



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**LOS MÉDICOS Y LAS ADICCIONES.
PERFIL MÁS PROPENSO Y RECURSOS DE LOS
QUE DISPONEN.**

Autor/a: Beatriz Gallardo González.

Director/a: María Arantzazu Yubero Fernández

Madrid
2020

Índice	
RESUMEN	3
1. Introducción	4
1.1 Objetivo del trabajo	4
1.2 Un nuevo problema de salud de orden mundial	5
1.3 Historia de visibilización del consumo de sustancias en el personal médico.	5
1.4 Prevalencia en España de médicos enfermos.	7
1.5 Conceptos clave.	8
1.5.1 <i>Modificaciones del DSM entorno al Trastornos por Consumo de Sustancias.</i>	8
1.5.2 <i>Médico Enfermo</i>	9
2. Metodología	9
2.1 Procedimiento	9
2.2 Estrategia de búsqueda	10
2.3 Criterios de inclusión y exclusión	10
3. Resultados	11
3.1 Perfil de un médico enfermo	11
3.2 Factores de riesgo y protección del médico enfermo	12
3.2.1 <i>Definiciones</i>	12
3.2.2 <i>Análisis según el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987)</i>	13
3.3. Recursos de los que dispone el médico enfermo	19
4. Discusión	24
5. Conclusiones	26
6. Referencias bibliográficas	27
7. Anexo I	30

RESUMEN

En los últimos años se ha registrado un crecimiento exponencial del número de individuos que padecen un trastorno adictivo o enfermedad mental, y ha pasado a ser una preocupación mundial por parte de la OMS. A lo largo de este trabajo se pretende analizar esta problemática en el contexto sanitario atendiendo al aumento de los casos de médicos que requieren ayuda profesional para continuar con su buena praxis clínica dado que, de acuerdo a estas patologías, se pueden ver mermadas sus habilidades técnicas y necesitarían ayuda profesional especializada, como cualquier otro colectivo. La respuesta explícita para este perfil de pacientes surge oficialmente en 1973 de la mano de la Asociación Americana de Médicos (AMA) cuando publicó el informe “El Médico Enfermo” y no es hasta 1998 que llega a España a través del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona en colaboración con distintas instituciones con el objetivo de facilitar ayudas especializadas como el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME). Al mismo tiempo, se pretenden identificar los factores de riesgo y protección que facilitan el problema o ayudan a solventarlo desde la visión del modelo ecológico de Bronfenbrenner y, por último, comentar brevemente algunas recomendaciones para el mejor funcionamiento de los tratamientos.

Palabras clave: Médico enfermo, PAIME, factores de riesgo, factores de protección, adicción.

ABSTRAC

The number of people diagnosed with an addictive or mental disorder has exponentially increased over the last few years, becoming a major concern for the OMS on an international scale. This study aims to analyze this issue within the health context, focusing on the increase in the number of doctors who needed professional help in order to be able to continue their good practice considering the professional's demands which should have worse abilities and needed professional help like other group. The American Medical Association (AMA) in 1973 was the first institution who take official attention posting “The Doctor-Patient”, then in 1998 the Official College of Doctors in Barcelona, in cooperation with other institutions, was the first to take action and attempt to create a system of specialized help resources, like the “Programa de Atención Integral al Médico Enfermo” (PAIME). Also, the goal is to identify the risk factors and protective factors which, respectively, hinder or help the current situation, according to Bronfenbrenner's ecological theory. For finally, considering a brief recommendation for the best treatment's work.

Key words: doctor-patient, PAIME, risk factors, protective factors, addiction.

1. Introducción

1.1 Objetivo del trabajo

El presente trabajo pretende en primer lugar, dar mayor visibilidad a un problema en el que pocas personas han reparado: el consumo de drogas en el contexto sanitario, y más específicamente en el personal médico. La psicóloga responsable de un grupo de psicoterapia grupal de médicos con problemas adictivos de Proyecto Hombre refería lo siguiente:

“De algún modo a los médicos se les presupone social, y equivocadamente la salud, como a los curas la virtud. Tendemos a obviar la realidad de que los médicos, como los demás sanitarios, tiene una profesión sometida a los mismos condicionantes internos y externos que el resto de la población y, por tanto, sus posibilidades de desarrollar una enfermedad mental y/o una adicción, requieren ser previstas, de cara tanto a la prevención como a la intervención.” (A. Yubero, comunicación personal, 27 de febrero de 2014).

Francisco Javier Valverde, Alejandro Pérez y Andrés Moreno (2013) si prestaron atención a esta problemática y realizaron un estudio donde descubrieron que la población sanitaria tomaba significativamente mayores cantidades de bebidas alcohólicas en comparación con la población general, y sin embargo consumía menos tabaco que ésta.

En el caso de los profesionales sanitarios es un problema sobre el que se debe tomar conciencia y favorecer la intervención especializada, dada la gran repercusión que tienen estos colectivos en el día a día de un ciudadano de a pie, no sólo por las consecuencias negativas que puede tener el consumo sobre el propio individuo y su entorno sociofamiliar, sino también porque existe riesgo de mala praxis. Es preocupante como, el consumo no solo es en adultos con años de experiencia, sino que también en médicos residentes existe esta problemática (Martínez- Lanz, Medina- Mora y Rivera, 2005)

En segundo lugar, trataremos de recoger los factores de riesgo y protección que hasta ahora han mencionado distintos autores expertos en la materia unificándolos desde una perspectiva ecosistémica; así como los recursos asistenciales existentes en la actualidad en España.

Finalmente, se procederá a tratar de establecer una serie de recomendaciones encaminadas a la mejora de la prevención e intervención en las conductas adictivas del colectivo que nos ocupa.

1.2 Un nuevo problema de salud de orden mundial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) preparó a comienzos del año 2019 un Plan Estratégico donde se abordaron problemas en lo referente a la salud pública mundial. Entre otros objetivos, la OMS buscará en los próximos años mejorar la vida a 1000 millones de personas en cuatro ámbitos distintos. Uno de ellos tiene que ver con las “enfermedades no transmisibles” (ENT) y abarca un espectro de patologías que va desde la obesidad y patologías cardíacas, hasta los problemas de salud mental y consumo de sustancias. Estas dos primeras enfermedades tienen en común algunos factores de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco. Basándonos en esto parecería lógico pensar que los consumos habituales de estas drogas son una preocupación de orden mundial, de hecho, el objetivo que persigue la OMS para el año 2023 es reducir el porcentaje de consumo de alcohol y de tabaco en un 10% y un 25% respectivamente (OMS, 2019; Tedros, 2019).

Por parte de La Confederación de Salud Mental Española se reclamó en las elecciones de 2019, al próximo gobierno, una política efectiva en la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales, ya que la OMS prevé que para el año 2023 las patologías de salud mental serán la principal causa de discapacidad en el mundo (Confederación de Salud Mental España, 2019).

España tiene mucho trabajo por delante, dado que las últimas cifras revelan que entre un 2,5% y el 3% de la población adulta padece un trastorno mental grave. Y no es solo el trastorno mental el que llama la atención, también hay una prevalencia alta en relación a las nuevas sustancias psicoactivas ilegales que parecen consumir alrededor del 3,4% de individuos entre los 15 y 64 años (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2018).

1.3 Historia de visibilización del consumo de sustancias en el personal médico.

Una de las primeras ocasiones en las que se menciona esta problemática fue de la mano de Dowling en 1955 cuando utilizó el término “ley del silencio” para hacer entender a los trabajadores que no estaban responsabilizándose de la situación que vivían con sus

compañeros médicos enfermos (Mingote-Adan, et al., 2019). En esta época no se hacían intervenciones situacionales adecuadas y los profesionales afectados sólo podían acabar de dos formas, o bien con un expediente disciplinario o bien con una propuesta de invalidez laboral (Arteman, 2001).

En el mundo anglosajón a partir de la década de los 70 se empiezan a conocer más abiertamente los problemas con los que lidian los médicos diariamente en el ámbito personal y laboral; de los cuales hasta el momento pocas personas se habían percatado. Es gracias a la identificación de problemas, causas y consecuencias en torno al consumo de determinadas drogas, cuando se movilizan para solventarlo. Las primeras medidas estuvieron ideadas desde un carácter más punitivo que de ayuda.

Una de las asociaciones que se preocupó por el bienestar de los médicos fue la Asociación Americana de Médicos (AMA) que avisó en el año 1972 de los problemas a los que se podría llegar en la práctica clínica si un profesional tenía problemas psíquicos y/o conductas adictivas y no las trataba. Un año más tarde, en 1973, la AMA publicó el informe “El Médico Enfermo” dónde se establecieron medidas punitivas en caso de ser necesario y se solicitaron programas específicos y orientados a tratar a los profesionales afectados (Burguera, et al., 2011). Comenzó a concienciar a los profesionales sanitarios de la problemática existente mediante multitud de conferencias como “El médico incapacitado: un reto para la profesión” en 1975 y la creación de una figura especializada conocida como “el médico confrontador” entre otras. El objetivo que se persiguió fue ayudar a que el médico que padeciera una patología encontrara el tratamiento que mejor combinase con sus intereses profesionales para una correcta recuperación y servirle de apoyo tanto personal como social (Mingote-Adan, Garrote-Díaz, Romero-Agüit, 2019). Otros organismos concienciados con el problema fueron la revista JAMA que publicó en el 1973 artículos que aportaban visualización a estas enfermedades y a las consecuencias en la praxis (Padrós, 2013).

En el caso de los anestesiólogos que, como se verá más adelante, parecen ser uno de los colectivos más vulnerables; se genera la voz alarma en California, en 1973 en la Universidad de Wisconsin donde se constató que 2 de cada 17 anestesiólogos sufrían de adicciones químicas (López-Maya, Lina-Manjarrez, Navarro-Henze, Monserrat, 2012).

Si bien es cierto que hay mayor visibilidad, aún hay resistencia por parte de los médicos a que se conozca su condición de adictos en el entorno laboral. Daksa Emson se

suicida con su hija en octubre del año 2000 en Gran Bretaña. Esta psiquiatra en formación padecía un trastorno bipolar y, aterrorizada por la revelación de su enfermedad, decide terminar con su vida antes de que su trabajo se viera afectado por la noticia (Henderson, et al., 2012).

Además de EE. UU., otros países como Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Gran Bretaña crean procesos y programas de intervención especializada con muchos porcentajes de éxito (Guía PAIME, 2018; Padrós, 2013). Por ejemplo, la Asociación Británica de Médicos (BMA) realizaba anualmente reuniones del colectivo de médicos en las que se planteaban problemas de acoso laboral, salud mental, discriminación y, en definitiva, singularidades relacionadas con el bienestar del personal sanitario (Gerada, 2019).

En relación con Europa, no es hasta finales de la década de los 90 cuando se identifica esa necesidad que hasta el momento se había intervenido a través de los programas para población general y algunos grupos de autoayuda. En España los encargados de salvaguardar y controlar a los profesionales sanitarios son sus respectivos colegios oficiales, por tanto, parece lógico pensar que debían ser ellos quienes se pusieran manos a la obra y creasen unas ayudas especializadas. Esto ocurre en 1998, cuando el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona con la financiación proporcionada por la Generalitat ponen en marcha el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) (Guía PAIME, 2018; Padrós, 2013; Bruguera, et al., 2011).

1.4 Prevalencia en España de médicos enfermos.

Según datos del PAIME los profesionales sanitarios presentan diferencias en cuanto al consumo si se comparan con la población en general. Concretamente el alcohol es la primera sustancia más consumida con mucha diferencia respecto a las siguientes, cocaína, opiáceos y benzodiacepinas, siendo las últimas en la lista las relacionadas con el cannabis (Otero et al., 2008). Sin embargo, en el último congreso del PAIME se constata un descenso en el porcentaje de médicos que acceden al programa por consumo de alcohol, de un 10,4% en 2017 a un 8,4% en el último año (PAIME VIII Congreso, 2019).

En lo referente al por qué son los derivados de cannabis los últimos en la lista podría tratarse de un sesgo; ya que los consumidores de estas sustancias no lo consideran un problema suficientemente grave como para acceder a los tratamientos y servicios que el

PAIME oferta. Es decir, no es la menos consumida, sino que los consumidores de ésta son los que menos ayuda piden.

Resulta preocupante que el principal motivo de acceso al tratamiento del PAIME, que siempre ha sido la existencia de trastornos mentales, suba cada año. Por ejemplo, este último año un 6% (PAIME VIII Congreso, 2019).

Desde la creación del PAIME en 1998, 5.171 médicos han acudido a su programa por padecer un trastorno mental y /o una adicción, más concretamente desde el año 2017 al año 2018 se han atendido 877 nuevos casos siendo esta cifra un 30% más alta que en años anteriores (PAIME VIII Congreso, 2019).

El Colegio Oficial de Médicos de Madrid ha concluido en su convocatoria del 25 de febrero del año en curso que ha habido un incremento del 50% de solicitudes de tratamiento psiquiátrico especializado en esta comunidad autónoma. Si se revisan los años anteriores se puede ver el crecimiento progresivo del número de atenciones, donde se pasó de 71 médicos enfermos en 2017, a 96 en 2018 y finalmente en el año 2019 se han registrado 139 demandas.

1.5 Conceptos clave.

1.5.1 Modificaciones del DSM entorno al Trastornos por Consumo de Sustancias.

Los profesionales de la salud utilizan dos manuales oficiales para establecer los diagnósticos clínicos. Por un lado, se encuentra el DSM -V creado por la American Psychiatric Association y por el otro la CIE - 11 de cuya edición se encarga la OMS.

En la última versión del DSM-V publicada en 2013 se modificaron algunos aspectos de las ediciones anteriores, entre ellos;

- La palabra “adicción” se excluyó de la terminología de este manual, cambiándola por una expresión más neutra “Trastorno por Consumo de Sustancias” (TCS) (DSM- 5, 2013).
- Además, se unificó en un mismo trastorno (TCS) las categorías de abuso y dependencia, a pesar de que en las versiones previas se entendían como mutuamente excluyentes y concretamente, el abuso como una fase temprana y

la dependencia como una reacción más severa. (American Psychiatric Association, 2013).

Estas modificaciones pretenden explicar el amplio abanico situacional que comprende un trastorno de estas características, desde un estado leve a uno más grave y compulsivo. Gracias al cambio se abría la puerta a la captación de los *trastornos huérfanos* que dejaban las anteriores ediciones. Se habían utilizado para los individuos consumidores de droga que cumplían sólo uno o dos criterios para la dependencia y/o, que no llegaban a cumplir ninguno de abuso, quedándose sin la posibilidad del diagnóstico completo. (Portero, 2015).

1.5.2 Médico Enfermo

El término “médico enfermo” (ME) se utilizará en referencia a todos los profesionales que debido a “problemas psíquicos y/o conductas adictivas relacionadas con el alcohol y otras drogas, incluidos los psicofármacos; presenten problemas en su práctica clínica”. (Padrós, 2013. p.32; Manual PAIME, 2016; Arteman, et al., 2001).

Existen diferentes motivos por los cuales un médico puede ver afectada su práctica clínica, y por ende ser susceptible de necesitar un tratamiento especializado como se comenta más adelante. Entre esas razones se puede encontrar tanto las adicciones a fármacos u otras sustancias, como posibles vulnerabilidades previas o factores precipitantes que toman fuerza ante la elevada exigencia laboral (Arteman, et al., 2001).

Otro motivo podría ser el famoso burnout que no se comprende como una enfermedad mental, pero sus consecuencias si podrían llegar a terminar en una. Se define como un tipo de estrés laboral que afecta sobre todo a profesionales que mediante relaciones de ayuda o servicio están constantemente en contacto con los beneficiarios de su trabajo. Es muy común en otras profesiones a parte de la sanitaria, por ejemplo, en profesores (Otero, 2003).

2. Metodología

2.1 Procedimiento

Se comenzó la investigación partiendo de la página oficial del PAIME, facilitada por una de sus colaboradoras, Arantza Yubero, supervisora de este trabajo de fin de grado. Desde

esa página se fueron extrayendo las ideas marco del trabajo y se acabó realizando una búsqueda bibliográfica extensa, con dos objetivos:

En primer lugar, contextualizar la problemática de los trastornos mentales y adictivos en el mundo y en España.

En segundo lugar, visualizar la prevalencia de dichas problemáticas en el contexto seleccionado. Finalmente, para encuadrar esta información en el colectivo de los médicos-enfermos.

2.2 Estrategia de búsqueda

Para localizar los artículos se han utilizado las siguientes bases de datos; psycinfo (2000-actualidad, texto completo), Psycodoc (sin especificar años), Dialnet y Google académico. Para el buscador PsycInfo se utilizaron los términos “adicciones”, “adicciones personal sanitario”, “médico enfermo” y “abuso fármacos”. En el caso de Google Académico los términos fueron más concretos orientados a encontrar las páginas oficiales “PAIME”, “Fundación Galatea” “OMS” y “estadísticas mundiales salud mental”. Con Dialnet y Psycodoc se utilizaron los mismos términos “risk factors”, “rehabilitation program”, “trastorno por consumo de sustancias”, “factores de protección”, “médico enfermo” y “modelo Bronfenbrenner”. Estos términos se unieron gracias a los operadores booleanos “or” entre sí y con los operadores “&” para y *GoogleScholar* y “and” para PsycInfo y Psycodoc.

En una segunda fase se utilizaron los artículos seleccionados para partir desde sus respectivas referencias bibliografías y localizar las temáticas concretas que ayudarían en la elaboración del presente trabajo, de acuerdo con el índice planteado.

2.3 Criterios de inclusión y exclusión

Todos los documentos seleccionados han aportado ideas concretas a la elaboración de este trabajo, ya sea por su carácter conceptual o por su narrativa en cuanto a las variables que afectan en la adquisición o no de una patología. Sin embargo, quedaron excluidos cuatro de los documentos en los que se hablaba de la relación médico- paciente en general, ya que se intercalaban muchos artículos genéricos no relacionados con el médico enfermo sino con el médico sano y el cuidado del enfermo de a pie. Y en una segunda visualización se excluyeron

tres escritos por estar demasiado centrados en el programa de atención al médico enfermo y no hablar de las circunstancias que rodean al profesional.

3. Resultados

3.1 Perfil de un médico enfermo

La literatura consultada apunta a que el profesional médico presenta mayores dificultades a la hora de pedir ayuda. Existe una visión orientada desde la antropología que advierte que el problema radica en que un médico tiene que mantener su identidad como individuo ligada a su identidad dentro de la profesión; individuo y médico como un todo indistinguible. Al ocurrir esto se entiende como contrarios la idea de ser médico y de ser paciente, siendo difícil situarse ambos perfiles en un mismo individuo. Esto podría provocar en algunos médicos la negación de la enfermedad y, por tanto, no pedir la ayuda que necesitan (Wessely y Gerada, 2013).

No se han encontrado relaciones directas entre la edad y la prevalencia de adicciones, pero López-Maya et al. (2012) consideran que;

“Existe un período de sensibilización que se da principalmente en gente joven y en los 5 primeros años de formación académica, rango en el que se presentó el consumo de marihuana y fentanyl, comparado con edades de 50 a 60 años quienes consumen café, bebidas energizantes, tabaco, alcohol y benzodiazepinas” (p.104)

De hecho, cabe mencionar que en este último año las demandas de los menores de 30 años han aumentado de un 14,2% a un 17,0% y, sin embargo, los ME entre 31 y 40 años han aumentado de 20,6% a un 26,1% (PAIME VIII Congreso, 2019).

Referido a patología mental en el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid se ha identificado en el último año 2019 como perfil más propenso “el de una mujer de entre 40 y 50 años con manifestaciones de un cuadro ansioso y depresivo” (p.2). Y en el caso de los varones el motivo de consulta más habitual es el de un cuadro de patologías adictivas, pero sin una franja concreta de edad (Convocatoria febrero PAIME, 2020).

Si bien es cierto esto, se debe tener en cuenta que el PAIME no solo atiende a profesionales con problemas de adicciones sino también a una gran mayoría que poseen trastorno mental (74,4%). En el último año 2019 entre residentes y adjuntos hubo un total de

139 médicos atendidos, de los cuales 65 padecían trastornos ansioso-depresivos (PAIME VIII Congreso, 2019).

Además, cabe resaltar que en los últimos tres años en Madrid han aumentado exponencialmente los casos de acceso al PAIME solicitado por médicos residentes (MIR), principalmente por motivos relacionados con trastornos adaptativos y la forma de afrontar el estrés (Convocatoria febrero PAIME, 2020).

Por último, cabe mencionar que la especialidad clínica que más acude a tratamiento en el PAIME de Madrid son los médicos de atención primaria que buscan ayuda por problemas generales ya mencionados. No obstante, hay estudios que afirman que los anestesiólogos son el grupo con mayor porcentaje de consumo adictivo, opiáceos sobre todo y en los registros de tratamiento apenas ocupan un tercer puesto por debajo de medicina general y atención primaria (Burguera, et al., 2011; PAIME VIII Congreso, 2019; Ruiz, Morillas, Albarrán, 2008).

3.2 Factores de riesgo y protección del médico enfermo

3.2.1 Definiciones

Tras exponer la problemática conviene analizar cuáles pueden ser los factores que hacen a los médicos más vulnerables y cuáles son los factores que les otorgan mayor protección y sobre los que se deberá trabajar para mejorar los tratamientos. La importancia de vislumbrar cuales son estos factores viene sugerida por la evidencia que algunos autores, como Uriarte (2005), o Ingram y Price (2000) han podido demostrar en sus investigaciones respecto a sus vínculos estrechos con la aparición o no de las patologías.

Estos factores se encuentran al mismo tiempo en el individuo; podría decirse que son las dos caras de una misma moneda. Se entienden como factores de riesgo las circunstancias individuales, situacionales o del entorno que pueden incrementar la probabilidad de realizar una conducta de riesgo o de padecer un riesgo. En el caso que se está exponiendo sería el consumo de drogas y/o alcohol y padecer una patología mental (Vilchis, 2014). En el reverso se encuentran los factores de protección que la OMS (2004) identificó con las características de una salud mental positiva, siendo estos la autoestima, las destrezas sociales, el pensamiento positivo, etc. Es decir, que son todos los elementos que disminuyen la probabilidad de aparición del trastorno (Villanueva-Bonilla, y Ríos-Gallardo, 2018).

Parece que la combinación de múltiples factores de riesgo junto con una escasez de factores de protección es lo que hace que la balanza se incline más hacia una conducta desviada y/o mayor vulnerabilidad para derivar en un problema mental (OMS, 2004). Es por este motivo que la mayoría de los programas de prevención se enfocan en impulsar los factores de protección y debilitar al máximo posible los factores de riesgo (Vilchis, 2014).

Para hablar de los factores de protección no se han encontrado artículos concretos donde la población específica sean médicos enfermos, sin embargo, la OMS en su informe de 2004 ofrece los factores de protección asociados a la población mundial en materia de prevención de trastornos mentales y se han integrado algunos de éstos en el siguiente apartado.

3.2.2 *Análisis según el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987)*

Se pretende abarcar, en la medida de lo posible, todos los factores que pueden entorpecer o ayudar en la recuperación de los ME y para ello se utiliza el modelo ecológico transaccional de Bronfenbrenner (ver tabla I).

El psicólogo estadounidense Urie Bronfenbrenner, en 1979, critica la forma en que se analizan las conductas en su época tachándolas de irreales por estar en ambientes totalmente controlados y de laboratorio. Defiende la idea de que el desarrollo psicológico es un proceso complejo que debe analizarse desde una visión integral, sistémica y naturalista y que es la consecuencia de la acción recíproca entre factores ligados al contexto (Torrice, Santín, Andrés, Menéndez y López, 2002). Desde su perspectiva, el entorno en el que el individuo se desarrolla y crece influye desde distintos niveles seriados que se pueden observar en la figura 1.

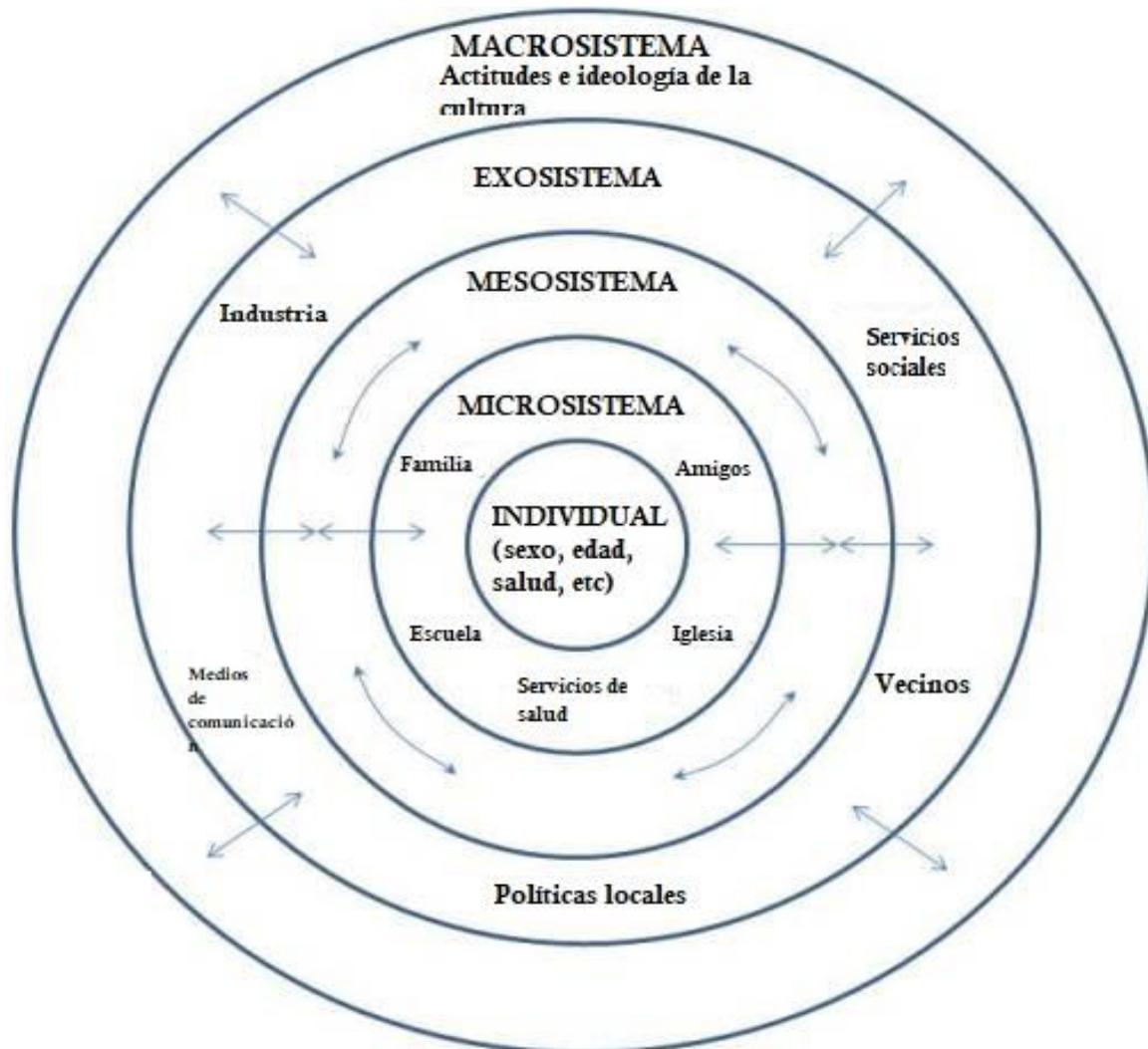


Figura 1: Esquema de la teoría ecológica de Bronfenbrenner

El individuo se sitúa como la unidad más básica de cualquier sistema, aportando tanto sus características genóticas y fenotípicas, como su desarrollo y experiencia. El microsistema comprende el nivel más cercano donde se desarrolla el individuo con los distintos roles que éste mantiene en la familia, la escuela y/o el trabajo y los amigos, por ejemplo. En cuanto al mesosistema, Bronfenbrenner (1979) dice que engloba “las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (familia, trabajo y vida social). Es por tanto un sistema de microsistemas. Se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno” (p.44). Y los contextos en los que la persona no es un participante activo, pero sí le afectan los hechos y acontecimientos a su alrededor sería el exosistema. Un ejemplo podría ser el lugar de trabajo de la pareja o los amigos de la misma (Torrío, et al., 2002).

El macrosistema sería el nivel más externo al individuo, pero no por ello menos importante. La cultura en la que el sujeto se ha desarrollado y el momento histórico y social son algunas de las variables influyentes (Torrice, et al., 2002).

Tabla 1

Análisis de factores de riesgo y protección en base al esquema ecológico de Bronfenbrenner

Dimensiones	Factores de riesgo	Factores de protección
Individuo	Ser hombre Predisposición genética Historia familiar Sentimiento de control y dominio.	Ser Mujer Autoestima alta Adaptabilidad Pensamiento positivo
	Sensación de Invulnerabilidad Autoestigmatización Identidad como médico independientemente del contexto	Habilidades en resolución de problemas Capacidad para afrontar el estrés y la adversidad
Microsistema		
× Familia	Relaciones empobrecidas Poco tiempo Divorcio	Fuertes lazos
× Trabajo/estudios	Accesibilidad a la sustancia	Ambiente de confianza
	Automedicación Guardias Escasas horas de sueño Excesivas demandas académicas y/o competitividad	Introducción de educación en salud mental durante la carrera
× Compañeros de trabajo		Identificación entre compañeros
× Relaciones sociales	Estigmatización Tiempo escaso Aislamiento social	Apoyo social Buenas habilidades sociales
Mesosistema		
× Familia y trabajo	La mayoría del tiempo se pasa en el trabajo lo que provoca que las relaciones familiares acaban empeorando como consecuencia más o	Apoyo social y redes comunitarias
× Familia y amistades		
× Familia y ocio		

menos directa de esta situación.

Dada la cantidad de tiempo invertida en el trabajo, las relaciones sociales y familiares acaban siendo del mismo círculo que el laboral.

Exosistema	Dinero público invertido en sanidad	Responsabilidad social y tolerancia
Macrosistema	Estigmatización Legislación estatal sanitaria estructural Modelo educativo universitario	Recursos de la Fundación Galatea Asociaciones Colegio Oficial de Médicos

Nota: Fuente elaboración propia a partir de Manual PAIME, 2016; OMS, 2004; Vilchis, 2014; Arteman, et al., 2001; Bronfenbrenner, 1987.

En la gran mayoría de problemáticas el hecho de ser varón es constitutivo de ser factor de riesgo. Analizando los datos del último congreso del PAIME en Murcia en octubre de 2019, se puede afirmar que un 41,4 % de los ME que han pasado entre el año 2017- 2018 por el PAIME eran hombres, frente a un 58,6% que eran mujeres. Además, con los datos actualizados del Colegio Oficial de Médicos de Madrid (COMM) se sabe que el último año 2019 de los 139 ME tratados entre personal adjunto y médicos residentes, 59 fueron varones y 80 mujeres. Teniendo en cuenta los datos, se podría pensar que a pesar de que los hombres tienen más potencial para ser ME, son las mujeres las que más acuden a pedir ayuda. Por tanto, parece importante reflejar que el hecho de ser **mujer** podría ser constitutivo de ser un factor de protección.

Algunos de los factores de protección proporcionados por la OMS, en concreto el factor “**sentimiento de dominio y control**” aunque para población general podría funcionar como factor de protección, si nos centramos en los ME podría tratarse de un factor de riesgo muy potente a la hora de no comunicar la enfermedad, precisamente por ese perfil narcisista que rodea a los profesionales de esta índole (Organización Mundial de la Salud, 2004; Arteman, et al., 2001).

La ocultación de la realidad que están viviendo puede verse impulsada por la **auto-estigmatización**, aunque no hay una explicación concreta, algunos autores han hablado de ello. Es posible que simplemente se refleje una tendencia general a la estigmatización relacionada con la visión de “**invulnerabilidad**” que rodea a la profesión, o porque en la cultura médica las opiniones de los colegas pueden ser muy intoxicantes (Henderson, et al., 2012).

La elevada prevalencia de consumo en los médicos parece deberse en parte a la facilidad de acceso a sustancias adictivas, y los altos índices de estrés y burnout (Canadian physician Helat Program, 2003). El 37% de los médicos se auto prescribe medicamentos para paliar su malestar (como se citó en Bruguera, et al. 2011).

Los ME no solo ven afectado el ámbito laboral, sino que también el familiar, debido a la alta exigencia de tiempo y esfuerzo que provoca el ejercicio de su profesión, lo que a menudo puede traer como consecuencia un deterioro de las **relaciones familiares**.

No son problemas estructurales por la disposición en el trabajo lo único que está funcionando como factor de riesgo, sino que en los propios estudiantes se ha visto un patrón de consumo superior al de la media poblacional no sanitaria de sustancias tanto lícitas como ilícitas. Vilchis (2014) afirma que dentro de los motivos por los cuales esto podría ocurrir están las altas **demandas académicas** a las que son sometidos diariamente y que, se asocian en muchas ocasiones con estrés, ansiedad y trastornos del estado del ánimo. Si se añade el fácil acceso a fármacos, incluidos opiáceos, de los estudiantes residentes, se puede afirmar que hay cuestiones estructurales facilitadoras del consumo de las drogas legales (Barón et al., 2010, como se citó en Vilchis, 2014).

El ME no solo deberá lidiar con los factores de riesgo personales, sino que además deberá hacer frente a los obstáculos que la sociedad parece imponer, que evitan la confesión de la condición en la que se encuentra. Se conoce a este sentimiento como la conspiración del silencio por el miedo a que se conozca su enfermedad, refiriéndose tanto a la propia ocultación del interesado, como por parte de los compañeros y familia. Se ha demostrado que hay una gran **estigmatización** incluso entre colegas de profesión. Los individuos que padecen estas enfermedades tienen miedo de la pérdida de credibilidad, reputación y sobre todo a la violación de la confidencialidad. Por todo esto la probabilidad de que el ME acceda al tratamiento es ínfima (Manual PAIME, 2016).

Existen otros factores que se conocen como **factores precipitantes** que, a diferencia de los predisponentes ya explicados anteriormente; son vivencias que contribuyen desde el momento en que aparecen a la producción de los trastornos y/o conductas adictivas. De estos factores se puede destacar según datos del PAIME (2017) los siguientes en orden de mayor probabilidad:

- Conflictos de pareja 47%
- Tratamiento de dolencias físicas 21%
- Compensar estados depresivos 11%
- Estrés post traumático 11%
- Mejorar su rendimiento 10%

Es importante tener estos elementos identificados, ya que su abordaje será parte esencial del trabajo de rehabilitación.

Para finalizar el análisis, cuando el médico enfermo de larga duración ha sido dado de alta se debe enfrentar a nuevos estresores. A pesar de haber pocos estudios cualitativos donde se puedan ver a qué obstáculos se enfrentan estos profesionales en su reincorporación Dekkers- Sánchez, Wind, Sluiter, & Frings-Dresen (2010) llegaron a realizar un estudio desde la perspectiva de los grupos focales. Esta técnica consiste en crear un grupo de entre 4 y 10 individuos donde se tiene una discusión muy extensa en torno a una problemática, en concreto se trataron los problemas de salud en el personal sanitario en el momento de reincorporarse al trabajo. Se hicieron entrevistas de grupo, y tras algunas preguntas se fue argumentando en forma de embudo hasta finalizar la reunión cuando se saturó el discurso. Estos autores descubrieron en su estudio cuatro áreas que se veían afectadas en su reincorporación;

- En los factores personales, concretamente en lo relacionado con la autoeficacia y la concepción de algunas enfermedades.
- En los factores relacionados con la salud.
- Obstáculos sociales entorno a las relaciones interpersonales.
- Obstáculos relacionados con el trabajo.

3.3. Recursos de los que dispone el médico enfermo

PAIME

Como se ha comentado con anterioridad los profesionales de la salud tienen algunos recursos especializados a su disposición. A continuación, se procede a la explicación más completa del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) por ser pionero en Europa y por su accesibilidad a las estadísticas de los tres últimos años, 2017-2018 -2019.

El PAIME (PAIMM en catalán) se creó en 1998 por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona extendiéndose posteriormente al resto de Colegios Oficiales de otras provincias. Actualmente cada provincia dentro de España cuenta con una unidad de tratamiento especializado PAIME donde podrá tratar su problema de forma totalmente confidencial; tanto es así que incluso en las ciudades más pequeñas se cuenta con uno o dos profesionales para que de esta forma se garantice el anonimato (Guía PAIME, 2018).

Este programa se creó principalmente como una forma de atención a los médicos orientado a la recuperación y tratamiento. Al mismo tiempo servía como instrumento de control de la buena praxis, apoyo al colectivo y como garantía para la población (Guía PAIME, 2018; Arteman, et al., 2001). La filosofía que persigue este programa no es persecutoria ni punitiva, con la excepción de aquellos profesionales en los que haya un riesgo objetivo de mala praxis, en cuyo caso se deberá intervenir de forma inmediata (Mingote-Adan et al., 2019).

Cualquier profesional que esté en posesión de un título de medicina y registrado en su correspondiente colegio oficial, habiendo trabajado al menos un año y con la posibilidad de mantenerse activo con posterioridad, podría acceder a estos servicios. Además, debe padecer un trastorno adictivo o mental que este interfiriendo en su trabajo y perjudicando a sus pacientes (Manual PAIME, 2016).

Este programa ofrece tres tipos de servicios. En primer lugar, se encuentra el servicio ambulatorio donde se realizan las primeras entrevistas, visitas de seguimiento, controles toxicológicos de orina, así como psicoterapias grupales o individuales según la disponibilidad que haya en su zona. En segundo lugar, existe la opción de acudir a un hospital de día. Por último, para los casos más graves, cabe la posibilidad de ser ingresado en la Unidad de Ingreso del PAIME.

Para acceder a estos servicios e iniciar un proceso terapéutico existen tres vías principalmente. Se puede entrar por medio de demanda que hace el ME espontáneamente y por su propia voluntad decide pedir ayuda; o de forma inducida por la presión que alguien del entorno ha ejercido sobre el propio médico. La segunda posibilidad es entrar por medio de una demanda por comunicación confidencial (CC) en la cual hay una tercera persona notificando la existencia de un posible médico enfermo con la finalidad de establecer una estrategia de persuasión para que sea el profesional el que pida la ayuda de forma voluntaria. Por último, se puede llegar a este programa mediante una denuncia formal (DF) remitiendo un escrito al Colegio Oficial de Médicos (COM) con todos los datos que permitan la identificación del denunciado y el denunciante y en el que se argumenta la existencia de una mala praxis por parte de un profesional de la salud (Manual PAIME, 2016; Padrós, 2013).

Lo más importante y que hace que el programa sea un éxito, son los mecanismos de confidencialidad sobre los que pivota todo este programa. Para garantizar esa confidencialidad se ha creado un teléfono directo y anónimo, una correspondencia postal anónima, una localización discreta para la unidad de tratamiento, un cambio de nombre nada más iniciar el mismo, y restricción absoluta tanto de acceso a la unidad como de información a terceros (Arteman, 2001).

La confidencialidad no ayuda por si sola si la persona no está siendo informada de forma correcta ya que se podría perder la alianza terapéutica. Se deberá dotar al ME de toda la información necesaria sobre los objetivos que se perseguirán con su intervención, y el objetivo último que sería la rehabilitación y por consiguiente la garantía de actuar con buena praxis clínica. Se procurará ayudar al ME a aceptar las normas, vincularse y adherirse al plan terapéutico de forma eficaz (Manual PAIME, 2016).

El éxito se debe además a otros criterios que se recogen en el Manual PAIME (2016) como son; atención asistencial diferenciada de los servicios generales para mayor especificidad, que se responsabilice el Colegio de Médicos como garante de buena praxis tutelando los tratamientos y, por último, la correcta utilización del contrato terapéutico en distintos grados para la visión del compromiso mutuo entre paciente e institución.

El concepto de Contrato Terapéutico (CT) es una idea clave en este tipo de asistencia. La forma que posee el médico para dar su consentimiento informado, conformidad con el tratamiento y compromiso para tomar las debidas precauciones o restricciones en la práctica

profesional, es a través de este contrato (ver Anexo I). En caso contrario, cuando el enfermo niega su condición y por lo tanto se niega a someterse a un tratamiento, pero sí hay constancia de que sea un peligro, el COM tendrá la potestad para ordenar un examen psiquiátrico donde aparezcan las capacidades del sujeto que tiene preservadas para las adecuadas prácticas clínicas y cuales no (Arteman, et al, 2001).

El programa recoge a profesionales que padecen diversas problemáticas entre las que se encuentran por un lado las conductas adictivas con distintas drogas tanto legales como ilegales o psicofármacos; y, por otro lado, trastornos mentales más agravados como paranoia, esquizofrenia o inclusive trastornos bipolares, de depresión mayor o ansiedad (Guía PAIME, 2017; Arteman, et al., 2001). Estos dos ámbitos de enfermedad se conocen como la patología dual, tratamiento para el cual están especializados en el PAIME. Existen tres modalidades de tratamiento: internamiento, consultas ambulatorias que incluyen psicoterapias tanto grupales como individuales, y hospital de día; además de contar con actividades complementarias (Padrós, 2013). Un psiquiatra, un psicólogo y un médico especialista en adicciones son los responsables de implementar los tratamientos más adecuados, bajo la supervisión de un coordinador, que es el nexo de comunicación entre las distintas instituciones (Guía PAIME, 2017)

Existen numerosas formas de dar por **finalizada la participación** en el programa, en primer lugar, estaría el alta médica motivada por una curación total, por agotamiento de los recursos terapéuticos o por alta voluntaria, siempre y cuando no presenten un riesgo para la salud de terceras personas. En segundo lugar, estaría el alta administrativa ofreciendo elementos o ayudas alternativas dependiendo del motivo del alta. Esta vía suele darse cuando por motivos ajenos a la curación en sentido estricto, el paciente ya no puede seguir con la terapia. Por ejemplo, por un cambio de ciudad, expulsión del programa por incumplimientos reiterados, jubilación, incapacitación, etc. En tercer lugar, se puede dar un alta con seguimiento cuando el ME denota una clara mejoría, pero sin llegar la curación. Este médico-paciente deberá someterse a visitas cada seis meses y una revisión bimensual con psicoterapia o de grupo o individual. Se puede dar además un alta por recaídas continuas o por abandono del programa y en última instancia, por muerte del paciente (Manual PAIME, 2016).

Proyecto Hombre

Desde el año 1984 Proyecto Hombre ha acompañado a miles de personas en su lucha contra las adicciones mediante un método biopsicosocial basado en el crecimiento de la persona y su maduración. Se les acompaña proporcionándoles un tratamiento adecuado que les ayude en la reinserción sociolaboral. En 2010 comenzaron a colaborar con el PAIPSE y en octubre de 2013 con el Colegio Oficial de Médicos de Madrid para ayudar a los sanitarios con adicción a sustancias a recuperarse de una forma integral (Proyecto Hombre, 2020).

El objetivo que se persigue con esta colaboración es ofrecer un tratamiento especializado de deshabituación basándose en la idea de que la simple abstinencia de forma aislada no conduce a un cambio en el contexto vital de la persona, sino en un área determinada.

El proceso terapéutico se apoya en la terapia combinada, con sesiones grupales dos veces por semana y sesiones individuales periódicas, además de encuentros con aquellos familiares previamente autorizados por los pacientes a participar en su proceso de tratamiento. La combinación de terapias individuales y grupales permite al sujeto verse aceptado e identificado; aunque a la vez confrontado y presionado positivamente por otros miembros del grupo siendo estos y otros muchos, factores que favorecen la rehabilitación (Proyecto Hombre, 2016).

Por un lado, en el grupo terapéutico se abordarán todas aquellas pautas disfuncionales que les impiden el cambio, desde las cognitivas (distorsiones), las conductuales (hábitos de consumo repetitivos) y las emocionales (provocar la experiencia e integrarla posteriormente tras haberla trabajado), hasta las pautas interpersonales (desavenencias consigo mismos y con el pasado). A su vez en estas sesiones grupales se abarcarán temáticas relacionadas con el manejo del deseo de consumo y la prevención de las recaídas, definiendo lo que son y las típicas situaciones donde pueden darse para que estén preparados y actuar en consecuencia.

Por otro lado, la psicoterapia individual tiene como fin último que el paciente aumente su autorrevelación en un ambiente totalmente privado y seguro.

Cabe destacar que en este programa se da mucha importancia al seguimiento; durante el proceso terapéutico se monitoriza al paciente mediante la toma de muestras bajo supervisión de un profesional, cuentan con una atención especial para los momentos de crisis

tanto por teléfono como presencialmente y una vez se ha recibido el alta terapéutica, también se hace un reencuentro mensual por lo menos durante un año después del alta (Proyecto Hombre, 2016).

PAIPSE

El colectivo de enfermería, auxiliares, y demás personal sanitario es tan vulnerable como lo puede ser el de médicos, y gracias a la creación del PAIME y sus buenos resultados el Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM) junto con el Consejero de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid firmaron en 2006 un acuerdo de colaboración entre ambos para atender de forma integral a los profesionales que padezcan determinados problemas de salud (Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, s/n). El Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE) es un servicio de carácter público al que pueden acceder todos los trabajadores dentro de la Comunidad de Madrid dado que está a cargo de la Consejería de Sanidad. En contraposición con el PAIME que sería una entidad privatizada.

Fundación Galatea

Para una visión más genérica del resto de profesionales de la salud se hace una breve mención a la Fundación Galatea que se creó en el año 2001 en Cataluña tras la buena acogida del PAIME/PAIMM. Su objetivo fue tener ese mismo servicio para el resto de las profesiones en el ámbito de la salud cuyos trabajadores padecieran una patología. Concretamente se crearon las siguientes; para los psicólogos el programa PSYQUE, para trabajadores sociales fue el SUPORTS, para los enfermeros y enfermeras el programa RETORN, para odontólogos el programa APOL-LÓNIA, para el farmacéutico enfermo el programa ITACA y para veterinarios ASSÍS (Fundación Galatea, s/n).

Esta fundación no solo colabora con programas asistenciales específicos para los colectivos arriba mencionados, sino que también tienen un Servicio de Apoyo Emocional a los Profesionales de la Salud (SEPS) en el que se aborda sobre todo el malestar emocional que se deriva del ejercicio de la profesión. Pero no solo actúan cuando el problema se ha generado, sino que también contemplan programas de prevención y promoción de la salud con el objetivo de prevenir el estrés y mejorar la calidad de vida, tanto para profesionales, como para estudiantes de medicina y MIR.

4. Discusión

Las adicciones y los trastornos mentales son preocupaciones de orden mundial de las cuales las entidades deben responsabilizarse ofreciendo ayudas específicas para el gremio afectado en cuestión. De igual forma los profesionales deben de actuar conforme al mayor beneficio tanto para sí mismos como para sus pacientes, siendo la **salud** de ambos, el objetivo primordial.

Si bien es cierto que muchas asociaciones ya se hacen cargo de las problemáticas que pueden desarrollar sus trabajadores y despliegan sus ayudas, aun falta mucho por hacer. Concretamente por parte del estado y las entidades que se encargan de la organización y el abastecimiento de ansiolíticos, opiáceos y antidepresivos, entre otros. Es importante tener un **sistema más controlado e informatizado** de las prescripciones de los medicamentos para obstaculizar lo máximo posible la automedicación.

El problema fundamental que se encuentra en este colectivo es la baja probabilidad de acceso al tratamiento y reconocimiento de enfermedad por parte de los implicados. Es muy habitual que la mayoría de los profesionales con problemas quieran solucionarlos, sin embargo, se suelen escudar en que si se descubre su condición perderán su *prestigio*, o *reputación*, algo que muy pocos quieren permitirse ya que esto forma parte fundamental de su identidad. Por ello sería necesario apoyarles realizando campañas en contra de la **estigmatización** de los problemas de salud mental en los profesionales sanitarios.

Además, para facilitar el acceso al tratamiento y, por tanto, el reconocimiento de su problema, los programas existentes cuentan con la **confidencialidad** como eje fundamental. A pesar de esto, no debemos olvidar los factores de riesgo que en general superan considerablemente a los factores de protección (véase tabla 1) dificultando la iniciativa por parte del individuo de empezar una terapia.

Por esto mismo sería prudente investigar los **factores de protección** más concretos que se pueden encontrar los médicos enfermos para que las intervenciones sean más efectivas y los beneficios de mayor duración en el tiempo. Se presupone que al conocer los factores de riesgo y potenciar los de protección, se fortalece al individuo para que consiga evadir y controlar cada una de las situaciones de riesgo.

Algunas carreras exigen niveles muy altos de estrés, y este es el caso de la carrera de medicina, muchas veces identificada por el esfuerzo a corto y largo plazo que deben hacer sus estudiantes. La dedicación y el esfuerzo no son solo durante la carrera en sí, sino durante los años de bachillerato que le permiten obtener la nota de corte tan elevada que esta carrera suele requerir. Además, después de seis años de estudio, se puede hacer unas oposiciones y una vez las apruebas quedan aún 4 años más de especialización como Médico Residente Interno (MIR) o incluso 5 si la especialización es compleja. El cómo se gestione psicológica y conductualmente todo este proceso en un estudiante desde los 18 años, influirá enormemente en su forma de trabajar y de vivir en el futuro. Por esto parece indispensable una modificación en el **plan de estudios**, añadiendo asignaturas durante el grado relacionadas con el bienestar tanto psicológico como emocional, y pautas que ayuden en la identificación y gestión de situaciones y estados poco beneficiosos tanto para el propio individuo como para la adecuada práctica clínica. De hecho, sería importante mantener una **continua formación** y actualización no solo mientras estudian medicina, sino también mientras se ejerce.

En cuanto a la redacción de este trabajo, me he visto **limitada** en la obtención de información académica. Es decir, al buscar en las bases de datos mencionadas al principio, los documentos con investigación e información encontrados además de ser escasos están desactualizados, siendo uno de 2015 el más moderno. No obstante, gracias a las paginas web oficiales de los distintos centros de ayuda y la colaboración de mi tutora para facilitarme documentos oficiales y memorias he sacado mucha información sobre la problemática en sí y sus estadísticas. Este hecho me lleva a pensar en la necesidad de que todas las investigaciones antiguas sigan actualizándose y de esta forma no solo darle mayor importancia y visibilidad al problema, sino también encontrar nuevas vías de tratamiento posibles.

Por último, agradecer la labor que asociaciones como la Fundación Galatea y otras instituciones colaboradoras están haciendo día a día por los que son nuestros guardianes de la salud. Si nuestros médicos están mal, nosotros como población general no lograremos estar mejor, de ahí su gran labor. Sin embargo, parece que los esfuerzos de los Colegios Oficiales por dotar a sus profesionales de un servicio asistencial específico pierden su sentido si estos no saben de su existencia. Se ha preguntado de forma aleatoria a sanitarios del centro de la Comunidad de Madrid y de 6 personas (provenientes de distintos centros hospitalarios) y ninguno tenía ningún **conocimiento** al respecto de todo lo mencionado en el presente trabajo.

Por tanto, quizá debiera haber más información sobre estos recursos no solo en los propios Colegios Oficiales, sino en los Hospitales, y lo más importante, en las universidades.

5. Conclusiones

Para finalizar, quería dejar unas ideas claras con las que el lector pueda quedarse tras la lectura de esta revisión bibliográfica:

- Existe una **alta demanda** de médicos enfermos en nuestro país, y más concretamente en la Comunidad de Madrid, que requieren tratamiento siendo mayoritariamente mujeres.
- Se debe centrar la atención en todos los profesionales sanitarios, no solo porque la OMS ha clasificado de primordial la problemática relacionada con las adicciones y los trastornos mentales, sino por lo que estos profesionales representan. En 2020 se está viviendo una crisis humanitaria mundial por el COVID-19, en la que uno de los **colectivos más importantes**, si no el que más, son todos profesionales sanitarios que están salvando vidas. Un profesional de la salud enfermo en estos momentos es una gran pérdida para el resto de la población y para la esperanza de muchos enfermos de población general.
- En hilo de lo anterior, es responsabilidad del estado y demás instituciones públicas **reducir los factores estructurales** que fomentan la sobrecarga de trabajo que sufren nuestros sanitarios costándoles en muchas ocasiones su salud tanto física como mental. Por ejemplo, aumentado la asignación económica que permita tener más trabajadores o utilizando sistemas de control de prescripciones más eficaces.
- En la actualidad existen ayudas especializadas para tratar a los médicos enfermos y otros profesionales sanitarios, tanto de manera individualizada como colectiva. La **confidencialidad** es el eje fundamental por el que deben de pasar todos los recursos.
- Para que se pueda acceder a todos los **recursos** que hoy en día son una realidad, solo faltaría abordar la estigmatización de la problemática, reducir al máximo los corporativismos que no hacen más que retrasar las ayudas, y aumentar la visibilidad de recursos como el PAIME a todos los pacientes potenciales.

Por último, quiero agradecer a cada una de las personas que están relacionadas con el ámbito de la salud, la grandísima labor que están realizando en la actualidad en la crisis del COVID-19.

6. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association, (2013).
- Arteman, A., Bruguera, E., Casas, M., Colom, J., Gual, A., y Padrós, J. (2001) El programa de atención integral al médico enfermo. *Información psicológica dossier (77)*
- Arteman, J. (2004) Programas especiales dirigidos al médico enfermo. *JANO*, 66, 1119-1128.
- Arteman. A., Gual, A., Padrós, J., Casas, M., Bruguera, E., Colom, J., (2001) ¿Qué hacer cuando el paciente es un colega? Dos años de experiencia del programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME). *Adicciones*, 1 (13)
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press. (Trad. Cast.: *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, Ediciones Paidós, 1987).
- Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (s/n). Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE). Madrid: CODEM. Recuperado de <https://www.codem.es/paipse>
- Confederación de Salud Mental España. (2019). Salud Mental España demanda al futuro gobierno que la salud mental sea una prioridad en su agenda política. Recuperado de: <https://consaludmental.org/sala-prensa/actualidad/salud-mental-espana-demanda-al-futuro-gobierno-que-la-salud-mental-sea-una-prioridad-en-su-agenda-politica/>
- Convocatoria febrero PAIME, (2020) Madrid.
- Dekkers-Sánchez, P., Wind, Sluiter, J & Frings-Dresen, M. (20110). A qualitative study of perpetuating factors for longterm sick leave and promoting factors for return to work: chronic work disabled patients in their own words. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 544–552
- DSM- 5 (2013).
- E. Bruguera, E. Llavayol, M. Heredia, T. Pujol, M. Rios, S. Valero, J. Matalí y M. Casas. (2011). Unidad de Hospital de día PAIMM/RETORN. *Revista de psicopatología y salud mental*. 53-57.
- Fundación Galatea (s/n). Programas asistenciales. Barcelona: Fundación Galatea. Recuperado de https://www.fgalatea.org/es/programes_assistencials.php#

- Gerada, C. (2019, 16 of July). Clare Gerada: Doctors' mental health and stigma—the tide is turning. *Thebmj*. Recuperado de <https://www.bmj.com/>
- Guía PAIME. (2018). 2nd ed. Madrid.
- Henderson, M., Brooks, S., Busso, L., Chalder, T., Harvey, S., Hotopf, M., Madan, I., Hatch, S. (2012) Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. *Thebmj*. <https://bmjopen.bmj.com/>
- López-Maya, L., Lina-Manjarrez, F., Navarro-Henze, S., Monserrat, L., (2012). Adicciones en anesestesiólogos. ¿Por qué se han incrementado? ¿Debemos preocuparnos? *Revista Mexicana de anesestesiología*, 35 (2), 95-106.
- Manual PAIME (2016).
- Martínez- Lanz, P., Medina- Mora, M., & Rivera, E. (2005). Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Revista Facultad De Medicina UNAM*, 48(5), 191-197.
- Mingote-Adan, J.C., Garrote-Díaz, J.M., Romero-Agüit, S. (2019) La experiencia del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) de la Organización Médica Colegial en España. *Medicina Clínica Barcelona*, 152 (8), 324-328.
- Otero Dorrego, C., Huerta Camarero, C., & Duro Perales, N. (2008). Drogodependencias en personal sanitario, una visión desde la medicina del trabajo (I): aspectos jurídico-legales y epidemiológicos. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo.*, 211, 15-23.
- Otero Dorrego, C., Huerta Camarero, C., & Duro Perales, N. (2008). Drogodependencias en personal sanitario, una visión desde la medicina del trabajo (II): aspectos jurídico-legales y epidemiológicos. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo.*, 212, 7-19.
- Otero, J.A. (2003) Mesa redonda 1. La salud de los médicos. El médico enfermo. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 29 (1), 17-28
- Padrós, J. (2013) El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo y el control del ejercicio profesional. La experiencia del Colegio de Médicos de Barcelona. Barcelona, España: Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y Fundación Galatea.
- PAIME VIII Congreso (2019). Cuidando de ti, cuidando de todos. (pp.1-43). Murcia.
- Portero, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuadernos de medicina forense* 21 (34).

- Programa Retorn. (2016). Retrieved 15 October 2019, from <https://www.coib.cat/ca-es/col-legiades/la-teva-salut/programa-retorn.html>.
- Proyecto Hombre (2016). Atención a pacientes médicos en proceso de deshabituación del programa PAIME.
- Proyecto Hombre (2020). Recuperado de: <https://proyctohombre.es/quienes-somos/>
- Ruiz, R., Morillas, P., & Albarrán, M.E., (2008) Adicciones en anestesiología. *Revista de la Escuela de Medicina Legal*.
- Tedros, A. (2019). Proyecto de 13.º programa general de trabajo 2019-2023. Promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones vulnerables. Ginebra, Suiza Organización Mundial de la Salud.
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S., López, M. J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de la psicología*, 18 (1), 45-59.
- Uriarte, J.D. (2005) La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, vol. 10, (2), 61-79
- Valverde, F.J., Pérez, A., Moreno, A. (2013). Consumo de drogas entre los especialistas Internos Residentes de Jaén (España) y su relación con el consejo clínico. *Adicciones*, 25 (3), 243-252.
- Vilchis Rodríguez, A. (2014). Drogodependencias en el ámbito de la salud ¿Un problema frecuente? Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones 9º Generación. Retrieved 30 October 2019, from Universidad de México. Website:http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/VILCHIS%20RODR%C3%8DGUEZ,%20A._Drogo_dependencias%20en%20el%20%C3%A1mbito%20de%20la%20.pdf
- Villanueva-Bonilla, C. y Ríos-Gallardo, A. M. (2018). Factores protectores y de riesgo del trastorno de conducta y del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23 (1), 59-74.
- Wessely, A., &Gerada, C. (2013). When doctors need treatment: an anthropological approach to why doctors make bad patients. *Thebmj*, 347 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f6644>

7. Anexo I

Ejemplo de contrato terapéutico (Otero, 2008).

Contrato Terapéutico: ACUERDO DE REHABILITACIÓN LABORAL EN FASE DE ABSTINENCIA

D/Dña.....**XXXXX**.....con DNI... **XXXXX** ..., con puesto de trabajo..... Servicio....., turno,se compromete con la Dirección/SPRL de este Centro Sanitario, mediante este escrito a:

- 1.-Designar como persona responsable de su tratamiento a D./Dña., en calidad de **Psicoterapeuta**.....
- 2.-Acudir a revisión en el SPRL (que actuará como Servicio de arbitraje en cuanto a su aptitud laboral) cuando sea requerido y aportar documentación/informe periódico favorable de su psiquiatra de estar acudiendo a las revisiones, hasta cursar alta por curación en aras de favorecer su realización personal y laboral.
- 3.-Someterse a análisis de orina/sangre/pelo aleatorios (sin previo aviso) según marque el servicio de arbitraje (SPRL) SIEMPRE en presencia de personal sanitario del SPRL y contrapruebas más específicas en caso de positivos
- 4.-Comprometerse a no tomar medicación alguna que falsee el resultado de las pruebas, dando su consentimiento por escrito cada vez que se realice una prueba y explicitando en dicho consentimiento la medicación que toma en ese momento o la ausencia de medicación. Para preservar su intimidad la petición de las pruebas se hará bajo una falsa identidad que será la siguiente:....**J. Pérez Pérez**.....

-En caso de que los análisis sean positivos a algún tóxico, el paciente autoriza al Facultativo del SPRL a comunicar dichos resultados a sus responsables inmediatos (Jefe de Servicio, y Dirección del Centro), dado que no se puede aceptar el riesgo ocasionado a terceros (los pacientes). La positividad confirmada a cocaína y/o cannabis y/o opiáceos y/o anfetaminas, descartada la existencia de interferencias medicamentosas, será motivo de valoración como **NO APTO**.

-Tiene derecho a negarse a aceptar estas condiciones dado que le asiste el derecho a la protección de su intimidad, según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Pero en caso de una negativa, se estaría en un supuesto de duda razonable de que el riesgo sigue persistiendo y se interpretaría en los mismos términos que una prueba de toxicológica positiva, en dicho caso no se podría aceptar el riesgo ocasionado a los pacientes

- La recuperación de la normalidad laboral será progresiva, incorporándose primero a la actividad **XXXXX**, después de **X** semanas de controles negativos, y al menos **X** semanas más de controles negativos para su incorporación a **XXXXX**

-La positividad de un control supone su paso a tareas de menor responsabilidad.

- La segunda positividad de un control en menos de **X tiempo** supone la comunicación al Colegio Oficial de Médicos de..... y la inhabilitación colegial/profesional .

En, a.....de..... de 200...

Fdo.:.....
Paciente-trabajador

Fdo.:.....
Responsable Dirección/SPRL