GESTIÓN EMOCIONAL EN LA PANDEMIA COVID19

PLANES DE CUIDADOS ESPECÍFICOS PARA PROFESIONALES EN ENTORNOS SANITARIOS y SOCIOSANITARIOS

Coordinación Regional de Salud Mental
Dirección General de Asistencia Sanitaria
SESCAM- 2020

Castilla-La Mancha

DIRECCION y COORDINACIÓN REGIONAL

- Dirección General de Asistencia Sanitaria
    - Dirección General de Cuidados y Calidad
    - Coordinación Regional de Salud Mental
- Dirección General de Recursos Humanos
    - Coordinador Regional de Prevención de Riesgos Laborales

COORDINACIÓN LOCAL

- Direcciones Asistenciales de las Gerencias
- Servicio de Psiquiatría y Salud Mental
- Servicio de Prevención de Riesgos laborales

Versión 1.0
Fecha: 29-06-2020

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Castilla-La Mancha

ÍNDICE

I- MARCO DE REFERENCIA

1. INTRODUCCIÓN
2. IMPACTO EMOCIONAL DE LA EMERGENCIA SANITARIA COVID-19
3. ESTRATEGIA INTEGRADA DE AFRONTAMIENTO EMOCIONAL EN CASTILLA-LA MANCHA
4. LECCIONES APRENDIDAS DE LA EMERGENCIA COVID-19

II- GESTIÓN EMOCIONAL EN LA FASE DE RECUPERACIÓN

1. RECOMENDACIONES PARA GESTORES SANITARIOS RESPECTO A LA GESTIÓN EMOCIONAL DE LA CRISIS
2. PLAN DE CUIDADOS A PROFESIONALES- CUIDAR AL CUIDADOR

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

I-MARCO DE REFERENCIA

Castilla-La Mancha

1. INTRODUCCIÓN.

ANÁLISIS CONTEXTUAL

La emergencia sanitaria derivada del estado de alarma por la COVID19 ha puesto de manifiesto que todas las personas somos posibles afectadas y todas tenemos una responsabilidad que cumplir en las cuestiones relacionadas con la salud. Por ello, es importante implementar políticas de salud pública así como ofrecer una respuesta asistencial coordinada y flexible, con capacidad de anticipación y aprendizaje continuo.

EL análisis de situación debe tener en cuenta, por un lado, las fases (alarma- crisis- postcrisis) y, por otro, las diferentes perspectivas: 1) Las personas (afectadas, familias, profesionales esenciales, ciudadanía); 2) la organización, la reorganización y cómo estas inciden sobre los procesos asistenciales; 3) la humanización de la asistencia, los cuidados centrados en las personas y cómo la crisis les afecta; 4) la capacidad de respuesta a los cambios en el sistema sanitario.

Con respecto a las personas, merecen especial interés los pacientes y sus familiares, considerados las víctimas directas y se han realizado esfuerzos por atender a sus necesidades. Por otra parte, la población general ha tenido que adaptarse de forma rápida al escenario de alarma, donde los lugares de trabajo, entornos docentes, de ocio y en

general los espacios comunitarios, han sufrido cambios importantes, con la consiguiente repercusión sobre los estilos de vida y los modos de relacionarse. Dichas conductas han influido en la contención de la pandemia y sus efectos, poniéndose de manifiesto valores superiores como la solidaridad y cooperación.

Los profesionales sanitarios y sociosanitarios, los gestores y mandos intermedios han realizado esfuerzos al límite de sus posibilidades, destacando la relevancia del liderazgo clínico, la flexibilidad y la corresponsabilidad en la búsqueda de objetivos comunes. Considerados como segundas víctimas potenciales, deben ser objeto de especial atención en la fase de recuperación, momento en el cual las señales de desgaste y agotamiento emocional pueden ser más evidente. El malestar asociado a dichas manifestaciones emergentes puede contribuir a la pérdida de confianza en el sistema, generar sufrimiento adicional y repercutir sobre la funcionalidad.

LIDERAZGO CLÍNICO - TRABAJO MULTIDISCIPLINAR COLABORATIVO - FLEXIBILIDAD EN LAS ACTUACIONES - RESPUESTA RÁPIDA ANTE LOS CAMBIOS

LAS FASES DE LA EMERGENCIA SANITARIA COVID-19

Conviene distinguir tres fases:

1) Estado de alarma o fase de supervivencia, caracterizada por la necesidad de una respuesta rápida al estrés agudo.

2) Fase de estrés mantenido, que requiere una mayor capacidad organizativa y de respuesta. Los efectos directos de dicho estrés son el desgaste físico y emocional así como dolor por las pérdidas sufridas.

3) Fase de recuperación, en la que es preciso atender a las necesidades aplazadas, reorganizarse, aprender para prevenir o mitigar una segunda ola, conviviendo con la persistencia del virus, mantener los cambios positivos y dejar de hacer lo que era ineficiente. Aparecen los efectos demorados, sobre todo en grupos vulnerables, las secuelas de la COVID19 y otras enfermedades graves, tanto emergentes como crónicas.

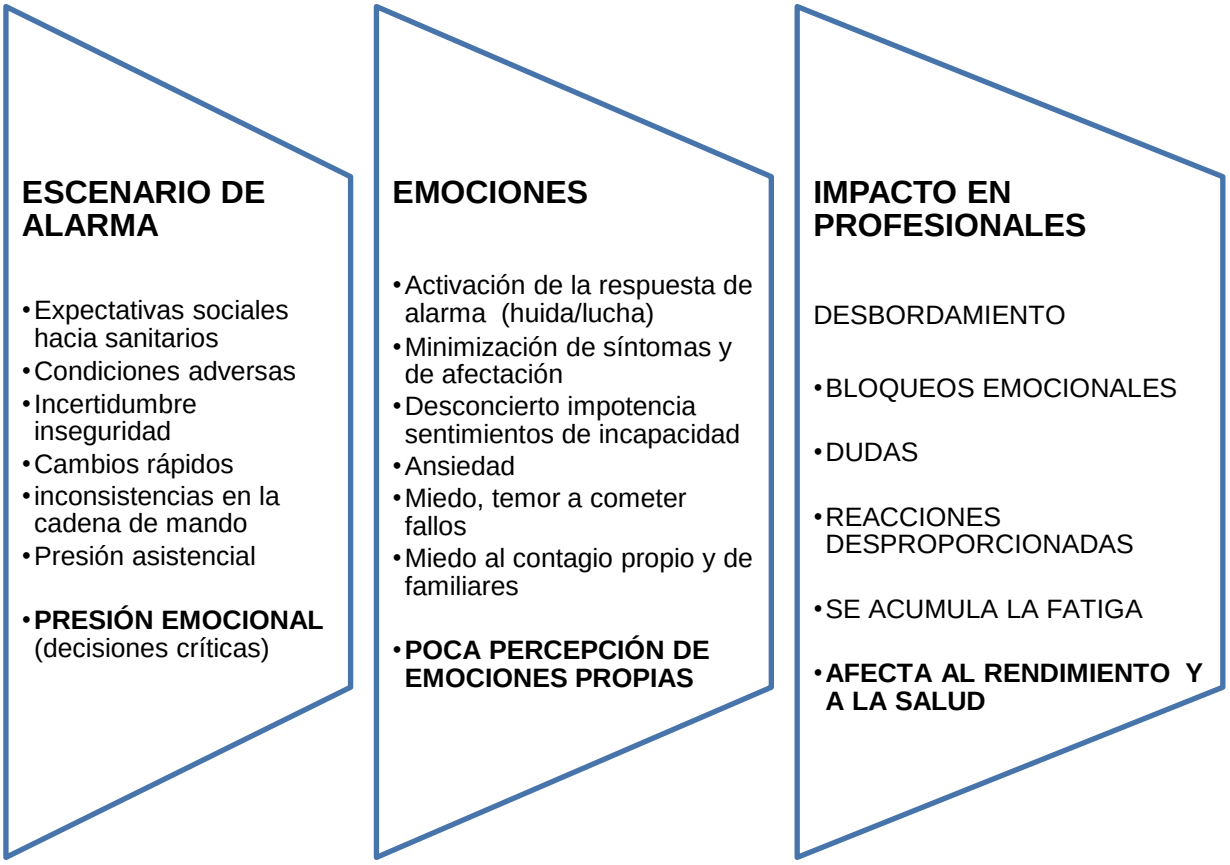
Castilla-La Mancha

2. IMPACTO EMOCIONAL DE LA EMERGENCIA SANITARIA COVID-19

FASE 1- ESTADO DE ALARMA- MEDIDAS EXTRAORDINARIAS

El miedo es un mecanismo adaptativo que sirve a las personas a poner medidas frente a una situación de riesgo. No obstante, puede llegar a bloquear o producir disfunción si es desproporcionado, dando lugar a respuestas de evitación o actuaciones poco reflexivas. La emergencia sanitaria supuso para la mayoría de las personas con funciones de responsabilidad una activación de la respuesta de alarma, que generalmente discurre hacia la huida o la lucha.

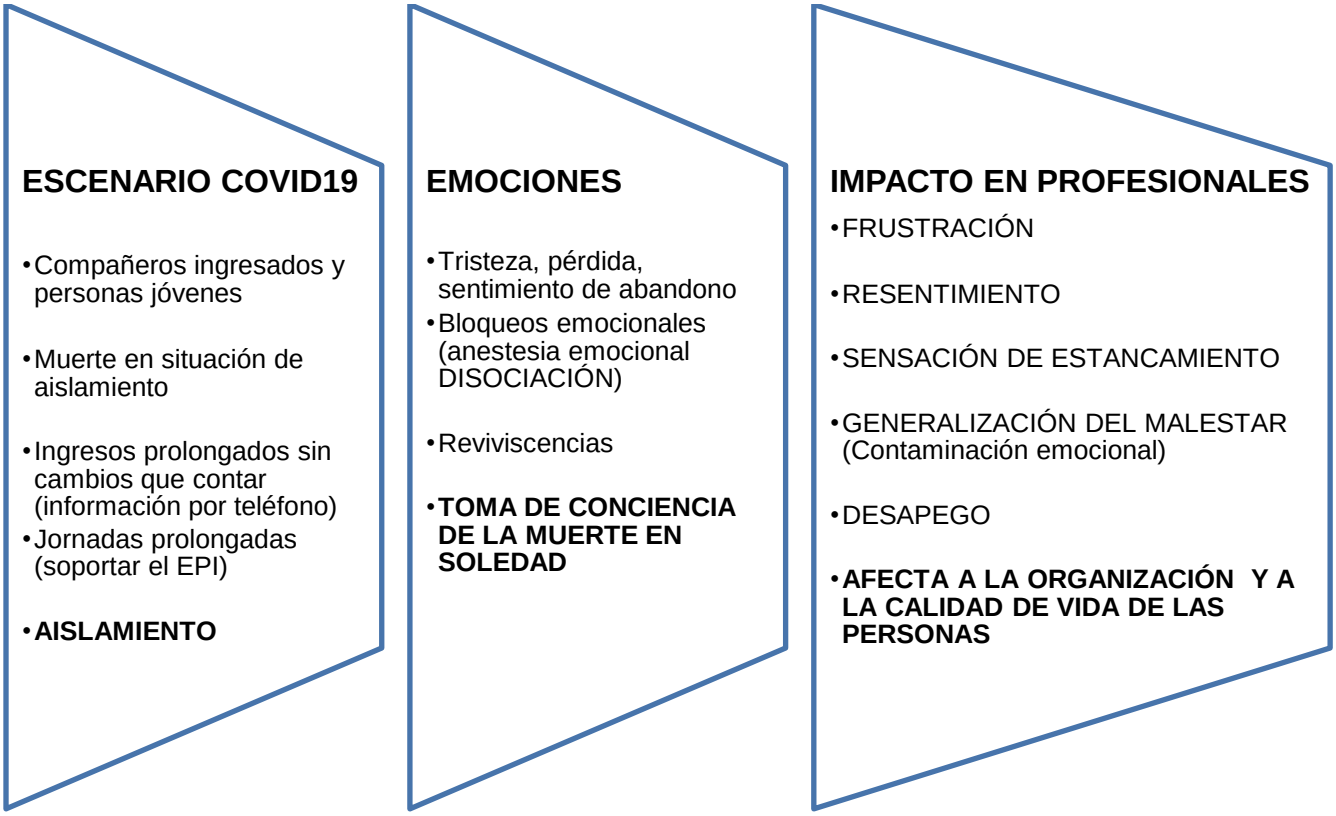
El escenario de alarma se caracterizó por un aumento de la tensión unida a las altas expectativas sociales hacia profesionales y gestores: había muchas personas con ganas de ayudar y una alta valoración social hacia las profesiones sanitarias. No obstante, el clima de gran incertidumbre, dificultades y cambios rápidos, generaba propensión a los bloqueos o también reacciones emocionales desproporcionadas en los profesionales y gestores, aumentando el malestar emocional entre las partes implicadas. En ese contexto, era necesario llevar a cabo actuaciones preventivas o de mitigación del impacto, contando con que no todas las personas eran conscientes de sus propias necesidades emocionales.



Fase 1 de la crisis COVID19, escenario de alarma.

FASE 2- CRISIS MANTENIDA- EFECTOS DIRECTOS SOBRE PROFESIONALES SANITARIOS

El escenario de la crisis mantenida se caracterizó por las situaciones de soledad vivida, tristeza por la pérdida, sentimientos de culpa, a la vez que un sentir generalizado de unión y colaboración.



Fase 2: Efectos directos de la crisis COVID19 sobre el personal sanitario.

FASE DE RECUPERACIÓN- EFECTOS DEMORADOS SOBRE PROFESIONALES SANITARIOS

Aunque se espera que la crisis de lugar a un aprendizaje social positivo, el estrés mantenido y el temor a una segunda oleada puede generar también ciertos efectos, como los trastornos adaptativos y estrés postraumático, así como la proyección del malestar en el entorno laboral, que afectará a la funcionalidad y calidad de vida si no se afronta adecuadamente.

Fase 3. Efectos demorados de la crisis COVID19 sobre profesionales sanitarios.

3. ESTRATEGIA INTEGRADA DE AFRONTAMIENTO EMOCIONAL EN CASTILLA-LA MANCHA

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, puso en marcha en Marzo de 2020 una estrategia para el afrontamiento emocional de la crisis a través de la Coordinación Regional de Salud Mental de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y de la Coordinación Regional de Prevención de Riesgos Laborales, perteneciente a la Dirección General de Recursos Humanos. Dicha estrategia sigue en curso, con el objetivo general de ayudar a los profesionales en el afrontamiento del malestar emocional derivado de la situación de alarma sanitaria y ofrecer a la población estrategias tanto preventivas como de intervención en crisis.

ESTRATEGIA INTEGRADA: AFRONTAMIENTO DEL MALESTAR EMOCIONAL RELACIONADO CON LA EMERGENCIA SANITARIA-COVID19 EN CASTILLA-LA MANCHA

Castilla-La Mancha

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

REFORZAR LA CADENA DE VALOR - AMPLIAR ESPACIOS DE INTERVENCIÓN

ESTRATEGIA INTEGRADA REGIONAL- AFRONTAMIENTO EMOCIONAL COVID19

NIVELES

PREVENCIÓN PRIMARIA

PREVENCIÓN SECUNDARIA

PREVENCIÓN TERCIARIA

PREVENCIÓN CUATERNARIA

RESPUESTA COORDINADA

ÁMBITOS

PREVENCIÓN UNIVERSAL
- Seguir contectados.
- Mejorar accesibilidad (teleconsultas)
- Enfoque en la COMUNIDAD: Educación sanitaria, reforzar el sentimiento comunitario, cooperación - formamos parte de un grupo y una sociedad- .
- Programas de apoyo a los equipos de Atención Primaria.

PREVENCIÓN SELECTIVA

Atención a grupos de Riesgo:
- Profesionales sanitarios (técnicas grupales, procedimiento de asistencia individual).
- Grupos vulnerables: PROGRAMAS PARA LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

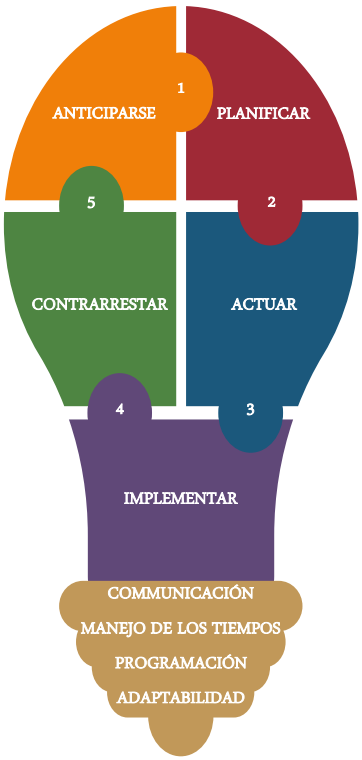
PREVENCIÓN INDICADA
- Prevención de complicaciones en personas con comorbilidad

SANITARIA Y SOCIAL

EXCELENCIA → ORGANIZACIÓN → TRABAJO EN RED Y SINERGIAS → AMPLITUD DE MIRAS: TRANSVERSALIDAD → PROFUNIDIDAD DE MIRAS: CUIDADOS

IDEAS FUERZA DEL PROGRAMA

ESTRATEGIA INTEGRADA REGIONAL- AFRONTAMIENTO EMOCIONAL COVID19



ANTICIPARSE

FORMAR a los profesionales clave. ENTENDER factores psicosociales que influyen y posibles consecuencias. INFORMACIÓN clara y accesible sobre cómo hacer frente.

PLANIFICAR

Contar con los FACTORES PROTECTORES y EQUIPOS de APOYO individual y grupal. PLANIFICAR la fase de RECUPERACIÓN.

ACTUAR

INTEGRAR a los agentes del sistema de salud mental y el tejido social para dar RESPUESTA COLABORATIVA MULTINIVEL.

IMPLEMENTAR

Adecuar al contexto local las intervenciones de forma secuenciada – prevención/ intervención en crisis/recuperación- con respuesta rápida y efectiva frente a los cambios.

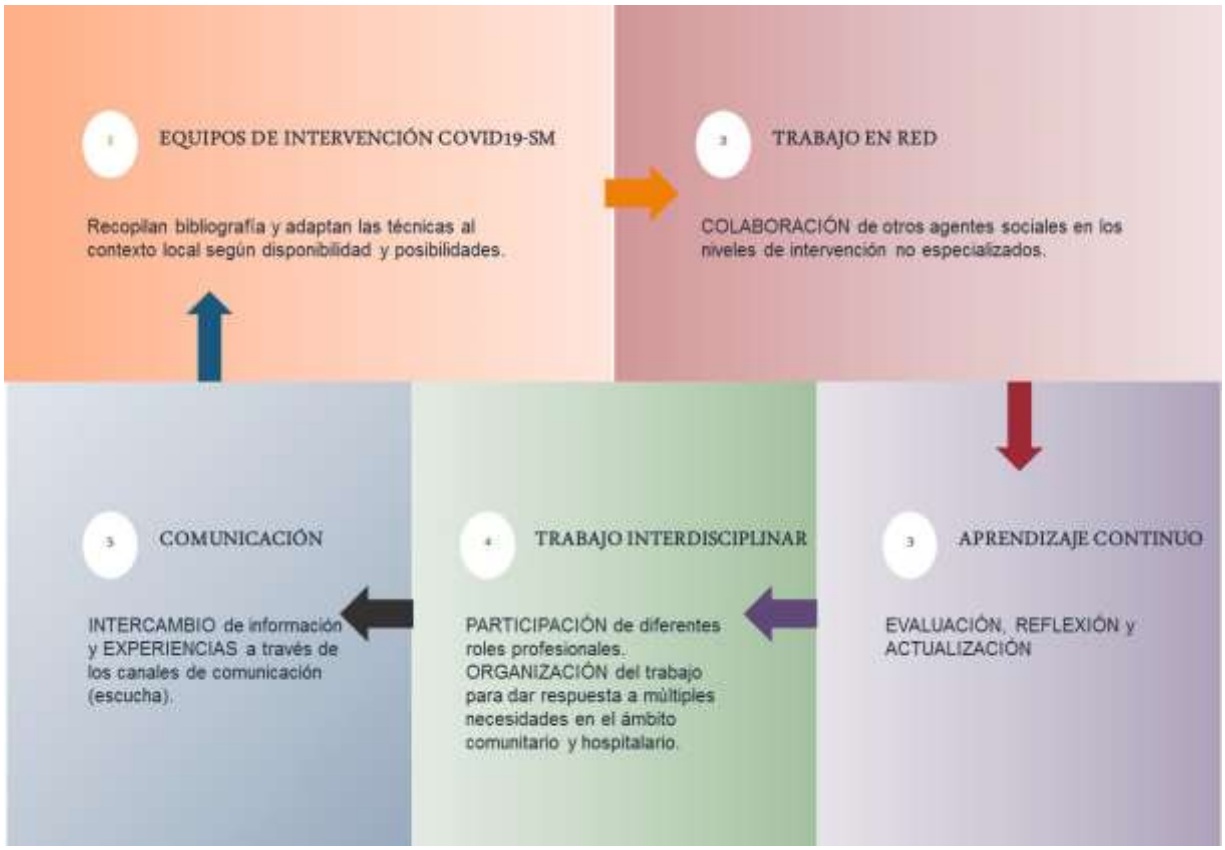
CONTRARRESTAR

Tener en cuenta los factores que distorsionan o interfieren el mensaje 'TODOS PODEMOS AYUDAR A LAS PERSONAS – CENTRÉMONOS EN LO COMÚN'.

Castilla-La Mancha

PROGRAMACIÓN

ESTRATEGIA INTEGRADA REGIONAL- AFRONTAMIENTO EMOCIONAL COVID19

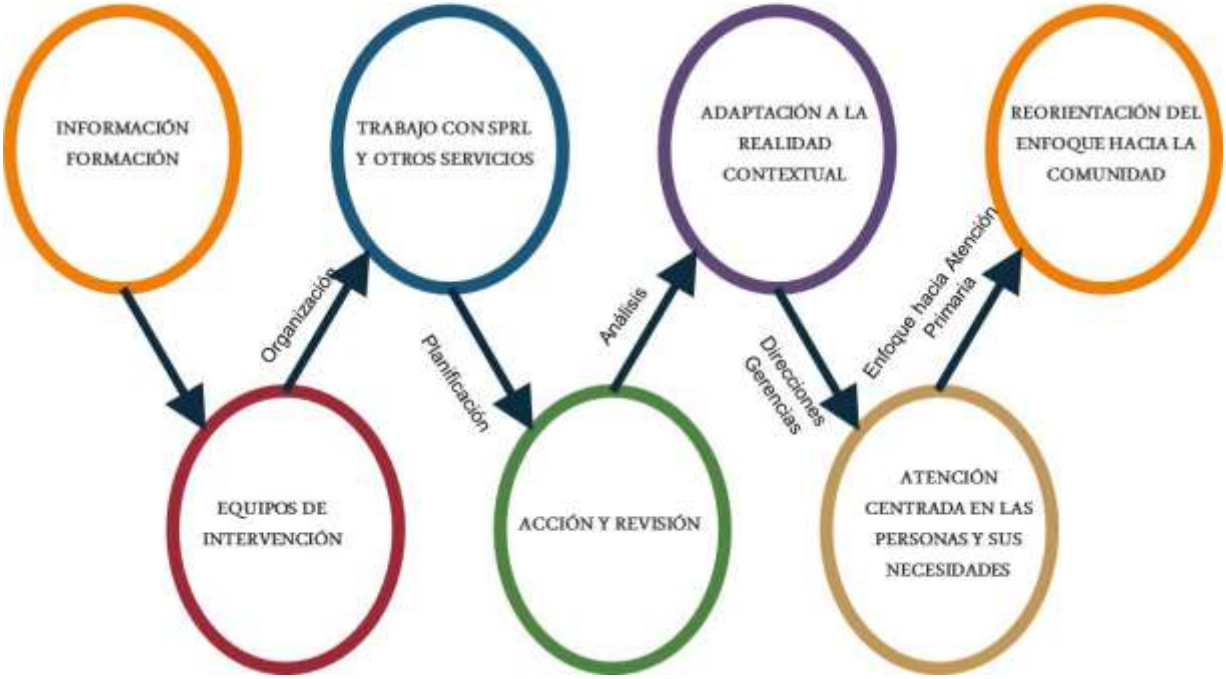


Castilla-La Mancha

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

DESARROLLO

ESTRATEGIA INTEGRADA REGIONAL- AFRONTAMIENTO EMOCIONAL COVID19



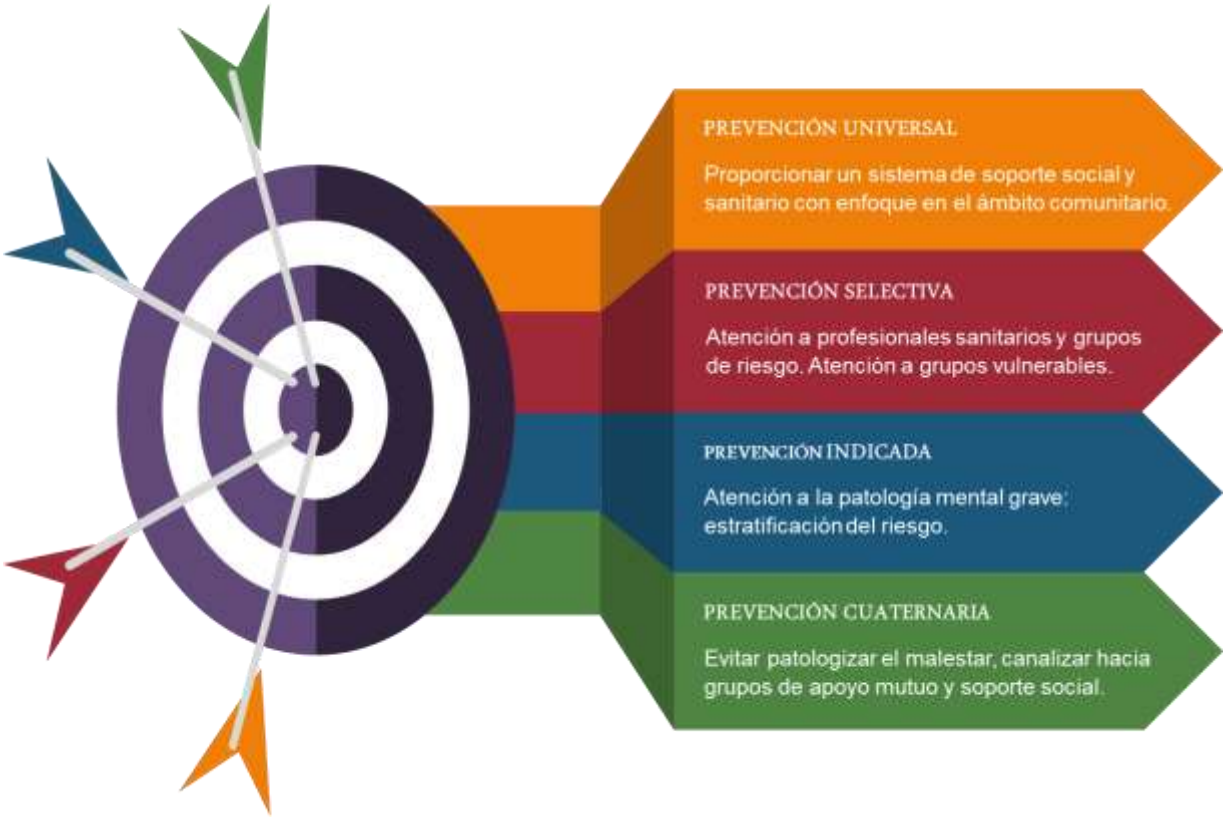
NIVELES DE INTERVENCIÓN

ESTRATEGIA INTEGRADA REGIONAL- AFRONTAMIENTO EMOCIONAL COVID19

Castilla-La Mancha

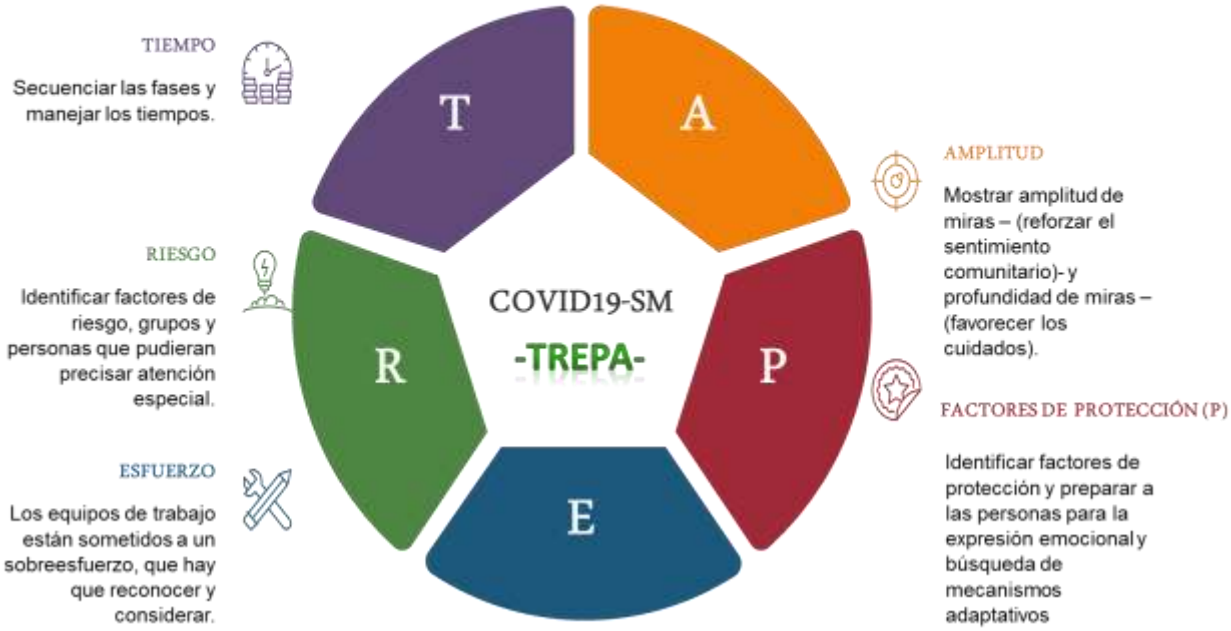
sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

RESPUESTA COORDINADA PARA EL AFRONTAMIENTO EMOCIONAL COVID19-EN CLM



FACTORES CLAVE DE ÉXITO

ESTRATEGIA INTEGRADA REGIONAL- AFRONTAMIENTO EMOCIONAL COVID19



Castilla-La Mancha

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

ESTRATEGIA INTEGRADA REGIONAL- AFRONTAMIENTO EMOCIONAL COVID19

Fases

Consejos
Primera ayuda psicológica
Valoración del riesgo

Apoyo psicológico y social

Sistema de soporte social y sanitario

RESPUESTA AL ESTRÉS AGUDO

- Supervivencia
- Prevenir el contagio (medidas excepcionales)
- Adaptarse a los cambios rápidos

EFECTOS DIRECTOS DE LA CRISIS

- Población general: pérdidas personales (duelo) y socioeconómicas
- Profesionales sanitarios: desgaste, fatiga por empatía

FASE DE RECUPERACIÓN POST-PANDEMIA

- Población: trastornos adaptativos, estrés postraumático y otros trastornos
- Profesionales sanitarios: 'efectos diferidos'

ACTUACIONES PREVENTIVAS → **PRONTA INTERVENCIÓN EN CRISIS** → **INTERVENCIONES PARA GRUPOS DE RIESGO**

PROPUESTA PARA LA FASE 3- RECUPERACIÓN

PROFESIONALES DE ENLACE COMUNITARIO

- Interacción individual y grupal para apoyo a los Equipos de Atención Primaria
- Análisis de la demanda y Estratificación del riesgo: (suicidio/ primer episodio psicótico)
- Grupos de Apoyo Mutuo , Grupos Transdiagnósticos, Intervenciones Breves , Apoyo a Familias
- Enlace con los equipos hospitalarios

Castilla-La Mancha

4. LECCIONES APRENDIDAS DE LA EMERGENCIA COVID-19

1- NO IMPROVISAR, TENER UN PLAN DE CONTINGENCIAS

2- CONTAR CON ESTRUCTURAS ELÁSTICAS

3- MODELO ASISTENCIAL: IMPORTANCIA DEL ABORDAJE COMUNITARIO- REFUERZO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA PERO MEJORANDO EL ENLACE CON LA SALUD PÚBLICA, SALUD MENTAL Y LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA: IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN INTEGRADA- NUEVAS INVERSIONES EN ESA DIRECCIÓN.

4- PROFESIONALES:
   - Cansancio y Agotamiento emocional. Puede desembocar en una pérdida de confianza en el sistema. Plan de cuidados específicos con los profesionales.

5- TENER UN LIDERAZGO CLARO PARA IMPLEMENTAR CAMBIOS- PROYECTOS DE TRANSFORMACIÓN
   - Evaluación de resultados.

6- REORGANIZAR LA FORMA DE TRABAJAR INCORPORANDO LA TELECONSULTA. Aposta por una tecnología de mínimos y a partir de ahí empezar a construir.

7- SEGMENTACIÓN/ESTRATIFICACIÓN MEDIANTE UNA HERRAMIENTA QUE PERMITA ENFOCAR ATENCIÓN PREFERENTE A QUIEN MÁS LO NECESITA.

8- ACTUACIÓN FRENTE A UN POSIBLE REBROTE:
   - TRABAJAR EN CONTAR CON RESERVAS ESTRATÉGICAS.
   - ACERCASE AL PACIENTE – CONTROL DOMICILIARIO

9- FACTORES DE ÉXITO

- LIDERAZGO CLÍNICO
- Equipos multidisciplinares, troncales y otros equipos de apoyo.
- Equipo senior apoyado por residentes y especialidades médicas que a su vez formaban equipo.
- PROFESIONALISMO Y COMPROMISO
  - Con los compañeros
  - Con los pacientes

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

II- GESTION EMOCIONAL EN LA FASE DE RECUPERACIÓN

Castilla-La Mancha

1. RECOMENDACIONES PARA GESTORES SANITARIOS RESPECTO A LA GESTIÓN EMOCIONAL DE LA CRISIS

1- IDENTIFICAR LOS RIESGOS: La gestión emocional, asimilación adaptativa de la vivencia, así como la preparación para la nueva fase, no será homogenea en todos los servicios y profesionales.
2- ATENDER A LOS FACTORES QUE LOS AUMENTAN: Sería posible que los gestores centraran los esfuerzos de comunicación hacia los servicios críticos, que ahora están más familiarizados y toca ver en qué momento están otros.
3- TENER UN PLAN DE RIESGOS Y UN PLAN DE COMUNICACIÓN ACTUALIZADOS: Actualizar el Plan de Comunicación y el Plan de Gestión de la Crisis, integrando a la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente en las Gerencias que cuenten con ellas.
4- PROMOVER LOS FACTORES DE PROTECCIÓN: Ofrecer atención individual y refuerzos grupales donde se necesite. Colaboración entre los SPRL y Salud mental en las situaciones que se requiera.

ANSIEDAD, MIEDO

BURNOUT

SE REPITEN REACCIONES DE LA PRIMERA FASE

ALGUNOS SON MÁS VULNERABLES

ANSIEDAD, MIEDO: La respuesta no será en todos por igual. El personal puede experimentar una variedad de respuestas normales que incluyen enfado e irritabilidad, incremento de la ansiedad, bajo estado de ánimo, problemas para dormir.

BURNOUT: También puede mostrar signos de estar 'quemado'. En ese caso, la respuesta sería de enfado, posicionarse como víctima, proyectar el malestar, así como quejas de desamparo y falta de reconocimiento por parte de superiores.

SE REPITEN REACCIONES DE LA PRIMERA FASE: Los servicios menos familiarizados con la fase inicial de crisis pueden mostrar las respuestas que otros presentaron al inicio (desconcierto, evitación, impotencia…).

ALGUNOS SON MÁS VULNERABLES: Los servicios menos familiarizados con la fase inicial de crisis pueden mostrar las respuestas que otros presentaron al inicio (desconcierto, evitación, impotencia…).

ENTENDER EL CONTEXTO Y POTENCIAR FACTORES QUE AYUDEN EN EL AFRONTAMIENTO

MANTENER INFORMACIÓN CLARA Y FLUIDA: Comprobar que la comunicación fluye y los responsables intermedios transmiten la información al resto. Apelar al sentimiento de grupo: 'Todos podemos ayudar. Centrémonos en lo común'.

IDENTIFICAR SERVICIOS DE MAYOR TENSIÓN: Esclarecer los miedos, fallos en la comunicación o identificar elementos que distorsionan el mensaje común en esos servicios. Conocer qué papel juega el líder formal e informal.

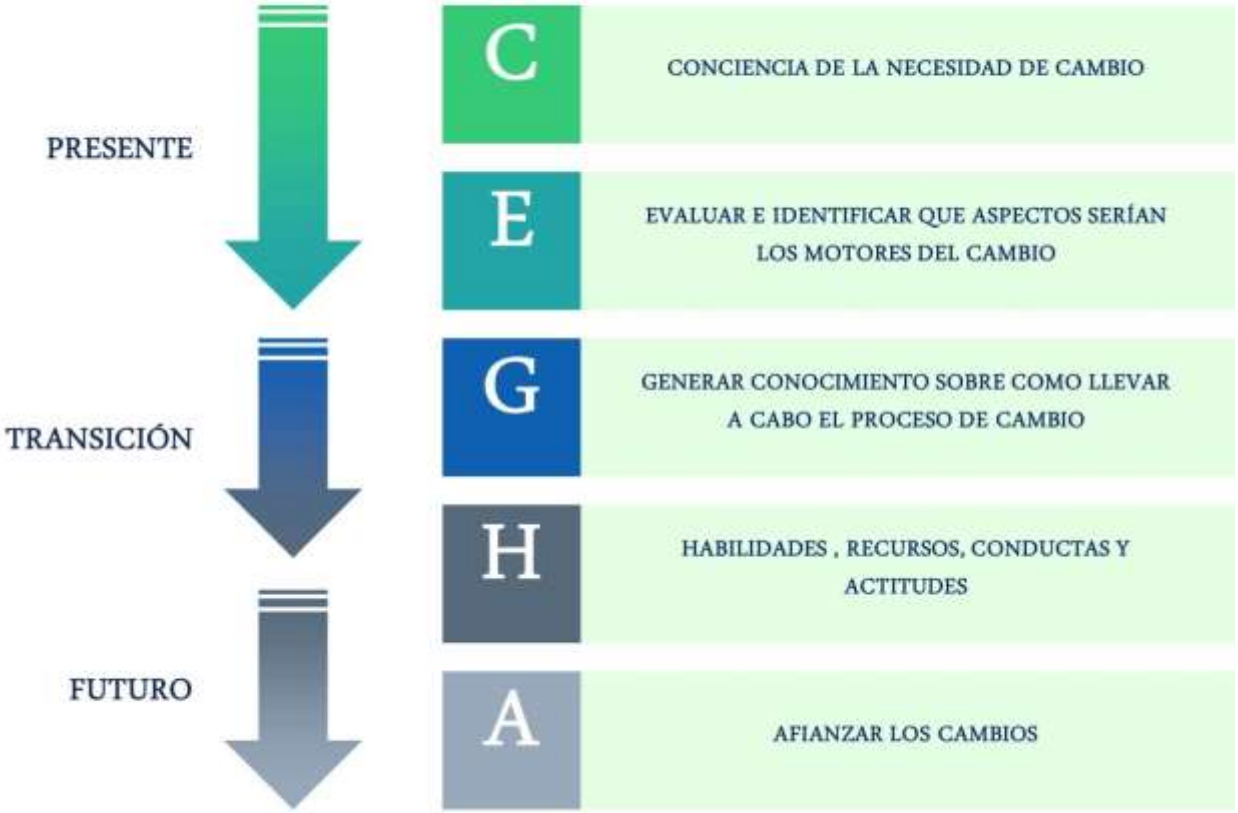
GESTIÓN DE RRHH Y EQUIPOS PROFESIONALES: Asociar a trabajadores sin experiencia con compañeros más experimentados. Tales sistemas de "compañerismo" ayudan a brindar apoyo, controlar el estrés y refuerzan los procedimientos de seguridad.

PAPEL DEL JEFE/SUPERVISORA: El modelado de comportamientos por parte del personal superior (jerárquico) será importante. Por tanto, mantener feedback con este.

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

PROCESO DEL CAMBIO

GESTIÓN EMOCIONAL COVID19



Castilla-La Mancha

2. PLAN DE CUIDADOS A PROFESIONALES- CUIDAR AL CUIDADOR

2.1. FINALIDAD DEL PROGRAMA

Ofrecer a los profesionales sanitarios espacios para la expresión y regulación emocional en relación con situaciones estresantes relacionadas con la emergencia sanitaria COVID-19, teniendo en cuenta que pudieran presentarse efectos demorados de esta o síntomas fruto de la anticipación de posibles situaciones futuras. Asimismo, el programa incluye la atención especializada para aquellos trastornos emergentes: trastornos adaptativos, estrés postraumático, etc. En profesionales sanitarios, esta última se llevará a cabo en coordinación con los Servicios de Prevención de Riesgos laborales, según se incluye en el ANEXO II.

2.2. OBJETIVOS

1. Identificar los aspectos fundamentales para el cuidado emocional del personal sanitario.

2. Conocer posibles factores de riesgo para el profesional y desarrollar líneas de prevención y promoción en lo que concierne a su salud emocional.

3. Atender a las necesidades de ayuda especializada si las hubiera.

2.3. RELACIÓN DE SERVICIOS Y ACTIVIDADES

- Grupos de relajación y manejo del estrés: la recuperación tras el estrés- 'recovery'.
- Grupos interdisciplinares para 'debriefing', o bien para higiene emocional tras turnos de trabajo estresantes. Actividades grupales que promuevan relaciones positivas entre los miembros del equipo. Creación de grupos multidisciplinares (pertenecientes a distintos servicios) para identificación/gestión de conflictos.
- Soporte al profesional (apoyo individual):
    - Trabajar el autocuidado y recuperación del equilibrio emocional tras situaciones generadoras de estrés.
    - Intervenciones terapéuticas en situaciones como: trastorno de estrés postraumático, trastorno adaptativo, duelo, etc.
- Formación experiencial en gestión emocional y dinámicas de equipo. Conocimiento de señales de desgaste profesional, competencias emocionales y habilidades psicosociales para hacer frente. Fomento del engagement (o vinculación en el trabajo).

- Entrenamiento en habilidades de comunicación para la interacción con paciente, familiares y equipo profesional.
- Formación y entrenamiento en cómo elaborar un 'Plan de Resiliencia Personal/de Equipo: Identificación de competencias emocionales, recursos personales positivos.

2.4. PLANES ESPECÍFICOS

- Mandos intermedios (supervisoras, jefes de servicio/sección)
- Dinámicas grupales en servicios críticos
- Dinámicas inter-servicios
- Plan de cuidados específicos para profesionales de atención primaria.

2.5. PLAN DE TRABAJO

PLAN DE TRABAJO E HITOS

Elaborar del programa en sus aspectos técnicos/formativos y presentación a los Servicios

1. A cargo del profesional responsable del programa, contando con el Apoyo del Servicio y de SSCC- Equipo de Coordinación.
2. Iniciar reuniones con los Servicios para presentar el Programa, comenzando por el Sº de PRL y Supervisoras de Enfermería- en especial, Supervisión de Cuidados.
    a. Ofrecer sesiones grupales y teléfono de atención individual
3. Temporización : 1 semana

Elaborar calendario de sesiones grupales y acciones formativas

1. Programar sesiones grupales
2. Diseñar acciones formativas para el periodo post-estival.

Desarrollo de las sesiones grupales y acciones formativas

Evaluación

- Encuestas de satisfacción
- Evaluación cualitativa: grupos focales

Indicadores

- Nº de profesionales atendidos
- Nº de sesiones grupales
- Grado de satisfacción con el programa

ANEXO I

GUIA BREVE PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE CUIDADO AL CUIDADOR

"Enfrentarse al COVID-19 Y SALIR REFORZADOS[1]"

REFLEXIÓN SOBRE EL IMPACTO/RIESGOS

Preguntas al equipo:

A- ¿A qué me estoy enfrentando?

1- Cuál es el clima emocional general en la Gerencia? Emociones Covid19
2- ¿Hay diferencias por áreas y por categorías?
3- ¿Qué áreas tuvieron más impacto emocional? ¿Tuvieron apoyo emocional efectivo? ¿Cómo están ahora?
4- ¿Cómo están las áreas con menos carga en la fase crítica y mayor sobrecarga actual? Ej. la AP

B- ¿Cómo nos estamos adaptando?

1- Adaptación al cambio
2- Reestructuración organizacional
3- Oportunidades de mejora
4- Factores de resiliencia en el Hospital y en los centros de Atención primaria: ¿Con qué líderes cuenta la organización que han mostrado buena capacidad de adaptación y cómo estos pueden ayudar y modelar la adaptabilidad de otros?

C- Detección de Necesidades por áreas

1- Formativas: gestión emocional (disponibilidad de acceso a curso on-line)
2- Supervisión/coaching de equipos
3- Técnicas grupales de manejo del estrés
4- Dinámicas grupales inter-servicios ¿Sería útil hacer grupos mixtos que incluyan a personas de varios servicios?

[1] Adaptada de: **ConsejoGeneraldeProfesionalesdeSeguridadySaludeneltrabajo.Mayo2020.** Guía breve de retorno a la actividad laboral: ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL COVID-19

ANEXO II

PROCEDIMIENTO AMPLIADO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE INTERVINIENTES EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS- SESCAM

1. ANTECEDENTES.

La asistencia sanitaria de emergencias tiene su impacto también en los profesionales que atienden a los pacientes y a su entorno.

El SESCAM cuenta con un procedimiento para la atención la salud mental de intervinientes en incidentes críticos en el medio extrahospitalario – Gerencia de Urgencias Emergencias y Transporte Sanitario (GUETS)- por sus condiciones particulares.

La situación originada por la emergencia sanitaria y estado de alarma para la contención del coronavirus –COVID-19, donde los profesionales están expuestos a sobrecarga emocional importante, ha suscitado la necesidad de intervenir también en el ámbito hospitalario y de atención primaria.

2. FINALIDAD

La intervención en incidentes críticos o en emergencias sanitarias, sitúa a los profesionales en un grupo de riesgo de desestabilización emocional o de presentar reacciones negativas. El riesgo se puede ver acrecentado por diferentes factores, algunos de los cuales se enumeran a continuación.

Factores propios de la situación:

- Proximidad con la situación traumática.
- Posible entorno hostil.
- Conflictos de rol consecuentes con la situación.
- Pérdidas personales.

Factores propios de las circunstancias vitales del profesional:

- Carencia de apoyo por parte de la red social del interviniente, o existencia de familiares afectados por la situación que ha originado la emergencia.
- Padecer un malestar emocional previo o psicopatología en el momento de la ocurrencia.
- Estar atravesando momentos de impacto vital o crisis.
- Trabajar en un contexto organizacional que dificulta la percepción de los incidentes críticos como estresantes y refuerza el sufrir estrés como signo de “debilidad profesional”.

Factores propios del profesional:

- Existencia de antecedentes familiares o personales de trastorno mental o suicidio.
- Existencia de un rasgo de personalidad destacado como factor de vulnerabilidad al estrés (ej. neuroticismo).
- Dificultades en el estilo de afrontamiento de situaciones estresantes.

En cuanto a los problemas más comunes encontrados son **estrés, burnout, desgaste por empatía y fatiga de compasión.** Además, en situaciones de emergencia sufren una **ansiedad flotante** generada por la espera e incertidumbre. En cuanto a la prevención de estos, se puede actuar en los tres niveles: primaria, secundaria y terciaria.

3. OBJETIVO

El presente procedimiento de actuación se establece con el objetivo de identificar el impacto emocional que se vive en las situaciones de emergencia en el ámbito sanitario, que pudiera provocar sobre los trabajadores alteraciones relevantes para su salud física/psíquica, para ofrecer apoyo emocional y ayuda especializada si es preciso.

El objetivo específico es facilitar a los profesionales del SESCAM la posibilidad de recibir apoyo emocional y asistencia psicológica/psiquiátrica para la gestión del impacto negativo asociado a intervenciones que reúnen condiciones particularmente generadoras de estrés.

4. AMBITO DE APLICACIÓN

Profesionales del SESCAM intervinientes en situaciones de emergencias sanitarias en las distintas áreas de la Comunidad de Castilla La Mancha.

5. DEFINICIONES

- CCU: Centro Coordinador de Urgencias.
- SPRL: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
- USM: Unidad de Salud Mental.
- Neuroticismo: rasgo de personalidad caracterizado por un bajo umbral de activación ante estímulos estresantes, con respuesta intensa y persistente a nivel vegetativo y manifestaciones de ansiedad y preocupación excesiva.
- Burnout: síndrome de desgaste profesional caracterizado por agotamiento emocional, cuyos síntomas y signos que recoge la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11).

6. PROCEDIMIENTO

6.1. **MEDIDAS DE PREVENCIÓN A NIVEL DEL EQUIPO DE TRABAJO**.

Es recomendable la realización de una sesión de **debriefing** con **participación** del **equipo** tras las primeras horas o días de aquellas intervenciones susceptibles de impacto psicológico significativo para alguno de los intervinientes, sobre todo en incidentes enumerados en el listado siguiente:

- Situación de emergencia sanitaria y estado de alarma.
- Incidentes con múltiples víctimas (IMV).
- Atentados terroristas.
- Amenaza o agresión con riesgo de lesión y/o muerte.
- Homicidio o asesinato de rehenes tras retenciones largas.
- Asistencia a menores en situación crítica o menores fallecidos.
- Tareas asistenciales en accidentes graves.
- Asistencia a familiares graves.
- Sucesos en los que se ha usado violencia extrema (física o psíquica) contra la víctima.
- Sucesos a criterio de la persona que ejerce la Coordinación/Supervisión o Jefe de guardia.
- Otro suceso que por sus características pueda afectar al interviniente.

Si la situación es mantenida en el tiempo, como es el caso de la **crisis COVID-19**, se recomienda hacer esas sesiones diariamente mientras dure la crisis.

Las sesiones de 'debriefing' son intervenciones breves con un grupo de compañeros que han vivido la misma situación o se han visto en condiciones parecidas, cuyo objetivo es favorecer el **apoyo mutuo**. Los principios básicos son:

1. Generar un **espacio seguro**, donde se puedan expresar sentimientos, pensamientos y reacciones relacionadas con lo vivido.
2. 'Ventilar' la carga emocional acumulada tras la vivencia.
3. Integrar el acontecimiento traumático y favorecer el aprendizaje emocional.

Las sesiones deberían realizarse una vez acabado el turno, como 'tarea de mantenimiento'. Son conducidas por una persona experta en intervenciones críticas (experta por experiencia) o en gestión emocional, quien propicia un encuentro distendido e insta a las personas participantes a:

- Narrar o describir la jornada o los hechos.
- Hablar y tomar conciencia sobre los sentimientos experimentados.

- Validarles y ayudarles a identificar síntomas de estrés o sobrecarga. Entre los síntomas o señales esperables, se encuentran el rechazo del descanso, la autocrítica excesiva sobre la actuación, sentirse incomprendidos por los seres queridos, conocidos o poco apoyados por los directivo.
- Darles indicaciones de cómo actuar frente a ellos, para favorecer la resolución, o permitir expresar sus propios recursos de protección.
- Promover el autocuidado y los recursos de afrontamiento individuales y sociales.

6.2. MEDIDAS DE INTERVENCIÓN EN LA CRISIS EMOCIONAL A NIVEL INDIVIDUAL.

A aquellos profesionales que se encuentren en una situación de desbordamiento emocional, se les puede ofrecer un espacio individual donde expresar cómo se sienten. En ese espacio se valorará la necesidad, es decir, si se requiere únicamente soporte puntual o mantenido para la reacción vivencial o bien si se estima que el profesional precisa atención especializada a su salud mental.

6.2.1. Inicio del Procedimiento

El procedimiento podrá ser iniciado a solicitud del trabajador o trabajadora o bien a criterio de la Dirección del centro o por parte del SPRL. En este último caso, una vez se ha contactado para informar del procedimiento al trabajador, en el SPRL se recoge la información y se le ofertan los recursos de apoyo para gestión emocional. Se propone al trabajador si desea activar este procedimiento. Si no lo desea activar, se le ofrece una cita posterior para valorar evolución.

Si en la valoración posterior, realizada por el Facultativo de Medicina del Trabajo del SPRL, el trabajador refiere no haber apreciado una mejoría significativa, se detectan factores de riesgo (ver Anexo 2), alteraciones psicopatológicas (ver Anexo 3) o sospecha de una evolución desfavorable (ver Anexo 4), es recomendable la derivación del trabajador a un equipo especializado para valorar la necesidad de tratamiento (ver Anexo 5).

La solicitud de interconsulta especializada se realizará por el procedimiento habitual, tramitándose una derivación preferente si fuese preciso en función de la valoración clínica realizada (p.ej. mayor gravedad de la sintomatología y/o presencia de alto número de factores de riesgo).

Durante la situación de emergencia sanitaria y estado de alarma, derivada de la crisis COVID-19, la solicitud a iniciativa propia o derivación por el SPRL se realizará de forma urgente/preferente a los Equipos de Salud Mental de intervención en crisis de las Gerencias, cuyo teléfono estará disponible y visible en el centro.

Se garantizará cuidadosamente la confidencialidad y protección de datos de carácter personal, por parte de los SPRL, de Psiquiatría y Salud Mental y del resto de las personas intervinientes en el procedimiento.

Independientemente de si se activa el procedimiento o no, resulta conveniente igualmente por parte de los SPRL ofrecer información al trabajador de los efectos esperados del trauma y recursos existentes, así como también ayudarle a identificar recursos personales y sociales que pueden servirles de cara a un afrontamiento más efectivo.

6.2.2. Desarrollo del procedimiento.

Es muy importante que quede establecido el circuito de gestión de esta actuación en cada Gerencia para evitar problemas de tramitación de la cita o retrasos innecesarios a la hora de atender a los trabajadores.

Durante la situación de emergencia sanitaria derivada de la crisis COVID_19, la atención será telefónica, por medios audiovisuales o mediante correo electrónico, según establezca la Gerencia, salvo que se considere necesaria la presencia física. Los equipos de intervención, dispondrán de un teléfono para la primera llamada, que hará de triaje y valoración del riesgo a nivel emocional. En las Gerencias que así se establezca, el triaje se puede hacer también por correo electrónico, para no saturar las líneas.

6.2.3. Implementación

- La Dirección del Centro debe garantizar el circuito para la tramitación, de forma que los trabajadores sean citados en tiempo y forma por el equipo que a atender al trabajador.
- Cuando la derivación sea para atención especializada se facilitará la información tanto del incidente como los datos clínicos necesarios para una atención correcta al trabajador afectado (Anexo 1).
- Se pueden utilizar cuestionarios de valoración específicos (Anexo 4), así como los instrumentos válidos y fiables que se consideren de apoyo en este procedimiento.

6.2.4. Finalización

- Si la solicitud de intervención ha sido a iniciativa del propio profesional afectado y no requiere asistencia terapéutica especializada, se dejará constancia en un registro.

- Si se precisa tratamiento especializado y seguimiento posterior, se le recomendará canalizarlo a través del SPRL hacia la Unidad de Salud Mental de área, para seguir el circuito correspondiente.

- Cuando el trabajador o trabajadora sea remitido por el Médico del Trabajo, se le dará un informe de derivación que quedará incluido en su historial clínico-laboral, así como el inicio de otras acciones (reevaluación, vigilancia de la salud…) en caso de que proceda. En caso de que el proceso cumpliera criterios previstos en la normativa vigente, el SPRL consideraría más adelante su tramitación como accidente de trabajo o declaración de sospecha de enfermedad profesional.

7. DIFUSIÓN

- La Coordinación Regional de Salud Mental difundirá este procedimiento de intervención en crisis, a las distintas USM de las Gerencias **adscritas al SESCAM, para su conocimiento y aplicación.**

- La **Coordinación Regional del SPRL** difundirá a todo el **personal del Área de Prevención de Riesgos Laborales** este procedimiento para conocimiento del mismo.

- Las Direcciones Gerencias difundirán este procedimiento entre los **cargos directivos**: Director Médico y Directora de Enfermería para que establezcan los circuitos internos **a seguir en cada Gerencia.**

- **Desde la Dirección de la GUETS** se dará difusión de la parte operativa del procedimiento a todos los equipos de emergencias de la GUETS (profesionales sanitarios y personal técnico) para su conocimiento y utilización en los casos indicados.

8. VIGENCIA

La versión ampliada del procedimiento entrará en vigor a partir del día siguiente de su publicación quedando sujeta a posteriores revisiones en caso de que proceda.

9. ANEXOS

ANEXO 1: Formulario de interconsulta para intervención en SM en situación de crisis.
ANEXO 2: Factores de riesgo de desarrollo de psicopatología asociada a incidentes críticos o traumáticos.
ANEXO 3: Síntomas que sugieren la presencia de psicopatología.
ANEXO 4: Cuestionarios de valoración.
ANEXO 5. Flujograma del procedimiento.

ANEXO 1: SOLICITUD DE INTERCONSULTA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL-

PARA LA INTERVENCION EN CRISIS EN EL SESCAM

DATOS DEL TRABAJADOR
NOMBRE Y APELLIDOS:
CATEGORÍA PROFESIONAL:
CENTRO O SERVICIO DE TRABAJO:

DATOS ASISTENCIALES DEL SERVICIO PETICIONARIO
NOMBRE Y APELLIDOS:
CATEGORÍA PROFESIONAL:
SERVICIO/UNIDAD:
MOTIVO DE CONSULTA: **Fdo:** **Fecha:** _____

DATOS ASISTENCIALES DEL SERVICIO SOLICITADO
INFORME DE CONSULTA: **Fdo:** **Fecha:** _____ _____

Castilla-La Mancha

ANEXO 2: FACTORES DE RIESGO DE DESARROLLO DE PSICOPATOLOGÍA ASOCIADOS A INCIDENTES CRÍTICOS O TRAUMÁTICOS

Factores de riesgo	
Relacionados con factores individuales	• Ser mujer. • Ser más joven, con menos formación o años de experiencia laboral. • Factores genéticos (relacionados con el transportador de serotonina, genes implicados en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, etc.). • Antecedentes personales y familiares psiquiátricos (sobre todo ansiedad y depresión). • Personalidad: alto neuroticismo (vs. estabilidad emocional) y evitación. • Trauma/s previo, incluyendo factores adversos en la infancia. • Alta empatía (p.ej. identificación con otros sufrientes) • Falta de recursos de afrontamiento (como afrontamiento activo, búsqueda de apoyo, uso del humor, etc), o presencia de recursos desadaptativos (principalmente la evitación).
Relacionado con factores ambientales	• Bajo nivel socioeconómico. • Minoría étnica o en riesgo de evaluación social negativa por su condición. • Bajo soporte social. • Nivel educativo bajo. • Insatisfacción con el trabajo, con condiciones negativas o sobrecarga.
Relacionados con el trauma	• La intensidad, gravedad o duración del trauma. • Si resultó herido o perdió a alguien importante en su vida. • La intensidad de la reacción al trauma, es decir, la gravedad de los síntomas agudos: si lloró, mostró mucha ansiedad, vomitó, experimentó dolor, etc. • El grado de control que sintió sobre lo sucedido. • Si la intención del evento era hacer daño. • Si lo ha generado otro ser humano.

Fuente: elaboración propia a partir de la bibliografía consultada.

ANEXO 3: SÍNTOMAS SUGERENTES DE PRESENCIA DE PSICOPATOLOGÍA

SINTOMAS	
Síntomas de intrusión	• Recuerdos angustiosos y recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). • Sueños o pesadillas angustiosas o recurrentes relacionadas con el suceso. • Reacciones disociativas en las que la persona siente o actúa como si se repitiera el suceso. • Malestar psicológico o reacciones fisiológicas intensas y/o prolongadas al exponerse a factores internos (p.ej. recuerdos) o externos que simbolizan o recuerdan al suceso.
Síntomas de evitación	• Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos asociados al suceso • Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (lugares, personas, conversaciones, actividades, etc)
Síntomas cognitivos y del estado de ánimo negativos	• Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s). • Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (ej. "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados"). • Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás. • Estado emocional negativo persistente (ej. miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza). • Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas. • Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás. • Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (ej. felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
Síntomas de alerta o reactividad excesiva	• Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos. • Comportamiento imprudente o autodestructivo. • Hipervigilancia. • Respuesta de sobresalto exagerada. • Problema de concentración. • Alteración del sueño.
Otros síntomas	• Aumento del consumo de alcohol y/o otras sustancias. • Somatizaciones, como dolores de cabeza, malestar estomacal, problemas de apetito, tensiones musculares, fatiga excesiva, etc. • Sobreprotección en la seguridad propia o la de la familia o allegados. • Dificultad en las relaciones sociales, como excesivo aislamiento y aumento de conflictos. • Sensación de vacío o desesperanza hacia el futuro. • Ideación autodestructiva o autolítica. • Cuestionamiento de valores o creencias espirituales.

ANEXO 4: INSTRUMENTOS ESTANDARIZADOS DE USO OPCIONAL POR EL FACULTATIVO ANTE LA SOSPECHA DE EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA INADECUADA

- BREVE CUESTIONARIO PARA MEDIR EL ESTRÉS DE LOS INTERVINIENTES EN EMERGENCIAS

- ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON (DTS)

- SUBESCALA DE DEPRESIÓN DE LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

BREVE CUESTIONARIO PARA MEDIR EL ESTRÉS DE LOS INTERVINIENTES EN EMERGENCIAS *

Este cuestionario pretende ayudar a detectar los índices de estrés de los intervinientes, con la finalidad de desarrollar mecanismos de afrontamiento eficaces previniendo las posibles consecuencias negativas.

Interpretación: no existen normas formales para la medición. Sobre la base del contenido de los diversos ítems, una puntuación de **0-15** indica que se está afrontando adecuadamente el estrés tras su intervención en emergencias. Una puntuación de **16-25** indica que se está sufriendo un nivel de estrés donde sería aconsejable adoptar acciones preventivas. Una puntuación de **26-35** sugiere la posibilidad de sufrir el síndrome de burn-out. Una puntuación **superior a 35** indica que probablemente se esté sufriendo en síndrome precisando ayuda especializada.

Instrucciones: indica, en cada una de las siguientes preguntas, con qué frecuencia has experimentado las diferentes reacciones durante el *último mes.*

0= Nunca
1= Casi Nunca
2= Con Alguna Frecuencia
3= Frecuentemente
4= Casi Siempre

1. ¿Te cansas fácilmente? ¿Te sientes cansado gran parte del tiempo incluso cuando has dormido el tiempo suficiente?
2. ¿Te molesta cuando alguien te pide algo o si te cuentan cosas de su vida cotidiana? ¿Te irritas o te muestras impaciente ante cualquier dificultad y/o problema?
3. ¿Sientes que estás cada vez más crítico, pesimista y/o desilusionado?
4. ¿Te sientes triste sin saber por qué? ¿Estás llorando más de lo habitual?
5. ¿Te olvidas fácilmente de citas, fechas, o de cosas personales? ¿Te encuentras distraído?
6. ¿Ves con menos frecuencia a tus amigos o familiares? ¿Prefieres estar sólo y/o evitas quedar con tus amigos?
7. ¿Tienes que hacer un esfuerzo por hacer cosas que son habituales y frecuentes?

8. ¿Sientes alguna molestia física como dolores de cabeza o estómago, escalofríos, malestar en general?
9. ¿Te sientes confundido o desorientado cuando finaliza el día?
10. ¿Has perdido interés por las cosas que antes te interesaban y de las que incluso disfrutabas?
11. ¿Tienes poco interés por tu trabajo? ¿Te sientes negativo, deprimido y poco eficaz en tu trabajo?
12. ¿Crees que eres menos eficaz de lo que deberías ser?
13. Para hacer frente a tus trabajos habituales ¿estás comiendo más (o menos), fumas más, consumes más alcohol, drogas o medicación?

PUNTUACIÓN TOTAL:

(Suma los puntos asignados a las 13 preguntas)

** Extraído de "There life worker burn-out questionnaire", en Coping with disaster, un manual preparado para Mental Health Workers without Borders por John H. Ehrenreich, 1999.*

ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON (DTS)

(Davidson, 1997; validada en español por Bobes et al, 2000)

Se trata de un cuestionario heteroadministrado, con dos subescalas, una de frecuencia y otra de gravedad de síntomas de estrés postraumático.

Corrección e interpretación:

Cada ítem, se puntúa en una escala de 0 a 4 en función de la frecuencia de ocurrencia y gravedad. La puntuación total en cada subescala es la suma de los 17 ítems. A mayor puntuación mayor severidad y/o frecuencia.

Los autores proponen como **punto de corte** más eficiente los **40 puntos**, que muestran una sensibilidad del 69%, una especificidad del 95%, un valor predicitivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 83%.

Instrucciones

"Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante **la última semana**. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma".

Frecuencia	**Gravedad**
0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?		
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?		
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo?		
¿Como si lo estuviera reviviendo?		
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?		
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas diarrea)		
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?		
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?		
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?		
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?		
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?		
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?		
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?		
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?		
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?		
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?		
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido "en guardia"?		
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?		
TOTAL SUBESCALAS (0-68)		
TOTAL (0-136) Punto de corte: 40		

Original:
Davidson JRT, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, Hertzberg M, Mellman T, Beckham JC, Smith RD, Davison RM, Katz R, Feldman ME. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. Psychol Med, 27: 153-60.
Validación española:
Bobes J, Calcedo-Barba A, García M, François M, Rico-Villademoros E, González MP, Bascarán MT, Bousoño M y Grupo español de trabajo para el estudio del trastorno por estrés postraumático (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. Actas Esp Psiquiatr, 28(4): 207-18.

SUBESCALA DE DEPRESIÓN DE LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

E.A.D.G (Goldberg y cols., 1998; versión española GZEMPP, 1993)

Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión, aunque en este caso solo se aplicaría la subescala de depresión, que consta de 4 items iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 items que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las primeras (1 o más en la subescala de depresión).

Corrección e interpretación:

Cualquier respuesta afirmativa a los ítems, se puntúa con un valor de 1.

Los puntos de corte son **mayor o igual 2** para la de depresión.

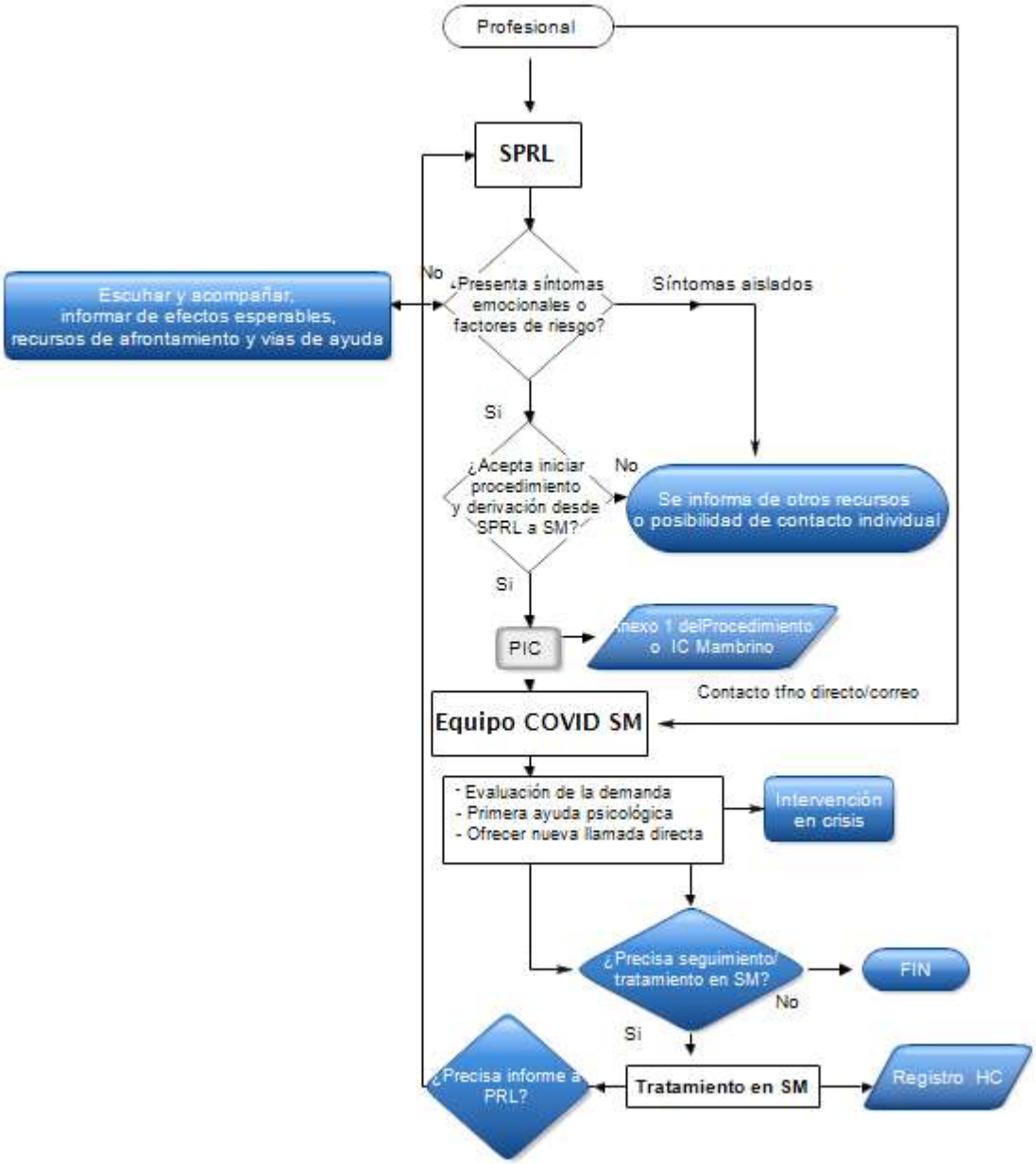
Instrucciones para su aplicación

"*A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas".* No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

ESCALA GOLBERG-EADG, PARA POBLACIÓN GENERAL. SUBESCALA DEPRESIÓN			
CUESTIÓN	RESPUESTA		VALOR
Preguntas obligatorias:			
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	SI	NO	
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?	SI	NO	
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	SI	NO	
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	SI	NO	
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar			
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	SI	NO	
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	SI	NO	
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	SI	NO	
8. ¿Se ha sentido enlentecido?	SI	NO	
9. ¿Cree que ha tendido a encontrarse peor por las mañanas?	SI	NO	
TOTAL (Punto de corte >2)			

Referencia original: Goldberg, D, Bridges, K, Duncan-Jones et al (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J, 97*, 897-899.

ANEXO 5. FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO.



sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Castilla-La Mancha