






Análisis de las derivaciones de pacientes oncológicos a una Unidad de Psicooncología

Maite Arrillaga Arizaga¹ , Elena Uranga Garcarena² , Cristina Anton Mas³ , Paula Reguera Lago⁴ , Iratxe Urreta Barallobre^{5*} 

<https://dx.doi.org/10.5209/psic.105359>

Recibido: 10 de junio de 2025 / Aceptado: 1 de septiembre de 2025

Resumen: **Objetivo:** El estudio analizó el proceso de derivación a psicooncología en pacientes oncológicos, con tres objetivos principales: 1) examinar patrones de derivación entre servicios, 2) evaluar la aplicación de escalas de cribado emocional (EVA) y social (Gijón), y 3) describir las intervenciones realizadas. Buscaba identificar brechas entre las necesidades psicosociales reportadas en la literatura y la práctica clínica real. **Métodos:** Investigación retrospectiva con 262 pacientes derivados a la Unidad de Psicooncología (UPSO) de un hospital universitario en 2022. Se analizaron variables sociodemográficas (edad, sexo, situación familiar), clínicas (tipo y estadio de cáncer) y de derivación (servicio de origen, profesional que deriva). Las escalas EVA (≥ 5) y Gijón (≥ 7) se usaron como criterios de cribado. Los datos se procesaron con STATA 18 mediante análisis descriptivos. **Resultados:** El 70% eran mujeres (media: 58 años), con 40% de cáncer de mama. Oncología Médica (66%) y Unidad de Mama (20%) realizaron más derivaciones, aunque solo 1-1.5% de sus consultas las generaron. El EVA (aplicado en 49%) detectó malestar en 68% (≥ 5), mientras el Gijón (67%) solo identificó 11 casos (≥ 7). El 44% no siguió protocolos. El 92% recibió atención (50% una sesión), siendo los profesionales médicos quienes realizan el 81% de las derivaciones. **Conclusiones.** El estudio revela una subutilización de escalas validadas, disparidad en derivaciones entre servicios, uso frecuente de criterios clínicos no estandarizados, y oportunidad para optimizar el cribado mediante protocolos unificados y mayor participación de enfermería. Los hallazgos resaltan la necesidad de mejorar la detección temprana del malestar emocional en oncología.

Palabras clave: Psicooncología, malestar emocional, derivación clínica, termómetro del malestar, vulnerabilidad social, cribado psicológico, atención integral, oncología médica.

* Dirección de correspondencia: Iratxe Urreta Barallobre. Hospital Universitario Donostia, Begiristain Doktorea Pasealekua 121, 20014 Donostia, Gipuzkoa. España.

E-mail: iratxe.urretabarallobre@osakidetza.eus

¹ Maite Arrillaga Arizaga. UGC Oncología Gipuzkoa. OSI Donostialdea. Osakidetza, España

E-mail: maite.arrillagaarizaga@osakidetza.eus

² Elena Uranga Garcarena. UGC Oncología Gipuzkoa. OSI Donostialdea. Osakidetza. España

E-mail: mariaelena.urangagarcarena@osakidetza.eus

³ Cristina Anton Mas. Psicóloga Clínica. UGC Oncología Gipuzkoa. OSI Donostialdea. Osakidetza

E-mail: mariacristina.antonmas@osakidetza.eus

⁴ Paula Reguera Lago, Psicóloga Clínica, UGC Oncología Gipuzkoa. OSI Donostialdea. Osakidetza

E-mail: paula.reguerualago@osakidetza.eus

⁵ Iratxe Urreta Barallobre. Unidad de Epidemiología Clínica e Investigación, Hospital Universitario Donostia. Gipuzkoa, España. CIBERESP ORCID 0000-0003-0498-6033

E-mail: iratxe.urretabarallobre@osakidetza.eus

ENG Analysis of referrals of cancer patients to a Psycho-Oncology

ENG Abstract: Objective: The study analyzed the referral process to psycho-oncology services for cancer patients, with three main objectives: 1) to examine referral patterns across departments, 2) to evaluate the use of emotional (VAS) and social (Gijón) screening scales, and 3) to describe the interventions provided. The study aimed to identify gaps between the psychosocial needs reported in the literature and actual clinical practice. Methods: A retrospective study was conducted with 262 patients referred to the Psycho-Oncology Unit (UPSO) of a university hospital in 2022. Sociodemographic variables (age, sex, family situation), clinical variables (cancer type and stage), and referral-related variables (referring department and professional) were analyzed. The VAS (≥ 5) and Gijón (≥ 7) scales were used as screening criteria. Data were analyzed using STATA 18 with descriptive statistics. Results: Of the patients, 70% were women (mean age: 58 years), and 40% had breast cancer. Medical Oncology (66%) and the Breast Unit (20%) accounted for the majority of referrals, although only 1-1.5% of their consultations led to referrals. The VAS scale, applied in 49% of cases, detected distress in 68% of patients (≥ 5), while the Gijón scale, used in 67% of cases, identified only 11 cases (≥ 7). In 44% of cases, referrals did not adhere to standardized protocols. Of the referred patients, 92% received care (50% in a single session), with physicians initiating 81% of referrals. Conclusions: The study reveals underuse of validated screening tools, particularly the Gijón scale, variability in referral rates across departments, frequent reliance on non-standardized clinical criteria, and opportunities to improve screening through unified protocols and greater involvement of nursing staff. These findings highlight the need to enhance early detection of emotional distress in oncology settings.

Keywords: Psycho-oncology, emotional distress, clinical referral, distress thermometer, social vulnerability, psychological screening, comprehensive care, medical oncology.

Sumario: 1. Introducción 2. Método 3. Resultado 4. Discusión 5. Conclusiones 6. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Arrillaga Arizaga M, Uranga Garcarena E, Reguera Lago P, Anton Mas C, Urreta Barallobre I. Análisis de las derivaciones de pacientes oncológicos a una Unidad de Psicooncología. *Psicooncología* 2025; 22 313-321. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.105359>

1. Introducción

El diagnóstico y tratamiento del cáncer no solo afecta a la dimensión física del paciente, sino que también tiene un profundo impacto en su bienestar emocional y psicosocial. Según la evidencia científica, entre el 30% y el 40% de los pacientes con cáncer experimentan malestar emocional^(1,2), definido por la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) como una experiencia emocional desagradable, multifactorial y de naturaleza psicológica, social y/o espiritual, que puede interferir en la capacidad de afrontar de manera efectiva la enfermedad, sus síntomas físicos y el tratamiento pautado⁽³⁾. A pesar de su alta prevalencia, la evaluación y atención a estas necesidades psicológicas siguen siendo insuficientes, ya que menos de la mitad de los casos son identificados y derivados a unidades especializadas⁽⁴⁾. Esta falta de detección y atención temprana no solo repercute en una disminución de la calidad de vida de los pacientes, sino que también contribuye a un aumento del gasto sanitario⁽⁵⁾.

La baja derivación a las Unidades de Atención Psicooncológica (UPSO) puede atribuirse a múltiples factores, como la falta de protocolos estandarizados para la detección del malestar emocional, la escasa formación del personal sanitario en aspectos psicológicos, la alta presión asistencial, la inestabilidad en las plantillas y la resistencia de algunos pacientes a aceptar su situación emocional en el momento del cribado. En este contexto, herramientas breves y validadas, como el Termómetro de Distrés o Escala de malestar emocional (EVA), han demostrado ser eficaces para identificar a pacientes que requieren una evaluación más exhaustiva.

Esta escala, que evalúa el nivel de angustia en una escala de 0 a 10, ha sido recomendada por su brevedad, facilidad de uso y validación en población oncológica⁽⁶⁾. Su implementación permite no solo brindar apoyo psicológico desde las fases iniciales del tratamiento, sino también reducir costes sanitarios y optimizar la atención sin necesidad de recurrir a entrevistas extensas o cuestionarios complejos⁽⁷⁻¹³⁾.

Sin embargo, la efectividad del cribado también depende del momento en que se realiza y de la disposición del paciente a compartir su malestar emocional. Estudios indican que solo el 36% de los pacientes con malestar emocional expresa su deseo de recibir ayuda⁽¹⁴⁾, debido a factores como el estigma asociado a los problemas psicológicos, la falta de confianza en la relación médico-paciente o la priorización del tratamiento médico sobre el bienestar emocional⁽¹⁵⁻¹⁹⁾. Además, la aceptación de los exámenes de detección rutinarios es limitada, ya que entre el 25% y el 50% de los pacientes no se someten a estas pruebas⁽²⁰⁻²²⁾. Por otro lado, los profesionales sanitarios enfrentan desafíos como la incomodidad para abordar aspectos psicológicos, la falta de tiempo y la sobrecarga asistencial, lo que dificulta aún más la detección y derivación oportuna⁽²³⁻²⁴⁾.

En el Hospital Universitario Donostia, la detección del malestar emocional y la vulnerabilidad social se realiza mediante las escalas EVA de malestar emocional y Gijón breve, aplicadas desde la creación de la UPSO hace ocho años. Estas herramientas, alineadas con los principios de la práctica psicosocial en oncología del ICO⁽²³⁾, se administran en la primera consulta de enfermería en los servicios de Oncología Médica (OM) y Oncología Radioterápica (ORDT), y los pacientes con puntuaciones elevadas (EVA ≥ 5 y Gijón ≥ 7) son derivados a la UPSO para una valoración integral. Además, otros servicios como la Unidad de Mama (UM) y Oncohematología (OHM) también realizan derivaciones, aunque sin criterios estandarizados.

En este estudio se propuso caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes derivados a UPSO, con tres objetivos específicos: analizar la frecuencia y procedencia de las derivaciones, evaluar la cumplimentación de las escalas de cribado (EVA emocional y Gijón) y su relación con los criterios de derivación, y por último describir el tipo de atención brindada por la unidad.

2. Método

Diseño del estudio

Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas electrónicas y registros en papel de la Unidad de Psicooncología.

Población del estudio

Se incluyeron todos los pacientes oncológicos mayores de 18 años derivados a la UPSO durante dos períodos: enero-febrero de 2022 y mayo-julio de 2022. La selección se realizó a partir de las primeras consultas de enfermería y medicina en los servicios de origen: Oncología Médica (OM), Oncología Radioterápica (ORDT), Oncohematología (OHM) y Unidad de Mama (UM).

Variables analizadas

Se recogieron los siguientes datos:

- Variables sociodemográficas: edad, sexo, situación de convivencia (vive solo/a o acompañado/a), hijos a cargo (número y edades), presencia de cuidador principal.
- Variables relacionadas con la derivación: profesional que deriva (médico/a, enfermero/a), servicio de origen (OM, ORDT, OHM, UM).
- Variables clínicas: localización del tumor, estadio (según clasificación TNM), estado funcional (ECOG).
- Momento de la derivación: primera consulta o seguimiento.
- Evaluación psicológica: puntuación en la escala EVA de malestar emocional (0-10).
- Evaluación social: puntuación en la escala Gijón breve de vulnerabilidad social.

- Tratamiento farmacológico previo: uso de psicofármacos para el insomnio.
- Atención en UPSO: profesional que realiza la intervención (psiquiatra, psicólogo), prescripción de psicofármacos y realización de seguimiento.

Procesamiento de escalas

Las escalas EVA y Gijón breve se dicotomizaron para identificar:

- Malestar emocional clínicamente relevante: EVA ≥ 5 .
- Vulnerabilidad social significativa: Gijón breve ≥ 7 .

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se resumieron mediante medidas de tendencia central y dispersión (media \pm desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según su distribución) y las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes.

La normalidad se verificó mediante la prueba de Saphiro Wilk.

Los datos se procesaron utilizando el software STATA 18

3. Resultados

En el estudio se analizó una cohorte de 262 pacientes, predominantemente mujeres (70%), con una mediana de edad de 58 años al diagnóstico. Más de la mitad vivía acompañada, y uno de cada cinco pacientes tenía hijos a su cargo. En la mayoría de los casos no se registraba la identificación del cuidador principal, puesto que este dato no se contempla en las entrevistas oncológicas. Respecto a la distribución de los tumores, el cáncer de mama fue el más frecuente (40% de los casos). Dos tercios de los pacientes tenían registrado su estado funcional mediante el índice ECOG, y en más de la mitad de estos se observó un ECOG de 0 (normal). El uso de fármacos para dormir, considerado un factor de vulnerabilidad psicológica, se observó en un tercio de los pacientes. El estadio tumoral solo estaba documentado en un tercio de los casos, y entre estos, más de la mitad se encontraba en estadio IV. Ocho pacientes fallecieron antes de poder ser valorados por UPSO.

Respecto al origen de las derivaciones, Oncología Médica (OM) fue el servicio que más derivó con un 66%, seguido de la Unidad de Mama (UM) con un 20%, Oncología Radioterápica (ORT) con un 3,8% y menos del 2% de otros servicios (Figura 1). Aunque OM realizó el mayor número absoluto de derivaciones, estas solo representaron el 1% de sus consultas totales, porcentaje similar al de la Unidad de Mama (1.5%) y mayor que el de Oncohematología (0.2%). El 80% de las derivaciones fueron realizadas por médicas, y el 20% por enfermería y en la mitad de los casos se efectuaron durante la primera consulta.

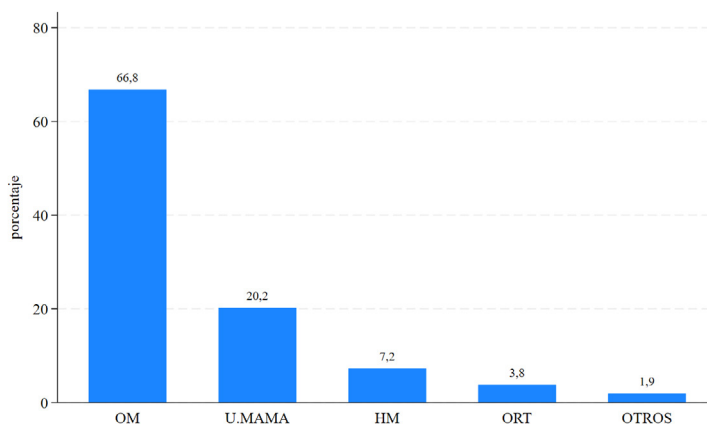


Figura 1. Origen de las derivaciones

En cuanto a la evaluación psicológica y social, la escala EVA de malestar emocional se completó en el 49% de los pacientes, con una puntuación mediana de 5. Cabe destacar que el 68% de estos cumplían el criterio de derivación ($EVA \geq 5$). La escala Gijón, aunque cumplimentada en el 67% de los casos, solo identificó 11 pacientes que cumplían el criterio de derivación ($Gijón \geq 7$) (Tabla 1). La detección de vulnerabilidad social influyó en la decisión terapéutica en solo 4 casos. Aunque los criterios de derivación incluyen EVA y/o Gijón, esta última tiene poco peso, ya que solo 11 pacientes la cumplían. Llama la atención que en un 44% de los casos, los pacientes fueron derivados sin cumplir los criterios establecidos, lo que sugiere la influencia de otros factores en dicha derivación.

Tabla 1. Cumplimentación y cumplimiento de criterios de las escalas.

Categoría	Escala EVA	Escala Gijón
Cumplimentada	128 (49%)	175 (67%)
Cumple criterios	87 (68%)	11 (4%)

La UPSO logró contactar a todos los pacientes derivados, atendiendo finalmente al 92% de ellos. El 8% restante no recibió atención por diversas causas como el rechazo del paciente, la participación en otro recurso psicológico o el fallecimiento. De los atendidos, 131 fueron evaluados por un psicólogo y 108 por un psiquiatra. Algo más de la mitad (54%) recibió seguimiento con al menos una segunda consulta y las causas de no seguimiento se distribuyeron de manera similar entre factores del profesional y del paciente. Uno de cada cuatro pacientes inició tratamiento farmacológico y la mediana de consultas fue de 1 telefónica y 2 presenciales.

4. Discusion

Una proporción significativa de los pacientes atendidos son mujeres, lo que podría explicarse por la alta frecuencia de derivaciones relacionadas con el cáncer de mama, que representa el 40% del total. Esta elevada incidencia puede atribuirse a la mayor aceptación social y visibilidad del cáncer de mama, lo que reduce el estigma asociado a la búsqueda de atención en salud mental en comparación con otros tipos de cáncer. Por otro lado, el hecho de tener personas dependientes o menores a cargo puede incrementar el sufrimiento emocional tras un diagnóstico de cáncer, ya que implica un cambio de rol, pasando de cuidador a ser cuidado. En nuestra muestra, el 20% de los pacientes tenía menores a su cargo, un dato relevante que sugiere la necesidad de profundizar en la identificación de factores de riesgo psicológico, incluyendo la presencia de mayores dependientes, un aspecto no recogido en las primeras entrevistas oncológicas.

Tal y como describen Pitman et al.⁽²⁴⁾, a diferencia de la población general, los trastornos de ansiedad en pacientes oncológicos no se asocian con la edad, el sexo o el nivel socioeconómico, sino con antecedentes de ansiedad o trauma, así como con el tipo de cáncer, como en el caso de la enfermedad metastásica. Sin embargo, al igual que en la población general, el aislamiento social sí constituye un factor de riesgo para el sufrimiento psicológico⁽²⁵⁾.

La identificación del cuidador principal es fundamental, ya que este asume una carga emocional significativa y también requiere atención. Aunque las guías clínicas y estudios previos^(26, 27) destacan la importancia de brindar apoyo a los familiares, en la práctica la atención se centra principalmente en el paciente. Reconocer al cuidador principal permitiría abordar sus necesidades de manera más efectiva.

A pesar de que la mayor dependencia física se ha descrito como un factor de riesgo de vulnerabilidad psicológica⁽²⁴⁾, en nuestra muestra la mayoría de las derivaciones se realizaron cuando los pacientes se encontraban en buen estado físico. Este dato, recogido en las primeras consultas, no se registró en un tercio de los casos, lo que sugiere que no se considera relevante o no se comprende adecuadamente.

Otro factor de vulnerabilidad psicológica identificado es el uso de fármacos para dormir, presente en uno de cada tres pacientes de nuestra muestra. Según un estudio publicado en la CAV, una de cada doce personas en la población general toma fármacos para dormir, lo que indica una diferencia significativa en nuestra población oncológica⁽²⁸⁾.

Los resultados de nuestro estudio revelan importantes hallazgos sobre los patrones de derivación y la utilidad de las escalas de cribado en la práctica psicooncológica. En primer lugar, observamos una marcada disparidad en las tasas de derivación entre servicios, siendo OM la que realizó el mayor número (66%), seguida de la UM con un 20%. Sin embargo, al analizar las derivaciones en términos relativos (porcentaje respecto al total de consultas), encontramos que solo el 1% de los pacientes vistos en OM fueron derivados, cifra que contrasta con el 1,5% en UM y el 0,2% en OHM. Estas diferencias podrían reflejar variaciones en la percepción de las necesidades psicooncológicas según las especialidades, así como posibles barreras organizativas o formativas en los servicios con menores tasas de derivación.

Respecto a las escalas de cribado, los resultados muestran una aplicación inconsistente: la escala EVA se completó solo en el 49% de los casos, y la Gijón en el 67%. Aunque el 68% de los pacientes con EVA cumplían criterios de derivación ($EVA \geq 5$), la escala Gijón mostró un impacto limitado, ya que solo 11 pacientes cumplieron el criterio ($Gijón \geq 7$) y en solo 4 casos influyó en la decisión terapéutica. Esto indica que, a pesar de estar protocolizada, la evaluación de la vulnerabilidad social tiene un peso mínimo en las derivaciones reales, lo que cuestiona su utilidad práctica en el formato actual.

Un hallazgo especialmente relevante es que el 44% de las derivaciones se realizaron sin cumplir los criterios establecidos ($EVA \geq 5$ y/o $Gijón \geq 7$), lo que sugiere que los profesionales utilizan criterios clínicos no estandarizados para sus derivaciones. Esta práctica podría reflejar una adecuada capacidad de los clínicos para identificar necesidades psicooncológicas más allá de las escalas, o una falta de adherencia a los protocolos que merece ser explorada en futuros estudios.

Consideramos que sería necesario revisar la aplicabilidad de la escala Gijón como herramienta de cribado de vulnerabilidad social y su papel como condicionante en la aplicación de tratamientos oncológicos agresivos, los cuales requieren un soporte sociofamiliar sólido. La identificación temprana de vulnerabilidad social podría contribuir a una planificación terapéutica más integral y personalizada, asegurando que los pacientes cuenten con el apoyo necesario para afrontar tratamientos complejos. Este aspecto tiene el suficiente peso como para que sea considerado en una unidad de atención específica, y no dentro de la UPSO como ha sido hasta ahora.

En cuanto a los profesionales que realizan las derivaciones a la UPSO, los datos revelan una distribución desigual: el 81% de las derivaciones fueron realizadas por médicas, frente a solo un 19% por enfermería. Consideramos que este porcentaje de derivaciones por parte de enfermería es significativamente inferior al esperado, especialmente cuando se tiene en cuenta que, en los servicios de Oncología Médica (OM), los pacientes son evaluados inicialmente en consulta de enfermería, donde se aplican las escalas de cribado. Este desequilibrio podría explicarse por el flujo asistencial establecido, donde, a pesar de que la enfermería identifica inicialmente a los pacientes que cumplen criterios, es finalmente el médico quien formaliza la derivación. Este hallazgo sugiere la necesidad de reevaluar los protocolos de derivación para potenciar el papel de enfermería en este proceso, aprovechando su posición privilegiada en la detección precoz del malestar emocional. Respecto al momento de la derivación, la distribución es similar entre la primera consulta y en las sucesivas, si bien no se especifica si la derivación es producida como consecuencia de un momento de mayor vulnerabilidad psíquica por mala evolución del proceso oncológico o por otras razones.

A la hora de evaluar la atención proporcionada por la UPSO, se observa que la distribución de pacientes entre psiquiatría y psicología es equilibrada, con un número similar de casos atendidos por cada especialidad. Sin embargo, cabe destacar que aproximadamente la mitad de los pacientes (50%) solo recibieron una única intervención. En un contexto de salud mental convencional (como un Centro de Salud Mental), esta cifra podría interpretarse como indicador de derivaciones inadecuadas o de baja eficacia. No obstante, en el ámbito psicooncológico, esta

realidad adquiere un matiz diferente: una intervención única pero oportuna y bien dirigida puede representar un punto de inflexión crucial para el paciente, modificando sustancialmente su percepción y afrontamiento de la enfermedad. Este fenómeno refleja la singularidad de la atención psicooncológica, donde la calidad y el momento de la intervención pueden ser más determinantes que la frecuencia de las sesiones.

5. Conclusiones

A la luz de los resultados, se evidencia que, si bien la escala EVA de malestar emocional puede ser una herramienta válida para establecer criterios de derivación a la UPSO, su aplicación no es homogénea entre los distintos servicios clínicos analizados. Esta falta de estandarización en su uso podría estar limitando su potencial como instrumento de cribado sistemático, lo que sugiere la necesidad de implementar protocolos unificados que aseguren una correcta identificación de los pacientes con necesidades psicooncológicas.

Por otro lado, los datos reflejan que la vulnerabilidad social, evaluada mediante la escala Gijón, no es útil para el cribado del malestar emocional pero sí tiene un impacto suficiente como para justificar su evaluación específica y una derivación diferenciada a los servicios sociales y unidades de gestión hospitalaria.

Respecto al volumen de derivaciones, se observa que el número de pacientes remitidos a la UPSO en el Hospital Universitario Donostia (HUD) es significativamente inferior al esperado, considerando la alta prevalencia de trastornos mentales asociados al cáncer reportada en la literatura. Estos abarcan desde cuadros leves, como trastornos adaptativos, hasta condiciones más graves, como depresión mayor o psicosis, cuya detección y tratamiento temprano son cruciales para mejorar la calidad de vida y la adherencia terapéutica.

Para abordar esta brecha, se plantea la necesidad de futuras investigaciones que exploren, por una parte, los criterios reales de derivación utilizados por los profesionales del HUD, incluyendo posibles barreras subjetivas (ej.: percepciones sobre la utilidad de la UPSO), y por otra, los obstáculos logísticos y organizativos (ej.: sobrecarga asistencial, falta de tiempo) que dificultan el proceso de derivación.

La identificación de estos factores permitiría diseñar intervenciones adaptadas —como formación especializada para equipos médicos o sistemas de alerta automatizados— que optimicen la accesibilidad equitativa a los servicios de Psicooncología, asegurando que ningún paciente quede excluido por fallos en la detección.

6. Referencias bibliográficas

1. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, hematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011 Feb;12(2):160-74. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X).
2. Grassi L, Travado L, Gil F, Sabato S, Rossi E; SEPOS Group. Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: Findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *J Affect Disord* 2004;83:243-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.07.004>.
3. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 18]. Disponible en: <http://www.nccn.org>
4. Martínez P, Galdón MJ, Andreu Y, Ibáñez E. The Distress Thermometer in Spanish cancer patients: convergent validity and diagnostic accuracy. *Support Care Cancer* 2013;21:3095-102. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1883-7>.
5. Andreu Y, Galdón MJ, Martínez P, Martínez O. Precisión diagnóstica del Termómetro de Distrés en neoplasias hematológicas. *Psicooncología* 2015;12:237-47. <https://doi.org/10.5209/revPSIC.2015.v12.n2-3.51006>.

6. Gómez Salgado P, Triñanes Pego Y, Casal Acción B, Faraldo Vallés MJ. Herramientas para la detección precoz del malestar emocional en personas adultas con cáncer. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.
7. Holland JC, Reznik I. Pathways for psychosocial care of cancer survivors. *Cancer* 2005;104:2624-37. <https://doi.org/10.1002/cncr.21252>.
8. Middleboe T, Ovesen L, Mortensen EL, Bech P. Depressive symptoms in cancer patients undergoing chemotherapy: a psychometric analysis. *Psychother Psychosom* 1994;61:171-7. <https://doi.org/10.1159/000288887>.
9. Pruitt BT, Waligora-Serafin B, McMahon T, Davenport J. Prediction of distress in the first six months after a cancer diagnosis. *J Psychosoc Oncol* 1992;9:91-112. https://doi.org/10.1300/J077v09n04_07.
10. Payne DK, Hoffman RG, Theodoulou M, Dosik M, Massie MJ. Screening for anxiety and depression in women with breast cancer: psychiatry and medical oncology gear up for managed care. *Psychosomatics* 1999;40:64-9. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(99\)71272-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71272-8).
11. Zabora JR, Smith-Wilson R, Fetting JH, Enterline JP. An efficient method for the psychosocial screening of cancer patients. *Psychosomatics* 1990;31:192-6. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(90\)72193-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(90)72193-3).
12. Zabora JR. Screening procedures for psychosocial distress. In: Holland JC, editor. *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press; 1998. p. 653-61.
13. Holland JC, Reznik I. Pathways for psychosocial care of cancer survivors. *Cancer* 2005;104:2624-37. <https://doi.org/10.1002/cncr.21252>.
14. Parker-Glenn EA, Park B, Granger L, Symonds P, Mitchell AJ. Desire for psychological support in cancer patients with depression or distress: validation of a simple help question. *Psychooncology* 2011;20:525-31. <https://doi.org/10.1002/pon.1759>.
15. Kreitler S, Chaitchik S, Kreitler H. Represiveness: cause or result of cancer? *Psychooncology* 1993;2:43-54. <https://doi.org/10.1002/pon.2960020107>.
16. Watson M, Greer S, Blake S, Shrapnell K. Reaction to a diagnosis of breast cancer: relationship between denial, delay and rates of psychological morbidity. *Cancer* 1984;53:2008-12. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19840501\)53:9<2008::aid-cncr2820530934>3.0.co;2-b](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19840501)53:9<2008::aid-cncr2820530934>3.0.co;2-b).
17. Shedler J, Mayman M, Manis M. The illusion of mental health. *Am Psychol* 1993;48:1117-31. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.11.1117>.
18. Schavelzon J, Bleger L, Bleger IL, Luchina I, Langer M. Cáncer: enfoque psicológico. Buenos Aires: Galerna; 1978.
19. Van Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med* 1997;59:280-93. <https://doi.org/10.1097/00006842-199705000-00010>.
20. Donovan KA, Jacobsen PB. Advances in the application of NCCN guidelines for distress management by member institutions. *J Natl Compr Canc Netw* 2013;11:223-9. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2013.0029>.
21. Ercolano E, Hoffman E, Tan H, Pasacreta N, Lazenby M, McCorkle R. Managing psychosocial distress comorbidity: lessons learned in optimizing psychosocial distress screening program implementation. *Oncology (Williston Park)* 2018;32:488-93.
22. Fradgley EA, Byrnes E, McCarter K, Rankin N, Britton B, Clover K, et al. A cross-sectional audit of current practices and areas for improvement in distress screening and management in Australian cancer services. *Support Care Cancer* 2020;28:249-59. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04818-w>.
23. Gil F, Novellas A, Barbero E, Hollenstein MF, Maté J. Modelo de atención psico-social en oncología: Standards. *Psicooncología* 2004;1:179-84.
24. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ* 2018;361:k1415. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1415>.
25. Ministerio de Sanidad. Informe de atención psicológica en cáncer [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 18]. Available from: <https://cpage.mpr.gob.es>

26. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones de mejora de la atención psicológica al cáncer en el SNS [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 18]. Available from: <https://cpage.mpr.gob.es>
27. Dave R, Friedman S, Miller-Sonet E, Moore T, Peterson E, Fawzy Doran J, et al. Identifying and addressing the needs of caregivers of patients with cancer: evidence on interventions and the role of patient advocacy groups. *Future Oncol* 2024;20:2589-602. <https://doi.org/10.2217/fon-2023-1234>.
28. Eskualdeko Farmakoterapi Informazioa. Manejo del insomnio. *Inf Farm Comarca*. 2013;21(3) [cited 2023 Oct 10]. Available from: <http://www.osakidetza.euskadi.net/cevime>

