

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Grado en Medicina

Impacto psicológico del cáncer de próstata y propuesta
de un circuito de derivación psicooncológica en el
Servicio Murciano de Salud

Autor: Celso Masegosa Pérez

Director: Dr. Antonio Rosino Sánchez

Murcia, Mayo de 2026

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Grado en Medicina

Impacto psicológico del cáncer de próstata y propuesta
de un circuito de derivación psicooncológica en el
Servicio Murciano de Salud

Autor: Celso Masegosa Pérez

Director: Dr. Antonio Rosino Sánchez

Murcia, Mayo de 2026



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO

DEFENSA TRABAJO FIN DE GRADO

DATOS DEL ALUMNO	
Apellidos: Masegosa Pérez	Nombre: Celso
DNI: 45607023R	Grado en Medicina
Facultad: Medicina	
Título del trabajo: <i>Impacto psicológico del cáncer de próstata y propuesta de un circuito de derivación psicooncológica en el Servicio Murciano de Salud.</i>	

El Dr. **Antonio Rosino Sánchez** tutor del trabajo reseñado arriba, acredita su idoneidad y otorgo el V. ° B. ° a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia, a 18 de mayo de 2026

Fdo.:

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi tutor, el Dr. Antonio Rosino Sánchez, por su orientación, dedicación, experiencia y atención constante durante todo el desarrollo de este trabajo. Gracias por la confianza depositada en mí desde el primer momento y por su disposición para guiarme durante todo el proceso.

A mis padres, por su amor infinito y por haberme brindado, por segunda vez, la oportunidad de perseguir mis sueños. Gracias por vuestro esfuerzo, no solo económico, sino también emocional; por sostenerme y acompañarme en los momentos más difíciles. Todo lo que he conseguido también os pertenece.

A mi hermana y a Fran, por vuestra fe incondicional en mí y por cada palabra de aliento, abrazo y gesto de apoyo en los momentos en los que más lo he necesitado.

A todos los compañeros y amigos que me ha regalado la medicina, especialmente a Pablo y Elena. A Pablo, por llenar de alegría mis días y arrancarme una sonrisa incluso en los momentos más complicados. Y a Elena, por haber sido mi compañera desde el primer día durante estos años. Gracias por tu paciencia, tu ayuda infinita y tu apoyo constante; por estar siempre a mi lado y acompañarme en todo momento. Sin ti, nada de esto habría sido igual.

A los compañeros y amigos que la enfermería y el quirófano pusieron en mi camino, especialmente al Dr. Harold Almonte y a Jaime Parra, quienes despertaron en mí el interés por la urología y me enseñaron a apreciar lo apasionante que es esta especialidad. Os he recordado mucho durante la elaboración de este trabajo.

Por último, quiero dedicar unas palabras a la persona que ha convivido conmigo día a día durante estos largos años de carrera. A quien ha confiado en mí incluso cuando yo mismo dudaba; quien me ha escuchado, guiado y acompañado en cada paso. A mi hermano, Diego, gracias de corazón por haber sido un referente, un apoyo constante y una pieza fundamental en este proceso y en todo lo que hemos vivido juntos durante estos años.

A todos vosotros, gracias por haber formado parte de este camino y por ayudarme a llegar hasta aquí.

ABREVIATURAS

- CaP: Cáncer de próstata
- TDA: Terapia de deprivación androgénica
- SMS: Servicio Murciano de Salud
- TD: Termómetro del Distrés
- NCCN: National Comprehensive Cancer Network
- ESMO: European Society for Medical Oncology
- SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica
- PSA: Antígeno prostático específico
- BRCA: Breast Cancer gene (gen de susceptibilidad al cáncer de mama)
- PARP: Poli (ADP-ribosa) polimerasa
- PSMA: Antígeno prostático específico de membrana
- QoL: Quality of Life (calidad de vida)
- AECC: Asociación Española Contra el Cáncer
- EPICEE: Protocolo de comunicación de malas noticias (Entorno, Percepción, Invitación, Conocimiento, Empatía, Estrategia)

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	9
INDICE DE ABREVIATURAS	11
RESUMEN	15
ABSTRACT	17
1. INTRODUCCION	19
2. OBJETIVOS	21
2.1. Objetivo principal.	21
2.2. Objetivos secundarios	21
3. MATERIAL Y MÉTODOS	22
3.1. Diseño de estudio	22
3.2. Criterios de inclusión y de exclusión	22
3.3. Fuentes de información y estrategias de búsqueda	22
3.4. Selección de estudios y extracción de datos	23
4. RESULTADOS	24
4.1. Impacto según fase y modalidad terapéutica	24
4.2. Nuevas terapias: retos emocionales particulares	25
4.3. Barreras asistenciales y modelos de respuesta	25
4.4. Impacto en la pareja y el entorno familiar	26
5. PROPUESTA DE CIRCUITO ASISTENCIAL DE DERIVACIÓN PSICOONCOLÓGICA PARA EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD	27
Fase 1. Diagnóstico inicial: entrega del Termómetro del Distrés	27
Fase 2a. Segunda consulta: evaluación por enfermería y registro en SELENE.	28
Fase 2b. Segunda consulta: decisión de derivación escalonada	29
Fase 3. Reevaluación y seguimiento continuo	31
6. DISCUSIÓN	32
6.1. Barreras asistenciales y aportación del circuito propuesto	33
6.2. El papel de la pareja y el entorno familiar como agente terapéutico	34
6.3. Limitaciones y perspectivas futuras	34
7. CONCLUSIONES	36

8. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	38
9. BIBLIOGRAFIA	40
10. ANEXO	43
10.1. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS	43

RESUMEN

Introducción

El cáncer de próstata (CaP) se mantiene como el tumor más habitual entre los hombres y representa la segunda causa de muerte por cáncer masculino en España. Aunque la supervivencia ha mejorado de forma evidente tanto el momento del diagnóstico como los tratamientos posteriores provocan un desgaste psicológico muy fuerte que suele pasar bastante desapercibido en la rutina de las consultas. Todo este sufrimiento acaba derivando en problemas de ansiedad o depresión además de afectar a la imagen que el paciente tiene de su propio cuerpo y complicar bastante sus relaciones íntimas y su vida en pareja.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus, Google Académico y Web of Science, completada con la consulta de portales institucionales. Se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas y guías clínicas publicados entre 2015 y 2025 que analizaron el impacto psicológico del CaP y los modelos de atención psicooncológica. A partir de esta evidencia se diseñó una propuesta de circuito de derivación adaptado al Servicio Murciano de Salud (SMS).

Resultados

Se analizaron 30 estudios. La prevalencia de depresión y ansiedad oscila entre el 15 y el 45%, con picos en el diagnóstico, durante el tratamiento hormonal y ante la recaída bioquímica. La cirugía y la radioterapia se asocian a disfunción eréctil e incontinencia, mientras que la terapia de deprivación androgénica incrementa el riesgo de depresión y deterioro emocional. Los nuevos tratamientos (Lu-PSMA, inhibidores de PARP e inmunoterapia) generan formas específicas de distrés. Los modelos de atención escalonada respaldados por la NCCN y la ESMO han demostrado eficacia en la detección precoz y en la optimización de los recursos asistenciales.

Conclusiones

El impacto psicológico del CaP es elevado y en gran parte no se detecta en la práctica clínica habitual. Establecer un circuito de derivación psicológica por niveles basado en el Termómetro del Distrés permitiría integrar la esfera

emocional como un parámetro clínico más en el SMS. De esta forma se aprovecharían mejor los recursos existentes y se mejoraría la calidad de vida del paciente y de su entorno.

Palabras clave

Cáncer de próstata, psicooncología, distrés emocional, terapia de privación androgénica, calidad de vida, atención escalonada, Termómetro del Distrés.

ABSTRACT

Introduction

Prostate cancer (CaP) remains the most common tumor among men and represents the second leading cause of male cancer death in Spain. Although survival has clearly improved both the time of diagnosis and subsequent treatments cause a very strong psychological toll that often goes unnoticed in routine consultations. All this suffering ends up leading to anxiety or depression problems in addition to affecting the body image of the patient and complicating their intimate relationships and life as a couple.

Material and methods

A literature review was conducted in the PubMed, Scopus, Google Scholar and Web of Science databases, completed with searches on institutional portals. Original articles, systematic reviews and clinical guidelines published between 2015 and 2025 analyzing the psychological impact of CaP and psychooncological care models were included. Based on this evidence, a proposal for a referral pathway adapted to the Murcian Health Service (SMS) was designed.

Results

Thirty studies were analyzed. The prevalence of depression and anxiety ranges between 15 and 45 percent, with peaks at diagnosis, during hormonal treatment and upon biochemical recurrence. Surgery and radiotherapy are associated with erectile dysfunction and incontinence, while androgen deprivation therapy increases the risk of depression and emotional decline. New treatments like Lu PSMA, PARP inhibitors and immunotherapy generate specific forms of distress. Stepped care models backed by the NCCN and the ESMO have shown efficacy in early detection and in the optimization of healthcare resources.

Conclusions

The psychological impact of CaP is high and largely undetected in routine clinical practice. Establishing a tiered psychological referral pathway based on the

Distress Thermometer would allow the emotional sphere to be integrated as another clinical parameter in the SMS. This way, existing resources would be better utilized and the quality of life of the patient and their environment would improve.

Keywords

Prostate cancer, psychooncology, emotional distress, androgen deprivation therapy, quality of life, stepped care, Distress Thermometer.

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata (CaP) sigue siendo el tumor más frecuente en hombres, sumando unos 30.000 diagnósticos al año en España, y supone la segunda causa de mortalidad oncológica masculina¹. A pesar de estas cifras, la evolución de los pacientes ha mejorado de manera considerable. Este avance se explica gracias a que la enfermedad se detecta en etapas cada vez más tempranas y al continuo desarrollo de nuevos tratamientos.

Al manejo tradicional basado en cirugía, radioterapia y terapia de privación androgénica se han ido sumando estrategias bastante más específicas. En la práctica clínica actual ya se utilizan terapias dirigidas como el Lu-PSMA, inhibidores de Poli (ADP-ribosa) polimerasa (PARP) para aquellos pacientes con mutaciones en la reparación del ADN como las alteraciones en Breast Cancer gene (BRCA) 1 o 2 y nuevas opciones de inmunoterapia. En conjunto, todos estos pasos han conseguido ir cambiando el enfoque de la enfermedad y logran que se comporte cada vez más como una patología crónica².

Aunque esta mejora en la supervivencia conlleva al mismo tiempo una carga emocional bastante importante. Resulta que cada uno de estos tratamientos provoca un malestar psicológico particular que va mucho más allá del impacto inicial del cáncer. Se puede pasar desde el distrés genético que generan los inhibidores de PARP hasta el aislamiento físico obligado tras recibir Lutecio 177 o el riesgo de que la inmunoterapia acabe provocando síntomas que se parecen mucho a los de un trastorno psiquiátrico^{25, 26, 27}.

A toda esta situación se le añade el hecho de que hasta un 40% de los hombres diagnosticados sufren niveles elevados de distrés emocional durante el primer año. La propia incertidumbre de la enfermedad se junta con el miedo a perder autonomía y a arrastrar secuelas que golpean de lleno la intimidad. De hecho, la disfunción eréctil aparece en torno al 60% de los casos tras un tratamiento radical y la incontinencia urinaria afecta a un 20%^{3,4}. Cuando se valora todo este cuadro de forma global se percibe claramente cómo estas

complicaciones físicas hundan la autoestima, facilitan que la persona se aíse de su entorno y terminan deteriorando bastante la vida en pareja.

Por otra parte, la Terapia de Deprivación Androgénica (TDA) induce un estado de hipogonadismo severo que aumenta hasta en un 30% el riesgo de desarrollar depresión clínica, fatiga crónica, cambios de humor y trastornos del sueño⁵. A pesar de esta morbilidad, un gran porcentaje de los pacientes no solicita derivación a los servicios de salud mental. Esta falta de atención especializada se relaciona con factores sociales ligados a la masculinidad tradicional, la dificultad para expresar problemas emocionales o sexuales y la ausencia de protocolos de cribado en el sistema sanitario. Para mejorar esto, resulta fundamental aplicar medidas estructurales que integren la atención psicooncológica directamente en la rutina clínica de los servicios de urología, evitando así que el soporte emocional dependa exclusivamente de la iniciativa del paciente^{6,7}.

Diferentes sistemas de salud proponen un modelo de atención escalonada que garantice el estado emocional de todos los pacientes y reserve los recursos especializados para los casos de mayor gravedad⁸. Tanto la Red Nacional Integral de Cáncer de Estados Unidos (NCCAP) como la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) han dado un paso fundamental al pedir que la evaluación del estrés sea algo obligatorio en la consulta, lo que implica valorar la salud psicológica del paciente al mismo nivel e importancia que cualquiera de sus signos y síntomas físicos⁷. En el caso del Servicio Murciano de Salud (SMS), adaptar este modelo resulta prioritario. El objetivo principal del presente Trabajo de Fin de Grado es analizar el impacto psicológico del CaP y diseñar un circuito de derivación psicooncológica adaptado a la red hospitalaria del SMS.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal: Analizar el impacto psicológico del cáncer de próstata y diseñar un circuito de derivación de atención psicooncológica adaptado a la red hospitalaria del Servicio Murciano de Salud.

2.2. Objetivos secundarios:

- Identificar las principales afectaciones psicológicas y sexuales derivadas del diagnóstico y tratamiento del CaP mediante revisión sistemática de la literatura.
- Examinar los modelos actuales de atención psicooncológica en sistemas sanitarios internacionales.
- Diseñar un flujo de derivación y cribado psicológico aplicable en el ámbito hospitalario del SMS.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Diseño del estudio

El presente estudio consiste en una revisión bibliográfica sistemática sobre el impacto psicológico del cáncer de próstata y la propuesta de un circuito de derivación psicooncológica en el Servicio Murciano de Salud (SMS). Se han buscado artículos publicados en el periodo comprendido entre enero de 2015 y enero de 2025, con el fin de recoger la evidencia más reciente sobre los tratamientos convencionales y las nuevas líneas terapéuticas.

3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron principalmente estudios originales como ensayos clínicos, estudios observacionales y de cohortes que analizaran la relación entre el CaP (y sus diversos tratamientos) con el bienestar emocional de los pacientes. Asimismo, se seleccionaron metaanálisis y revisiones sistemáticas por su gran valor en la síntesis de evidencia. También se incorporaron guías de práctica clínica y documentos técnicos del Servicio Murciano de Salud para fundamentar la propuesta del circuito asistencial. Se priorizaron artículos publicados en los últimos diez años para garantizar la actualidad de los resultados.

Por otro lado, se excluyeron estudios que no abordaran específicamente variables psicológicas o de gestión sanitaria, estudios no originales (cartas al editor, editoriales o protocolos sin resultados), revisiones narrativas sin metodología clara, estudios duplicados y publicaciones en idiomas distintos al inglés o español.

3.3. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Para la obtención de la información se han consultado las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus, Google Academics y Web of Science, además de realizar una búsqueda dirigida en portales institucionales de salud.

Los descriptores usados, procedentes de la base de datos MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), han sido: "Prostatic Neoplasms", "Psychological Distress", "Quality of Life", "Anxiety", "Depression", "Androgen Deprivation Therapy", "Prostatectomy", "Radiotherapy", "Chemotherapy", "Radiopharmaceutical/therapeutic use", "Lutetium", "PARP Inhibitors", "Immunotherapy" y "Health Care Pathways".

En la primera estrategia de búsqueda en PubMed se combinaron los descriptores "Prostatic Neoplasms" AND "Psychological Distress" AND "Quality of Life", obteniendo un total de 54 artículos, de los cuales 12 fueron seleccionados para la revisión. Posteriormente, se efectuó una segunda estrategia en la misma base de datos integrando los descriptores "Prostatic Neoplasms" AND "Anxiety" OR "Depression", dando un total de 78 referencias en los últimos 10 años, de las cuales se incorporaron 8 artículos que cumplían estrictamente con los criterios de inclusión.

En la base de datos Scopus, se llevó a cabo una búsqueda empleando los términos "Prostatic Neoplasms" AND "Lutetium" AND "PARP inhibitors", aceptando 6 artículos que ofrecían información relevante sobre el impacto de las nuevas terapias. De forma complementaria, se localizaron 2 artículos adicionales mediante una búsqueda dirigida en Google Academics usando los términos "Cáncer de próstata" AND "Servicio Murciano de Salud" AND "Psicooncología". La búsqueda realizada en Web of Science no aportó documentos adicionales de interés para esta revisión, ya que los resultados coincidían con los ya localizados en PubMed (Fig. 1).

3.4. Selección de estudios y extracción de datos

Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión a los resultados obtenidos en las distintas bases de datos, se seleccionaron los artículos más relevantes para el objeto de estudio. Adicionalmente, para el apoyo y desarrollo de esta revisión y la propuesta del circuito, se han localizado 2 documentos técnicos a través del examen de las referencias citadas en otros artículos y de fuentes secundarias institucionales, completando así las 30 referencias bibliográficas del trabajo.

4. RESULTADOS

El análisis de 33 estudios confirma una elevada prevalencia de morbilidad psicosocial oculta en pacientes con CaP. Las tasas de depresión y ansiedad oscilan entre el 15% y el 45% según la herramienta de cribado utilizada y la fase evolutiva de la enfermedad⁹. A pesar de esta variabilidad metodológica, casi todos los trabajos coinciden en que el malestar emocional se encuentra infradiagnosticado, y en que la implantación de modelos de atención escalonada mejora de forma significativa la calidad de vida a largo plazo.

4.1. *Impacto según fase y modalidad terapéutica*

En la fase diagnóstica, incluso los pacientes en vigilancia activa presentan cuadros de ansiedad generalizada e insomnio severo hasta en un 25% de los casos, debido en gran parte al miedo que les produce la progresión tumoral¹⁶.

Cuando la enfermedad requiere un tratamiento curativo, el impacto psicológico varía según el abordaje clínico. La prostatectomía radical provoca un choque emocional brusco desde el postoperatorio: la incontinencia urinaria y la necesidad de usar absorbentes generan vergüenza y aislamiento social de forma casi inmediata, mientras que la pérdida de la función eréctil supone una importante carga emocional desde el primer día¹⁰. Por su parte, la radioterapia externa o la braquiterapia preservan mejor la continencia inicial; sin embargo, la toxicidad gastrointestinal crónica y la disfunción eréctil de aparición tardía provocan episodios depresivos que suelen aparecer justo cuando el paciente daba por superada la enfermedad. Aunque independientemente del tratamiento, el deterioro de la función sexual altera la dinámica de pareja, provoca un distanciamiento físico y desencadena conflictos que no suelen verbalizarse en la consulta^{4, 13, 18, 24}.

La TDA es, de hecho, el abordaje que presenta el mayor impacto neuropsiquiátrico documentado. Mantener un bloqueo androgénico prolongado eleva el riesgo de depresión clínica en un 41% y el de ansiedad en un 35% en comparación con las terapias locales¹¹. Al suprimir la testosterona, el paciente se enfrenta a síntomas muy marcados tales como anhedonia, labilidad emocional, astenia crónica, sofocos nocturnos y un insomnio sostenido. En

líneas generales, es un cuadro clínico complejo que el entorno familiar, con frecuencia, confunde con un simple estado de tristeza^{5,19}.

4.2. Nuevas terapias: retos emocionales particulares

La llegada de nuevos tratamientos sistémicos trae consigo formas de malestar psicológico muy distintas. Por ejemplo, los inhibidores de la enzima PARP (como el olaparib), empleados en pacientes con mutaciones BRCA, provocan lo que se conoce como “*distrés genético*”. En estos casos, el miedo a haber transmitido la mutación a sus hijos genera en el paciente un profundo sentimiento de culpa, lo que hace imprescindible acompañar el tratamiento de un buen asesoramiento genético integral²⁵.

Por otro lado, aunque el Lutecio-177-PSMA logra prolongar la supervivencia en estadios metastásicos resistentes a la castración, los periodos de aislamiento físico obligatorio tras su administración agravan enormemente la sensación de soledad. A esto se suma la enorme carga emocional que supone para el paciente percibir esta terapia, en muchas ocasiones, como su última alternativa terapéutica²⁶.

Finalmente, la inmunoterapia puede desencadenar eventos adversos inmunológicos (irAEs) que a veces debutan en forma de depresión mayor, astenia extrema o incluso psicosis. La dificultad en estos casos es que estos cuadros se suelen atribuir de manera errónea al estrés propio que conlleva el proceso oncológico, ocultando el origen real de la sintomatología²⁷.

4.3. Barreras asistenciales y modelos de respuesta

En el día a día de la práctica clínica, cerca del 80 % de los urólogos reconocen no disponer de tiempo suficiente durante las revisiones de rutina para abordar de forma adecuada la esfera emocional del paciente¹³. A esta falta de tiempo se suma un factor añadido, y es que la literatura científica señala que los hombres tienden a minimizar su sufrimiento debido a la presión que sienten por preservar su masculinidad tradicional. En lugar de mostrar tristeza, suelen exteriorizar su malestar a través de la irritabilidad o el aislamiento social, lo que complica enormemente que el facultativo detecte el problema^{6, 12, 17}.

Para hacer frente a esta realidad, la implantación de modelos de atención escalonada (*stepped-care*) liderados por enfermería permite optimizar los recursos disponibles, reservando la intervención del psicooncólogo para los cuadros de mayor gravedad^{8, 14, 20}. En paralelo, el uso de herramientas validadas como el Termómetro del Distrés ha demostrado una gran eficacia para realizar esta evaluación de manera sistemática en el ámbito oncológico^{15, 22}.

Es importante destacar que el valor de esta herramienta no reside únicamente en su rapidez, sino en que normaliza hablar del estado de ánimo durante la consulta. El hecho de incluir estas preguntas en la evaluación rutinaria ayuda a disminuir la resistencia del paciente a expresar su malestar, integrando la valoración psicológica como un paso natural y necesario dentro del seguimiento oncológico

4.4. Impacto en la pareja y el entorno familiar

Con frecuencia, en la atención urológica se pasa por alto el impacto real que el diagnóstico y el tratamiento del CaP tienen sobre la pareja. Secuelas como la disfunción eréctil y la incontinencia no impactan únicamente sobre el hombre, sino que alteran profundamente la relación afectiva y sexual de ambos, dando lugar a lo que clínicamente se conoce como “*distrés secundario del cuidador*”. La pareja tiende a suprimir su propio malestar para no sobrecargar al paciente, lo que favorece un silencio mutuo que termina aislando a ambos y puede llevar a un distanciamiento profundo o incluso a la separación^{4, 24}. La situación empeora en tratamientos largos como la TDA, donde los cambios de carácter, la anhedonia y la pérdida de libido del paciente resultan difíciles de interpretar para un entorno que no ha recibido información específica al respecto^{5, 19}.

La evidencia demuestra que las intervenciones psicoeducativas dirigidas a las parejas de pacientes con CaP reducen significativamente el distrés en ambos miembros y mejoran la comunicación sobre la sexualidad y la pérdida funcional²⁴. Sin embargo, este tipo de apoyo sigue siendo una rareza en los servicios de urología españoles, donde casi nunca se incluye a la familia en los protocolos de rutina¹³. Por ello, incorporar a la pareja como un agente activo e informado dentro del proceso terapéutico representa, por tanto, una de las medidas más eficaces para mejorar la calidad de vida a largo plazo del paciente.

5. PROPUESTA DE CIRCUITO ASISTENCIAL DE DERIVACIÓN PSICOONCOLÓGICA PARA EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Basándonos en la evidencia analizada, se propone un circuito de atención psicooncológica escalonada adaptado a la estructura de las consultas de urología del Servicio Murciano de Salud (Fig. 2). Su objetivo central es garantizar la evaluación emocional universal de los pacientes con CaP, optimizando los recursos especializados mediante un enfoque multidisciplinar. El circuito integra el Termómetro del Distrés (TD) (Fig. 3) como herramienta de cribado universal, de aplicación sencilla y breve, y utiliza el sistema informático SELENE (soporte de historia clínica electrónica del SMS) para registrar los resultados y hacerlos accesibles al equipo médico antes de la consulta.

Aunque cabe mencionar que este modelo propuesto no parte de cero. En el Hospital General Universitario Morales Meseguer ya existe una línea de coordinación previa entre los servicios de Urología y la unidad de psico-oncología de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), realizando derivaciones puntuales a psiquiatría de enlace cuando un paciente oncológico presenta un distrés emocional grave. El circuito propuesto se apoya en esta práctica inicial para estructurarla y convertirla en un proceso rutinario. La finalidad es que la detección del malestar no recaiga exclusivamente en el facultativo durante la revisión, sino que esta evaluación psicológica se integre de forma natural en el circuito asistencial antes de que el paciente acceda a la consulta. El gran valor de esta propuesta es que no requiere contratar personal nuevo ni crear unidades exclusivas; se trata simplemente de reorganizar los recursos con los que ya cuenta el hospital de una manera más lógica, eficiente y equitativa para el enfermo.

Fase 1. Diagnóstico inicial: entrega del Termómetro del Distrés

En la primera consulta, el urólogo comunica el diagnóstico oncológico siguiendo los principios del protocolo de comunicación de malas noticias (EPICEE), lo que asegura que la información se transmita de forma clara y empática. Inmediatamente después, la enfermería uro-oncológica entrega al paciente el Termómetro del Distrés, un instrumento clínico validado que le

permite autoevaluar su nivel de angustia mediante una escala visual del 0 al 10. La indicación es que el paciente se lleve el cuestionario a casa para rellenarlo en un entorno tranquilo, lejos de la tensión del hospital, y lo entregue en la segunda visita.

La decisión de posponer esta evaluación al domicilio obedece a que el fuerte impacto emocional de escuchar el diagnóstico suele distorsionar el nivel real de estrés en ese instante. Al dejar que el paciente complete el cuestionario tranquilamente en su casa, le damos margen para asimilar la noticia en un entorno seguro, facilitando que muestre su verdadera vulnerabilidad sin sentirse condicionado por la presencia del especialista.

Fase 2a. Segunda consulta: evaluación por enfermería y registro en SELENE

El mismo día de la segunda consulta, y antes de que el paciente acceda a la consulta del urólogo, la enfermera uro-oncológica recibe el TD cumplimentado. A continuación, realiza una breve entrevista clínica estructurada centrada en cuatro áreas clave: estado de ánimo predominante en las últimas semanas, calidad del sueño, percepción de apoyo familiar y presencia de preocupaciones sexuales o relacionadas con la imagen corporal. El objetivo de esta entrevista no es establecer un diagnóstico, sino entender los motivos prácticos que hay detrás de la puntuación obtenida en el cuestionario.

Al terminar, la enfermera anota la puntuación y unas breves observaciones en la historia clínica electrónica (sistema SELENE). De esta forma, cuando el paciente entra por la puerta, el urólogo ya cuenta con una referencia clara de su estado emocional y puede dirigir la visita de forma mucho más ágil sin consumir el tiempo de la consulta en hacer una evaluación inicial.

En resumen, la función de la enfermería es la de realizar un screening para detectar pacientes con estrés emocional, mientras que la función de su médico responsable es la de evaluar la situación de estrés y valorar qué medidas son las más adecuadas en cada paciente concreto.

Fase 2b. Segunda consulta: decisión de derivación escalonada

Al consultar los registros de SELENE junto con la valoración de enfermería, el urólogo establece el nivel de derivación más adecuado. No se trata de aplicar una norma rígida basada solo en la puntuación, sino de contar con un indicador previo que el especialista valora junto con su propia impresión clínica durante la consulta.

El Nivel Básico (TD 0-3) corresponde a aquellos pacientes que presentan una reacción de preocupación normal y esperable ante la noticia. En estos casos el manejo recae en el propio equipo de urología, que se encarga de aclarar dudas frecuentes, entregar material informativo y orientar sobre la rehabilitación del suelo pélvico. Durante esta misma visita se ayuda a normalizar la ansiedad inicial y se le explica al paciente que tiene a su disposición los recursos y talleres de asociaciones como la *AECC* o el programa “*Primer Impacto*” por si desea utilizarlos.

El Nivel Intermedio (TD 4-7) incluye también a aquellos pacientes en los que el equipo percibe una vulnerabilidad clínica importante, aunque su puntuación en el cuestionario haya sido más baja. Esta situación suele darse ante un empeoramiento repentino de la autoimagen, la aparición de efectos secundarios tardíos de la radioterapia o al iniciar un tratamiento de bloqueo hormonal. En este punto el profesional de referencia pasa a ser el psicooncólogo, que no se centra en tratar trastornos mentales severos, sino en acompañar al paciente frente al sufrimiento que provocan la enfermedad crónica y sus secuelas físicas. Su trabajo consiste en ayudarlo a encajar aspectos tan complejos como la pérdida de la función sexual, los cambios en su identidad masculina, el miedo a una posible recaída o las barreras para hablar de su malestar con la pareja y la familia. Para que el apoyo sea completo, se solicita además la intervención del trabajador social del centro con el fin de evaluar el entorno del paciente y facilitarle los recursos más adecuados para su caso.

El trabajo del psicooncólogo en esta etapa se plantea a través de distintas herramientas según lo que requiera cada caso. La terapia cognitivo-conductual resulta muy eficaz para rebajar el miedo al futuro y ayudar al paciente a manejar esos pensamientos más pesimistas que suelen surgir durante la vigilancia activa o tras una recaída bioquímica. Por otra parte, técnicas como el mindfulness y la

reducción del estrés aportan beneficios muy claros a los pacientes con cáncer de próstata sometidos a tratamiento hormonal, ya que les facilitan el control de sus emociones y alivian la intensa sensación de cansancio. Asimismo, recursos como la terapia de aceptación y compromiso resultan especialmente importantes en etapas avanzadas de la enfermedad al ofrecer herramientas para que el paciente aprenda a convivir con su nueva realidad y logre mantener una vida con sentido a pesar del desgaste físico progresivo.

Además de las consultas individuales, la terapia grupal dirigida por el psicooncólogo supone un apoyo fundamental en esta etapa. Reunir a pacientes con cáncer de próstata que atraviesan fases similares del tratamiento les ayuda a compartir herramientas para el día a día y a normalizar síntomas que a solas suelen vivir con vergüenza. El hecho de poder hablar abiertamente del uso de absorbentes, los sofocos producidos por el bloqueo hormonal o la pérdida del deseo sexual favorece la creación de una red de apoyo entre compañeros a la que el sistema sanitario no puede llegar por sí solo. Los datos obtenidos demuestran que estos encuentros rompen el aislamiento, alivian el desánimo y devuelven al paciente cierta sensación de control sobre su situación. Este formato resulta además muy eficaz para aquellos hombres a los que, por cuestiones culturales, les cuesta mucho más abrirse y expresar sus emociones a solas frente a un profesional de la salud mental²³.

El Nivel Avanzado (TD de 8 o superior) corresponde a los casos en los que el paciente mantiene un nivel de distrés muy elevado a lo largo del tiempo o cuando el urólogo detecta señales claras de alarma durante la visita. Entre estas señales destacan las ideas de suicidio, un nivel de agotamiento que impide seguir con la terapia o una depresión severa provocada por el bloqueo hormonal. En este punto el psicooncólogo da paso al psiquiatra, cuya intervención se vuelve imprescindible ante cuadros que van más allá del impacto habitual del cáncer y se convierten en un problema de salud mental grave. Ante situaciones tan críticas como el riesgo de suicidio, los episodios psicóticos provocados por la inmunoterapia o una ansiedad severa que dificulta el cumplimiento de las terapias, se hace imprescindible una evaluación experta de un especialista y la introducción de medicación psiquiátrica. Por ello resulta fundamental que el psiquiatra conozca bien las posibles interacciones médicas, puesto que algunos antidepresivos pueden aumentar la toxicidad de los inhibidores de PARP y

ciertos antipsicóticos pueden alterar el metabolismo de los agentes hormonales. Para gestionar todo esto de forma segura, el caso se evalúa en el *Comité Multidisciplinar de Tumores Urológicos* y se solicita una consulta preferente a la Unidad de Psiquiatría, asegurando una comunicación constante entre ambos especialistas, ya que esta coordinación resulta vital para garantizar la seguridad del paciente.

Fase 3. Reevaluación y seguimiento continuo

Como el cáncer de próstata es una enfermedad de largo recorrido, el estado emocional del paciente no se mantiene igual, sino que varía a medida que avanza el tratamiento o aparecen nuevas recaídas. Por este motivo, se vuelve a pasar el test en tres momentos de especial sensibilidad: al empezar la radioterapia, a los seis meses de iniciar el bloqueo hormonal y cuando se confirma una recaída bioquímica. Para aquellos pacientes que viven en zonas rurales o que tienen problemas para desplazarse al hospital, se ofrece la opción de la telepsicología, una alternativa que ha demostrado la misma eficacia para reducir la ansiedad en estos casos y que facilita mucho la continuidad del apoyo²⁹.

Para que esta forma de trabajar funcione a largo plazo, es fundamental que urólogos, personal de enfermería, psicooncólogos y trabajadores sociales compartan una misma visión sobre el impacto emocional de la enfermedad. Por este motivo se plantea organizar al menos una sesión anual dentro del programa de formación del servicio de urología del SMS que sirva para actualizar los criterios de derivación, repasar los casos más complejos del último año y mejorar las habilidades del equipo para hablar con el paciente y detectar su nivel de angustia. No hace falta que sea una actividad larga que altere el ritmo del hospital, ya que una sesión clínica de un par de horas analizando un caso real junto al psicooncólogo resulta mucho más útil para la práctica diaria que cualquier manual escrito. Al fin y al cabo, la meta no es que el urólogo asuma el papel de psicólogo, sino que sepa ver cuándo la persona que tiene en la consulta necesita algo más que revisar una analítica, teniendo muy claro a quién pedir apoyo y con qué nivel de urgencia.

6. DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo ha sido analizar el impacto psicológico del CaP y diseñar una propuesta de circuito de derivación psicooncológica para el Servicio Murciano de Salud. Los resultados confirman que el peso emocional de esta enfermedad es enorme y que suele pasar muy desapercibido en el día a día de las consultas de urología⁹. Las cifras de depresión y ansiedad, que se sitúan entre el 15 y el 45%, apoyan lo comentado en la introducción al señalar que hasta un 40% de los hombres sufre una fuerte tensión emocional durante el primer año³, un patrón que se repite en la inmensa mayoría de los pacientes estudiados¹⁰. Aunque los porcentajes varían dependiendo del tipo de cuestionario que se utilice o de la fase en la que se pregunte al enfermo, los datos demuestran de forma clara que existen picos de gran ansiedad al recibir el diagnóstico y episodios de desánimo más prolongados durante los tratamientos continuados o ante una recaída bioquímica^{11, 12}. Esta realidad cobra especial relevancia en nuestro entorno, puesto que la ausencia de un circuito para detectar el malestar en las consultas no se corresponde en absoluto con el volumen real de pacientes afectados, provocando que muchos hombres atraviesen este proceso de forma aislada y sin la ayuda clínica necesaria.

Al analizar el impacto según el tipo de tratamiento, observamos que la cirugía y la radioterapia dejan secuelas físicas como la disfunción eréctil en un 60% de los casos y la incontinencia en un 20%. Estos problemas físicos son precisamente el factor que más empeora la calidad de vida del paciente, llevándole en muchas ocasiones al aislamiento social severo o incluso a tener ideas de suicidio^{4, 13, 18}. Por su parte, el tratamiento hormonal es el que provoca las consecuencias más graves a nivel psicológico, ya que aumenta el riesgo de depresión en un 41% y el de ansiedad en un 35%, además de generar un estado de profunda apatía que la familia a menudo no comprende y suele malinterpretar^{5, 11, 14, 19}.

La llegada de los nuevos tratamientos también ha transformado el tipo de angustia que sufren estos pacientes. Fármacos como el olaparib, por ejemplo, traen consigo el miedo y la preocupación que genera descubrirse portador de una mutación genética como la BRCA, lo que hace indispensable ofrecer a la familia un buen asesoramiento²⁵. Por otro lado, terapias como el Lutecio-177

consiguen alargar la supervivencia, pero los días de aislamiento obligado tras cada sesión y la dura sensación de estar agotando la última alternativa disponible elevan muchísimo el riesgo de sufrir una crisis emocional grave²⁶. A todo esto, se suma que tratamientos como la inmunoterapia pueden provocar alteraciones endocrinas que imitan los síntomas de un trastorno psiquiátrico, lo que genera confusión y un alto riesgo de no llegar a diagnosticar el verdadero problema²⁷. Toda esta nueva complejidad demuestra que el apoyo psicológico no puede ser estático, sino que debe ir ajustándose continuamente a los distintos pasos y cambios de tratamiento que marca la enfermedad a lo largo del tiempo.

6.1. Barreras asistenciales y aportación del circuito propuesto

Si analizamos las barreras asistenciales, la idea tradicional de masculinidad sigue siendo el principal obstáculo a nivel personal, puesto que el paciente suele mostrar su malestar en forma de irritabilidad o aislamiento en lugar de tristeza, algo que a menudo confunde al especialista^{6, 12, 17, 28}. Desde el punto de vista del sistema sanitario, la falta de rutinas ágiles para evaluar estas necesidades y el poco tiempo disponible en las consultas provocan que el problema siga pasando totalmente desapercibido^{7, 13}. En comparación, sistemas de salud como el australiano o el canadiense han incorporado la valoración psicológica como una parte más de las revisiones habituales, logrando resultados mucho mejores a la hora de detectar el distrés a tiempo. Esta realidad evidencia la gran diferencia actual frente al modelo español, donde prestar atención a este aspecto todavía depende casi en exclusiva de la iniciativa particular de cada especialista^{8, 30}.

Para dar respuesta a esto, nuestro circuito plantea que el personal de enfermería asuma la evaluación inicial mediante el cuestionario TD y la entrevista clínica justo antes de la visita médica. Esta propuesta se apoya en los modelos de atención progresiva, los cuales han demostrado ser muy eficaces para descongestionar las consultas, evitar ingresos causados por el abandono del tratamiento y aprovechar mucho mejor el tiempo del psicooncólogo^{8, 14, 20, 21, 22}. Al registrar directamente este resultado en SELENE, el bienestar emocional pasa a valorarse como una constante vital más, llevando por fin a la práctica la recomendación del Ministerio de Sanidad²². Por último, el hecho de incluir la

telepsicología garantiza que cualquier paciente de nuestra región tenga las mismas facilidades para recibir apoyo, independientemente de dónde resida²⁹.

6.2. *El papel de la pareja y el entorno familiar como agente terapéutico*

Por este motivo, resulta conveniente que el circuito propuesto incorpore de manera progresiva una sesión conjunta de orientación, idealmente al iniciar el tratamiento hormonal o tras comunicar la necesidad de una terapia radical. Esta intervención no tiene por qué plantearse como una consulta psicológica tradicional, puesto que resulta suficiente con que algún profesional de enfermería, psicología o incluso voluntariado especializado explique los cambios esperables, enseñe a interpretar las reacciones del paciente y ofrezca pautas para acompañar sin caer en la sobreprotección. La evidencia científica demuestra que este tipo de apoyo reduce de forma notable el nivel de angustia en ambos miembros y facilita el diálogo sobre temas tan delicados como la sexualidad o las pérdidas de función, aspectos que casi nunca surgen de manera natural durante la revisión urológica²⁴. Este hallazgo resulta especialmente relevante al compararlo con el modo de trabajar en los países anglosajones, donde involucrar de manera habitual a la pareja durante las revisiones de la enfermedad ha demostrado que disminuye el abandono del tratamiento y ayuda a que el paciente cumpla mejor con las indicaciones médicas con el paso del tiempo²⁴. Proporcionar a la pareja de herramientas claras para que deje de ser un simple acompañante y pueda implicarse con seguridad en el día a día de la enfermedad constituye una de las estrategias con mayor capacidad real para mejorar la calidad de vida a largo plazo del paciente.

6.3. *Limitaciones y perspectivas futuras*

Las limitaciones de este trabajo derivan del hecho de ser una revisión bibliográfica, puesto que los distintos enfoques de los estudios analizados y la ausencia de datos propios del Servicio Murciano de Salud impiden trasladar estas propuestas directamente a la práctica clínica sin probar previamente su funcionamiento real. Lo más razonable sería realizar evaluaciones iniciales en algunos hospitales de la región antes de una implantación completa, acompañadas de un análisis del coste real para el sistema y de registros sobre el cumplimiento del protocolo por parte de los equipos de urología. Esto permitiría

adecuar el uso del cuestionario y el ritmo de seguimiento a la carga de trabajo real que asumen los profesionales.

Hay que tener en cuenta además que la mayor parte de la evidencia disponible procede de sistemas sanitarios anglosajones o nórdicos, con una estructura de atención primaria y unos recursos de salud mental bastante distintos al modelo español, por lo que resulta necesario ajustar estas medidas a la situación particular de cada hospital. Futuros estudios deberían explorar también si este circuito funciona igual en todas las etapas de la enfermedad o si los resultados varían según el nivel educativo del paciente y el grado de implicación de la pareja, dos variables que la literatura identifica como factores clave en cómo se vive el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de próstata.

A pesar de todo lo anterior, los datos disponibles son más que suficientes para poner en marcha esta iniciativa de forma progresiva. Ignorar el sufrimiento emocional del paciente oncológico cuando la información resulta tan evidente constituye una actitud contraria a la buena práctica médica. Esta situación tiene además un impacto económico real para el sistema, puesto que los pacientes con altos niveles de angustia no tratada terminan generando más ingresos no planificados y un mayor consumo de urgencias que aquellos que sí reciben apoyo adecuado^{8, 22}. En definitiva, el objetivo de este circuito es evitar que la medicina actual se limite a tratar la enfermedad física olvidando cómo se siente el paciente.

7. CONCLUSIONES

1. El cáncer de próstata provoca un elevado malestar psicológico que a menudo pasa desapercibido en la consulta diaria. Los niveles de depresión y ansiedad se sitúan entre el 15 y el 45% dependiendo de la etapa de la enfermedad y del tratamiento pautado, alcanzando sus puntos más críticos al recibir el diagnóstico, durante la terapia de bloqueo hormonal o cuando se produce una recaída bioquímica. Además, secuelas físicas como la disfunción eréctil y la incontinencia provocan con gran frecuencia que el paciente se aisle socialmente y que su relación de pareja se deteriore, lo que acaba generando un desgaste emocional muy importante también para la persona que ejerce de cuidador principal.

2. Los modelos de atención escalonada, respaldados por sociedades médicas como la National Comprehensive Cancer Network (NCCAP) y la European Society for Medical Oncology (ESMO), han demostrado ser la forma más eficaz de conseguir que se valore el estado emocional de todos los pacientes sin llegar a saturar las consultas de salud mental. Su puesta en marcha en sistemas sanitarios parecidos al español mejora notablemente el bienestar del enfermo y logra reducir tanto las visitas imprevistas a urgencias como los ingresos de última hora.

3. El circuito de apoyo psicológico propuesto para el Servicio Murciano de Salud utiliza el Termómetro del Distrés para evaluar a todos los pacientes y confía a la enfermera uro-oncológica la tarea de realizar esa primera valoración en la consulta. A partir de ahí se establecen tres niveles de atención que van desde el soporte más básico hasta la ayuda especializada, anotando cada paso directamente en el historial de SELENE. Este modelo no requiere la creación de nuevos recursos, sino la reorganización de los ya existentes, incorporando además la telepsicología para asegurar que cualquier persona reciba la misma atención independientemente de dónde viva.

4. La evidencia disponible resulta suficiente para justificar que este circuito se ponga en marcha de forma progresiva. Sin embargo, conviene tener en cuenta que la mayoría de los datos provienen de países anglosajones y nórdicos, lo que obliga a comprobar previamente cómo funciona este modelo en la realidad diaria del Servicio Murciano de Salud. Para lograrlo, resultaría de gran utilidad realizar evaluaciones iniciales en distintos hospitales de la región, analizando

tanto el gasto económico real para el sistema como la capacidad de los profesionales para aplicar el protocolo en sus consultas.

8. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Hipótesis: La implantación de un circuito de derivación psicooncológica escalonado, que se apoye en un cribado continuo mediante el Termómetro del Distrés y liderado por la enfermería uro-oncológica, reduce el distrés emocional grave en los pacientes con cáncer de próstata del Servicio Murciano de Salud (SMS). De igual forma, esta medida contribuye a mejorar su calidad de vida y a disminuir las visitas imprevistas al servicio de urgencias.

Objetivo principal: Evaluar la eficacia clínica y asistencial de un circuito de derivación psicooncológica escalonado en pacientes con cáncer de próstata en seguimiento en el SMS.

Objetivos secundarios: Determinar la prevalencia de distrés emocional, ansiedad y depresión en cada fase del proceso oncológico (diagnóstico, tratamiento radical, tratamiento hormonal y recaída bioquímica); analizar el grado de cumplimentación y registro del Termómetro del Distrés en SELENE por parte del equipo de urología; valorar el impacto de la telepsicología en pacientes residentes en zonas rurales; y estimar el coste-efectividad del circuito en términos de visitas a urgencias e ingresos no programados evitados.

Material, métodos y plan de trabajo: Se plantea un estudio prospectivo, observacional y multicéntrico, con análisis cuasi-experimental antes-después de la implantación del circuito.

Se incluirán pacientes adultos diagnosticados de cáncer de próstata en cualquier estadio, atendidos en los servicios de urología de los hospitales participantes del SMS, y se excluirán aquellos con diagnóstico previo de patología psiquiátrica grave en seguimiento activo. Los pacientes serán evaluados al inicio del estudio y a los 3, 6 y 12 meses mediante el Termómetro del Distrés, la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y el cuestionario EPIC-26 de calidad de vida específica del CaP. Se recogerán variables clínicas (estadio tumoral, tipo de tratamiento, comorbilidades), sociodemográficas (edad, nivel educativo, residencia urbana o rural, situación de pareja) y asistenciales (registro en SELENE, derivaciones realizadas, visitas a urgencias e ingresos no programados). Los datos se analizarán mediante estadística descriptiva, contrastes pareados y modelos de regresión multivariable para identificar los factores asociados al distrés y a la respuesta al circuito. Este estudio permitirá

disponer de evidencia local sobre el impacto del cáncer de próstata en la salud emocional del paciente y sentar las bases para una implantación generalizada del circuito en el conjunto del SMS.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2024. Madrid: SEOM; 2024.
2. Mottet N, van den Bergh RCN, Briers E, et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. *Eur Urol.* 2024;79(2):243-262.
3. Venderbos LDF, van den Bergh RCN, Roobol MJ. The psychological impact of a prostate cancer diagnosis. *Transl Androl Urol.* 2021;10(7):3153-3164.
4. Lardas M, Liew M, van den Bergh RC, De Santis M, Bellmunt J, Van den Broeck T, et al. Quality of Life Outcomes after Primary Treatment for Clinically Localised Prostate Cancer: A Systematic Review. *Eur Urol.* 2022;72(6):869-885.
5. Taylor C, O'Neill L, Hughes J. Depression and anxiety in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer: a systematic review. *Psychooncology.* 2023;32(1):15-26.
6. Seidler ZE, Rice SM, Kealy D, Oliffe JL, Ogrodniczuk JS. Men's help-seeking for depression: A systematic review of barriers and facilitators. *Clin Psychol Rev.* 2021;89:102084.
7. Riba MB, Donovan KA, Andersen B, et al. Distress Management, Version 3.2024. *J Natl Compr Canc Netw.* 2024;22(2):100-110.
8. Chambers SK, Occhipinti S, Schover L, et al. Integrating psychological care into prostate cancer survivorship: A stepped-care model. *BJU Int.* 2022;130(2):185-193.
9. Watts S, Leydon G, Birch B, et al. Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open.* 2024;14(3):e080016.
10. Donovan JL, Hamdy FC, Lane JA, et al. Patient-Reported Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. *N Engl J Med.* 2023;389(15):1353-1365.
11. Cary KC, Singla N, Cowan JE, et al. Impact of androgen deprivation therapy on psychiatric morbidity in men with prostate cancer. *J Clin Oncol.* 2022;40(12):1234-1242.

12. Oliffe JL, Ross NAG, Bottorff JL, et al. Prostate cancer and masculinity: a systematic review. *Psychooncology*. 2023;32(8):1155-1166.
13. Gómez-Gómez E, Blanca-Pedregosa A, Castro-Díaz D. Evaluación de la calidad de vida y necesidades psicosociales en el paciente urológico español: Encuesta nacional. *Actas Urol Esp*. 2024;48(2):102-110.
14. Hutchison SD, Oakes W, Mazariego C, et al. Effectiveness of stepped psychological care in prostate cancer survivorship: A randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2023;41(18):3350-3359.
15. Donovan KA, Grassi L, McGinty HL, Jacobsen PB. Validation of the Distress Thermometer worldwide: state of the science. *Psychooncology*. 2023;32(2):235-242.
16. Kinsella N, Stattin P, Cahill D, et al. The psychological impact of active surveillance for prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol Oncol*. 2022;5(4):401-412.
17. Rice SM, Kealy D, Ogradniczuk JS, et al. The hidden face of depression in men: clinical implications of male-type depressive symptoms. *J Clin Psychiatry*. 2023;84(2):22m14434.
18. Eyl RE, Xie K, Koch-Gallenkamp L, et al. Quality of life and physical functioning of long-term prostate cancer survivors: comparing the EPIC-26 and the EORTC QLQ-C30. *J Cancer Surviv*. 2021;15(3):352-364.
19. Klotz L, O'Callaghan C, Ding K, et al. Intermittent versus continuous androgen deprivation therapy for advanced prostate cancer: Long-term psychological and cognitive outcomes. *J Urol*. 2024;211(5):654-663.
20. Paterson C, Primeau C, Pullar I, et al. Development of a nurse-led survivorship care model for men with prostate cancer: A stepped-care approach. *Eur J Oncol Nurs*. 2022;58:102123.
21. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Manual de Comunicación en Oncología Clínica: Actualización de protocolos y modelo EPICEE. Madrid: SEOM; 2019.
22. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones de mejora de la Atención Psicológica al Cáncer en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Gobierno de España; 2021.
23. Galiano M, Gómez-Batiste X, et al. Eficacia de los programas de intervención temprana estructurada en el malestar psicosocial del

- paciente oncológico: Revisión del programa Primer Impacto. *Psicooncología*. 2018;15(1):45-58.
24. Bártolo A, Santos IM, Monteiro S. Psychosocial interventions for prostate cancer patients: A systematic review of specific needs regarding androgen deprivation therapy and sexual rehabilitation. *J Psychosoc Oncol*. 2021;39(4):485-502.
 25. Bancroft EK, Castro E, Bancroft E. The psychological impact of genetic testing for BRCA1 and BRCA2 mutations in men with prostate cancer. *Fam Cancer*. 2023;22(2):211-219.
 26. Hofman MS, Emmett L, Sandhu S, et al. Lutetium-177-PSMA-617 in metastatic castration-resistant prostate cancer: Patient-reported outcomes and psychological distress. *Lancet Oncol*. 2022;23(8):1020-1030.
 27. Haanen J, Ernstoff MS, Wang Y, et al. Autoimmune toxicities of immunotherapy masquerading as psychiatric disorders in uro-oncology. *J Immunother Cancer*. 2023;11(3):e006450.
 28. Oliffe JL, Ross Jameson M, Broom A, et al. Men, masculinity, and psychological distress in prostate cancer survivorship: A qualitative meta-synthesis. *Soc Sci Med*. 2021;270:113689.
 29. Wootten AC, Meyer D, Abbott JA, et al. Telehealth-delivered psychological interventions for rural men with prostate cancer: A non-inferiority trial. *Telemed J E Health*. 2024;30(1):88-96.
 30. O'Connor D, Murphy M, Smith E. Translating psycho-oncology guidelines into clinical urology practice: Barriers, facilitators, and future directions. *Eur Urol*. 2024;85(4):321-329.

10. ANEXO

10.1. Tablas, gráficos y figuras

Figura 1. Flujograma de los criterios de selección de la búsqueda bibliográfica y de estrategia de búsqueda

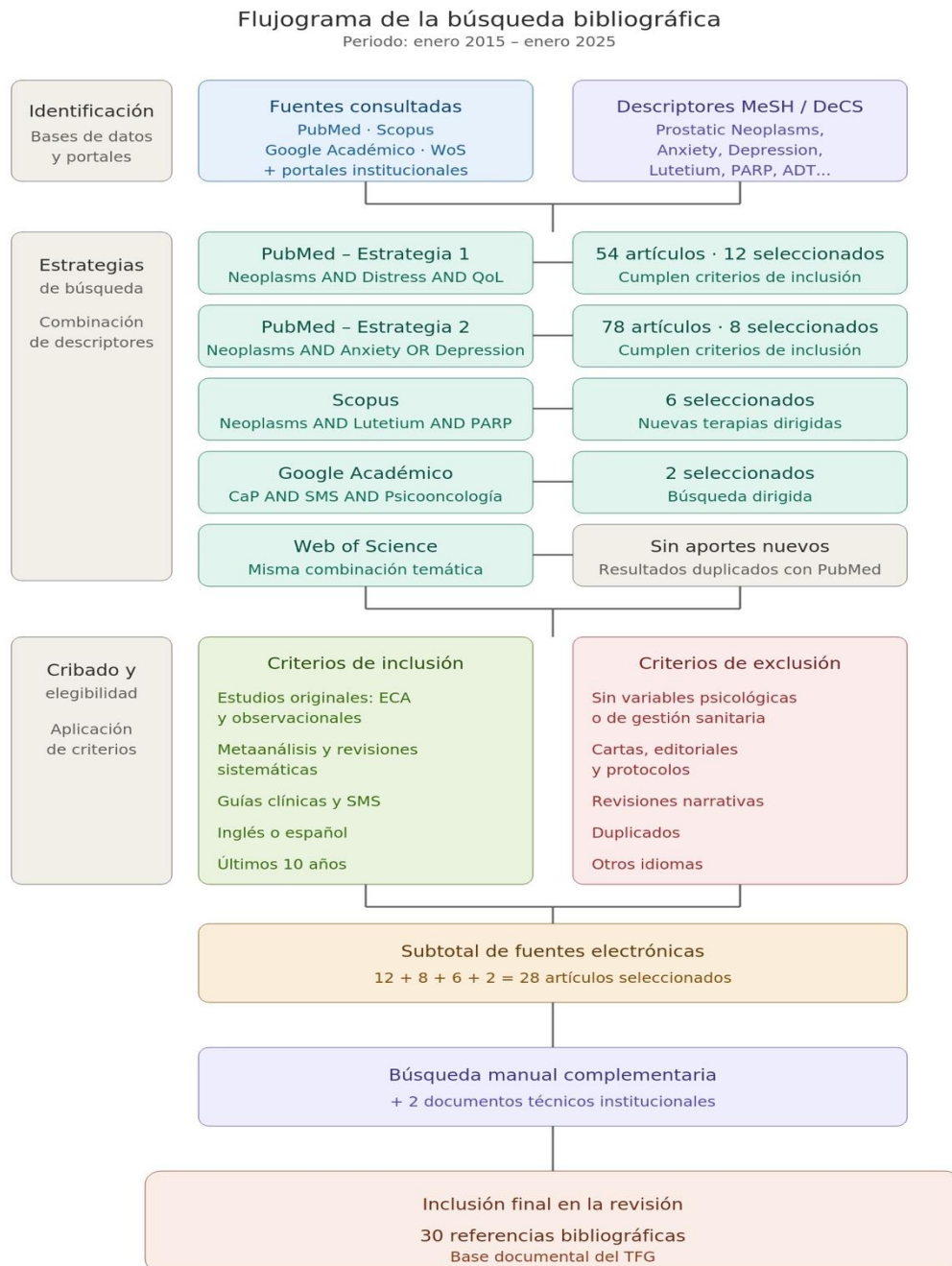


Figura 2. Flujograma del Circuito Asistencial de Atención Psicooncológica en el SMS

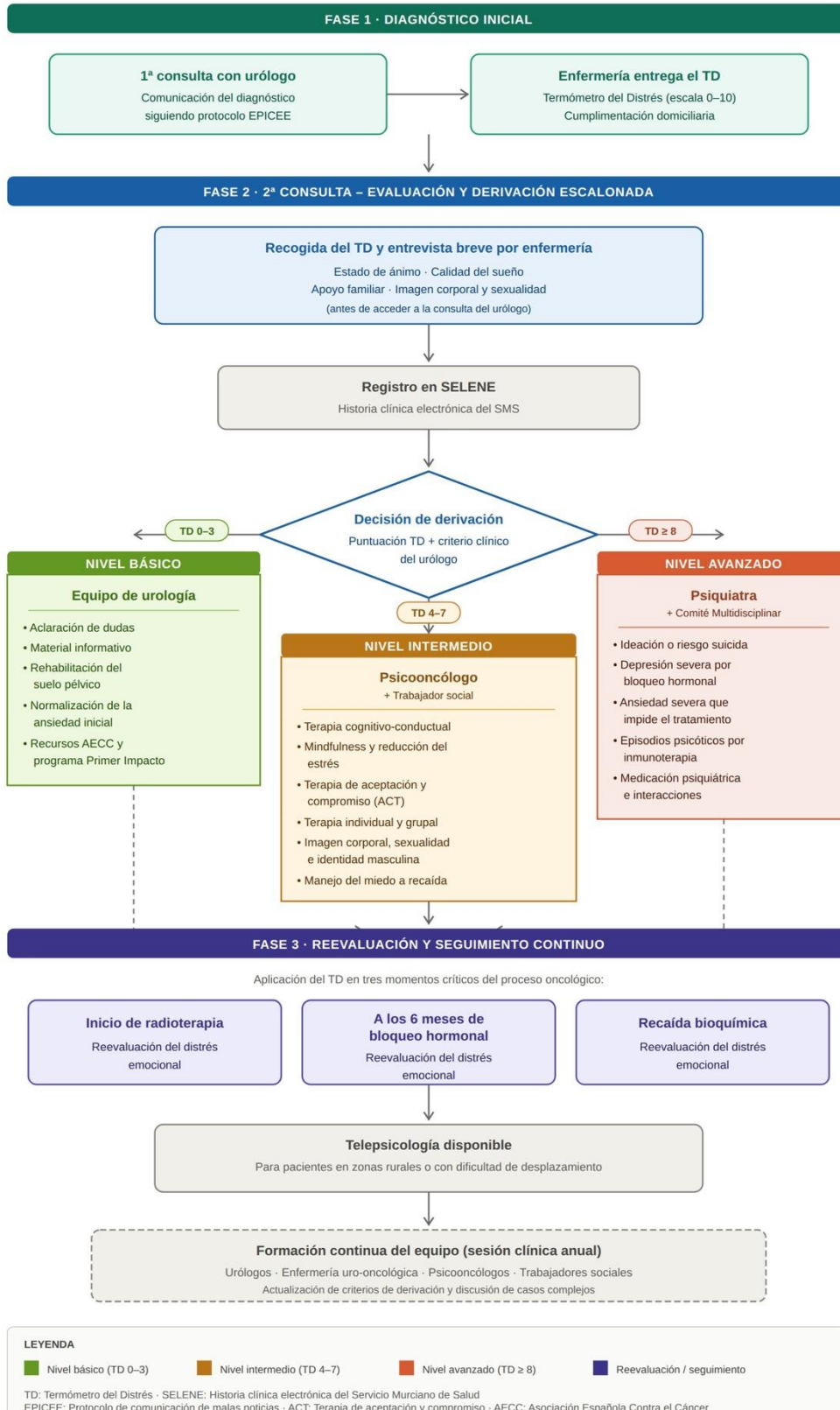


Figura 3. Cuestionario de Termómetro de Distrés

Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés

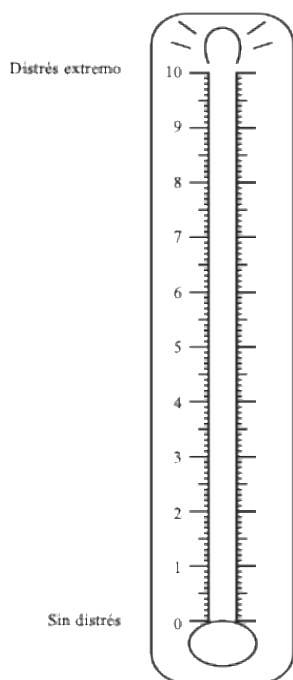
Termómetro de distrés*

Distrés: Experiencia displacentera multifactorial de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual o emocional) que interfiere con la habilidad para enfrentar efectivamente el cáncer sus síntomas físicos y/o su tratamiento.

Instrucciones:

1. Por favor encierre en un círculo el número (0 al 10) que mejor describa qué tanto distrés ha experimentado en la última semana, incluyendo el día de hoy.

2. Por favor indique si ha tenido cualquiera de los siguientes problemas en la última semana, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de marcar SÍ o NO para cada uno.



SÍ	NO	Problemas prácticos	SÍ	NO	Problemas físicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidados de los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apariencia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baño/vestido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguridad financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios en la orina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escuela/trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea
SÍ	NO	Problemas familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación de pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensación de debilidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre
SÍ	NO	Problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movilidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Memoria/Concentración
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en boca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náusea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nariz seca/congestión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de interés en las actividades habituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas sexuales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupaciones religiosas o espirituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel seca/comezón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hormigueo en manos o pies

Otros problemas: _____