitado en intervenciones basadas en Mindfulness	Al menos el 80%*

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión Moderada a Grave en Pacientes Adultos con Cáncer

- Versión Corta -

DIRECCIÓN DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
EQUIPO FUNCIONAL DE SALUD MENTAL ONCOLÓGICA

Lima-Perú

2023

M.C. Mg. Francisco E. Berrospi Espinoza

Jefe Institucional

M.C. Adela Heredia Zelaya

Subjefe Institucional

M.C. Gustavo J. Sarria Bardales

Director General de la Dirección del Control de Cáncer

Dra. Víctor Castro Oliden

Director General de la Dirección de Medicina

Dr. Fernando Barreda Bolaños

Director Ejecutivo del Departamento de Especialidades Médicas

Revisión y Validación:

- **Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos**
  - M.C. Essy Milagros Maradiegue Chirinos
- **Oficina de Organización**
  - Mg. Ángel W. Riquez Quispe
  - Mg. Antonio Mayta Vivar

PANEL DE EXPERTOS CLÍNICOS

Yvo Luren Fernández Montoro
Licenciado en Psicología
Coordinador del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Giovanna Alicia Galarza Torres
Licenciada en Psicología
Máster en Psicooncología
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Rosa María Argüelles Torres
Licenciada en Psicología
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Hernán Bernedo del Carpio
Licenciado en Psicología
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Oscar Edmundo Villanueva Cortés
Licenciado en Psicología
Máster en Psicooncología
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Sarita María Angulo Rubio
Licenciada en Psicología
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Edith Esmeralda Puicón Niquen
Licenciada en Psicología
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

José Luis Rojas Vilca
Médico Cirujano
Maestro en Epidemiologia Clínica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Iris Villalobos Morante
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Carmela Barrantes Serrano
Médico Cirujano
Segunda Especialización en Medicina Preventiva y Salud Pública
Máster en Salud Pública
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Jorge Luis Huamanchumo Baca
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Oncología
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas

Vania Cristhiane Guerra Vela
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Centro de Salud Mental Comunitario
Próceres de la Independencia – Pucallpa

Jeff David Huarcaya Victoria
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Maestro en Medicina con mención en Psiquiatría
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

María Isabel Vásquez Suyo
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Maestra en Medicina
Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Anny Altamirano Prada
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Centro de Salud Mental Comunitario
Andahuaylas

GRUPO ELABORADOR DE LA GUÍA

GRUPO ELABORADOR (GESTORES Y PROFESIONALES CLINICOS)

Yurfa Elizabeth Salazar Aliaga
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Jefe del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Fiorella Alejandra Baca Seminario
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Yuly Betty Cayo Bolarte
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Fernando Antonio Lamas Delgado
Licenciado en Psicología
Doctor en Educación
Maestro en Psicología Clínica y de la Salud
Máster en Sexología
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Claudia Andrea Césaro Lora
Licenciada en Psicología
Máster en Psicooncología
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

GRUPO DE EXPERTOS METODÓLOGOS

José Carlos Sánchez Ramírez
Licenciado en Psicología
Máster en Psicooncología
Metodólogo de la Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

Lucía Villar Bernaola
Bióloga
Magister en Nutrición Pública
Magister en Salud Pública
Metodóloga de la Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

Guadalupe Torres Villalobos
Licenciada en Psicología
Universidad San Martin de Porres

José Paulino Oré Maldonado
Licenciado en Psicología
Magister en Psicología Clínica de niños
Especialista en Neuropsicología
Policlínico Francisco Pizarro - Red Prestacional Almenara

Claudia Karina Guevara Cordero
Licenciada en Psicología y Docente
Magister en Psicología Clínica y de la Salud
Universidad Privada del Norte

Heydi Dialeti Ramos Toscanelli
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Hospital Víctor Larco Herrera

REPRESENTANTE DE PACIENTES

Susana Miriam Wong Calderón
Asociación Lazo Rosado
Teresa López Castillo
Club de la mama

Elizabeth Marlene Villaroel Villanueva
Paciente

Madeleine Isabel Aranda Murillo
Paciente

REVISORES EXTERNOS

Xiomara Rocha – Cadman
Psiquiatra de Enlace y Psicooncóloga
City of Hope Comprehensive Cancer Center

Oscar Galindo Vásquez
Psicooncólogo e Investigador
Unidad de Investigación y Desarrollo de la Psicooncología
Instituto Nacional de Cancerología México

Loida Esenarro Valencia
Licenciada en Psicología
Presidenta de la Sociedad Peruana de Psicooncología
Dirección de Salud Mental - Ministerio de Salud

Joyce Alessandra Sarita Amado Ramírez
Licenciada en Psicología
Sentido - Centro Peruano de Suicidología y Prevención del Suicidio

Katherine Lisette Sánchez Carreño
Licenciada en Psicología
Maestra en Psicooncología y Cuidados Paliativos
Universidad Ricardo Palma

Marianela Olga Sánchez Wagner
Licenciada en Psicología
Doctora en Psicología Clínica y de la Salud
Asociación Nacional de Psicooncología del Perú

Eduardo Moras Rosado
Psicólogo
Universidad Privada del Norte
Rousel Lisette Vargas Gallo
Licenciada en Psicología
Hospital Alberto Leonardo Barton Thompson – Callao

Rosa Elena Huerta Rosales
Psicóloga y Docente
Doctora en Psicología
Magister en Psicología Clínica y de la Salud
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Delia Rossana Nizama del Río
Licenciada en Nutrición
Magister en Administración
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

Abel Limache García
Licenciado en Enfermería
Magister en Administración
Clínica Internacional AUNA

Elmer Roger Díaz Castillo
Licenciado en Psicología
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas – Norte

Wilder Inga Breña
Licenciado en Psicología
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas – Norte

Héctor Rubén Montoya Molina
Médico Cirujano y Docente
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Clínica Padre Luiz Tezza

Andrea del Pilar Domínguez Calero
Licenciada en Psicología
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas – Centro

Keyla Stefany Luna Ortiz
Licenciada en Psicología
Centro de Salud Mental Comunitario San Gabriel Alto

Manuel Antonio Benavente Arauco
Licenciado en Psicología y Docente
Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo

Hilbert Julio Gómez Paredes
Médico Cirujano
Segunda Especialidad en Psiquiatría
Centro de Salud Mental Comunitario Churcampa – Huancayo

Yanet Irene Castillo Verástegui
Licenciada en Psicología
Especialista en Neuropsicología
Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Diego Gabriel Enrique Canaval Cornejo
Licenciado en Psicología
Asociación Nacional de Psicooncología

Juan José Gabriel Ártica Martínez
Psicólogo y Docente
Magister en Psicología Clínica y de la Salud
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

AGRADECIMIENTOS

Dra. Maricela Curisinche

Participación en la relatoría

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Todo el grupo elaborador de la Guía y el panel de expertos clínicos invitados han firmado la declaración de conflicto de interés, estas declaraciones se realizaron durante el diálogo deliberativo en el que se formularon las recomendaciones, el cual fue celebrado durante los meses de noviembre de 2021 a marzo de 2022. Los conflictos de interés firmados serán almacenados por 5 años en los repositorios del Instituto Nacional de Salud.

FINANCIAMIENTO

La presente Guía de Práctica Clínica fue financiada por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y el Instituto Nacional de Salud

ÍNDICE

I. FINALIDAD 1
II. OBJETIVO 1
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN 1
IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR 1
V. CONSIDERACIONES GENERALES 1
5.1 DEFINICIONES 1
5.2 ETIOLOGÍA 3
5.3 FISIOPATOLOGÍA 3
5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS 3
5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS 3
5.5.1 MEDIO AMBIENTE 3
5.5.2 ESTILOS DE VIDA 4
5.5.3 FACTORES BIOLÓGICOS Y HEREDITARIOS 4
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS 4
6.1 CUADRO CLÍNICO 4
6.1.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS: 4
6.2 DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS ONCOLÓGICOS 4
6.2.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO 5
6.2.2 CRITERIOS DE GRAVEDAD PARA EL EPISODIO DEPRESIVO 6
6.2.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 7
6.3 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA 7
6.3.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS 7
6.3.2 TERAPÉUTICA: 8
6.4.2 INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS 13
6.4.3 CRITERIOS DE ALTA 15
6.4.4 PRONÓSTICO 15
6.4.5 COMPLICACIONES 15
6.5 CRITERIOS DE REFERENCIA 15
6.6 FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL EQUIPO FUNCIONAL DE SALUD MENTAL ONCOLÓGICA 16
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 17

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN MODERADA A GRAVE EN PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER

I. FINALIDAD

La presente Guía de Práctica Clínica aborda recomendaciones dirigidas a mejorar la toma de decisiones en la atención sanitaria de la depresión moderada a grave en pacientes adultos con cáncer.

II. OBJETIVO

Brindar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para el diagnóstico y tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de la depresión moderada a grave en pacientes adultos con cáncer.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta Guía de Práctica Clínica está dirigida profesionales de la salud vinculados con la atención de pacientes adultos con cáncer que cursan con diagnóstico de depresión moderada a grave y es de aplicación obligatoria para el personal de salud del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Diagnóstico y tratamiento de la depresión moderada a grave en pacientes adultos con cáncer.

NOMBRE Y CÓDIGO CIE-10

Episodio depresivo	**F32**
Episodio depresivo leve	**F32.0**
Episodio depresivo moderado	**F32.1**
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	**F32.2**
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	**F32.3**
Otros episodios depresivos	**F32.8**
Episodio depresivo sin especificación	**F32.9**

V. CONSIDERACIONES GENERALES

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por al menos un episodio depresivo que dura mínimo dos semanas y que involucra síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y somáticos. Entre los síntomas destacan el ánimo triste, la anhedonia, sentimientos de culpa e inutilidad, pensamientos persistentes acerca de la muerte o suicidio, problemas de atención y concentración, enlentecimiento o agitación psicomotora y alteraciones del sueño y apetito (1,2). Se afecta el funcionamiento psicosocial de la persona y disminuye la calidad de vida (3), a menudo como respuesta a situaciones o acontecimientos estresantes (4).

5.1 DEFINICIONES

- **Cáncer:** grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento descontrolado y propagación de células anormales.
- **Cáncer de mama hormono dependiente:** cáncer de mama que precisa de determinadas hormonas, como estrógeno y progesterona, para su crecimiento y en ausencia de éstas, las células tumorales mueren.

- **Tamoxifeno:** fármaco modulador selectivo del receptor de estrógeno (MSRE), con efectos estrogénicos y antiestrogénicos simultáneamente sobre varios tipos de tejidos.
- **Depresión resistente al tratamiento:** se refiere a episodios depresivos mayores que no responden satisfactoriamente después de dos ensayos de monoterapia con antidepresivo.
- **Antidepresivos:** psicofármacos utilizados para tratar diversos trastornos psiquiátricos como ansiedad, alteraciones de la conducta, que pueden aparecer en forma de uno o más episodios a lo largo de la vida.
- **Antipsicóticos:** antiguamente llamados neurolépticos, son fármacos que comúnmente, aunque no exclusivamente, se usan para el tratamiento de los cuadros psicóticos, como en depresión resistente al tratamiento, los cuales son usados para potenciar el tratamiento.
- **Incidentes por medicamentos:** es el término que engloba todos los accidentes, problemas o sucesos, inesperados o no deseados, que se producen por error o no, durante los procesos de utilización de los medicamentos y que pueden o no causar daños al paciente.
- **Reacción adversa a medicamentos:** una respuesta que es nociva y no intencionada, y que se produce a dosis normalmente utilizadas en los seres humanos para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o para la modificación de una función fisiológica.
- **Inventario de Depresión de Beck-II (BDI):** instrumento de tamizaje utilizado para evaluar síntomas de depresión.
- **Mindfulness:** tiene múltiples definiciones, todas centradas en la experiencia del momento presente con aceptación y sin juzgar. Tendencia a ser conscientes de las propias experiencias internas en un contexto de aceptación de esas experiencias sin juzgarlas.
- **Psicoterapia grupal:** es un tipo de terapia psicológica que se lleva a cabo con un grupo de personas en lugar de con una persona. Mientras que el término técnicamente se puede aplicar a cualquier tipo de psicoterapia en la que participa un grupo, se asocia a un tipo de terapia específica que hace uso de la dinámica de grupo.
- **Psicoterapia virtual:** cualquier tipo de interacción profesional, de índole terapéutico, que toma el uso de Internet como medio para la práctica en Salud Mental
- **Intervención colaborativa:** implica la colaboración activa entre el oncólogo o el proveedor de atención primaria y un gestor de atención al paciente (enfermera, trabajador social, psicólogo), con un tratamiento farmacológico supervisado por un psiquiatra de consulta según sea necesario.
- **Respuestas al tratamiento:** disminución de la intensidad y frecuencia de síntomas depresivos como consecuencia del tratamiento.
- **Remisión de síntomas:** es cuando el paciente permanece asintomático durante seis meses.
- **Calidad de vida:** según la OMS, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.

- **Funcionalidad o capacidad funcional:** según la OMS la capacidad funcional es la relación que se produce entre el individuo y el entorno en el que vive, y cómo interactúan. Asimismo, se asocia a la salud y al valor de las actividades que nos permiten ser y hacer.

5.2 ETIOLOGÍA

Las causas de depresión en pacientes oncológicos son diversas, una compleja interacción de factores biopsicosociales empeora la situación del paciente afectado (5). Son considerados factores de riesgo relevantes la edad, más frecuente en jóvenes, el sexo femenino, el tipo y estadio clínico de la enfermedad neoplásica, el tratamiento oncológico activo o paliativo en curso, presencia de dolor físico, red social de apoyo limitada, pobre funcionalidad, así como también, los antecedentes de trastornos del ánimo y consumo de sustancias tóxicas (6).

5.3 FISIOPATOLOGÍA

Ningún modelo o mecanismo único puede explicar satisfactoriamente todos los aspectos de la enfermedad, por lo que su fisiopatología intenta ser explicada por distintas teorías. Entre ellas la hipótesis de las monoaminas, con la desregulación de los neurotransmisores de serotonina, dopamina y noradrenalina vinculados a patrones de síntomas específicos en el curso de la enfermedad, cambios cerebrales estructurales y funcionales, y la epigenética con la interacción de factores genéticos y ambientales (3,7,8). Además, existen factores mediados por citoquinas proinflamatorias y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal hiperactivo presentes también en pacientes con cáncer (9,10).

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La OMS clasificó la depresión mayor como la tercera causa de carga de enfermedad en el mundo y ha proyectado que tendrá el primer lugar para el año 2030 (11). Se estima que alrededor de 280 millones de personas sufren este trastorno, lo cual afecta un 3,8% de las personas, incluyendo un 5% de adultos y un 5,7% de adultos mayores (12).

En los pacientes con cáncer la prevalencia estimada varía desde el 1.5-50% (10) con una media entre 15-29% (5,7,13,14), reportándose esta elevada variabilidad debido a dificultades de estandarización de las poblaciones consultadas respecto a factores como edad, género, localidad, momento de la enfermedad, tipo de cáncer, número de la muestra, instrumentos de evaluación y metodología empleada (15,16).

En Perú, los estudios respecto a prevalencia de depresión en pacientes con cáncer no están actualizados, sin embargo, según la información obtenida de la base de datos del Sistema del INEN (SISINEN) de diciembre 2019 a diciembre del 2020 en el área de psiquiatría, se atendieron 2936 pacientes adultos, de los cuales 626 (21.3%) presentaron algún episodio depresivo (CIE-10 F32 y F33).

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Considerando los determinantes de la salud (17) se han diferenciado diversos factores de riesgo asociados al diagnóstico de depresión en adultos con cáncer (5,7,9,15,18), su identificación es clave al momento de la atención del paciente debido a su repercusión en el curso y pronóstico de la enfermedad oncológica(19):

5.5.1 Medio ambiente

- Los factores socioeconómicos encontrados son similares a la población general, entre ellos se incluyen el desempleo, bajo nivel educativo, aislamiento y falta de apoyo social.
- Dentro de los factores psicosociales encontramos la calidad de vínculo, autoestima, la espiritualidad y religiosidad.

5.5.2 Estilos de vida

- Historia de eventos vitales estresantes (especialmente pérdidas).
- Soledad (soltero, divorciado, separado, viudo, vive solo).
- Rasgos de personalidad (tipo D, represión emocional, mecanismos de afrontamiento deficientes, rasgos de desesperanza-indefensión).

5.5.3 Factores biológicos y hereditarios

- Antecedentes psiquiátricos familiares y personales (trastornos del estado de ánimo, adicción al alcohol o drogas, historia de intentos de suicidio) se han asociado con una edad más temprana de inicio de la enfermedad y una mayor duración.
- Género femenino.
- Edad (más frecuente en pacientes jóvenes).
- Tipo de cáncer (principalmente cánceres con liberación de citoquinas y asociados a síndromes paraneoplásicos).
- Estadio avanzado o enfermedad metastásica.
- Síntomas físicos no controlados (dolor, náuseas, vómitos, fatiga) o mal pronóstico de enfermedad oncológica.
- Factores de inflamación (IL2, IL-6, TNF-ALFA y proinflamatorias).
- Factores relacionados con el tratamiento: terapia inmunológica (interferón-a), medicamentos corticoides, metildopa, betabloqueadores, antibióticos, clonidina, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, anticonvulsivantes (fenitoína, levetiracetam), agentes de quimioterapia (vinblastina, vincristina, procarbazina, ciproterona).

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS:

La superposición de síntomas explicables por la condición médica propia del paciente constituye una de las dificultades más frecuentes al momento de diagnosticar un episodio depresivo en un paciente oncológico (5), entre estos síntomas destacan la anhedonia, el aislamiento social, fatiga, anorexia, baja de peso, alteraciones del sueño, alteración cognitiva, disminución de la libido y enlentecimiento psicomotor, siendo el ánimo depresivo, los sentimientos de culpa e inutilidad, así como la ideación suicida las características que constituyen una diferencia en esta superposición (14).

6.2 DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS ONCOLÓGICOS

Para los episodios depresivos según su severidad en pacientes adultos con cáncer son los mismos utilizados que en la población general (20) en base a la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10) (1), sin embargo, se deben tener en cuenta los factores asociados a la enfermedad oncológica, la presencia de trastornos concomitantes y la superposición de síntomas, para el seguimiento y pronóstico.

Los criterios diagnósticos y de gravedad para el episodio depresivo, según la CIE-10 se detallan a continuación (1):

6.2.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO

A. Humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado (fatigabilidad), que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

B. Otras manifestaciones:

- Disminución de la atención y concentración.
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y de ser inútil.
- Perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Trastornos del sueño.
- Pérdida del apetito.

C. Duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

D. Síntomas somáticos (para considerar un síndrome somático deben estar presentes cuatro o más de los siguientes síntomas):

- Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras.
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas).
- Pérdida marcada de apetito.
- Pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes).
- Pérdida marcada de la libido.

E. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.

F. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

6.2.1.1 RECOMENDACIÓNES DE DIAGNÓSTICO

➢ Se sugiere realizar una evaluación clínica y psicométrica en pacientes adultos con cáncer con diagnóstico de depresión moderada a severa. *Recomendación condicional a favor de la intervención basado en una baja certeza de la evidencia.*

Consideraciones adicionales:

- Efectos del tratamiento oncológico (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, medicina paliativa, etc.).

- Dolor por enfermedad oncológica.
- Estado intenso de labilidad emocional.
- Baja escolaridad (paciente no lee o no escribe).

➢ Se sugiere aplicar el BDI-II en pacientes adultos con cáncer para la evaluación de la severidad de la depresión. *Recomendación condicional a favor de la intervención basado en evidencia de certeza muy baja.*

Consideraciones adicionales:

- Priorizar y extender la evaluación en los pacientes con sospecha de depresión, enfermedad avanzada y tratamientos complejos, tumores del SNC.
- En pacientes adultos mayores complementar el recojo de información con la entrevista a familiares.
- Se sugiere aplicar el BDI-II en consulta externa, después de la primera evaluación.

6.2.2 CRITERIOS DE GRAVEDAD PARA EL EPISODIO DEPRESIVO

A. EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

- Al menos dos de los tres síntomas del criterio A, descrito en 6.2.1.
- Al menos tres o cuatro del resto de síntomas del criterio B, descrito en 6.2.1.
- Los síntomas se presentan en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes.
- Se puede especificar con o sin síntomas somáticos, según el criterio D, descrito en 6.2.1.

B. EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS

- Deben estar presentes los tres síntomas del criterio A, descrito en 6.2.1.
- Al menos cuatro del resto de síntomas del criterio B, descrito en 6.2.1.
- Los síntomas se presentan en intensidad grave.
- Presenta una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada.
- Pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o culpa.
- Riesgo de suicidio es notable en los casos particularmente graves.
- Presentes los síntomas somáticos, según el criterio D, descrito en 6.2.1.

C. EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS

- Cumple las pautas del episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- Están presentes ideas delirantes, alucinaciones o un estupor depresivo.

D. OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS

- No reúnen las características de los episodios depresivos señalados anteriormente, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva.
- Incluye la depresión atípica y episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

E. EPISODIO DEPRESIVO SIN ESPECIFICACIÓN

- Incluye depresión sin especificación y trastorno depresivo sin especificación.

6.2.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se deben considerar las diversas patologías médicas u otros trastornos mentales, a fin de poder realizar la disquisición diagnóstica oportuna, teniendo en cuenta, además, ciertas drogas y fármacos que pueden causar sintomatología depresiva, (21).

Dentro de las patologías médicas consideramos las de origen metabólico/endocrino (hiper e hipotiroidismo, anemia grave, hiperparatiroidismo, hipopotasemia, hiponatremia, uremia, hipopituitarismo, diabetes mellitus, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, porfiria, enfermedad de Wilson, síndrome de Wernicke-Korsakoff), infecciosas (tuberculosis, infección por virus del Epstein-Barr, VIH, neumonía, post-influenza, sífilis terciaria, encefalitis y estados postencefalíticos), neurológicas (enfermedad de Alzheimer, demencia fronto-temporal variante conductual, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia, tumores cerebrales, hematoma subdural, hidrocefalia de presión normal, síndromes de lesión cerebral postraumática), drogas y venenos (alcohol, beta bloqueadores, opiáceos, barbitúricos, insuficiencia de vitamina B12, intoxicación por metales pesados, inhibidores de la colinesterasa, cimetidina, agentes de quimioterapia), neoplasias (carcinomatosis, cánceres de páncreas, pulmón, mama, principalmente) y otros (lupus eritematoso sistémico, otros trastornos vasculares del colágeno, otros trastornos inflamatorios crónicos o autoinmunes, insuficiencia cardíaca) (22).

En cuanto a los trastornos mentales debemos diferenciar entre los trastornos de ansiedad, obsesivo-compulsivo, trastorno bipolar, trastornos adaptativos, déficit de atención con hiperactividad, trastorno límite de la personalidad, trastorno esquizoafectivo, distimia, síntomas negativos de la esquizofrenia, consumo de sustancias psicoactivas (abstinencia a cocaína y anfetaminas) (20,22).

6.3 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.3.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

Como medidas preventivas frente a la cronicidad de depresión se priorizan las siguientes (23):

- Identificar factores de predicción y detección precoz, pacientes que seguramente presentarán nuevos episodios, pautas de tratamiento farmacológico adecuadas para disminuir el riesgo de recaídas, tratamientos integradores para modificar una posible evolución tórpida y tener en consideración los problemas de infradiagnóstico.
- Identificar comorbilidad de la depresión con patología somática y principales grupos de riesgo, pacientes seniles con organicidad u otra patología de base, episodio índice grave o de larga duración, factores psicosociales asociados, antecedentes familiares de depresión o consumo de sustancias psicoactivas.
- Correcta indicación de fármacos antidepresivos según tipo nosológico y cuadro clínico, considerando farmacoterapia sostenida y de mantenimiento.
- Modificar estilos cognitivos, actuar sobre factores de personalidad asociados al mantenimiento de la depresión, realizar tratamientos combinados con fármacos y psicoterapia.

6.3.2 TERAPÉUTICA:

6.3.2.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Existen factores importantes a considerar al elegir un antidepresivo para un paciente oncológico con depresión (24–27):

- Historial psiquiátrico pasado (evaluar las respuestas positivas al tratamiento previo).
- Medicamentos concurrentes (evaluar posibles interacciones farmacológicas)
- Perfil de síntomas somáticos (elegir fármacos antidepresivos que actúen sobre síntomas encontrados).
- Potencial de doble beneficio (entre ellos, duloxetina para el dolor neuropático, venlafaxina/desvenlafaxina para los bochornos) (28–30).
- Tipo de cáncer (evaluar efectos adversos del fármaco en consideración a la patología de base).
- Comorbilidades.
- Pronóstico del cáncer.

6.3.2.2. TRATAMIENTO DE INICIO

Para iniciar tratamiento con antidepresivos es necesario explorar las inquietudes del paciente en relación con el diagnóstico y la medicación. Es importante explicar las razones de la prescripción y brindar información acerca de los fármacos antidepresivos, incluyendo (24,31):

- El período de latencia, es decir, el tiempo que demora el antidepresivo en desarrollar el efecto terapéutico.
- La importancia de cumplir con el tratamiento pautado y la necesidad de continuar con el mismo después de la remisión de los síntomas.
- Los potenciales efectos secundarios.
- Las potenciales interacciones con otros medicamentos.
- El riesgo de aparición de síntomas de descontinuación, particularmente con los antidepresivos de tiempo de vida media corta (paroxetina y venlafaxina) y cómo este riesgo puede ser minimizado (32).

En el ámbito nacional, la Ley de Salud Mental N°30947, en el artículo 9, establece como uno de los derechos del paciente el de ser informado y otorgar su consentimiento que implica la aceptación libre, sin persuasión indebida y otorgada por una persona con problemas de salud mental, o por sus representantes, según sea el caso, después de habérsele proporcionado información precisa, suficiente y comprensible sobre el diagnóstico, tratamiento, medidas alternativas posibles, efectos secundarios y riesgos (33).

El tratamiento con antidepresivos se reserva para los episodios moderados a severos y, en algunos casos, para los leves. Las guías de tratamiento sugieren que la decisión entre los distintos antidepresivos debe basarse en las características sintomáticas del cuadro depresivo, comorbilidades, efectos secundarios, interacciones farmacológicas y disponibilidad en el medio. Asimismo, se recomienda el abordaje psicoterapéutico y la psicoeducación, como pilares del manejo (34).

Los medicamentos antidepresivos, generalmente, comienzan a hacer efecto dentro de las 2 a 4 semanas posteriores a su inicio, en ocasiones se describe entre la cuarta y sexta semana (24,25,35).

Es aconsejable iniciar con una dosis baja del fármaco, con el fin de evaluar la tolerabilidad y la aparición de efectos secundarios y, posteriormente, titular, después de una semana, para lograr una dosis terapéutica (25).

Para el inicio del tratamiento antidepresivo en paciente oncológicos, los medicamentos de primera línea son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) debido a su tolerabilidad y perfil de seguridad, los inhibidores de la recaptación de serotonina/norepinefrina de acción dual (IRSN) y los antidepresivos tricíclicos (ATC), que quedan como opciones útiles en algunos casos (25,36,37).

El papel de los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de la depresión ha disminuido considerablemente en las últimas décadas debido al desarrollo de opciones terapéuticas más seguras y mejor toleradas, aunque los ATC se siguen prescribiendo habitualmente por su función en el tratamiento del dolor neuropático en pacientes con cáncer (25,38).

Todos los ISRS comparten un perfil de efectos secundarios similares: alteraciones gastrointestinales, dolor de cabeza, fatiga o insomnio, disfunción sexual y aumento transitorio de ansiedad después del inicio del tratamiento. Sin embargo, existen algunas diferencias importantes entre cada ISRS que pueden afectar la selección del tratamiento. Algunos ISRS son inhibidores potentes, dosis dependiente, de las vías hepáticas individuales o múltiples del citocromo P450.

Debido a su larga vida media y sus fuertes efectos inhibidores del citocromo P450, se recomienda evitar la fluoxetina en el contexto del cáncer, dado el riesgo de interacción con muchos agentes de quimioterapia que se metabolizan a través del sistema del citocromo P450. De manera similar, la paroxetina tiene efectos inhibidores prominentes del citocromo P450 además de efectos anticolinérgicos significativos que pueden resultar problemáticos y, por tanto, limitar su uso en pacientes con cáncer (24,25).

Entre los ISRS, la sertralina, el citalopram y el escitalopram son los que tienen menor interacciones farmacológicas y son bien tolerados, siendo las mejores opciones de tratamiento, considerados fármacos de primera línea (24,25).

En algunos tratamientos médicos del cáncer, como, por ejemplo, el uso de tamoxifeno en cáncer de mama hormosensible, se prefiere el uso de antidepresivos con menor potencia inhibitoria del CYP2D6 (venlafaxina, desvenlafaxina, sertralina, escitalopram, citalopram) debido a su menor potencial de disminuir la eficacia del tamoxifeno. **Tabla 1** (32,39,40).

Tabla 1. Riesgo de interacción de antidepresivos con tamoxifeno a nivel de CYP2D6

Sin interacción (Libre prescripción)	Leve (Libre prescripción)	Moderada (Prescripción con precaución)	Fuerte (Se desaconseja prescripción)
Minalcipram	Citalopram	Bupropion	Amitriptilina
Mirtazapina	Desvenlafaxina (*)	Duloxetina	Fluoxetina (*)
Trazodona	Escitalopram	Sertralina (*)	Paroxetina
Vortioxetina	Fluvoxamina		

	Venlafaxina (*)		
(*) Estudios clínicos con tamoxifeno			

Nota. Elección del mejor antidepresivo en pacientes con cáncer de mama en tratamiento con Tamoxifeno. Tomado de Irarrázaval ME, Gaete L (40).

6.3.2.2.1. RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO:

- Se recomienda el uso de escitalopram en pacientes con cáncer y depresión moderada a severa. *Recomendación condicional a favor de la intervención basado en evidencia de certeza baja.*

ESCITALOPRAM		
Dosis inicial	**Dosis objetivo**	**Dosis máxima**
5 a 10 mg	10 a 20 mg	20 mg
* Administrar, preferentemente, en las mañanas.		

Consideraciones adicionales:

- Evaluar las interacciones del fármaco con otros medicamentos oncológicos que puedan tomar los pacientes.
- Tomar en cuenta los efectos secundarios al inicio del tratamiento.
- Adecuar el horario de la dosis a la respuesta del paciente luego de la primera administración.

Punto de buena práctica clínica:

- Se sugiere administrar la Desvenlafaxina en pacientes con cáncer de mama hormonosensible usuarias de tamoxifeno y diagnosticadas con depresión moderada a grave.

DESVENLAFAXINA		
Dosis inicial	**Dosis objetivo**	**Dosis máxima**
50 mg	50-100 mg	100 mg
* Administrar, preferentemente, en las mañanas.		

Punto de buena práctica clínica:

- Se sugiere la potenciación con antipsicóticos en pacientes con depresión moderada a severa resistente.

QUETIAPINA	
Dosis inicial	**Dosis objetivo**
25 mg	50-100 mg
* Administrar, preferentemente, en las noches.	

Consideraciones adicionales:

- Iniciar el tratamiento con dosis bajas según la necesidad del paciente
- Valoración del incremento del apetito.
- Psicoeducar al paciente sobre los efectos secundario de la quetiapina.

Punto de Buena Práctica Clínica:

Se sugiere emplear la Duloxetina en pacientes oncológicos con depresión moderada a severa y dolor neuropático severo.

DESVENLAFAXINA	
Dosis inicial	**Dosis máxima**
30 mg	60 mg
* Administrar, preferentemente, en las mañanas.	

6.3.2.2.2 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN RESISTENTE EN PACIENTES ADULTOS ONCOLÓGICOS

El término "depresión resistente al tratamiento" se refiere, típicamente, a episodios depresivos mayores que no responden satisfactoriamente después de dos ensayos de monoterapia con antidepresivos, sin embargo, la definición no ha sido estandarizada (41–43). Los principios y cuestiones generales que intervienen en el tratamiento de la depresión resistente en adultos con cáncer no difieren de la población general:

- Reevaluar el diagnóstico para confirmar que el diagnóstico es depresión unipolar en lugar de un trastorno diferente, como depresión bipolar, duelo complicado o trastorno depresivo inducido por sustancias.
- Comorbilidades de patologías médicas asociadas.
- Evaluar la adherencia al tratamiento.
- Duración de un ensayo farmacológico adecuado, se debe tratar la depresión mayor durante 6 a 12 semanas antes de decidir si un régimen ha aliviado suficientemente los síntomas, salvo que el paciente demuestre poca mejoría después de cuatro a seis semanas.
- Considerar estrategias de tratamiento las cuales incluyen añadir medicación (potenciar) o cambiar de antidepresivo, se debe realizar un cambio a la vez, lo que nos permite comprender mejor si un tratamiento, en particular, es útil (41,44). Otros estudios refieren, como estrategia para manejo de depresión resistente, la combinación de antidepresivos y la optimización de las dosis (45–47).

6.3.2.3. EFECTOS SECUNDARIOS O COLATERALES DEL TRATAMIENTO

Los efectos secundarios que pueden aparecer durante el tratamiento farmacológico psiquiátrico de la depresión moderada a grave en pacientes adultos con cáncer se manifiestan en relación a sus mecanismos de acción y a las interacciones medicamentosas que pueden presentar con otros fármacos que se estén administrando concomitantemente. **Tabla 2** (24,25,42).

Tabla 2. Usos y efectos secundarios del tratamiento farmacológico

Clase	Fármaco	Uso en la Clínica	Efectos Secundarios
ATC	Amitriptilina	• Efectivo en el dolor • Perfil sedativo	• Efectos secundarios anticolinérgicos en pacientes con cáncer, principalmente constipación (interacción con opioides), boca seca y toxicidad anticolinérgica (delirium)
IRSS	Fluoxetina	• Uso en depresión, ansiedad. • Usado para bochornos	• Cefalea, alteraciones gastrointestinales, disfunción sexual, insomnio, disminución de

		• Mínimo riesgo de síndrome de discontinuación (por largo tiempo de vida media)	la agregación plaquetaria, inquietud. • Hiponatremia • Síndrome serotoninérgico. • Inhibición de la conversión de tamoxifeno en endoxifeno. • Alto potencial de interacción droga-droga (IDD).
IRSS	Sertralina	• Uso en depresión, ansiedad. • Usado para bochornos.	• Cefalea, alteraciones gastrointestinales, disfunción sexual, insomnio, disminución de la agregación plaquetaria, inquietud. • Bajo potencial de IDD.
IRSS	Paroxetina	• Útil para tratamiento de bochornos (pero no recomendado)	• Alto potencial de IDD vía CYP450. • Alto riesgo de síndrome de discontinuación por el tiempo de vida media corta. • Ganancia de peso. • Propiedades anticolinérgicas.
	Escitalopram	• Menos efectos secundarios.	• Cefalea, alteraciones gastrointestinales, disfunción sexual, insomnio, disminución de la agregación plaquetaria, inquietud. • Bajo potencial de IDD.
ISRN	Venlafaxina	• Útil para alivio del dolor neuropático y bochornos.	• Incremento de la presión sanguínea a altas dosis. • Alto riesgo de síndrome de discontinuación. • Náusea, diarrea, insomnio, disfunción sexual y cefalea. • Menor potencial de IDD con tamoxifeno.
	Desvenlafaxina	• Usado para el dolor neuropático y bochornos.	• Metabolito de Venlafaxina. • Incremento de la presión sanguínea a altas dosis. • Náusea, diarrea, insomnio, disfunción sexual y cefalea. • Menor potencial de IDD con tamoxifeno.
	Duloxetina	• Usado para el dolor neuropático y bochornos.	• Incremento de la presión sanguínea a altas dosis. • Náusea, diarrea, insomnio, disfunción sexual y cefalea.

- Se recomienda la aplicación de la psicoterapia grupal en pacientes adultos con cáncer y depresión. *Recomendación condicional a favor de la intervención basado en evidencia de certeza moderada.*

  Consideraciones adicionales:

  - El paciente con diagnóstico de depresión grave debe estar bajo medicación y regulación emocional.
  - Estabilidad emocional del paciente para la integración a la psicoterapia grupal.

  Punto de buena práctica clínica:

  - Adecuar el número de sesiones de acuerdo al modelo terapéutico.
  - Considerar los aspectos de enfermedad (tipo de tratamiento), aspectos psicosociales y adherencia al tratamiento al inicio de la intervención.
  - Depresión Moderada: 10 a 12 sesiones (cada dos semanas), considerando las tecnologías en salud de ser necesario.
  - Depresión Grave: 12 a 16 sesiones (semanales), considerando las tecnologías en salud.
  - Incorporar a la familia como apoyo en el abordaje psicoterapéutico ante situaciones de crisis, riesgo suicida y conductas lesivas
  - Considerar la comorbilidad (presencia de otros desórdenes mentales y/o enfermedades físicas).

- Se sugiere realizar la atención semanal a pacientes con cáncer y depresión grave y quincenalmente para casos moderados. *Recomendación condicional a favor de la intervención basado en evidencia de certeza baja.*

  Consideraciones adicionales:

  - Considerar la funcionalidad, estabilidad física del paciente y efectos adversos del tratamiento oncológico.
  - Considerar la posibilidad del uso de psicoterapia virtual.

- Se sugiere aplicar la psicoterapia online en pacientes con cáncer y depresión moderada o grave. *Recomendación condicional, basada en evidencia de baja certeza.*

  Consideraciones adicionales:

  - Preguntar las preferencias del paciente sobre la modalidad de la intervención.
  - Evaluar la estabilidad, funcionalidad del paciente y fase de enfermedad.
  - En casos de depresión grave, priorizar la intervención psicofarmacológica con el objetivo de lograr la regulación emocional antes de iniciar la psicoterapia online.
  - Considerar el apoyo/acompañamiento online al cuidador en casos de depresión grave.
  - Tener en consideración determinadas situaciones de riesgo o crisis en el paciente donde no es recomendable la terapia online, tales como: ansiedad excesiva, ideación suicida, psicosis, conflictos familiares de importancia o pacientes menores de edad sin que haya contacto con responsables legales.

			• Riesgo de Hepatotoxicidad, controlar pruebas de función hepática.
NASSA	Mirtazapina	• Ayuda a dormir y estimulante del apetito. • Propiedades antieméticas. • Usado para los bochornos.	• Raro riesgo de agranulocitosis (monitorear conteo de células blancas y recuento absoluto de neutrófilos). • Incremento de lípidos. • Contraindicado en fenilcetonuria. • Sedación • Incremento de peso. • Menor potencial de IDD con tamoxifeno. • Mínima disfunción sexual.

6.4.2 INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS

- Se recomienda las intervenciones basadas en Mindfulness en pacientes con cáncer y depresión moderada o grave. *Recomendación condicional a favor de la intervención basado en evidencia de certeza moderada.*

  Consideraciones adicionales:

  - Valoración clínica del paciente.
  - Estabilidad emocional del paciente bajo medicación (antidepresivos, estabilizadores del ánimo, benzodiacepinas).
  - Interacción medicamentosa en pacientes con cáncer de mama.
  - Efectos adversos del tratamiento (Quimioterapia, Radioterapia, Cirugía, desbalance electrolítico, entre otros.)
  - Las intervenciones basadas en mindfulness deben darse de manera progresiva y considerar patologías donde no son recomendadas como el trastorno estrés post traumático, entre otras.
  - El personal debe tener especialización en la aplicación de este tipo de técnicas para tener claros el riesgo que determinado ejercicio pueda presentar y cómo manejarlo.
  - En riesgo suicida (En tratamiento con psicofármacos).
  - Adherencia al tratamiento.

- En pacientes adultos con cáncer y depresión moderada o grave se recomienda la intervención colaborativa. *Recomendación fuerte a favor de la intervención basado en evidencia de certeza alta.*

  Consideraciones adicionales:

  - En pacientes con cáncer y depresión grave con psicosis, preferir la medicación para la regulación emocional antes de iniciar psicoterapia.
  - Considerar la interacción medicamentosa en pacientes con cáncer de mama hormonosensibles usuarias de tamoxifeno u otros tipos de cáncer.

6.4.3 CRITERIOS DE ALTA

- Alta por mejoría: Paciente será dado de alta cuando alcance mejoría clínica luego de recibir tratamiento psicotrópico y/o psicoterapéutico, de acuerdo a cada caso y en consenso con el usuario.
- Alta por defunción: alta producida por defunción del usuario.
- Alta voluntaria: alta solicitada por el usuario, en contra de la opinión del profesional o del equipo, siempre que esté en condiciones de decidir.

6.4.4 PRONÓSTICO

No siempre es posible evitar o prevenir la depresión, pero existe tratamiento efectivo disponible y algunas opciones de estilo de vida que pueden ayudar a controlar los síntomas y evitar que reaparezcan.

6.4.5 COMPLICACIONES

Dentro de las complicaciones destacan (44):

- La mortalidad es mayor en este grupo de pacientes respecto a la población general, entre las posibles causas destacan, los efectos fisiopatológicos adversos de la depresión, así como la mayor dificultad para acudir a las atenciones médicas debido a la sintomatología característica (apatía, anhedonia, abulia).
- Falta de adherencia es mayor en pacientes con cáncer deprimidos, tanto al tratamiento oncológico como al psiquiátrico.
- Mayor riesgo de suicidio o de cometer otros actos violentos.
- La depresión comórbida se asocia con un aumento del riesgo de mortalidad por cáncer.

6.5 CRITERIOS DE REFERENCIA

Criterios de referencia

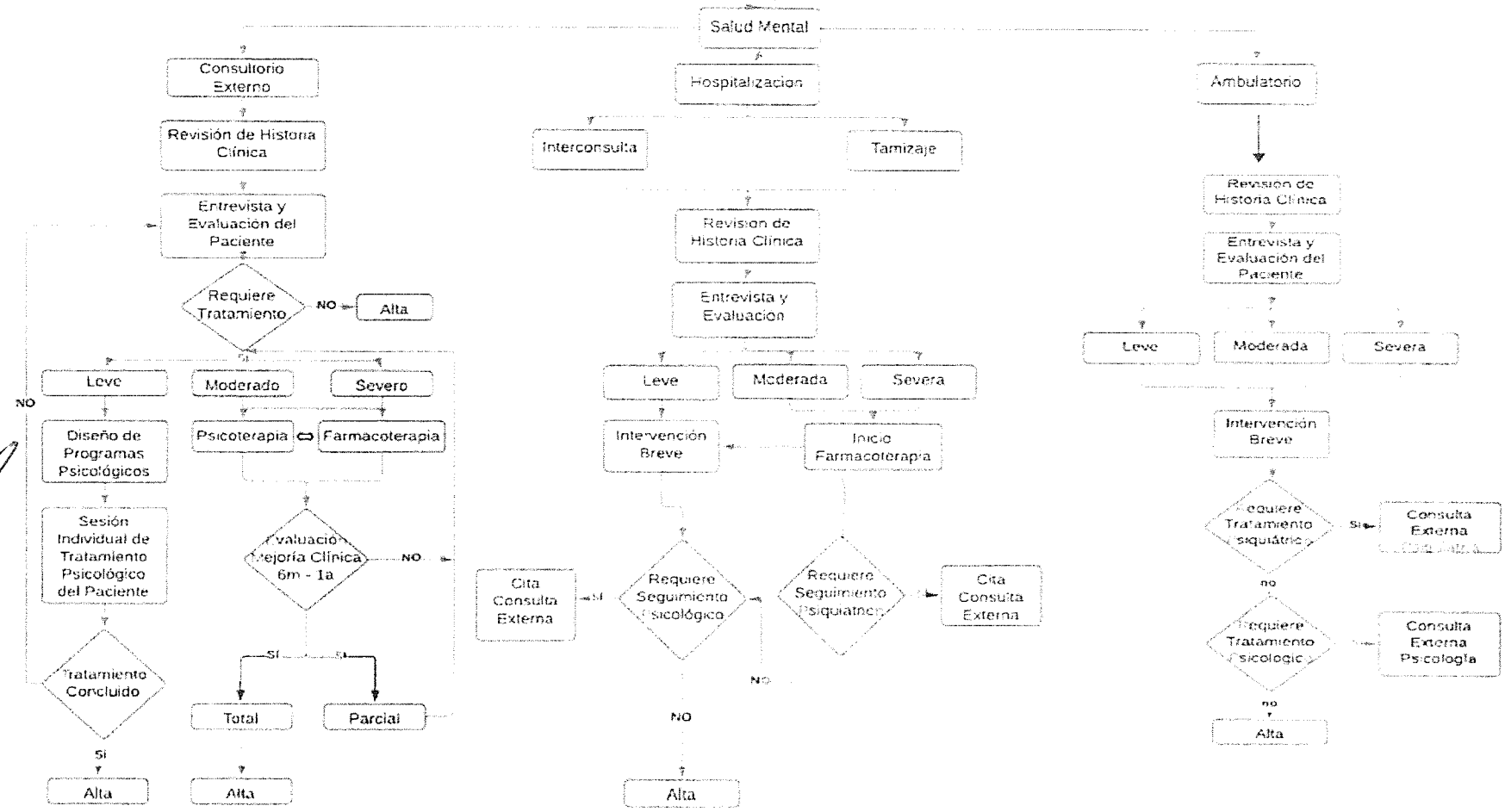
- Presencia de complicaciones psiquiátricas severas que requieran internamiento en Hospital Psiquiátrico u Hospital General con servicio de hospitalización en sus unidades de Salud Mental.
- Pacientes con evidencia de alteración en su salud mental no derivados del proceso oncológico: diagnóstico, tratamiento o como consecuencia directa de la enfermedad, serán referidos a Centro de Salud Mental Comunitario más cercano a su lugar de residencia.

Criterios de contrarreferencia

El paciente es derivado a su establecimiento de origen o centro de salud mental comunitario de donde procede, para mantenimiento y seguimiento clínico, cuando:

- El paciente es dado de alta por el Servicio de Oncología.
- El paciente vive en otra localidad y, por la distancia, el acudir a sus citas se le haga difícil, repercutiendo de forma negativa en la adherencia y mantenimiento del tratamiento.
- Estabilización clínica del paciente.

6.6 FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL EQUIPO FUNCIONAL DE SALUD MENTAL ONCOLÓGICA



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima Revisión (CIE-10). De 2018. Washington, D.C; 2018.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. 5ta. Edición. Editorial Médica Panamericana; 2014.
3. Malhi GS, Mann JJ. Depression. Lancet Lond Engl. 2018;392(10161):2299-312.
4. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. 2006. 49(2):66-72.
5. Rojas O, Fuentes C, Robert V. Psicooncología en el hospital general. Alcances en depresión y cáncer. Rev Med Clin Condes. 2017;28(3):450-9.
6. Méndez JM, Prat MFH, Gil FL. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. 2004. 1(2-3):211-30.
7. Cabrera-Gutierrez L, Mendoza-Luna E, Obando-Castro P. Factores asociados a los niveles de depresión situacional en pacientes oncológicos. 2010. 3(2):96-103.
8. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortes JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. Rev Bioméd. 2017;28(2):89-115.
9. Pousa Rodríguez V, Miguelez Amboage A, Hernández Blázquez M, González Torres MÁ, Gaviria M. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. Rev Colomb Cancerol. 2015;19(3):166-72.
10. Sotelo JL, Musselman D, Nemeroff C. The biology of depression in cancer and the relationship between depression and cancer progression. Int Rev Psychiatry Abingdon Engl. 2014;26(1):16-30.
11. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 2008 [citado 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/205808
12. Depresión [Internet]. World Health Organization. 2021 [citado 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression
13. Grotmol KS, Lie HC, Hjermstad MJ, Aass N, Currow D, Kaasa S, et al. Depression—a major contributor to poor quality of life in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. 2017;54(6):889-97.
14. Raison CL, Miller AH. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. Biol Psychiatry. 2003;54(3):283-94.
15. Krebber AMH, Buffart LM, Kleijn G, Riepma IC, de Bree R, Leemans CR, et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. Psychooncology. 2014;23(2):121-30.
16. Pozo-Kaderman C, Pirl WF. Depression and anxiety disorders in patients with cancer. Psychiatr Times [Internet]. 31 de marzo de 2017 [citado 3 de octubre de 2022];34(3). Disponible en: https://www.psychiatrictimes.com/view/depression-and-anxiety-disorders-patients-cancer
17. Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Regional Committee for Europe sixty-first session [Internet]. World Health Organization; 2011. Disponible en: http://www.euro.who.int/__ data/assets/pdf_file/0010/148375/id5E_2ndRepSocialDet-jh. pdf

18. Walker J, Hansen CH, Martin P, Symeonides S, Ramessur R, Murray G, et al. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. Lancet Psychiatry. 2014;1(5):343-50.
19. Diz Ramírez RF, Garza de la Cruz A, Olivas Verduzco EK, Montes Esqueda JG, Fernández Luciano GS. Cáncer y depresión: una revisión. Psicología y Salud. 2019;29(1):115-24.
20. Rivest J, Levenson J. Clinical features, assessment, and diagnosis of unipolar depressive disorders in patients with cancer. UpToDate. 2020.
21. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t; 2014.
22. Lyness J. Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis. UpToDate [Internet]. 2022; Disponible en: shorturl.at/lmuZ8
23. García López O. Medidas correctoras y preventivas frente a la cronicidad depresiva [Internet]. [citado 3 de octubre de 2022]. Disponible en: http://psiqu.com/1-2540
24. Grassi L, Nanni MG, Rodin G, Li M, Caruso R. The use of antidepressants in oncology: a review and practical tips for oncologists. Ann Oncol. 1 de enero de 2018;29(1):101-11.
25. Grassi L, Riba M, editores. Psychopharmacology in Oncology and Palliative Care [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2014 [citado 1 de octubre de 2022]. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-40134-3
26. Caruso R, Grassi L, Nanni MG, Riba M. Psychopharmacology in psycho-oncology. Curr Psychiatry Rep. 2013;15(9):393.
27. Thekdi SM, Trinidad A, Roth A. Psychopharmacology in cancer. Curr Psychiatry Rep. enero de 2015;17(1):529.
28. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines†. Ann Oncol. 2018;29(4):IV166-91.
29. Fallon MT. Neuropathic pain in cancer. Br J Anaesth. 2013;111(1):105-11.
30. Naseeruddin R, Rosani A, Marwaha R. Desvenlafaxine. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 1 de octubre de 2022]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534829/
31. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management. NICE Guidel. 2022;1-49.
32. Hirsch M, Birnbaum RJ. Selective serotonin reuptake inhibitors: Pharmacology, administration, and side effects [Internet]. UpToDate. 2022 [citado 3 de octubre de 2022]. Disponible en: shorturl.at/FSTZ5
33. Ley N°30947 - Ley de salud mental. El peruano. 2019;4-12.
34. Li M, Kennedy EB, Byrne N, Gérin-Lajoie C, Katz MR, Keshavarz H, et al. Management of Depression in Patients With Cancer: A Clinical Practice Guideline. J Oncol Pract. 2016;12(8):747-56.
35. Stahl SM. Psicofarmacología esencial de Stahl: Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas. cuarta edición. España: Aula médica; 2016.
36. Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, Barbui C, Hotopf M. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018 [citado 3 de octubre de 2022];(4). Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011006.pub3/full

37. Grassi L, Nanni MG, Rodin G, Li M, Caruso R. The use of antidepressants in oncology: a review and practical tips for oncologists. Ann Oncol. 1 de enero de 2018;29(1):101-11.
38. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Are M, Bruce JY, Buga S, et al. Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Cancer Netw JNCCN. 1 de agosto de 2019;17(8):977-1007.
39. Haque R, Shi J, Schottinger JE, Ahmed SA, Cheetham TC, Chung J, et al. Tamoxifen and Antidepressant Drug Interaction Among a Cohort of 16 887 Breast Cancer Survivors. JNCI J Natl Cancer Inst. 1 de diciembre de 2015;108(3):djv337.
40. Irarrázaval O ME, Gaete G L. Elección del mejor antidepresivo en pacientes con cáncer de mama en tratamiento con tamoxifeno: revisión de la evidencia básica y clínica. Rev Médica Chile. 2016;144(10):1326-35.
41. Thase M, Connolly R. Unipolar depression in adults: Choosing treatment for resistant depression [Internet]. UpToDate. 2022 [citado 3 de octubre de 2022]. Disponible en: shorturl.at/fIJM9
42. Hawkins NA, Soman A, Buchanan Lunsford N, Leadbetter S, Rodriguez JL. Use of Medications for Treating Anxiety and Depression in Cancer Survivors in the United States. J Clin Oncol. enero de 2017;35(1):78-85.
43. Thase M, Connolly R. Unipolar depression in adults: Management of highly resistant (refractory) depression [Internet]. UpToDate. 2022 [citado 3 de octubre de 2022]. Disponible en: shorturl.at/emsDS
44. Rivest J, Levenson J. Clinical features and diagnosis of psychiatric disorders in patients with cancer: Overview. UpToDate. 2020.
45. Kornstein SG, McIntyre RS, Thase ME, Boucher M. Desvenlafaxine for the treatment of major depressive disorder. Expert Opin Pharmacother. 2014;15(10):1449-63.
46. Endicott J, Lam RW, Hsu MA, Fayyad R, Boucher M, Guico-Pabia CJ. Improvements in quality of life with desvenlafaxine 50mg/d vs placebo in employed adults with major depressive disorder. J Affect Disord. septiembre de 2014;166:307-14.
47. Ionescu DF, Rosenbaum JF, Alpert JE. Pharmacological approaches to the challenge of treatment-resistant depression. Dialogues Clin Neurosci. junio de 2015;17(2):111-26.