



PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN A INTERVINIENTES EN INCIDENTES PARTICULARES DE LA GUETS

PROCEDIMIENTO INTERVENCIÓN CRÍTICA GUETS

1. ANTECEDENTES

La asistencia sanitaria de emergencias en el lugar del incidente es el medio de intervención de los equipos sanitarios de emergencias de la GUETS. En la mayoría de los casos, se trata de áreas no controladas, entendiéndose como tales áreas externas a estructuras propiamente sanitarias como son Hospitales, Centros de Salud o Consultorios Locales. Estas áreas pueden ser domicilios particulares, vía pública, centros escolares, carreteras de diferentes categorías, entornos laborales, etc. con sus particularidades propias de riesgos asociados a materias peligrosas, tóxicos ambientales, dificultades orográficas y/o climatológicas, carencias de luz, aislamiento, etc. Además del entorno físico propio del lugar del incidente, hay que considerar también el entorno del paciente en cuanto a familiares presentes, situación emocional de los mismos, espectadores ocasionales y su implicación emocional con el incidente, grados de presión social, presencia de agresividad en el entorno, etc. Este conjunto de factores tienen su impacto también en los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes en el entorno extrahospitalario.

En resumen, el medio extrahospitalario es particular en cuanto a la aplicación de los procedimientos asistenciales fuera de un entorno sanitario y en cuanto a todos los elementos que rodean al/los paciente/s que pueden afectar de forma positiva o negativa al mismo y a los intervinientes en su esfera física y emocional.

2. FINALIDAD

Los profesionales de la emergencia se sitúan en un grupo de riesgo de desestabilización emocional, padecimiento de disconfort o de diferentes malestares que se pueden ver negativamente afectados o agravados por diferentes factores tras un incidente crítico:

Factores propios de la situación:

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

Factores propios de las circunstancias vitales del profesional:

Existencia o no de un adecuado apoyo social en la red social del interviniente.
Padecer una disfunción psicológica o una 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 por incidente crítico como signo de “debilidad profesional”.

Factores propios del profesional:

Existencia de una historia familiar de alteraciones psicopatológicas.

Existencia de un rasgo destacado de neuroticismo a nivel de personalidad.

Existencia de un inadecuado 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 de estos problemas, los profesionales de la emergencia muchas veces sufren una **ansiedad flotante** generada por la espera de un siniestro, accidente, etc.

Dentro de los diferentes niveles de prevención en los que podemos actuar, primaria, secundaria y terciaria, en este procedimiento hablamos de actuación terciaria, puesto que pretendemos establecer un procedimiento de actuación con el objetivo de analizar si determinadas situaciones de alto impacto emocional que se viven en algunas de las intervenciones que realizan los Servicios de Emergencia pueden provocar sobre los trabajadores alteraciones relevantes para su salud física/psíquica y ofrecer ayuda especializada de ser precisa.

3. OBJETIVO

Facilitar a los profesionales de emergencias sanitarias de la GUETS la posibilidad de recibir asistencia psicológica/psiquiátrica para la gestión del impacto emocional negativo asociado a intervenciones propias del servicio que reúnen condiciones particulares.

4. AMBITO DE APLICACIÓN

Trabajadores de la GUETS. Profesionales emergencias sanitarias que desarrollan sus tareas 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.

U.S.M.: 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, como de ansiedad y preocupación ante dichos estresantes.

Burnout: síndrome de desgaste profesional caracterizado por agotamiento emocional con un correlato de síntomas y signos que recoge la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11).



6. PROCEDIMIENTO

De manera preventiva y continua, es recomendable la realización de una sesión de **debriefing** con **participación de todo el equipo** tras las primeras horas o días de todas aquellas intervenciones susceptibles de impacto psicológico significativo para alguno de los intervinientes, y de forma relevante en incidentes enumerados en el listado siguiente:

- 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 de intervinientes GUETS.
- Asistencia a familiares graves de miembros de GUETS.
- Sucesos en los que se ha usado violencia extrema (física o psíquica) contra la víctima.
- Sucesos a criterio del Supervisor y/o Jefe de guardia que puedan afectar al interviniente. Otro suceso que por sus características pueda afectar al interviniente.

6.1. Estructura y organización

6.1.1. Inicio del Procedimiento

Comunicación al CCU desde la Unidad para registro del incidente, que se reflejará en el informe diario.

Esta comunicación se realizará bien al finalizar el aviso o a posteriori, sin que suponga el abandono de la guardia.

El incidente susceptible se comunicará a la Dirección de la GUETS y al SPRL y se cumplimentará la declaración de accidente de trabajo.

El procedimiento podrá ser iniciado, preferentemente entre la primera y tercera semanas, a solicitud del trabajador o bien a criterio de la Dirección de la GUETS o del SPRL tras contacto realizado para informar del procedimiento al trabajador, recoger información psico-adaptativa y de los recursos de gestión emocional, así como para valorar si el trabajador desea activar este procedimiento.

Si en la valoración de los trabajadores implicados, realizada por el Facultativo de Medicina del Trabajo del Servicio de Prevención éstos refieren no haber apreciado una mejoría significativa, y se observan factores de riesgo (ver Anexo 2) y/o síntomas, signos o señales sugerentes de presencia de psicopatología (ver Anexo 3), o que orienten la sospecha de una evolución psicológica inadecuada (para lo cual pueden utilizarse los instrumentos estandarizados incluidos en el Anexo 4), es recomendable la derivación del trabajador a especialista de salud mental para valorar la necesidad de tratamiento (ver Anexo 5). La solicitud de interconsulta 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).

Independientemente de si se activa el procedimiento o no, resulta conveniente igualmente 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.

6.1.2. Desarrollo

La Dirección de la GUETS y/o el SPRL serán quienes realicen la solicitud de atención especializada a través de derivación preferente a la U.S.M. de la Gerencia donde se encuentre el trabajador. 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.

La persona de la Dirección de la GUETS y/o del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales que solicite la valoración especializada, de forma coordinada debe asegurarse que se siguen los trámites oportunos en cada Gerencia para que los trabajadores sean citados en tiempo y forma en la USM que va a atender al trabajador.

Desde la Coordinación Regional de Salud Mental se difundirá a las distintas Unidades de Salud Mental de las Gerencias de Atención Sanitaria este procedimiento de intervención crítica para trabajadores de la GUETS y de su actuación preferente.

Desde la Coordinación Regional del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (PRL) se difundirá a todo el personal de las Área de PRL este procedimiento.

Desde las Direcciones Gerencias se difundirá el procedimiento entre los responsables D. Médico, D. Enfermería para establecer los circuitos internos propios que lo puedan desarrollar.

En el documento de derivación a especialista se facilitará la información tanto del incidente como los datos clínicos necesarios para una atención correcta al trabajador afectado (Anexo 1).

Se puede complementar el informe con los cuestionarios de valoración específicos (Anexo 2).



6.1.3. Finalización

Una vez atendido por la USM, el trabajador aportará informe de asistencia al Médico del Trabajo para valoración e inclusión en su historial clínico-laboral y/o inicio de otras acciones (reevaluación, vigilancia de la salud...) en caso de que proceda.

Todo el proceso se tramitará como accidente de trabajo o declaración de sospecha de Enfermedad Profesional, si cumple criterios.

6.2. Difusión

La Coordinación Regional de Salud Mental difundirá este procedimiento de intervención crítica para trabajadores de la GUETS, a las distintas USM de las Gerencias **adscritas al SESCAM, para su conocimiento.**

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.

6.3 Vigencia

Este documento entrará en vigor a partir del día siguiente de su publicación, quedando sujeto a posteriores revisiones en caso de que proceda.

7. ANEXOS

ANEXO 1: Formulario de interconsulta a especialista.

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: Directorio de las USM.



ANEXO 1

SOLICITUD DE INTERCONSULTA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL PROCEDENTE DE INTERVENCION CRÍTICA DE GUETS

DATOS DEL TRABAJADOR
NOMBRE Y APELLIDOS:
CATEGORÍA PROFESIONAL:
CENTRO 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: _____

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

Factores de riesgo	
Relacionados con factores individuales	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 y evitación. ● Trauma/s previo, incluyendo factores adversos en la infancia ● Alta empatía. ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● Bajo nivel socioeconómico. ● Minoría étnica. ● Bajo soporte social. ● Nivel educativo bajo. ● Insatisfacción con el trabajo, con condiciones negativas o sobrecarga.
Relacionados con el trauma	<ul style="list-style-type: none"> ● 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.

ANEXO 3: SÍNTOMAS SUGERENTES DE PRESENCIA DE PSICOPATOLOGÍA

SINTOMAS		
Síntomas intrusión	de	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 reprimiera 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 evitación	de	<ul style="list-style-type: none"> ● 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		<ul style="list-style-type: none"> ● 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		<ul style="list-style-type: none"> ● 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		<ul style="list-style-type: none"> ● 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 para utilizar 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 predictivo 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

0 = nunca
1 = a veces
2 = 2-3 veces
3 = 4-6 veces
4 = a diario

Gravedad

0 = nada
1 = leve
2 = moderada
3 = marcada
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	

Referencias:

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 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems 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. DIRECTORIO UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SESCAM

ANEXO 3		
DIRECTORIO USM		
	DIRECCIÓN	TELÉFONO
USM HELLÍN.	C/ JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, S/N. C.P.02400	967 309 500
USM VILLARROBLEDO.	AVDA. MIGUEL DE CERVANTES, S/N. C.P. 02600	967 133 000
USM ALBACETE I.	C/ SEMINARIO,4. C.P. 02006	967 59 76 45
USM ALBACETE II.	C/ SEMINARIO,4. C.P. 02006	967 59 76 45
USM ALMANSA.	AVDA. CIRCULACIÓN, S/N. C.P. 02640	967 33 95 00
USM PUERTOLLANO.	AVDA. 1º DE MAYO, 32. C. P. 13500	926 43 14 00
USM CIUDAD REAL	C/ OBISPO RAFAEL TORIJA, S/N. C.P. 13005	926 27 80 00
USM MANZANARES.	AVDA. DR. EMILIANO GARCIA ROLDAN, 2. C.P. 13200	926 64 62 50
USM VALDEPEÑAS.	AVDA. DE LOS ESTUDIANTES, S/N. C.P. 13300	926 32 04 25
USM ALCÁZAR DE SAN JUAN.	AVDA. CONSTITUCION, 3. C.P. 13600	926 58 06 76
USM QUINTANAR DE LA ORDEN.	CALLE VILLANUEVA, S/N. C. P. 45800	925 16 08 67
USM VILLACAÑAS.	CAMINO DE TIRIEZ, S/N. C.P. 45860	925 18 07 79
USM TOMELLOSO.	VEREDA DE SOCUÉLLAMOS, S/N. C. P. 13700	926 52 59 01
USM ILLESCAS.	CALLE SANDRO PERTINI, S/N. C. P. 45200	925 53 46 00
USM TORRIJOS.	AVENIDA DE LA ESTACION, S/N. C. P. 45500	925 77 73 80
USM TOLEDO.	SUBIDA DE SAN SERVANDO, S/N. C. P. 45006	925 25 93 50
USM TOLEDO.	C/ BARCELONA, S/N-MÓDULO 3. C. P. 45005	925 22 38 51
USM OCAÑA.	CARDENAL REIG, S/N. C. P. 45300	925 13 06 50
USM TALAVERA DE LA REINA.	CTRA. DE EXTREMADURA, KM 114. C. P. 45600	925 803 600
USM CUENCA.	AVD. MÚSICA ESPAÑOLA S/N. C. P. 16005	969 179 934
USM TARANCÓN.	CAMINO CORRAL DE ALMAGUER, S/N. C. P. 16400	969 322 726
USM AZUQUECA DE HENARES.	PLAZA DEL PROGRESO, 1. C. P. 19200	949 348 800
USM GUADALAJARA.	FERIAL, 31. C.P. 19200	949 225 719