

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

EVALUACIÓN Y
ABORDAJE
PSICOONCOLÓGICO EN
PERSONAS ADULTAS CON
CÁNCER
TERCER NIVEL

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES
CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-805-17



Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**, "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. El personal de salud que participó en su integración han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y, en caso de haberlo, lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Evaluación y abordaje psicooncológico en personas adultas con cáncer en tercer nivel.**
Ciudad de México: Secretaría de Salud; **16/03/2017.**

Esta guía puede ser descargada de Internet en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

CIE-10: C00-D48 TUMORES (NEOPLASIAS)
F50–F59 SÍNDROMES DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS
CON ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES FÍSICOS
Z54 CONVALECENCIA
GPC: EVALUACIÓN Y ABORDAJE PSICOONCOLÓGICO EN
PERSONAS ADULTAS

COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2017

COORDINACIÓN:				
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Pediatría	IMSS	Jefa de área de implantación y evaluación de GPC CTEC, CDMX	
AUTORÍA:				
Mtra. María José Adame Vivanco	Psico-oncología Psicología clínica	SS	Psico-oncólogo Hospital Infantil de México "Federico Gómez" CDMX, SS	
Dra. Leticia Ascencio Huertas	Doctorado en Psicología clínica y de la salud	SS	Psico-oncóloga Instituto Nacional de Cancerología. INCaN Ciudad de México.	
Dr. Humberto Bautista Rodríguez	Psico-oncología Psicología clínica	IMSS	Psico-oncólogo UMAE HO CMN Siglo XXI, CDMX, IMSS	Sociedad Mexicana de Oncología, SMeO.
Lic. Nataly Contreras Mollinero	Psicología	SS	Instituto Nacional de Cancerología. INCaN Ciudad de México.	
Dr. Oscar Galindo Vázquez	Doctorado en Psicología Conductual	SS	Psico-oncólogo Instituto Nacional de Cancerología. INCaN Ciudad de México.	
Mtra. Edith Rojas Castillo	Maestría en Psicología	SS	Psico-oncóloga Instituto Nacional de Cancerología INCaN Ciudad de México.	
VALIDACIÓN:				
Lic. Francisco Omar Cortes Ibañez	Doctorante en Psicología	Universidad de Groningen.	Universidad de Groningen. Holanda.	
Mtra. Blanca Selene Guzman Castellanos	Maestría en psicooncología	SS	Psicología clínica. Instituto Nacional de Cancerología. INCaN Ciudad de México.	
Maestra Dulce María Rodríguez Galindo	Maestría en psicología	IMSS	Psicología. Salud Mental. UMAE Hospital de Especialidades CMN "La Raza" Ciudad de México.	

ÍNDICE

1.	Clasificación.....	5
2.	Preguntas a Responder	6
3.	Aspectos Generales.....	7
3.1.	Justificación	7
3.2.	Objetivo	8
3.3.	Definición.....	9
4.	Evidencias y Recomendaciones	10
4.1.	Diagnóstico de alteraciones psicooncológicas.....	11
4.1.1.	<i>Parámetros de evaluación.....</i>	<i>11</i>
4.1.2.	<i>Herramientas de evaluación.....</i>	<i>14</i>
4.2.	Técnicas para la atención psicooncológica	23
4.3.	Abordaje en salud mental para la atención psicooncológica	32
4.4.	Criterios de referencia	35
5.	Anexos	37
5.1.	Protocolo de Búsqueda.....	37
5.2.	Estrategia de búsqueda	37
5.2.1.1.	Primera Etapa.....	37
5.2.1.2.	Segunda Etapa	40
5.3.	Escalas de Gradación.....	41
5.4.	Cuadros.....	43
5.5.	Diagramas de Flujo	46
5.6.	Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica.....	47
6.	Glosario	48
7.	Bibliografía	51
8.	Agradecimientos	56
9.	Comité Académico	57
10.	Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador	58
11.	Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	59

1. CLASIFICACIÓN

CATÁLOGO MAESTRO: IMSS-805-17

Profesionales de la salud	1.43 Pediatría 1.45 Psicología	1.46. Psiquiatría
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: C00-D48 Tumores (neoplasias) F50–F59 Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos Z54 convalecencia	
Categoría de GPC	3.1.3. Tercer nivel	
Usuarios potenciales	4.13. Médicos generales 4.12 Médicos especialistas	4.27 Psicólogos/profesionales de la conducta no médicos
Tipo de organización desarrolladora	6.6 Dependencia del IMSS	
Población blanco	7.5 Adultos 19 a 44 años 7.6. Mediana edad 45 a 64 años 7.7. Adultos mayores 65 a 79 años	7.8. Adultos mayores de 80 y más años 7.9. Hombre 7.10 Mujer
Fuente de financiamiento / Patrocinador	8.1 Gobierno federal	
Intervenciones y actividades consideradas	Herramientas e inventarios de psicología	
Impacto esperado en salud	Mejorar el abordaje de alteraciones psicológicas y sistematizar la atención psicooncológica de la persona con cáncer. Referencia oportuna de pacientes con antecedentes de cáncer y alteraciones psicológicas.	
Metodología¹	Delimitación del enfoque y alcances de la guía Elaboración de preguntas clínicas Búsqueda sistemática de la información (Guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales) Evaluación de la calidad de la evidencia Análisis y extracción de la información Elaboración de recomendaciones y selección de recomendaciones clave Procesos de validación, verificación y revisión Publicación en el Catálogo Maestro	
Método de integración	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, metaanálisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 73 Guías seleccionadas: 0. Revisiones sistemáticas: 5 Ensayos clínicos aleatorizados: 9 Estudios observacionales: 43 Otras fuentes seleccionadas: 16	
Método de validación	5.4 Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: IMSS. Validación de la guía: IMSS y el INCaN	
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.	
Registro	IMSS-805-17	
Actualización	Fecha de publicación: 16/03/2017. Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización.	

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC-Salud a través de su portal <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles son los parámetros de evaluación psicooncológica para establecer el diagnóstico de alteraciones?
2. ¿Cuáles son las herramientas de evaluación para establecer el diagnóstico de alteraciones psicológicas en la persona con cáncer?
3. ¿Cuáles son las técnicas que se recomiendan para la atención psicooncológica de la persona con cáncer ?
4. ¿Qué tipos de abordaje se utilizan para la atención psicooncológica de la persona con cáncer?
5. ¿Cuáles son los criterios para referenciar a psicooncología al paciente con cáncer?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1. Justificación

La presente guía clínica esta elaborada para apoyar en el tratamiento holístico del paciente con cáncer; ya que el ser humano al ser un ente bio-psico-social, el tratamiento esta enfocado en buscar la recuperación la salud de la persona, pero englobando la salud no solo del aspecto físico, sino también de la integridad de la psique del ser humano; porque la salud inicia desde el proceso del como la persona racionaliza su proceso de vida, aunque este sea con un pronóstico malo para la función, y malo para la vida, y esta seguirá siendo vida (González-Ramírez, 2016).

El tratamiento antineoplásico genera al paciente alteraciones a nivel físico, pero también reactividad a nivel psicológico, es por esta razón que es necesario realizar una evaluación exhaustiva discriminadora en salud mental para realizar un diagnóstico acertado sobre la condición psíquica de la persona; porque en muchas ocasiones al sintomatología psíquica reactiva del tratamiento oncológico es confundida con trastornos del estado de ánimo comunes, siendo que el principal foco de distrés o factor gatillo es el tratamiento clínico-quirúrgico, por sí mismo. (Phillips, 2012).

Existen factores de alteración psíquica intrínsecos y extrínsecos de la persona sobre la enfermedad oncológica; debiendo el clínico en salud mental realizar la detección para su mejor control y terapéutica clínica; porque al estar estos presentes y ser una constante en la vida, ayudarán de forma positiva o negativa el proceso de ajuste a nivel mental-emocional. Al referirse y tratarse esta guía sobre personas adultas con cáncer, el clínico debe además enfocar su exploración de salud mental con fines prospectivos ante el proceso de ajuste de la persona y nivel de cooperación ante los tratamientos y el personal de salud, llegando a preveer alteraciones psicológicas, psiquiátricas o ambas que limiten la terapéutica clínica-quirúrgica, así como la rehabilitación y su reincorporación a la sociedad.

Existe la psicooncología que es una sub-especialidad de la psicología clínica, la cual se especializa en el trabajo de salud mental de pacientes con enfermedades crónicas, en especial de la persona con cáncer, siendo que esta rama de la psicología discrimina factores propios de la psicopatología previa a la enfermedad oncológica para detectar y trabajar con la psique de las y los pacientes crónicos y la psicopatología que pudiera llegarse a desarrollar por la enfermedad y la terapéutica consecutiva (González-Ramírez, 2016).

3.2. Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Evaluación y Abordaje Psicooncológico en Personas Adultas** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **tercer nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Identificar a las personas que presenten los criterios clínicos de alteraciones psicooncológicas.
- Proponer los tratamientos psicooncológicos más efectivos para la atención de la persona.
- Establecer criterios de referencia en pacientes con antecedentes de cáncer y alteraciones psicológicas.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3. Definición

Psicooncología. Constituye una rama especializada entre la medicina y la psicología que se ocupa de las relaciones entre el comportamiento, los estados de salud y enfermedad, la prevención y el tratamiento, el fomento de hábitos sanos y la interdisciplinariedad. Teniendo como objetivos: llevar a cabo una atención integral que tenga en cuenta aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, tanto a nivel personal, familiar y social del enfermo. Promoviendo la autonomía y la dignidad de la persona con el sentido de conservar y restaurar las capacidades prácticas, afectivas y de relación (Bayés R. 2006).

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la(s) escala(s): **NICE, OCBEM**.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

Evidencia




Recomendación



Punto de buena práctica



En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del/la primer(a) autor(a) y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	Ia Shekelle <i>Matheson S, 2007</i>

4.1. Diagnóstico de alteraciones psicooncológicas

4.1.1. Parámetros de evaluación

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>La psicooncología básica de gestión se realiza por el oncólogo primario, mientras que las medidas psicooncológicas más específicas requieren de capacitación especial psiquiátrica y psicoterapéutica. La psicooncología incluye intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas, así como intervenciones psicofarmacológicas.</p>	<p>2 b OCEBM <i>Sperner-Unterweger B, 2011.</i></p>
	<p>De acuerdo a un estudio cualitativo realizado en 77 pacientes, en el que se evaluó el estilo y la calidad de vida, así como su bienestar; mostró que la participación activa de las personas en su tratamiento del cáncer implica decisión y creación para realizar el cambio personal.</p>	<p>3 NICE <i>Brazier A, 2008</i></p>
	<p>Los facilitadores de la participación activa de la persona en los programas de integración incluyen vínculos con los profesionales, el reporte médico, los recursos con los que cuentan, la integración de las terapias complementarias y convencionales, el apoyo emocional por parte de las redes de apoyo, el sentido de esperanza, alentándolas a tomar un papel activo en la toma de decisiones y en su autocuidado.</p>	<p>3 NICE <i>Brazier A, 2008</i></p>
	<p>Un estudio realizado en pacientes en los que se evaluó la eficacia de una intervención psicosocial, basada en conceptos de apoyo, expresión emocional, aspectos cognitivos y conservación de la dignidad, cuyas medidas fueron ansiedad, depresión, calidad de vida y necesidad de apoyo, mostró la necesidad de facilitadores capacitados para la implementación sistemática del apoyo psicosocial asociado a cáncer.</p>	<p>3 NICE <i>Brazier A, 2008</i></p>
	<p>Evaluar el afrontamiento y toma de decisiones para la participación activa de la persona en sus tratamientos y autocuidado.</p>	<p>D NICE <i>Brazier A, 2008</i></p>
	<p>Debido a que el funcionamiento emocional está relacionado con la calidad de vida, es importante considerar los aspectos sociodemográficos, factores psicológicos y los factores relacionados con la enfermedad y los tratamientos. Esto podría servir como base para satisfacer las necesidades personales y específicas de apoyo al tratamiento del cáncer.</p>	<p>4 OCEBM <i>Ernstmann N, 2009.</i></p>

R	Establecer una rutina de evaluación psicológica basada en la prevalencia del cáncer, los diagnósticos y el estrés emocional.	D OCEBM <i>Ernstmann N, 2009.</i>
E	La mayoría de los estudios controlados reportaron que la población rural, tiene mayor necesidad en los ámbitos de la vida diaria. Debido a los recursos, estilo de vida y características personales; así como los traslados de su entidad para recibir el tratamiento oncológico, son factores que le causa muchos problemas prácticos, emocionales y financieros.	1a OCEBM <i>Butow PN, 2011.</i>
R	Evaluar los aspectos sociodemográficos como edad, estado civil, lugar de origen, residencia y ocupación. Así como, señalar los aspectos psicológicos como síntomas depresivos, ansiosos, de personalidad, espirituales, sexuales, entre otros.	C OCEBM <i>Ernstmann N, 2009</i>
R	Evaluar lugar de origen y actividades diarias, contexto social y cultural, estilos de vida y recursos personales que afectan el impacto y adaptación de la enfermedad oncológica, tratamientos y pronóstico.	C OCEBM <i>Ernstmann N, 2009</i>
E	Hasta 35% de las personas con cáncer presentan sufrimiento, aislamiento, carga de la enfermedad y/o reticencia a aceptar el tratamiento, ya sea por el estigma percibido o dificultades con el acceso al especialista en oncología.	1b OCEBM <i>Turner J, 2011</i>
R	Evaluar de forma sistemática los aspectos psicosociales involucrados en la enfermedad oncológica con el objetivo de identificar los aspectos positivos y negativos para el afrontamiento y adaptación a la enfermedad.	A OCEBM <i>Turner J, 2011</i>
E	De acuerdo a una revisión sistemática y un metaanálisis en los que se analizó si la morbilidad psicológica y de salud están relacionados con la calidad de vida (aspectos sobre la ansiedad, depresión, y angustia en personas inmigrantes, de origen étnico, lingüístico y religioso), se observó que las personas hispanas tienen mayor angustia, depresión, y deterioro en la calidad de vida (en general).	1++ NICE <i>Luckett T, 2011.</i>
R	Evaluar la existencia de morbilidad psicológica como ansiedad, depresión, angustia y calidad de vida respetando su origen étnico, su lengua, y sus creencias religiosas.	A NICE <i>Luckett T, 2011.</i>

E	Se ha reportado que los trastornos de adaptación son comunes en personas con cáncer. De las cuales, 57.1% responden al tratamiento psiquiátrico; 23.5% no responden a dicho tratamiento; 2.9% presentan trastornos depresivos mayores, y 16.4% de las personas suspenden el tratamiento, antes de alcanzar una respuesta favorable.	<p style="text-align: center;">2b OCEBM</p> <p><i>Shimizu K, 2011</i></p>
R	Investigar trastornos adaptativos y depresivos en la persona con cáncer que requiere de atención psicológica y psiquiátrica.	<p style="text-align: center;">C OCEBM</p> <p><i>Hernández M, 2012</i></p>
E	Las creencias religiosas están fuertemente relacionadas con el apoyo social percibido, la autoeficacia y parcialmente relacionada con la edad, función física y la percepción de apoyo al ajuste. Las personas con cáncer que tienen creencias religiosas experimentan una mayor sensación de apoyo social de la comunidad con los que comparten las mismas creencias religiosas.	<p style="text-align: center;">4 OCEBM</p> <p><i>Hernández M, 2012</i></p>
R	Evaluar el apoyo social percibido, la autoeficacia como elementos asociados al afrontamiento de la enfermedad, el ajuste y el deterioro físico debido a la enfermedad oncológica.	<p style="text-align: center;">C OCEBM</p> <p><i>Hernández M, 2012</i></p>
E	En una revisión sistemática de 49 estudios sobre personas con melanoma maligno y los aspectos psicosociales, se concluyó que la etapa del tumor y las características psicosociales son de importancia para hacer frente a la enfermedad y su efecto sustancial en la calidad de vida.	<p style="text-align: center;">4 OCEBM</p> <p><i>Hernández M, 2012</i></p>
R	Evaluar las características psicosociales como elementos importantes para afrontar la enfermedad y el efecto en la calidad de vida.	<p style="text-align: center;">C OCEBM</p> <p><i>Hernández M, 2012</i></p>
E	La Búsqueda de Beneficios (BF) está fuertemente relacionada con las estrategias de afrontamiento y el nivel de optimismo, pero la relación es débil con la calidad de vida, ansiedad y depresión, en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Por lo que, es importante fortalecer estas áreas para maximizar a largo plazo la resistencia y adaptación.	<p style="text-align: center;">2b OCEBM</p> <p><i>Llewellyn CD, 2011</i></p>
E	En personas, después del Trasplante de Células Madre Hematopoyéticas (TCPH), se observa que los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la calidad de vida tienden a mejorar después del trasplante; sin embargo, una proporción significativa de los sobrevivientes de TCPH experimentan ansiedad persistente, síntomas depresivos, fatiga, disfunción sexual y problemas de fertilidad.	<p style="text-align: center;">4 OCEBM</p> <p><i>Mosher CE, 2011.</i></p>

R	Evaluar las estrategias de afrontamiento, la calidad de vida, ansiedad y depresión como elementos de adaptación en pacientes con cáncer.	C OCEBM <i>Mosher CE, 2011</i>
R	Los elementos significativos en los protocolos de evaluación de personas con TCPH, incluye la exploración de sintomatología depresiva, ansiedad, fatiga y problemas sexuales.	C OCEBM <i>Mosher CE, 2011.</i>
E	Dentro de los datos más significativos en las personas con cáncer, se encontró que cirugía, quimioterapia, terapia hormonal, radioterapia y fármacos, de uso común, tienen consecuencias relevantes sobre la sexualidad.	4 OCEBM <i>Mercadante S, 2010</i>
R	Evaluar los aspectos sexuales para determinar el grado de afectación en esta área a consecuencia de los tratamientos oncológicos.	C OCEBM <i>Hernández, M 2012</i>

4.1.2. Herramientas de evaluación

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	<p>La revisión de varios estudios, en los cuales se utilizaron medidas de resultado validadas, el rango de instrumentos de resultado utilizados en esta área de investigación es muy grande. Por consiguiente, esta revisión abordó aquellas categorías específicas de resultado en personas, como se describe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calificación de síntomas, • Medición de eventos, • Resultados específicos de la enfermedad, • Resultados genéricos del estado de salud, • Instrumentos de resultados psicológicos genéricos, • Medidas de apoyo social y para las relaciones, • Datos de supervivencia. • 	1++ NICE <i>Edwards A, 2008</i>
E	<p>En una revisión sistemática de 26 estudios sobre grupos de apoyo al paciente con cáncer reportan como instrumentos, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión: POMS, HADS, CES-D. • Ansiedad: POMS, RSCL, HADS, MAC-SCALE, CECS. • Calidad de vida: SF-36, FLIC, GQOL, PRS. • Adaptación: MAC-SCALE, PAIS, NAS, SDS. • Relaciones sexuales: IMS, PAIS. 	2++ NICE <i>Zabalegui-Yarnoz A, 2005</i>







E	En una revisión sistemática de herramientas de evaluación para distres emocional reportan los resultados de 106 estudios validados que describen un total de 33 escalas que cumplen criterios de validez para su aplicación y generalización.	2++ NICE <i>Vodermaier A, 2009</i>
E	Un metaanálisis de estudios en atención primaria demostró una falta de especificidad para identificar la depresión en las escalas ultracortas (1-4 ítems). Sin embargo, los resultados de este estudio revelan que esta limitación no es aplicable, cuando se combinan preguntas debido a su alta especificidad.	2++ NICE <i>Vodermaier A, 2009</i>
R	Aplicar herramientas específicas como la entrevista para cáncer pueden ofrecer información más relevante que las escalas genéricas en pacientes con un tipo específico de cáncer.	B NICE <i>Vodermaier A, 2009</i>
E	<i>Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS):</i> Un total de 41 estudios, identificados sobre validación de herramientas de evaluación y utilizados para detectar distrés psicológico en personas con cáncer, fueron realizados con el HADS comparando sus propiedades psicométricas con otras escalas. Diez estudios evaluaron sí 2 factores (ansiedad y depresión) podrían replicarse en muestras de personas con cáncer. Se concluyó que la estructura de los dos factores fue estable a través de diferentes muestras que fueron estratificadas por edad, sexo y estadio de la enfermedad. La consistencia interna de cada subescala y la escala total fue adecuada y sensible al cambio en personas con cáncer.	3b OCEBM <i>Galindo O, 2015</i>
R	Se recomienda el uso de HADS cuando se busca la exclusión de síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, entre otras) evitando equívocos de atribución cuando se aplica a personas con algún tipo de enfermedad médica.	B NICE <i>Vodermaier A, 2009</i>
E	<i>INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI: Beck Anxiety Inventory)</i> , es una herramienta: <ul style="list-style-type: none"> • Estandarizada para población mexicana (2001) • Autoaplicable, evalúa síntomas subjetivos y somáticos de ansiedad. • Caracterizada por alta consistencia interna ($\alpha > 0.80$), con alto coeficiente de confiabilidad test-retest ($r = 0.75$), y validez convergente adecuada (los índices de correlación entre el BAI y el IDARE fueron moderados, positivos y con una $p < 0.05$). 	2b OCEBM <i>Sanz J, 2013</i>

E	<p><i>INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI: Beck Depression Inventory, 1961):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • EL BDI representa un síndrome general de depresión que se puede dividir en tres factores altamente inter-correlacionados: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática. • Estandarizado para población mexicana, con una confiabilidad por consistencia interna con alfa Cronbach > 0.80; $p < 0.000$. En relación a la validez concurrente la correlación estadística es: $r = 0.70$, $p < 0.000$. 	<p>2b OCEBM Sanz J, 2013</p>
R	<p>Persona en tratamiento ambulatorio que tenga antecedentes de depresión, ansiedad, o ambas se recomienda aplicar los dos inventarios de Beck.</p>	<p>B OCEBM Sanz J, 2013</p>
E	<p><i>EORT-C:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario auto-aplicable específicamente para cáncer. • Existen 3 generaciones del cuestionario. • Utiliza escalas validadas para cáncer en México. 	<p>3b OCEBM Oñate-Ocaña LF., 2009 Suárez-del-Real Y, 2011 León C, 2013</p>
R	<p>Aplicar en pacientes con cáncer, el cuestionario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • QLQ-STO22 para cáncer gástrico, • QLQ-LC13 para cáncer de pulmón, y • QLQ-C15-PAL para cuidados paliativos. 	<p>B OCEBM Oñate-Ocaña LF, 2009 Suárez-del-Real Y, 2011 León C, 2013.</p>
E	<p><i>INCAVISA (Inventario de Calidad de Vida y Salud):</i> Compuesto de 53 reactivos tipo Likert en 12 áreas de calidad de vida: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica, y relación con el personal de salud.</p>	<p>4 OCEBM Riveros A, 2009.</p>
E	<p>INCAVISA mostró estabilidad temporal y validez concurrente con OMS-QoL brief, en su versión adaptada para México.</p>	<p>4 OCEBM Riveros A, 2009.</p>
R	<p>Se recomienda evaluar el efecto de intervenciones para mejorar la calidad de vida en comparaciones pre-post tratamiento.</p>	<p>C OCEBM Riveros A, 2009.</p>

E	<p>En un estudio de personas con cáncer avanzado (supervivencia esperada de 6 a 19 meses con diagnóstico de cáncer gastrointestinal y de pulmón), en el que se evaluó el factor estructural de BHS, se observó que la media de la puntuación fue 5.3 (DE:4.7; rango 0-20), niveles moderados de desesperanza en 25%. En el análisis factorial (2 factores: visión negativa, y pérdida de motivación) fue significativa estadísticamente ($p < 0.05$). Correlaciones interfactores: 0.85; con consistencia interna para cada factor de 0.86 y 0.83, respectivamente.</p>	<p>2 b OCEBM Nissim R, 2010</p>
E	<p><i>Escala de desesperanza de Beck (BHS):</i> La BHS consta de 9 afirmaciones positivas y 11 negativas acerca del futuro. Cada ítem se contesta con cierto o falso, la puntuación total va de 0 a 20; a mayor puntuación, mayor desesperanza.</p>	<p>2 b OCEBM Nissim R, 2010</p>
R	<p>Se recomienda tener cuidado con el uso de la versión corta del BHS ya que puede fallar en la discriminación de las dos facetas de la desesperanza.</p>	<p>B OCEBM Nissim R, 2010</p>
R	<p>Se recomienda examinar el constructo de desesperanza, especialmente, entre grupos vulnerables incluyendo los casos que no pueden acudir a una clínica de seguimiento, o aquellos casos con barreras lingüísticas para la comunicación médico-paciente.</p>	<p>B OCEBM Nissim R, 2010</p>
E	<p><i>Rotterdam Symptom Checklist (RSCL):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollada para evaluar síntomas reportados por pacientes con cáncer. También aplicable para monitorear niveles de ansiedad y depresión, refleja la presencia de malestar psicológico. • Consta de 34 ítems que comprenden síntomas físicos y psicológicos calificados en escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta para cada uno. Incluye 8 ítems que evalúan actividades de la vida diaria con el objeto de medir el estatus funcional de la persona • Se completa en aproximadamente 8 min. 	<p>2b OCEBM Zhou Y, 2016</p>
E	<p>De acuerdo a lo reportado en estudios de pacientes con distintos cáncer, libres de enfermedad, o en seguimiento, en los que se evaluó la estabilidad estructural de RSCL, la dimensión psicológica fue estable ente los diferentes grupos de pacientes. La escala para este factor resulto confiable (alfa Cronbach > 0.8) y la confiabilidad para el distrés físico fue buena (0.7).</p>	<p>2b OCEBM Zhou Y, 2016 3 OCEBM Pelayo-Alvarez M, 2013</p>

E	Se considera que el patrón de experiencia del distrés físico depende de la población en específico y del instrumento utilizado.	2b OCEBM Zhou Y, 2016
R	Se recomienda que cuando se requiera valorar distrés psicológico se incluyan sólo los ítems psicológicos (<i>Rotterdam Symptom Checklist</i>).	B OCEBM Zhou Y, 2016
E	<p><i>Inventario Multidimensional de fatiga (MFI-20):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Herramienta de autoreporte que consta de 20 ítems para medir fatiga, cubre las dimensiones: fatiga general, fatiga física, reducción de actividad, reducción de motivación y fatiga mental. Cada escala contiene 4 ítems con 7 opciones de respuesta para explicar la extensión con la que el ítem se aplica al paciente. El mismo número de ítems se describen en dirección positiva como negativa para evitar respuestas tendenciosas. 	3b OCEBM Lorca LA, 2016.
E	La validación del constructo del <i>Inventario Multidimensional de fatiga (MFI-20)</i> a actividades de la vida diaria, ansiedad y depresión fue consistente en diferentes pacientes de cáncer (alfa Cronbach: 0.9).	3b OCEBM Lorca LA, 2016.
R	Para obtener el perfil de fatiga de la persona, se recomienda utilizar <i>MFI-20</i> , ya que ofrece una visión clara de su experiencia, discriminando entre poblaciones, momentos en el tiempo y factores que contribuyen a la fatiga.	B OCEBM Lorca LA, 2016.
E	<p><i>FACT-G para calidad de vida en pacientes con cáncer:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Consiste en cuestionario autoaplicable, aunque puede realizarse en formato de entrevista. Consta de 28 ítems con 5 dominios: salud física general, ambiente social y familiar, estado emocional, capacidad de funcionamiento personal y relación con el personal médico. En la versión más reciente en español (v.4) el último dominio, con sólo 2 ítems, fue removido y se agregó uno nuevo ítem (“me preocupa que mi enfermedad empeore”). 	2b OCEBM Sánchez, R; 2011

E	En la validación de <i>FACT-G</i> , calidad de vida en pacientes con cáncer y de origen latino, el alfa de Cronbach en el global fue >0.80, y en las escalas de bienestar físico, >0.80; en bienestar social y familiar, 0.79; en bienestar emocional, >0.80 y en funcionamiento personal, 0.73. En la confiabilidad de test y retest, los coeficientes de correlación fue 0.64-0.76. La sensibilidad al cambio para cada escala fue diferente significativamente ($p < 0.03$). La diversidad fue atribuida por el componente tiempo.	2b OCEBM Sánchez, R; 2011
R	Existen diferentes versiones del Test (<i>FACT-G</i>), dependiendo de la localización de la neoplasia es el Test que se aplicará al paciente.	B OCEBM Sánchez R; 2011
E	<i>Mental Adjustment to Cancer (MAC)</i> ; Greer y Watson, 1987: Es una escala ampliamente utilizada para medir el ajuste mental al cáncer, aunque en recientes estudios también se emplea para evaluar estrategias de afrontamiento.	2b OCEBM Yagmur Y, 2016.
R	Se recomienda la aplicación de MAC para paciente con cáncer ginecológicos, siempre que no presente alteración del estado de consciencia.	B OCEBM Yagmur Y, 2016.
E	<p><i>Symptom Assessment Scale (SAS)</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprende 7 ítems que miden: dolor, insomnio, náusea, problemas intestinales, problemas de apetito, problemas respiratorios y fatiga. • Las personas califican su grado de malestar en una escala tipo Likert que va de 0 a 10, donde “0” significa ninguna molestia y “10” significa la peor experiencia posible con el síntoma o molestia. El rango de tiempo para la calificación de los síntomas son las últimas 24 horas. • Permite que el clínico agregue síntomas como lo considere necesario. • La herramienta está diseñada para que la medición de los síntomas se realice tanto por la persona enferma como por la familia o el equipo de salud. 	3b OCEBM Aoun SM, 2011
E	La validación del SAS mostró una consistencia interna significativa, $p < 0.01$ (alfa de Cronbach: 0.62). En la correlación de la puntuación total con cada uno de los 7 ítems fue 0.40-0.70. la estabilidad y la sensibilidad fue aceptable a través del tiempo (tiempo promedio: 2.35 días; rango 1.4-17.1 días).	2b OCEBM Aoun SM, 2011

	<p>Con la aplicación de SAS, identifique los síntomas que representen un problema para la persona y que requieren de atención inmediata.</p> <p>Se recomienda para discriminar cambios en síntomas esperados entre personas con diferentes diagnósticos de cáncer, y en diferentes escenarios con pacientes en tratamientos paliativos.</p>	<p>B OCEBM Aoun SM, 2011</p>
	<p><i>Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Provee información multidimensional sobre un grupo de síntomas comunes en personas en cáncer. • Herramienta válida y confiable (alfa de Cronbach: 0.7-0.8) para evaluar síntomas, características y distrés. • Abarca 33 síntomas comúnmente asociados al cáncer. • Evalúa tres dimensiones: 1) gravedad, 2) frecuencia y 3) distrés que produce. 	<p>1b OCEBM Llamas-Ramos I, 2016 Eaton A, 2017</p>
	<p>En un estudio de pacientes con cáncer que recibieron quimioterapia, el MSAS mostró ser una herramienta útil para evaluar síntomas físicos (PHYCH) y psicológicos (PHYS), con una confiabilidad y validez en PHYCH: $r^2=0.876$, y en PHYS: $r^2=0.872$.</p>	<p>1b OCEBM Llamas-Ramos I, 2016</p>
	<p>Se recomienda aplicar MSAS en personas con cáncer cuando se requiera de información para investigaciones que buscan medir la calidad de vida o datos epidemiológicos.</p>	<p>B OCEBM Llamas-Ramos I, 2016</p>
	<p><i>Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consta de 10 ítems (6 relacionados con bienestar físico y 3 con síntomas psicológicos: depresión, ansiedad y bienestar). • Es autoaplicable y se califica a través de una escala visual análoga. • Valora los síntomas de personas que reciben atención paliativa. • Útil en estudios que valoran CV en la persona con cáncer, ya que refleja primordialmente, el bienestar físico. 	<p>3b OCEBM Chang VT, 2000</p>
	<p><i>Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México (Radloff, 1977):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología durante la última semana. • Autoaplicable, válida y confiable en diferentes poblaciones mexicanas. • No se requiere personal especializado para su aplicación y calificación. 	<p>3b OCEBM González-Forteza C, 2012</p>

R	Se recomienda distinguir los síntomas de depresión causados por la enfermedad, por el tratamiento, o ambos.	B OCEBM González-Forteza C, 2012
E	<p><i>Distress Inventory for Cancer Version 2 (DIC 2):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Consta de 33 ítems en 6 subescalas: emocional (10), espiritual (5), social (6), médica (4), actividades de la vida diaria (1), familia (7). Las puntuaciones de las subescalas se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems y dividiéndolo por el número de ítems en la subescala. Para la subescala de familia se cuenta con una columna de respuesta adicional (“no aplicable”) para personas que son solteras o que no tienen hijos, a ésta respuesta se le asigna el valor de “0”. Consistencia interna (n=520): el factor de distrés emocional explica 25.4% de la varianza, los 6 factores en conjunto explican 55.8% del total de la varianza. 	2b OCEBM Thomas BC, 2009.
E	Una de las limitaciones de DIC 2 es la población en la que ha sido utilizada; se requiere aplicar a muestras selectivas con diferentes diagnósticos de cáncer para mejorar su validez y sensibilidad.	2b OCEBM Thomas BC, 2009.
R	Aplicar DIC2 para determinar el distrés de la persona con cáncer, ya que puede identificar los casos en riesgo de presentar conductas no saludables o negativas como la falta de apego a su tratamiento o seguimiento.	B OCEBM Thomas BC, 2009.
E	Evaluación de los niveles de distrés en la persona con cáncer, utilizando el termómetro como método de mapeo con el objetivo de identificar las diferentes necesidades de la persona.	2+ NICE Fernández B, 2012
R	Se recomienda aplicar al inicio del tratamiento el termómetro de distrés para identificar problemas prácticos, familiares, emocionales y físicos.	C NICE Fernández B, 2012
E	La Evaluación Pacientes de Trasplante (EPT) incluye el nivel de información y la capacidad de la persona para asimilar conceptos, expectativas hacia el tratamiento, el apoyo social disponible, estrategias y habilidades de afrontamiento, el estado emocional, experiencia previa con el cáncer y antecedentes psiquiátricos.	3b OCEBM López Santiago S, 2012

	<p>Se recomienda aplicar la evaluación al paciente de trasplante, e incluso con otras herramientas validadas y específicas como: PACT y el TERS. El HADS y FRI, en este grupo de pacientes.</p>	<p>B OCEBM <i>López Santiago S, 2012</i></p>
	<p>En la evaluación del daño neuropsicológico asociado a la quimioterapia, se ha reportado que el deterioro cognitivo inducido por la quimioterapia puede afectar un porcentaje importante de personas (15-50%). Durante y después de la quimioterapia, algunas personas comunican daños en atención, función ejecutiva, velocidad de procesamiento, memoria u otras funciones cognitivas que afectan su vida laboral, recreativa, social y emocional. Los tres dominios cognitivos más representativos son: memoria verbal, función ejecutiva y habilidad psicomotora, así como velocidad de procesamiento.</p>	<p>3b OCEBM <i>López Santiago S, 2012</i></p>
	<p>Se recomienda que para una evaluación confiable del deterioro cognitivo hacer énfasis en un diseño longitudinal de medida tomando una línea base, una medida postratamiento y una evaluación de seguimiento (a corto, a mediano o a largo plazo).</p>	<p>B OCEBM <i>López Santiago S, 2012</i></p>
	<p>Respecto al análisis de datos se recomienda utilizar el criterio estadístico de deterioro (daño leve: por debajo de una desviación típica de la media del grupo control o de los datos normativos; daño moderado-grave: por debajo de dos desviaciones típicas), así como las pruebas paramétricas o no paramétricas según las características de la muestra y de las variables.</p>	<p>B OCEBM <i>López Santiago S, 2012</i></p>
	<p>Se recomienda además de evaluar las funciones cognitivas, incluir las variables psicológicas y físicas de interés. Atendiendo a las exigencias de las necesidades individuales se sugiere emplear el HADS, el EORTC QLQ-C30, el Inventario Breve de Fatiga, y puede ampliarse con un EEG, TAC.</p>	<p>B OCEBM <i>López Santiago S, 2012</i></p>

4.2. Técnicas para la atención psicooncológica

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	En pacientes con diagnóstico de cáncer metastásico o recurrente a quienes se aplicó TCC se observó en las pruebas de inventario breve de dolor, inventario breve de fatiga, inventario de síntomas e índice de calidad de sueño de Pittsburgh disminución de los niveles de dolor, fatiga y sueño.	2 + NICE <i>Kwekkeboom, 2010.</i>
	En pacientes con dolor grave, fatiga y trastornos del sueño se sugiere aplicar TCC (con ejercicios de relajación, imaginería e imaginería centrada en los síntomas).	C NICE <i>Kwekkeboom, 2010.</i>
	Al utilizar TTC en pacientes en periodo de seguimiento de cáncer de mama con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (de acuerdo al DSM-IV-TR), los resultados de HADS, del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y del Cuestionario de preocupaciones de Penn State (PSWQ) mostraron reducción en los niveles de ansiedad desde 36% (STAI-B) hasta 80% (HADS-A), así como disminución de 29% de las preocupaciones (PSWQ).	2 + NICE <i>Montel S, 2010.</i>
	Se recomienda la TCC con exposición conductual, imaginería y entrenamiento en relajación, para disminuir síntomas de ansiedad generalizada en pacientes con ansiedad ante la recurrencia.	C NICE <i>Montel S, 2010.</i>
	De acuerdo a un estudio realizado en pacientes de cáncer de mama con tratamiento, se observó tras la aplicación de TCC en el inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) que los datos de las áreas negativas se redujeron consistentemente de la preprueba al segundo seguimiento.	2 + NICE <i>Garduño C, 2010.</i>
	Se recomienda TCC individual (psicoeducación, establecimiento de habilidades de adhesión terapéutica, reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular) para mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama.	C NICE <i>Garduño C, 2010</i>

E	Un ensayo clínico aleatorio de TCC grupal realizado en pacientes sobrevivientes de TCMH con niveles de estrés significativos reportó menos síntomas de estrés postraumático relacionados con la enfermedad, de ideas intrusivas, de estrés y disminución de síntomas depresivos de acuerdo a BSI, entrevista clínica estructurada SCID-I/P, lista de chequeo para estrés postraumático (PCL), Índice de severidad global (GSI), y la escala para estrés postraumático.	1b NICE <i>DuHamel KN, 2010.</i>
R	Se recomienda proporcionar TCC mediante educación, estrategias de autocontrol, reestructuración cognitiva, exposición guiada, promoviendo así apoyo social y habilidades de comunicación para disminuir sintomatología de estrés y de depresión.	B NICE <i>DuHamel KN, 2010.</i>
E	En un estudio de pacientes con cáncer pulmonar metastásico se observó que al aplicar varias técnicas de TCC y realizar la valoración mediante las escalas de: Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), HADS, BAI, Escala de evaluación funcional de cáncer de pulmón (FACT-L) y Escala de impresión clínica global (CGI), las personas presentaron mejoría consistente en ansiedad, evaluación clínica global e impresión clínica global. Sin embargo, esta modalidad de tratamiento requiere que las personas asistan a sesiones de forma ambulatoria, lo que limita su utilidad para aquellas que presentan limitaciones para salir de su domicilio debido a la progresión de la enfermedad.	2+ NICE <i>Greer JA, 2010.</i>
R	Se recomienda la TCC (psicoeducación y fijación de metas, entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva y planificación de actividades de estimulación) para aminorar ansiedad, evaluación clínica global e impresión clínica global, cuando exista posibilidad de que la persona asista a las sesiones.	C NICE <i>Greer JA, 2010.</i>
E	Conforme a un estudio clínico controlado aleatorio con pacientes sobrevivientes de diferentes tipos de cáncer, en el que se comparó la eficacia del Entrenamiento Físico (EF) y el Tratamiento Cognitivo Conductual (TCC), se observó disminución de fatiga general ($p=0.007$), fatiga física ($p=0.001$), fatiga mental ($p=0.04$) y de activación ($p=0.02$) en el grupo de EF, mientras que en el otro grupo que recibió TCC sólo hubo reducción en fatiga física ($p=0.005$), según el inventario MFI.	2+ NICE <i>Van Weert, 2010.</i>
R	En pacientes sobrevivientes de cáncer se recomienda utilizar ya sea TCC o entrenamiento físico, considerando el estado general de la persona.	C NICE <i>Van Weert E, 2010.</i>

E	La mayor parte de los estudios han demostrado efectos positivos de un enfoque de resolución de problemas en la reducción de los síntomas. Casi 50% de estos estudios la calidad de la información fue moderada.	2+ NICE <i>Lee YH, 2010.</i>
R	Se recomienda la técnica de resolución de problemas para el manejo de síntomas en el paciente con Cáncer.	C NICE <i>Lee YH, 2010.</i>
E	En pacientes de cáncer de mama estadio I y II con depresión mayor que recibieron TCC, la medición con la aplicación de HAM-D, BAI, Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de Calidad de vida (QOLY), cuestionario de Salud SF-36, escala de percepción de soporte social (MSPSS) mostró mejoras significativas en: depresión, ansiedad, rol emocional, rol físico y funcionamiento social (P<0.05).	3 NICE <i>Hopko DR, 2010.</i>
R	Se recomienda TCC (con entrenamiento en relajación, terapia cognitiva, la exposición de comportamiento, resolución de problemas, habilidades de control de sueño y entrenamiento en habilidades de comunicación) para mejorar la depresión, ansiedad y funcionamiento físico, así como la interacción social.	D NICE <i>Hopko DR, 2010.</i>
E	Un estudio clínico controlado aleatorio realizado en pacientes con diferentes procesos oncológicos mostró menos fatiga en el grupo de TCC en comparación con el grupo de la intervención (p=0.019), de acuerdo con los resultados en SF-36, Subescala de fatiga de la lista de chequeo individual de fortalezas (CIS), Lista de chequeo de síntomas (SCL-90) y EORTC QLQ-C30.	2+ NICE <i>Goedendorp MM, 2010.</i>
R	Se recomienda aplicar TCC para reducir fatiga posterior al tratamiento para cáncer.	C NICE <i>Goedendorp, 2010.</i>
E	La TCC en pacientes de cáncer de mama con radioterapia reduce los niveles de afecto negativo (p=0.0027) e incrementa el afecto positivo (p=0.0113), según en las pruebas aplicadas (Perfil del estado de ánimo (POMS), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Subescala de Neuroticismo del Inventario de los cinco factores (NEO-N) y autoregistro de estado de ánimo).	2+ NICE <i>Schnur JB, 2009.</i>

R	La intervención TCC (reestructuración cognitiva y estrategias de manejo de estrés) más hipnosis se recomienda para mejorar la experiencia afectiva de las pacientes con cáncer de mama en radioterapia.	C NICE <i>Schnur JB, 2009.</i>
E	En un estudio comparativo en pacientes sobrevivientes de cáncer de mama con síntomas de menopausia posterior a tratamiento, se observó a través de SF-36, Frecuencia y Escala de Valoración de problemas (HFRS), Cuestionario de salud de la mujer (WHQ), Escala de Creencias respecto a los sofocos (HFBS), disminución de sofocos y sudoración nocturna ($p < 0.02$), y en la calificación del problema ($p < 0.0001$), reducción en la depresión y ansiedad ($p < 0.02$), así como limitación en el rol emocional, salud mental, vitalidad y en salud general ($p < 0.03$, $p < 0.0001$, $p < 0.001$, $p < 0.0001$, respectivamente), después del TCC.	2+ NICE <i>Hunter MS, 2009.</i>
R	Aunque la evidencia es limitada, la TCC (psicoeducación, monitoreo y modificación de eventos precipitantes, relajación y estrategias para reducir el estrés, reestructuración cognitiva, manejo del sueño y mantenimiento del cambio) se sugiere como alternativa para mujeres con síntomas menopáusicos, después del tratamiento del cáncer de mama.	C NICE <i>Hunter MS, 2009.</i>
E	En un estudio clínico controlado aleatorio de pacientes con diferentes diagnósticos de cáncer en estadios avanzados se identificó a través de HADS, MSPSS, escala de ajuste mental ante el cáncer (MAC), cuestionario de afrontamiento ante el cáncer (CCQ) y escala de funcionalidad (ECOG), menores niveles de ansiedad en el grupo de TCC ($p = 0.01$); sin embargo, no se identificaron efectos positivos en los niveles de depresión.	2+ NICE <i>Moorey S, 2009.</i>
R	Se recomienda TCC en pacientes en tratamientos paliativos, relacionados con niveles de ansiedad.	C NICE <i>Moorey S, 2009..</i>
E	La TCC-Grupal mostro disminución de la sintomatología depresiva ($p = 0.005$) y del estado de ansiedad ($p = 0.002$), así como mejora en la autoestima ($p = 0.001$) y en la imagen corporal ($p = 0.014$) en pacientes en seguimiento con diagnóstico de cáncer de mama, de acuerdo a BDI, STAI, Escala de Autoestima de Rosenberg y Escala de Imagen Corporal de Hopwood.	2+ NICE <i>Narvaez A, 2008.</i>
R	Se recomienda la TCC grupal (psicoeducación, relajación, autoinstrucciones, imagineria y exposición) para disminuir sintomatología depresiva y ansiosa, así como para mejorar autoestima e imagen corporal.	C NICE <i>Narvaez A, 2008.</i>

E	En un estudio clínico controlado aleatorio de pacientes con diferentes tipos de cáncer con insomnio, el grupo con TCC mostró en HADS, escala general de evaluación funcional de cáncer (FACT-G), inventario de síntomas de fatiga (FSI): disminución en los niveles de depresión ($p=0.004$), síntomas de fatiga ($p<0.001$) y mejora el funcionamiento físico ($p<0.001$) y calidad del sueño ($p<0.001$).	2+ NICE <i>Espie CA, 2008.</i>
R	Se recomienda TCC para manejo de insomnio, como alternativa en pacientes con diferentes tipos de cáncer.	C NICE <i>Espie CA, 2008.</i>
E	Se ha reportado que la TCC reduce la desesperanza y desamparo, así como incrementa afrontamiento denominado de espíritu de lucha en pacientes con enfermedad local y avanzada.	3 OCBEM <i>Greer S, 2008</i>
R	Se recomienda la TCC para disminuir aspectos como la desesperanza y desamparo ante la enfermedad y promover afrontamientos denominados de espíritu de lucha.	C OCBEM <i>Greer S, 2008</i>
E	En una serie de casos de mujeres con cáncer de mama y depresión mayor mostraron tras la TCC diferencias significativas en las medidas de depresión ($p<0.001$), ansiedad ($p<0.05$), calidad de vida ($p<0.01$) y en los resultados clínicos ($p<0.05$). Además, se observó que la mayoría de los pacientes estuvieron satisfechos con la TCC.	3 OCBEM <i>Hopko D, 2008.</i>
R	Se recomienda la TCC para mejorar la calidad de vida entre los pacientes con cáncer.	C OCBEM <i>Greer S, 2008</i>
E	En un estudio clínico controlado aleatorio en pacientes con carcinoma prostático localizado que terminaron el tratamiento, se demostró a través de la escala de evaluación funcional de tratamiento del (FACT-G) e Índice compuesto para la función sexual en cáncer de próstata (EPIC) mejores indicadores del bienestar total ($p<0.01$), del bienestar físico ($p<0.03$), y del bienestar emocional ($p<0.03$), así como mejoras en la función sexual ($p=0.002$) en el grupo de TCC en comparación con el grupo control.	2b OCBEM <i>Penedo FJ, 2007</i>
R	Se recomienda la TCC grupal (reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en relajación y desarrollo de apoyo social) por sus diversos beneficios en la calidad la de vida de pacientes tratados por carcinoma prostático localizado.	B OCBEM <i>Penedo FJ, 2007</i>

E	En pacientes sobrevivientes de cáncer de mama con obesidad o sobrepeso, las medidas antropométricas y análisis de laboratorio mostró menor peso, índice de masa corporal, porcentaje de grasa, grasa del tronco, piernas, cintura y circunferencia de la cadera, niveles de triglicéridos y de colesterol ($p < 0.05$) en el grupo de TCC con un programa de ejercicios y dieta, en comparación con el grupo control.	2+ NICE <i>Mefferd K, 2007</i>
R	Se recomienda la TCC grupal (autocontrol y reestructuración cognitiva) más ejercicio y dieta, para coadyuvar en el control de peso y reducción de obesidad y sobrepeso.	C NICE <i>Mefferd K, 2007</i>
E	La TCC y la terapia grupal de soporte expresivo presentan evidencia de algunos beneficios en aspectos afectivos en pacientes con cáncer de mama. Sin embargo, la combinación de estas dos modalidades no presenta suficiente evidencia sobre los beneficios para estas pacientes.	3 NICE <i>Boutin DL, 2007</i>
R	Aunque la evidencia es limitada sobre los beneficios de la TCC (educación para la salud, formación las habilidades de afrontamiento, manejo del estrés, apoyo psicosocial y estrategias de solución de problemas), se recomienda en personas con cáncer de mama para mejorar el afecto hacia sí mismas.	D NICE <i>Boutin DL, 2007</i>
E	En pacientes con cáncer de mama que terminaron el tratamiento oncológico, que reportaron quejas con respecto a memoria y la atención, la aplicación del TCC generó en estas pacientes mejoras en la disfunción cognitiva ($p < 0.001$), calidad de vida ($p < 0.05$), así como en los dominios de función ejecutiva y verbal ($p < 0.0001$).	3 NICE <i>Ferguson RJ, 2007</i>
R	La TCC (educación sobre la memoria y atención, autorregulación enfatizando relajación, programación de actividades y entrenamiento en estrategias cognitivas compensatoria) es recomendable como intervención para evaluación y tratamiento de las personas que padecen cáncer y que sufren de disfunción cognitiva.	D NICE <i>Ferguson RJ, 2007</i>

E	Conforme a CIS, perfil del impacto de la enfermedad (SIP-8), escala del impacto del evento, escala de aceptación al cáncer (CAS), escala de autoeficacia, subescala de actividad física (QLQ-C30) e inventario de apoyo social (SSL), las personas sobrevivientes de diferentes tipos de cáncer con TCC presentan menos gravedad de fatiga ($p < 0.005$), discapacidad funcional y experimentan mejor bienestar psicológico que en la medición basal ($p < 0.005$).	2+ NICE <i>Gielissen MFM, 2007</i>
R	Se recomienda la TCC en pacientes con fatiga, alteraciones funcionales y estrés psicológico, ya que sus efectos benéficos pueden permanecer alrededor de 2 años después de terminar la terapia.	C NICE <i>Gielissen MFM, 2007</i>
E	En el autoregistro de sueño y actigrafía de 81 pacientes de cáncer de mama en seguimiento con insomnio bajo tratamiento con TCC se identificaron mejoras en el grupo de TCC en comparación con el grupo control en sueño total ($p = 0.02$), tiempo de sueño durante la noche ($p = 0.01$) y calidad del sueño ($p = 0.001$).	2+ NICE <i>Dirksen S, 2007</i>
R	Se recomienda la TCC (instrucciones de control de estímulos, terapia de restricción del sueño, educación del sueño, higiene del sueño y estrategias cognitivas) por los beneficios mostrados en relación con diferentes indicadores de trastornos al dormir.	C NICE <i>Dirksen S, 2007</i>
E	Utilizando TCC en mujeres con cáncer de mama, estadio I y II, en radioterapia o quimioterapia, se comprobó en BSI, FSI, GSI, escala de percepción de estrés, cuestionario breve de sueño MSQ y cuestionario multidimensional de locus de control de la salud (MHLC) que la gravedad global, estrés, dificultades del sueño y fatiga disminuyeron ($p < 0.001$), así como locus de control externo respecto a la salud ($p < 0.001$), en comparación con el grupo control.	2 + NICE <i>Cohen M, 2007</i>
R	Se recomienda TCC (reestructuración cognitiva, distracción, estrategias de solución de problemas y toma de decisiones) e imaginación guiada, debido a que reducen el estrés psicológico, la fatiga y mejoran la calidad de sueño.	C NICE <i>Cohen M, 2007</i>
E	Un estudio realizado en pacientes con cáncer de mama sometidas a TCC mostró una disminución en los niveles de ansiedad estado ($p < 0.02$) y ansiedad rasgo.	2 + NICE <i>Pocino M, 2007</i>

R	Se recomienda la TCC (técnicas cognitivo-conductuales, para equipar a las pacientes de diferentes herramientas que le permitan mejor afrontamiento y manejo de su enfermedad. Incluye, entrenamiento en relajación e imaginación guiada) ya que puede disminuir los niveles de ansiedad que frecuentemente acompañan a la enfermedad.	C NICE <i>Pocino M, 2007</i>
E	En pacientes sobrevivientes de diferentes tipos de diagnósticos de cáncer, se apreció a través de la escala de severidad de fatiga CIS, perfil del impacto de la enfermedad SIP-8 y en la lista de síntomas una importante disminución en la gravedad de fatiga y en el deterioro del funcionamiento ($p=0.001$) y a seis meses de seguimiento el efecto se mantuvo en estas áreas.	2+ NICE <i>Pocino M, 2007</i>
R	La TCC tiene un efecto clínicamente relevante en la reducción de fatiga y el deterioro funcional en sobrevivientes de cáncer.	C NICE <i>Gielissen MFM, 2007</i>
E	Estudios en pacientes con cáncer de mama reportaron efectos significativos para reducir el estrés ($d=0.31$, $p<0.05$) y para disminuir el dolor ($d=0.49$, $p<0.05$) con la aplicación de TCC; de 62 a 69% de casos que emplearon TCC grupales disminuyó el estrés en comparación con los grupos controles.	1++ NICE <i>Tatrow K, 2006</i>
E	Estudios en pacientes con cáncer de mama reportaron efectos significativamente mayores en estrés ($p=0.04$) con la modalidad personalizada de TCC, a diferencia de la TCC grupal.	1++ NICE <i>Tatrow K, 2006</i>
R	Se recomienda el uso de la TCC administrada de forma personalizada para manejo del estrés y del dolor en pacientes con cáncer de mama.	A NICE <i>Tatrow K, 2006</i>
E	En pacientes con cáncer de cabeza y cuello, y pulmón se apreció en el Inventario de Fatalismo (PFI), POMS y Lista de chequeo de consumo de tabaco que no hubo diferencias entre el grupo de TCC y el grupo que se le dio sólo educación general en salud, al mes (44.9% vs. 47.3%, respectivamente) y a los 3 meses de seguimiento (43.2% vs. 39.2%, respectivamente). En ambos grupos se proporcionó terapia de reemplazo de nicotina.	3 NICE <i>Berrocal M. 2016</i>
R	Dado que no se observa mayor beneficio de la TCC (promoción de apoyo, psicoeducación y estrategias de afrontamiento) comparado con la educación general en salud, ambas modalidades se recomiendan para disminuir el consumo de tabaco en pacientes con cáncer pulmonar y de cabeza y cuello.	D NICE <i>Berrocal M, 2016</i>

E	Se ha demostrado en estudios clínicos realizado en pacientes de recién diagnóstico de diferentes tipos de cáncer en estadios avanzados, mediante CES-D y lista de cotejo, que los pacientes del grupo de TCC tienen menor gravedad de los síntomas a las 10 y 20 semanas ($p=0.04$), en comparación con otros grupos.	3 NICE <i>Berrocal M, 2016</i>
R	Se recomienda la TCC (autocontrol de síntomas, habilidades de resolución, distracción e imaginación) para aminorar la gravedad de los síntomas en pacientes en estadios avanzados.	D NICE <i>Berrocal M, 2016</i>
E	Por medio de SCID, HADS, EORTC, QLQ-C30+3, entrevista de Insomnio (IIS), autoregistro de sueño, polisomnografía, Índice de severidad de insomnio (ISI) e inventario multidimensional de fatiga, se observó que la aplicación TCC en pacientes de cáncer de mama con trastornos del sueño produjo cambios positivos ($p<0.01$), reducción de ingesta de medicamentos ($p<0.0001$), así como menores niveles de depresión y ansiedad ($p<0.05$) y mejora en la calidad de vida de la persona enferma ($p<0.001$), a diferencia de aquellas pacientes sin TCC.	3 NICE <i>Montiel-Castillo VE, 2016</i>
R	Se recomienda la TCC (control de estímulos, restricción del sueño, reestructuración cognitiva, psico educación, higiene del sueño y el manejo del estrés) para el insomnio secundario a cáncer de mama.	D NICE <i>Montiel-Castillo VE, 2016</i>
E	Un estudio clínico controlado aleatorio realizado en pacientes de recién diagnóstico de cáncer por tumores sólidos en tratamiento de quimioterapia mostró en el CES-D, cuestionario de experiencia de síntomas físicos y cuestionario de comorbilidad que el grupo de TCC tenía las puntuaciones más bajas en las limitaciones asociadas a los síntomas.	3 NICE <i>Cázares de León, 2016</i>
R	Se recomienda la TCC (estrategias de solución de problemas, estrategias y toma de decisiones, asesoramiento y apoyo) en particular en pacientes jóvenes para el manejo de limitaciones relacionadas con los síntomas del cáncer.	D NICE <i>Cázares de León, 2016</i>
E	En un estudio clínico controlado aleatorizado que se realizó en pacientes con melanoma maligno se comprobó a través del inventario breve de síntomas BSI, Inventario de ansiedad estado-rasgo STAI y SF-36 que los niveles de ansiedad disminuyeron a los 2 y 6 meses de seguimiento en el grupo de la intervención ($p<0.05$).	3 NICE <i>Cázares de León, 2016</i>

R	Aunque la evidencia es escasa, se recomienda la TCC manualizada para reducir la ansiedad y mejorar la calidad de vida en pacientes con melanoma maligno.	D NICE <i>Cázares de León, 2016</i>
E	Otro estudio clínico controlado aleatorizado con pacientes con cáncer de mama que recibieron TCC por problemas de ansiedad, a quienes se les aplicó el Inventario breve de síntomas BSI, Inventario de ansiedad estado-rasgo STAI y SF-36, mostró que los niveles de ansiedad disminuyeron a los 2 y 6 meses de seguimiento ($p < 0.05$), mientras que los niveles de estrés no disminuyeron.	3 NICE <i>Montiel-Castillo VE, 2016</i>
R	Se recomienda la TCC manualizada para reducir la ansiedad y mejorar la calidad de vida en pacientes con melanoma maligno.	D NICE <i>Montiel-Castillo VE, 2016</i>

4.3. Abordaje en salud mental para la atención psicooncológica

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	La evaluación de la estructura psicológica, incluye la discriminación del motivo de consulta, las alteraciones presentes en la estructura psicoafectiva comportamental, percepción y personalidad, derivadas del trinomio oncológico.	3b OCEBM <i>Bautista H, 2006.</i>
E	El abordaje psicooncológico se enfoca sobre –el aquí y el ahora-, iniciando sobre el motivo de consulta; tipo de alteración oncológica (localización y estadio del padecimiento, así como el tratamiento activo al que será o al que se encuentra actualmente la persona) y el perfil de personalidad que presenta.	3b OCEBM <i>Bautista H, 2006.</i>
R	Se recomienda realizar un abordaje clínico cerrado y discriminativo; ante los focos de alteración psíquica.	B OCEBM <i>Bautista H, 2006.</i>
E	Para el abordaje y el tratamiento de la persona con cáncer se emplean dos modalidades: psicoterapia personal y de grupo.	3b OCEBM <i>Bautista H, 2006.</i>
R	Para la terapia personal, se recomienda realizar sesiones mediante enfoque cognitivo-conductual discriminando afectación, alteración o ambos.	3b OCEBM <i>Bárez M, 2003.</i> 3 NICE <i>Montiel-Castillo V, 2016</i>

E	La modalidad de psicoterapia grupal es costoefectiva, debido al número de pacientes que se pueden atender y beneficiar en un tiempo relativamente menor; buscando la adaptación psico-social al padecimiento, tratamientos y la supervivencia. Trabajando sobre: el "self" autoconcepto de la persona, alteraciones o trastornos del estado de ánimo, ventilación emocional, entrenamiento ante procesos y procedimientos invasivos.	3 NICE <i>Sosa C, 2010</i>
E	La persona con cáncer identifica, en la modalidad de grupo, problemas propios en otros pacientes y aprende capacidades para desarrollar competencias de la resolución; lo que facilita desarrollo de lazos y apoyo social.	3 NICE <i>Sosa C, 2010</i>
R	Para el trabajo de terapia grupal se recomienda realizar grupos homogéneos, ya sea sobre tipo de enfermedad, estadio o tratamiento.	D NICE <i>Sosa C, 2010</i>
E	La terapia psicooncológica en pacientes con tumores de cabeza y cuello se enfoca en el trabajo sobre la calidad de vida y la promoción de la adaptación psicosocial de la persona y de su familia.	3 NICE <i>Sosa C, 2010</i>
E	Los pacientes con tumores de cabeza y cuello experimentan gran dificultad en reconocer y aceptar su aspecto físico, pudiendo involucrarse en conductas desadaptativas en las que se incluye: evitar mirarse o tocarse la zona afectada. Estas acciones llegan a reforzar autodevaluaciones negativas.	3 NICE <i>Sosa C, 2010</i>
E	Las personas con tumores de cabeza y cuello desarrollan alteraciones psicológicas significativas secundarias a la naturaleza del cáncer, a la agresividad de los tratamientos y a los rasgos de personalidad que, en gran parte promueven el desarrollo de comportamientos adictivos relacionados con el cáncer.	3 NICE <i>Sosa C, 2010</i>
R	Para el trabajo de terapia psico-oncológica individual en pacientes con tumores de cabeza y cuello se recomienda establecer el plan de trabajo y número de sesiones bajo TCC.	D NICE <i>Sosa C, 2010</i>
E	En el cáncer de mama; las y los pacientes experimentan alteraciones significativas en su calidad de vida; presentando alteraciones en el estado psicoafectivo.	2+ NICE <i>Pocino M, 2007.</i>

E	El abordaje en la mujer con cáncer de mama se especifica sobre el self “autoconcepto” ante la modificación de la imagen corporal, realizando la búsqueda y la autodefinition de la misma mujer; que al enfrentarse al tratamiento activo con quimioterapia, radioterapia y la cirugía; siendo esta última la que define la modificación de su autoconcepto, y su proceso de adaptación.	3 NICE <i>Montiel-Castillo, V 2016.</i>
R	Para el trabajo de terapia psico-oncológica personalizada en pacientes con tumores de mama se recomienda establecer el plan de trabajo y número de sesiones bajo TCC.	C NICE <i>Pocino M, 2007.</i>
E	Al realizar la evaluación psicológica de pacientes con tumores del sistema nervioso central, se requiere valorar el deterioro neurocognitivo, deterioro social y deterioro o afectación de su comportamiento, para identificar posibles modificaciones en la personalidad base o rasgo.	3 NICE <i>López-Santiago S, 2011.</i>
R	Para el trabajo de terapia psico-oncológica personal en pacientes con tumores del sistema nervioso se recomienda establecer el plan de trabajo y número de sesiones bajo TCC.	D NICE <i>López-Santiago S, 2011.</i>
E	Los tumores ginecológicos son considerados como una sentencia de muerte; ya que, en la mayoría de las ocasiones, la sociedad lo relaciona directamente con conductas de riesgo ligadas con la sexualidad de la paciente.	3 NICE <i>Reuter K, 2007.</i>
R	Para el trabajo de terapia psico-oncológica personalizada en pacientes con tumores ginecológicos se recomienda establecer el plan de trabajo y número de sesiones bajo TCC.	D NICE <i>Reuter K, 2007.</i>
E	Cuando un paciente recibe un procedimiento quirúrgico, el tratamiento es prospectivo con la intención de anticipar cualquier alteración posible en el aspecto físico-funcional derivado del mismo; realizando una intervención enfocada sobre la detección de pensamientos y sentimientos ambivalentes sobre dicho procedimiento, realizando una discriminación conjunta y analizando las posibles respuestas a desarrollar en la persona.	3 NICE <i>Fernández A, 2004.</i>

E	El trabajo de salud mental en pacientes con radioterapia consiste en una primera sesión sobre el conocimiento y exploración de la estructura psíquica del paciente, realizando exploración detallada ante la evolución de sus procesos psíquicos, la enfermedad oncológica y el tratamiento al que ha sido sometido, realizando discriminación sobre miedos irracionales o fobias, derivados de información subjetiva recibida y percibida por el paciente.	3 NICE <i>Ornelas R, 2011.</i>
R	Para el trabajo de terapia psico-oncológica en pacientes con quimioterapia, radioterapia o algún evento quirúrgico, se recomienda establecer sesiones de consejo psicológico (coaching o conselling) de forma grupal; empleando enfoque TCC.	D OCEBM <i>Barreto P, 2010.</i>
E	Las alteraciones del sueño oscilan desde el insomnio hasta la hipersomnía. Aunque la persona dedica más tiempo a descansar, el sueño tiene peor calidad y las interrupciones son frecuentes.	3 NICE <i>Pocino M, 2007.</i>
R	Se recomiendan aplicar programas con técnicas de relajación mejoran la calidad del sueño y la actividad durante el día. El entrenamiento en relajación muscular progresiva para normalizar el estado emocional reactivo al cansancio mejora la percepción subjetiva de astenia y potencia el sentimiento de autocontrol de la persona, disminuye la respuesta de estrés y alivia el sufrimiento.	C OCEBM <i>Pocino M, 2007.</i>
R	Se recomienda hacer uso de varias técnicas de TCC para el trabajo en salud mental de la persona; debido a que no todos podrán ser tratados con una sola técnica.	C OCEBM <i>Pocino M, 2007.</i>

4.4. Criterios de referencia

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	El impacto que produce la palabra cáncer en la persona y en su entorno familiar-social es importante. Este impacto puede llegar a ocasionar graves trastornos psicológicos, emotivos, afectivos que son, en ocasiones, tan graves como la enfermedad que los produce.	3 b OCEBM <i>Bautista H, 2014</i>
E	La intervención psicológica comienza una vez que el paciente se diagnostica, y continua durante todo el tratamiento oncológico; lo que, le proveerá, al paciente, las herramientas y habilidades para disminuir sus niveles de estrés, ansiedad y depresión, así como le permitirá tener una mejor adaptación a la enfermedad.	2+ NICE <i>Guzmán-Castellanos S, 2016</i>


 R

Se recomienda enviar al paciente con el especialista calificado desde el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, así como en las siguientes situaciones:

- La relación médico-paciente se bloquea, ya que esta actitud genera un cerco en el proceso terapéutico y la persona no comprende con totalidad la importancia de su actuación.
- No existe tratamiento médico que ofrecerle al paciente o el trabajo psicológico no es suficiente para minorar los signos y síntomas.
- Cuando se encuentra un punto muerto la relación entre el médico y la persona enferma; por lo tanto, la o el psicólogo tiene que emplear un tiempo para recoger toda esa información.
- Evaluar al paciente en los contextos personales, familiares y sociales.
- Cuando la persona presente alguna alteración en la estructura psíquica tendrá que acudir con el personal de salud en psiquiatra y psicología; ambos elaborarán, conjuntamente, el plan de trabajo que le ofrecerán al paciente para superar la situación de cáncer a nivel personal, familiar y social.
- En caso de fallecimiento del paciente, el personal calificado continuará con el apoyo psicológico enfocado en el duelo a los familiares o al cuidador primario.
- De llegar a la curación o remisión, el personal de psicología reinsertará al paciente a su contexto psicosocial.

**C
NICE**

Guzmán-Castellanos S, 2016

**B
OCEBM**

Bautista H, 2014

5. ANEXOS

5.1. Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática **Evaluación y Abordaje Psicooncológico**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **Español o Inglés**.
- Documentos publicados los últimos **10 años** (rango extendido).
- Documentos enfocados **a la evaluación y abordaje en salud mental no farmacológico del paciente oncológico**.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

5.2. Estrategia de búsqueda

5.2.1.1. Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema **Evaluación y Abordaje Psicooncológico en la Persona Adulta**, en PubMed. La búsqueda se limitó a estudios en humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idioma inglés y español, del tipo de fuentes primarias. Se utilizaron términos validados del MeSh: pshychology, mental health, neoplasms, cancer, therapy, diagnosis, cognitive behavioral therapy and symptom. En esta etapa de la estrategia, se realizaron 3 búsquedas que dio 203, 94 y 91 resultados, respectivamente. De los cuales, se utilizaron **73** documentos para la elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
(("mental health"[MeSH Terms] OR ("mental"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "mental health"[All Fields]) AND ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("psychology"[Subheading] OR "psychology"[All Fields] OR "psychology"[MeSH Terms]) AND ("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]) AND ("diagnosis"[Subheading] OR "diagnosis"[All Fields] OR "diagnosis"[MeSH Terms])) AND ((Clinical Trial[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Controlled Clinical Trial[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Multicenter Study[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND "loattrfull text"[sb]) AND "2006/01/01"[PDAT] : "2017/01/23"[PDAT] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND "adult"[MeSH Terms])	203

("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields]) AND ("cognitive therapy"[MeSH Terms] OR ("cognitive"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "cognitive therapy"[All Fields] OR ("cognitive"[All Fields] AND "behavioral"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "cognitive behavioral therapy"[All Fields])) AND ("loattrfull text"[sb] AND "2006/01/01"[PDAT] : "2017/01/23"[PDAT] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND "adult"[MeSH Terms])	94
"cancer"[All Fields]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields]) AND ("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]) AND symptom[All Fields]) AND ((Clinical Trial[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Controlled Clinical Trial[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Multicenter Study[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND ("loattrfull text"[sb] AND "loattrfree full text"[sb]) AND ("2006/01/01"[PDAT] : "2017/01/20"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND "adult"[MeSH Terms])	91

1. Algoritmo de búsqueda (n=203)

1. mental health [MeSH Terms]
2. cancer [All Fields]
3. #1 AND #2
4. psychology [Subheading]
5. #3 AND #4
6. therapy [Subheading]
7. #5 AND #6
8. diagnosis"[Subheading]
9. #7 AND # 8
10. Clinical Trial [ptyp]
11. Comparative Study[ptyp]
12. Controlled Clinical Trial[ptyp]
13. Meta-Analysis[ptyp]
14. Multicenter Study[ptyp]
15. Randomized Controlled Trial[ptyp]
16. Review[ptyp]
17. systematic[sb]
18. #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17
19. #9 AND #18
20. Loattrfull text [sb]
21. #19 AND #20
22. "2006/01/01"[PDAT] : "2017/01/23"[PDAT]
23. #21 AND #22
24. humans [MeSH Terms]
25. #23 AND #24
26. English[lang]
27. Spanish[lang]

- 28. #26 OR #27
- 29. #25 AND #28
- 30. Adult [MeSH Terms]
- 31. #29 AND #30
- 32. #1 AND #2 AND #4 AND #6 AND # 8 AND (#10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17) AND #20 AND #22 AND #24 AND (#26 OR #27) AND # 30

2. Algoritmo de búsqueda (n=94)

- 1. Cancer [All fields]
- 2. Palliative care [All Fields]
- 3. #1 AND #2
- 4. Cognitive behavioral therapy[All Fields]
- 5. #3 AND #4
- 6. Loattrfull text [sb]
- 7. #5 AND #6
- 8. "2006/01/01"[PDAT] : "2017/01/23"[PDAT]
- 9. #7 AND #8
- 10. Humans"[MeSH Terms]
- 11. #9 AND #10
- 12. English[lang]
- 13. Spanish[lang]
- 14. #12 OR #13
- 15. #11 AND #14
- 16. Adult [MeSH Terms]
- 17. #15 AND #16
- 18. #1 AND #2 AND #4 AND #6 AND #8 AND #10 AND (#12 OR #13) AND #16

3. Algoritmo de búsqueda (n=91)

- 1. Cancer [All fields]
- 2. Palliative care [Subheading]
- 3. #1 AND #2
- 4. Therapy"[Subheading]
- 5. # 3 AND #4
- 6. Symptom[All Fields])
- 7. #5 AND #6
- 8. Clinical Trial[ptyp]
- 9. Comparative Study[ptyp]
- 10. Controlled Clinical Trial[ptyp]
- 11. Meta-Analysis[ptyp]
- 12. Multicenter Study[ptyp]
- 13. Randomized Controlled Trial[ptyp]
- 14. Review[ptyp]
- 15. systematic[sb]
- 16. #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15
- 17. #7 AND #16
- 18. Loattrfull text [sb]
- 19. Loattrfree full text"[sb]

20.#18 OR #19
 21.#17 AND #20
 22."2006/01/01"[PDAT] : "2017/01/20"[PDAT]
 23.#21 AND #22
 24.Humans [MeSH Terms]
 25.#23 AND #24
 26.English[lang]
 27.Spanish[lang]
 28.#26 OR #27
 29.#25 AND #28
 30.Adult [MeSH Terms]
 31.#29 AND #30
 32.#1 AND #2 AND #4 AND #6 AND (#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15) AND (#18 OR #19) AND #22 AND #24 AND (#26 OR #27) AND #30

5.2.1.2. Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con los términos **Pshycology, Mental Health, Cancer, Paliative Care, Cognitive Behavioral Therapy**. A continuación se presenta un cuadro que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

SITIOS WEB	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
PubMed	0	0
NICE	1	0
Total	1	0

En los siguientes sitios Web se obtuvieron resultados:1

En resumen, de **1** resultado encontrado, **0** fueron útiles para el desarrollo de esta guía.

5.3. Escalas de Gradación

NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE TERAPIA POR NICE**

NIVEL DE EVIDENCIA	INTERPRETACIÓN
1++	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertas/os

*Los estudios con un nivel de evidencia con signos “-“ no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación,. Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

**National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London: NICE update March 2005.The guidelines manual 2009.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DE TERAPIA (NICE)

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
A	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal
D(BPP)	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía

Niveles de Evidencia, para estudios de Diagnóstico Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM) 2009*

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	DIAGNÓSTICO
A	1 ^a	Revisiones sistemáticas de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad**, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y en diferentes centros clínicos
	1b	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico o probado en un centro clínico
	1c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico
B	2 ^a	Revisiones sistemáticas de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad
	2b	Estudios exploratorios que, a través de una regresión logística, determinan factores significativos, y validados con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de categorización del diagnóstico
	3 ^a	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de estudios 3b y de mejor calidad
C	3b	Comparación enmascarada y objetiva de un espectro de una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio. Estudios no consecutivos o sin la aplicación de un estándar de referencia
	4	Estudio de casos y controles, con escasos o sin estándares de referencia independiente, los estándares de referencia no son objetivos, cegados o independientes, o las pruebas positivas y negativas son verificadas usando estándares de referencia diferentes.
D	5	Opinión de expertas/os sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"

*Adaptado de Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM) Centre for Evidence Based Medicine-Levels of Evidence (March 1009). Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?oO1025>. Visitado 28 agosto 2014

**Estudios con homogeneidad : se refiere a que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección

5.4. Cuadros

Cuadro 1. Instrumentos complementarios para la valoración del estado de salud mental de la persona con cáncer	
Calificación de síntomas:	Escalas de puntuación del dolor (generalmente Escalas Visuales Análogas) Escala de dificultad del síntoma Inventario Breve de Síntomas Escala de distrés del síntoma de Mc Corkle Escala de Heimler del funcionamiento social
Medición de eventos:	Escala de Eventos Vitales Incertidumbre de Mishel en la Escala de Enfermedad Escala de Adaptación Global a la Enfermedad (Global Adjustment to Illness Scale) Formulario de información y expectativas (PAIE) (mide actitudes del paciente)
Resultados específicos de la enfermedad:	Lista de control de síntomas de Rotterdam Sistema de Evaluación de rehabilitación del Cáncer (CARES) Índice de vida funcional para el cáncer
Resultados genéricos del Estado de Salud:	SF-12 SF-36
Instrumentos de resultados psicológicos genéricos:	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión Perfil de estado de ánimo Inventario de autoestima de Coopersmith Escala de autoestima/concepto de Janis-Field Escala de afrontamiento de la enfermedad Escala de desesperanza de Beck Escala de depresión de CESD-20 Escala de trastorno mental en cáncer Escala de actitud defensiva emocional/racionalidad (Rationality/Emotional Defensiveness Scale) Escala de Balance Afectivo (Affect Balance Scale: ABS) Inventario de depresión de Beck (BDI) Inventario de ansiedad de Beck (BAI) Inventario de ira de Novako
Medidas de apoyo social y para las relaciones:	Calidad de relación de pareja (FRI) Índice de apoyo social de Yale Cuestionario de apoyo social Escala de ámbito familiar Cuestionario de apoyo social funcional de Duke UNC Escala de deseabilidad social de Marlowe Crowne (Marlowe Crowne Social Desirability Scale)
Datos de supervivencia:	Cuidadores: Inventario de reacciones de provisión de atención (Caregiving Reactions Inventory)

Cuadro 2. Instrumentos mayormente utilizados como complemento diagnóstico del estado de salud mental de la persona con cáncer

Depresión:

- POMS (Profile of Mood States, subescala Depression- Dejection),
- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, subescala Depressive Symptoms)
- CES-D (Countauld Emotional Control Scale, subescala Depression)

Ansiedad:

- POMS (subescala Tension-Anxiety)
- RSCL (Rotterdam Symptom Checklist, subescala Psychological Symptoms)
- HADS (subescala Anxiety Symptoms)
- MAC-SCALE (Mental Adaptation Cancer, subescala Anxious Reoccupation)
- CECS (Countauld Emotional Control Scale, subescala Anxiety)

Calidad de vida:

- SF-36
- FLIC (Functional Living Index)
- GQOL (Global Self-Rated Quality of Life)
- PRS (Pain Rating Scale)

Adaptación:

- MAC-SCALE (subescala Fighting Spirit)
- PAIS (Psychosocial to Illness Scale)
- NAS (Negative Affects Scale)
- SDS (Symptom Distress Scale)

Relaciones sexuales:

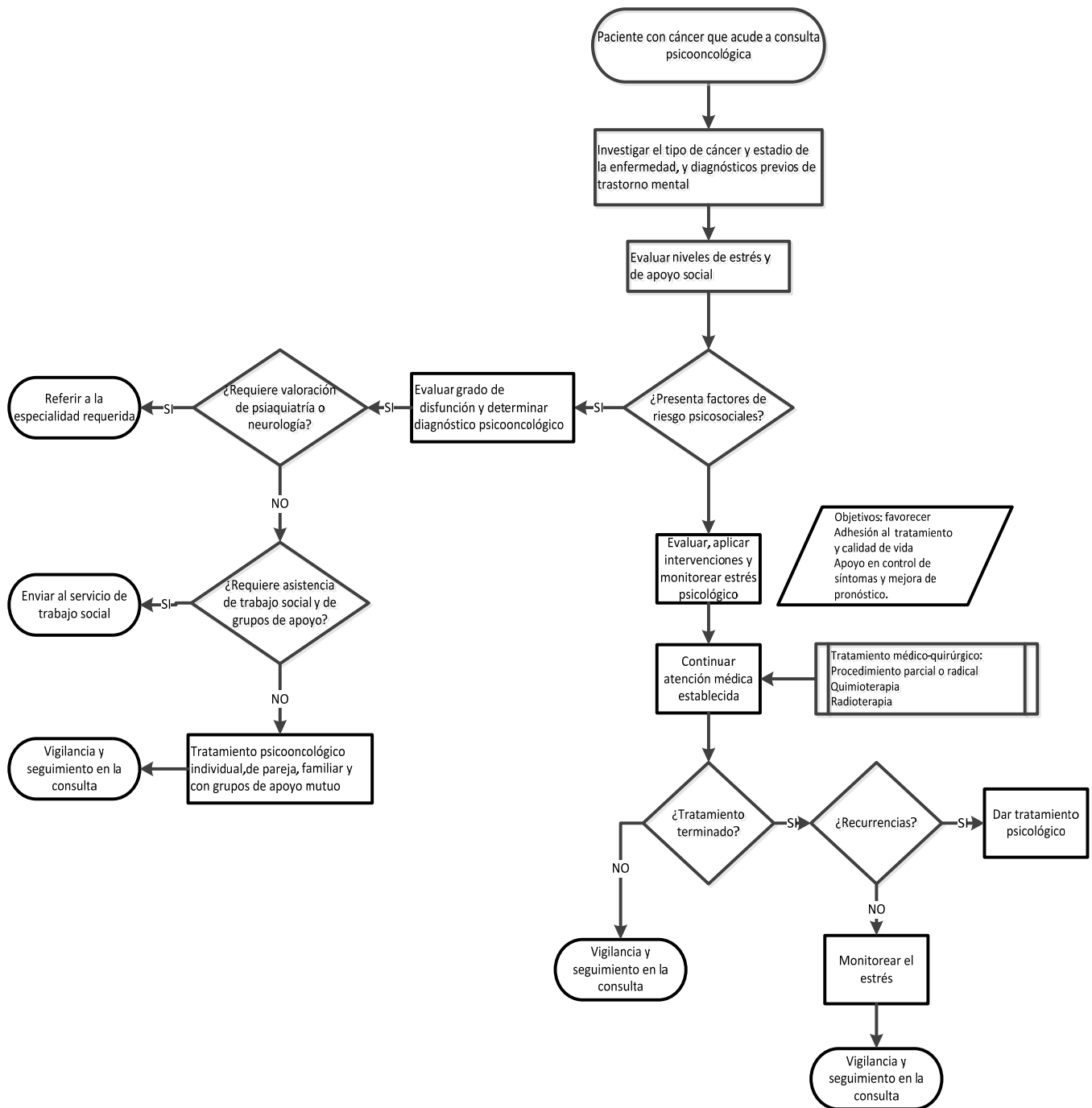
- IMS (Index of Marital Satisfaction)
- PAIS (subescala Sexual Relationships)

Cuadro 3. Instrumentos de Evaluación			
Tamaño de la escala	Escala	Confiabilidad [‡]	Validez
Ultra corta	Anxiety question	-	Moderado
	BCD	Bajo	Moderado
	Depression question	-	Moderado
	Interest question	-	Moderado
	Combination depression question	-	Alto
	One-question interview	-	Moderado
	DT	Mod rado	Moderado
	ESAS		Moderado
	VAS	Moderado	Moderado
Corta	BDI-SF	Bajo	Moderado
	BEDS-6	Moderado	Moderado
	BSI-18	Alto	Alto
	CES-D	Alto	Alto
	EPDS	Alto	Moderado
	GHQ-12	-	Moderado
	HADS	Alto	Moderado
	HQ-9	Alto	Moderado
	IES	Alto	Bajo
	MAX-PC	Alto	-
	PDI	Alto	Moderado
	PHQ-9	Alto	-
	PCL-C	Alto	Moderado
	POMS-LASA	Moderado	-
	ZSDS	Bajo	Moderado
Larga	BAI	-	Alto
	BDI	Alto	Alto
	DI-C	Alto	-
	GHQ-28	Alto	Alto
	MEQ	Alto	Moderado
	POMS-SF	Alto	-
	PSSCAN	Alto	Alto
	QCS-R23	Alto	Alto
	RSCL	Alto	Moderado

‡ Bajo= alpha de Cronbach o Spearman–Brown rho <0.60, α <0.40, o $r = 0.2$. Moderado = alpha de Cronbach o Spearman–Brown rho ≥ 0.60 and <0.80; ≥ 0.4 and <0.60, o $r = 0.5$. Alto= alpha de Cronbach o Spearman–Brown rho ≥ 0.80 , $\alpha \geq 0.60$, o $r = 0.8$. Cuando la confiabilidad fue baja o perdida, se juzgó a la escala como pobre a menos que la confiabilidad no fuera aplicable (en caso de medidas para escalas de un solo o doble ítem) o en escalas bien establecidas . Bajo = sensibilidad promedio y especificidad <.6; Moderado = sensibilidad promedio y especificidad ≤ 0.6 y <0.8; Alto= sensibilidad promedio y especificidad ≥ 0.8 .

5.5. Diagramas de Flujo

Algoritmo 1. Evaluación y Abordaje Psicooncológico en Personas Adultas



5.6. Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico(s) Clínico(s):	Evaluación y abordaje psicooncológico		
CIE-9-MC / CIE-10	C00-D48 TUMORES (NEOPLASIAS), F50-F59 SÍNDROMES DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES FÍSICOS, Z54 CONVALECENCIA		
Código del CMGPC:	IMSS-805-17		
TÍTULO DE LA GPC			Calificación de las recomendaciones
Evaluación y Abordaje Psicooncológico en Personas Adultas Mayores			
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	
Personas adultas con cáncer	Personal de psicología y de psicooncología	Tercer Nivel	
Evaluación psicooncológica			(Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)
Evalúa el afrontamiento y toma de decisiones para la participación activa de la persona en sus tratamientos y autocuidado.			
Registra los aspectos sociodemográficos (edad, estado civil, lugar de origen, residencia y ocupación), y los aspectos psicológicos (síntomas depresivos, ansiosos, de personalidad, espirituales, sexuales, entre otros).			
Detecta y consigna los trastornos adaptativos y depresivos que presenta la persona con cáncer.			
Evalúa y documenta el apoyo social percibido, la autoeficacia como elementos asociados al afrontamiento de la enfermedad, el ajuste y el deterioro físico debido a la enfermedad.			
Evalúa las estrategias de afrontamiento, la calidad de vida, ansiedad y depresión como elementos de adaptación.			
Evalúa los aspectos sexuales para determinar el grado de afectación en esta área a consecuencia de los tratamientos oncológicos.			
Paciente ambulatorio que tenga antecedentes de depresión y/o ansiedad, aplica los dos inventarios de Beck.			
Evalúa el efecto de intervenciones para mejorar la calidad de vida en comparaciones pre-post tratamiento, y en los seguimientos.			
Realiza un diseño longitudinal de medida tomando una línea base, una medida postratamiento y una evaluación de seguimiento.			
En paciente con dolor grave, fatiga y trastornos del sueño, aplica Terapia Cognitiva Conductual (con ejercicios de relajación, imaginería e imaginería centrada en los síntomas).			
Aplica Terapia Cognitiva Conductual (TCC) con exposición conductual, imaginería y entrenamiento en relajación, para disminuir síntomas de ansiedad generalizada en pacientes con ansiedad ante la recurrencia.			
En paciente sobreviviente de cáncer utiliza ya sea TCC o entrenamiento físico, considerando el estado clínico.			
Emplea TCC (con entrenamiento en relajación, terapia cognitiva, la exposición de comportamiento, resolución de problemas, habilidades de control de sueño y entrenamiento en habilidades de comunicación) para mejorar la depresión, ansiedad y funcionamiento físico, así como la interacción social.			
Aplica la intervención TCC (reestructuración cognitiva y estrategias de manejo de estrés) más hipnosis para mejorar la experiencia afectiva de las pacientes con cáncer de mama en radioterapia.			
Realiza abordaje clínico cerrado y discriminativo; ante los focos de alteración psíquica.			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
Total de recomendaciones cumplidas (1)			
Total de recomendaciones no cumplidas (0)			
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)			
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado			
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)			
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)			

6. GLOSARIO

ABS: Escala de Balance Afectivo.

Anhedonia: la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades.

BAI: Inventario de ansiedad de Beck.

BDI: Inventario de depresión de Beck.

BF: Búsqueda de beneficios.

BHS: Escala de desesperanza de Beck.

CARES: Sistema de Evaluación de rehabilitación del Cáncer.

CEC-S: Escala de Control Emocional Countauld, subescala de Ansiedad.

CEC-D: Escala de Control Emocional Countauld, subescala de Depresión.

Coaching: es un método que consiste en acompañar, instruir y entrenar a una persona o a un grupo de ellas, con el objetivo de conseguir cumplir metas o desarrollar habilidades específicas.

DIC 2: Inventario de Distress para Cáncer Segunda Versión.

EEG: Electro Encefalograma.

EORT-C: Organización Europea de Investigación y Tratamiento del Cáncer.

ESAS: Escala de Evaluación de Síntomas Edmonton.

FACT-G: Inventario para calidad de vida en pacientes con cáncer.

FLIC: Índice de Vida Funcional.

FRI: Índice de relaciones familiares.

GQOL: Auto-evaluación Global de Calidad de Vida.

HADS: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

IMS: Índice de Satisfacción Marital.

INCAVISA: Inventario de Calidad de Vida y Salud.

MAC-SCALE: Adaptación Mental al Cancer.

Mecanismos de defensa: estrategias psicológicas inconscientes puestas en juego por diversas entidades para hacer frente a la realidad y mantener la autoimagen.

MFI-20: Inventario Multidimensional de fatiga.

MSAS: Escala de Evaluación de Memoria.

NAS: Escala de Afectos Negativos.

PACT: Evaluación PsicoSocial para el Candidato a Trasplante

PAIE: Formulario de información y expectativas.

PAIS: Escala Psicosocial de la enfermedad.

POMS: Perfil de estado de ánimo.

PRS: Escala de Valoración de Dolor.

Psicooncología: constituye una rama especializada entre la medicina y la psicología que se ocupa de las relaciones entre el comportamiento, los estados de salud y enfermedad, la prevención y el tratamiento, el fomento de hábitos sanos y la interdisciplinariedad.

Psicoterapia dinámica: ofrece una perspectiva desde donde entender el inicio de los síntomas psiquiátricos como respuesta al estrés causado por la enfermedad e incluye entre sus focos de tratamiento la discusión sobre la relación médico- paciente; se desarrolla en este aspecto la Psicología del Yo, centrada en los mecanismos de defensa y el afrontamiento a la situación estresora presente en la vida del paciente; se presenta a su vez el modelo de las relaciones objetales que está enfocado a la comprensión en términos de amenaza de pérdida de objeto (estructura, órgano o corporeidad).

QLQ-30: Cuestionario de calidad de vida general del paciente oncológico.

QLQ-36: Cuestionario de calidad de vida para pacientes con melanoma.

QLQ-C15-PAL: Cuestionario de calidad de vida para paciente con cáncer en cuidados paliativos.

QLQ-LC13: Cuestionario de calidad de vida para paciente con cáncer pulmonar.

QLQ-STO22: Cuestionario de calidad de vida para paciente con cáncer gástrico.

Role Playing: El RolePlay es una técnica de dinámica de grupo. También se conoce como técnica de dramatización, simulación o juego de roles. Consiste en que dos o más personas representen una situación o caso concreto de la vida real, actuando según el papel que se les ha asignado y de tal forma que se haga más vivido y auténtico.

RSCL: Lista de Automonitoreo de Síntomas de Rotterdam, subescala de Síntomas Psicológicos.

SAS: Escala de Evaluación de Sintomas.

SDS: Escala de Síntomas de Distres.

SF-12: Cuestionario de Evaluación de calidad de vida relacionada con la salud reducido.

SF-36: Cuestionario de Evaluación de calidad de vida relacionada con la salud extenso.

STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo.

TAC: Tomografía Axial Computarizada.

TCC: Terapia Cognitiva Conductual.

TCPH: Trasplante de Células Madre Hematopoyéticas.

Terapia psicológica adyuvante: es una psicoterapia breve, focalizada que emplea técnicas cognitivo-conductuales, siendo esta especialmente diseñada para el trabajo con el paciente oncológico de forma individual. Ya que trata de identificar los problemas significativos que deben afrontar estos pacientes y enseñarles técnicas cognitivo-conductuales de resolución de problemas, además de fomentar el trabajo de lucha continua. Se integran técnicas de visualización, role playing y coaching.

TERS: Escala de clasificación de evaluación del trasplante.

Visualización guiada: herramienta muy útil para conseguir un mayor control de la mente, de las emociones y del cuerpo así como para efectuar los cambios deseados del comportamiento. Puede usarse para aliviar la tensión muscular, como técnica de concentración para controlar y eliminar el dolor.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Aoun, S M., Monterosso,L, Kristjanson,LJ., y McConigley R. Measuring symptom distress in palliative care: Psychometric properties of the symptom assessment scale (SAS). *J Palliative Med* 2011;14(3): 315-321.
2. Barreto. P. Diaz, J. Saavedra G. Acercamiento al sufrimiento a través del counselling. *Información Psicológica*. 2010;100:171-176.
3. Bautista H. Valoración psicológica en el paciente oncológico. *Clin Anestesiología Paciente Oncológico* 2007;6:31-42.
4. Bayés R. Cuidados críticos y sufrimiento. *Med Clin* 2006;126(5):576-578.
5. Berrocal C, Fava G, Sonino N. Contribuciones de la medicina psicosomática a la medicina clínica y preventiva. *Anales Psicología* 2016; 32(3):828-836.
6. Boutin D L. Effectiveness of cognitive behavioral and supportive-expressive group therapy for women diagnosed with breast cancer: a review of the literature. *Journal for Specialists in Group Work* 2007; 32(3):267-284.
7. Brazier A, Cooke K, Moravan V. Using mixed methods for evaluating an integrative approach to cancer care: a case study. *Integr Cancer Ther* 2008;7(1):5-17.
8. Butow PN, Phillips F, Schweder J, White K, Underhill C, Goldstein D Psychosocial well-being and supportive care needs of cancer patients living in urban and rural/regional areas: A systematic review. *Support Care Cancer* 2012(1):1-22.
9. Cázares de León F, Stefano V, Quiceno J, Montoya B. Preparación psicológica para la intervención quirúrgica. Revisión sistemática de la literatura. *Psychologia: avances de la disciplina* 2016; 10(2):73-75.
10. Chang VT, Hwang SS, Feuerman M. Validation of the edmonton symptom assessment scale. *Cancer* 2000; 88 (9): 2164-2171.
11. Cohen M, Fried G. Comparing relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for women with breast cancer. *Research on Social Work Practice* 2007;17(3):313-323.
12. Dirksen SR, Epstein DR. Efficacy of an insomnia intervention on fatigue, mood and quality of life in breast cancer survivors. *J Advanced Nursing* 2007;61(6), 664-675.
13. DuHamel KN, Mosher CE, Winkel G, Labay LE, Rini C, Meschian YM, et al. Randomized clinical trial of telephone-administered cognitive-behavioral therapy to reduce post-traumatic stress disorder and distress symptoms after hematopoietic stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 2010;28(23):3754-61.
14. Eaton A, Baser R, Seidel B, Stabile C, Canty J, Goldfrank DJ, et al. Validation of clinical tools for vaginal and vulvar symptom assessment in cancer patients and survivors. *J Sex Med* 2017;14:144e-151e.
15. Edwards AGK, Hailey S, Maxwell M. Intervenciones psicológicas para mujeres con cáncer de mama metastásico (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

16. Ernstmann N, Neumann M, Ommen O, Galusko M, Wirtz M, Voltz R. et al. Determinants and implications of care patients' psychosocial needs. *Support Care Cancer* 2009;17:1417-1423.
17. Espie CA, Fleming L, Cassidy J, Samuel L, Taylor LM, White CA, Douglas NJ, Engleman HM, Kelly HL, Paul J. Randomized controlled clinical effectiveness trial of cognitive behavior therapy compared with treatment as usual for persistent insomnia in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2008;26(28): 4651-4658.
18. Ferguson RJ, Ahles TA, Saykin AJ, McDonald BC, Furstenberg CT, Cole BF, et al. Cognitive-behavioral management of chemotherapy-related cognitive change. *Psychooncology* 2007;16(8):772-777.
19. Fernández. A. Alteraciones Psicológicas asociadas a los cambios de apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología* 2004; 1(2-3):169-180.
20. Fernández B, Bejar E, Campos M del C. primer impacto; Programa de detección de distrés y atención psicosocial para paciente recién diagnosticado y sus familiares. *Psicooncología* 2012;9(2-3): 317-334.
21. Galindo O, Benjet C, Juárez F, Rojas E, Riveros A, Aguilar J, et al. Propiedades psicométricas de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental* 2015;38(4):253-258.
22. Garduño C, Riveros A y Sánchez-Sosa JJ. Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Rev Latin Med Conductual* 2010;1(1);69-80.
23. Gielissen MFM, Verhagen CAHHVM, Bleijenberg G. Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer survivors: long-term follow-up. *Br J Cancer* 2007;97(5):612 – 618.
24. Goedendorp MM, Peters MEWJ, Gielissen MFM, Witjes JA, Leer JW, Verhagen CAHHVM, et al. Is increasing physical activity necessary to diminish fatigue during cancer treatment? comparing cognitive behavior therapy and a brief nursing intervention with usual care in a multicenter randomized controlled trial. *Oncologist* 2010;15:1122-1132.
25. González-Forteza C, Wagner-Echeagaray FA, Jiménez-Tapia A. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Mental* 2012;35(1): 13-20.
26. González-Ramírez LP, Roca-Chiapas JM, Daneri-Navarro A, Colunga-Rodríguez C, Contreras AM, Martínez-Arriaga R, et. al. Consejo genético oncológico: las aplicaciones de la psicooncología. *Gaceta Méx Oncol* 2016;15 (3):145-149.
27. Greer JA, Park ER, Prigerson HG, Safren SA. Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. *J Cogn Psychoth* 2010;24(4):294-313.
28. Greer S. CBT for emotional distress of people with cancer: some personal observations. *Psychooncology* 2008; 17: 170-173.
29. Guzmán-Castellanos S, Cortés-Ibáñez FO, Allende-Perez S. Palliative care, an impact of cognitive behavioral therapy on cancer patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2016:1063-1070.
30. Hernández M, Cruzado JA, Prado C, Rodríguez E, Hernández C, González MA, et al. Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología* 2012;9(2-3):233-257.
31. Hopko DR, Bell JL, Armento M, Robertson S, Mullane C, Wolf N. Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behav Ther* 2008; 39(2):126-136.

32. Hopko DR, Colman LK. The impact of cognitive interventions in treating depressed breast cancer patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 2010; 24(4); p. 314–328.
33. Hunter MS, Coventry S, Hamed H, Fentiman I, Grunfeld EA. Evaluation of a group cognitive behavioural intervention for women suffering from menopausal symptoms following breast cancer treatment. *Psycho-Oncology* 2009; 18:560–563.
34. Kwekkeboom KL, Abbott-Anderson K, Wanta B. Feasibility of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for pain, fatigue, and sleep disturbance in cancer. *Oncol Nurs Forum* 2010; 37(3):151–159.
35. Lee Y, Chiou P, Chang P, Hayter M. A systematic review of the effectiveness of problem-solving approaches towards symptom management in cancer care. *Journal of Clinical Nursing*, 2010;20:73–85.
36. León C, Mirapeix R, Blasco T, Jovell E, Arcusa A, Martín A. Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar. *Psicooncología* 2013 ;10(2-3): 263-274.
37. Llamas-Ramos I, Llamas-Ramos R, Martín-Noguera AM, Alvarado-Omenat JJ, Calvo-Arenillas JI, Fonseca-Sánchez E, et al. Reliability and validity of the Spanish version of the Memorial Symptom Assessment Scale in oncology patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 2016;52(6):884-891.
38. Llewellyn CD, Horney DJ, McGurk M, Weinman J, Herold J, Altman K, Smith HE. Assessing the psychological predictors of benefit finding in patients with head and neck cancer. *Psychooncology* 2013;22(1):97-105 casos clínicos
39. López-Santiago S, Cruzado JA, Feliu J. Daños neuropsicológicos asociados a los tratamientos quimioterapéuticos: una propuesta de evaluación. *Clínica y Salud* 2012;23(1): 3-24.
40. López-Santiago S, Cruzado JA, Feliu J. Chemobrain: revisión de estudios que evalúan el deterioro cognitivo de supervivientes de cáncer tratados con quimioterapia. *Psicooncología* 2011;8(2-3):265-280.
41. Lorca LA, Sacomori C, Puga B. Propiedades Psicométricas del Inventario breve de fatiga en personas tratadas por neoplasias hematológicas en Chile. *Rev Med Chile* 2016;144:894-899.
42. Lockett T, Goldstein D, Butow PN, Gebiski V, Aldridge LJ, McGrane J, et al. Psychological morbidity and quality of life of ethnic minority patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2011;12(13):1240-8.
43. Mefferd K, Nichols JN, Pakiz B, Rock CL. A cognitive behavioral therapy intervention to promote weight loss improves body composition and blood lipid profiles among overweight breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat* 2007;104 (2):145–152.
44. Mercadante S, Vitrano V, Catania V. Sexual issues in early and late stage cancer: a review. *Support Care Cancer* 2010;18(6):659-65.
45. Montel S. Fear of recurrence: A case report of a woman breast cancer survivor with ghd treated successfully by cbT. *Clin Psychol Psychother* 2010;17: 346–353.
46. Montiel-Castillo VE, Guerra-Morales VM. Psychoeducation theoretical approaches. An analysis about its application in women with breast cancer. *Psicogente [online]* 2016;19 (36): 324-335.

47. Moorey S, Cort E, Kapari M, Monroe B, Hansford P, Mannix K, et al. A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer. *Psychol Med* 2009;39(5):713-23
48. Mosher CE, DuHamel KN, Rini CM, Corner G, Lam J, Redd WH. Quality of life concerns and depression among hematopoietic stem cell transplant survivors. *Psychooncology* 2011;19(9):1357-1365.
49. Narváez A, Rubiños C, Gómez R, García A, Cortés-Funes F. Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología* 2008;5(1):93-102.
50. Nissim R, Flora DB, Cribbie RA, Zimmermann C, Gagliese L, Rodin G. Factor structure of the Beck Hopelessness Scale in individuals with advanced cancer. *Psychooncology* 2010;19(3):255-263.
51. Oñate-Ocaña LF, Alcántara-Pilar A, Vilar-Compte D, García-Hubard G, Rojas-Castillo E, Alvarado-Aguilar S, et al. Validation of the mexican spanish version of the EORTC C30 and STO22 questionnaires for the evaluation of health-related quality of life in patients with gastric cancer. *Ann Surg Oncol* 2009;16(1):88-95.
52. Ornelas-Mejorada RE, Tufiño-Tufiño MA, Sánchez-Sosa J. Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: prevalencia y factores asociados. *Acta Inv Psicol* 2011;1(3): 401- 414.
53. Pelayo-Alvarez M, Perez-Hoyos S, Agra-Varela Y. Inventory P. Reliability and concurrent validity of the palliative outcome scale the Rotterdam symptom. Checklist, and the brief pain inventory. *J Palliat Med* 2013;16(8):867-874.
54. Penedo FJ, Traeger L, Dahn J, Molton I, Gonzalez JS, Schneiderman N, et al. Cognitive behavioral stress management intervention improves quality of life in spanish monolingual hispanic men treated for localized prostate cancer: results of a randomized controlled trial. *International J Behav Med* 2007; 14(3):164-172.
55. Phillips, K.M et al. Cognitive Functioning after cáncer treatment: a 3-year longitudinal comparison of breast cancer survivors treated with chemotherapy or radiation and noncancer controls. *Cancer* 2012;118(7):1925-1932.
56. Pocino M, Luna G, Canelones P, Mendoza A, Romero G, Palacios LE, Rivas L, Castés M. La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología* 2007;4(1):59-73.
57. Reuter K, Raugust S, Marschner N, Harter M. Differences in prevalence rates of psychological distress and mental disorders in inpatients and outpatients with breast and gynaecological cáncer. *European Journal Cancer Care* 2007;16(3):222-230.
58. Riveros A, Sánchez-Sosa JJ, Del Águila M. Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa). México, Manual Moderno 1ra edición. 2009.
59. Sanz J, García-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II). *Ann Psicol* 2013;29(1):66-75.
60. Sánchez R, Ballesteros M, Arnold BJ. Validation of the FACT-G scale for evaluating quality of life in cáncer patients in Colombia. *Qual Life Res* 2011;20(1):19-29.

61. Schnur JB, David D, Kangas M, Green S, Bovbjerg DH, Montgomery GH. A randomized trial of a cognitive-behavioral therapy and hypnosis intervention on positive and negative affect during breast cancer radiotherapy. *J Clin Psychology* 2009; 6(4):433– 455.
62. Shimizu K, Akizuki N, Nakaya N, Fujimori M, Fujisawa D, Asao Ogawa D, et al. Treatment response to psychiatric intervention and predictors of response among cancer patients with adjustment disorders. *J Pain Symptom Management* 2011;41(4):684-691.
63. Sosa C, Capafons J, Prieto P. Intervención Psicológica con pacientes oncológicos. *Revista de Investigación y Divulgación en Psicología y Logopedia*. Universidad La Laguna 2010. Disponible (acceso diciembre, 2016) en URL:<http://www.psicologia.ull.es/archivos/revista/ariculosripla2010/Intervenci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica%20en%20pacientes%20oncol%C3%B3gicos.pdf>
64. Sperner-Unterweger B. Psycho-oncology - psychosocial oncology: integration in a concept of oncological treatment. *Nervenarzt [Abstract]*. 2011;82(3):371-8; quiz 379-380.
65. Suárez-del-Real Y, Allende-Pérez S, Alférez-Mancera A, Rodríguez RB, Jiménez-Toxtle S, Mohar A, et al. Validation of the mexican–spanish version of the EORTC QLQ-C15-PAL questionnaire for the evaluation of health related quality of life in patients on palliative care. *Psycho-Oncology* 2011;20:889-896.
66. Tatro K, Montgomery G. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: A meta-analysis. *J Behav Med* 2006;29(1):17-27.
67. Thomas BC, Thomas I, Nandamohan V, Nair MK, Pandey M. Screening for distress can predict loss of follow-up and treatment in cancer patients: results of development and validation of the Distress Inventory for Cancer Version 2. *Psychooncology* 2009;18(5): 524–533.
68. Turner J, Kelly B, Clarke D, Yates P, Aranda S, Jolley D, et al. A randomised trial of a psychosocial intervention for cancer patients integrated into routine care: the PROMPT study (promoting optimal outcomes in mood through tailored psychosocial therapies) *BMC Cancer* 2011;11:48. <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/11/48>.
69. van Weert E, May AM, Korstjens I, Post WJ, van der Schans CP, van den Borne B, Mesters I, Ros WJC, Hoekstra-Weebers JEHM. Cancer-Related Fatigue and Rehabilitation: A Randomized Controlled Multicenter Trial Comparing Physical Training Combined With Cognitive-Behavioral Therapy With Physical Training Only and With No Intervention. *Phys Ther* 2010; 90(10):1413–1425.
70. Vodermaier A, Linden W, Siu C. Screening for emotional distress in cancer patients: A systematic review of assessment instruments. *J Natl Cancer Inst* 2009;101(21):1464 – 1488.
71. Yagmur Y, Duman M. The relationship between the social support level perceived by patients with gynecologic cancer and mental adjustment to cancer. *Int J Gynaecol Obstet* 2016;134(2):208-211.
72. Zabalegui-Yarnoz A, Sánchez-Quinto S, Sánchez-Castillo PD, Juando-Prats C. Grupos de apoyo al paciente oncológico: Revisión sistemática. *Enfermería Clínica* 2005;15(1): 17-24
73. Zhou Y, Irwin ML, Ferrucci LM, McCorkle R, Ercolano EA, Li F, et al. Health- related quality of life in ovarian cancer survivors: Results from american cancer society’s study of cancer survivors. *Gynecol Oncol* 2016;141(3) 543-549.

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades del **Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto Nacional de Cancerología, Hospital Infantil de México Federico Gómez, UMAE, y al Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS**, y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades del **Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto Nacional de Cancerología** que participó en los procesos de **validación** su valiosa colaboración en esta guía.

Instituto Mexicano de Seguro Social

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria Coordinación Técnica Coordinación de UMAE	de	Excelencia	Clínica.
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero Coordinación Técnica Coordinación de UMAE	de	Excelencia	Clínica.

9. COMITÉ ACADÉMICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

Dr. Gilberto Pérez Rodríguez	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniestra Osorio	Coordinador Técnico de Excelencia Clínica
Dr. Antonio Barrera Cruz	Jefe del Área del Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa del Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa del Área de Innovación de Procesos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfin Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Socorro Azarell Anzures Gutiérrez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Brendha Rios Castillo	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Manuel Vázquez Parrodi	Coordinador de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

DIRECTORIO SECTORIAL

DIRECTORIO DEL CENTRO DESARROLLADOR

Secretaría de Salud

Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. José de Jesús Arriaga Dávila
Director de Prestaciones Médicas

Instituto Mexicano del Seguro Social

Mtro. Mikel Arriola Peñalosa
Directora General

Dr. Héctor Davir Martínez Chapa
Unidad de Atención Médica

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lic. José Reyes Baeza Terrazas
Director General

Dr. Gilberto Pérez Rodríguez
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Lic. Laura Vargas Carrillo
Titular del Organismo SNDIF

Dr. Arturo Viniegra Osorio
Coordinador Técnico de Excelencia Clínica

Petróleos Mexicanos

Dr. José Antonio González Anaya
Director General

Secretaría de Marina Armada de México

Almte. Vidal Francisco Soberón Sanz
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Jesús Ancer Rodríguez
Secretario del Consejo de Salubridad General

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

	Dr. José Meljem Moctezuma	Presidente
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Dr. Pablo Antonio Kuri Morales	Titular
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas	Titular
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Dr. Isidro Ávila Martínez	Titular
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Dr. Jesús Ancer Rodríguez	Titular
Secretario del Consejo de Salubridad General	Gral. Bgda. D.E.M. M.C. José Luis Ojeda Delgado	Titular
Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Cap. Nav. SSN. M.C. Derm. Luis Alberto Bonilla Arcaute	Titular
Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México	Dr. José de Jesús Arriaga Dávila	Titular
Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses	Titular
Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Dr. Marco Antonio Navarrete Prida	Titular
Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	Titular
Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Dr. Ricardo Camacho Sanciprián	Titular
Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Dr. Onofre Muñoz Hernández	Titular
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Dr. Sebastián García Saisó	Titular
Director General de Calidad y Educación en Salud	Dr. Adolfo Martínez Valle	Titular
Director General de Evaluación del Desempeño	Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
Director General de Información en Salud	Dr. Francisco Ramos Gómez	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Director General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Dr. Alfredo Gobera Farro	Titular 2017-2018
Secretario de Salud y Coordinador General de Servicios de Salud del Estado de Querétaro	MSP. Alejandra Aguirre Crespo	Titular 2017-2018
Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Quintana Roo	Dr. Rafael Gerardo Arroyo Yabur	Titular 2017-2018
Secretario de Salud de Tabasco	Dr. Enrique Luis Graue Wiechers	Titular
Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México	Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Titular
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Dr. Arturo Perea Martínez	Titular
Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría	Lic. José Ignacio Campillo García	Titular
Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Dr. Ricardo León Bórquez M.C.A.	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.	Dr. Francisco Hernández Torres	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.	Dr. Carlos Dueñas García	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Dr. Jesús Ojino Sosa García	Secretario Técnico
Director de Integración de Guías de Práctica Clínica		