



Fundación para la Protección Social
de la OMC

Guía PAIME

Programa de Atención Integral
al Médico Enfermo

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

Fundación para la Protección Social
de la OMC

Guía PAIME

Programa de Atención Integral
al Médico Enfermo

ISBN: 978-84-606-7528-0

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRESENTACIÓN	6
INTRODUCCIÓN	8
▪ Participantes: Grupo de Técnico. Coordinación y seguimiento.	
▪ Destinatarios.	
▪ Estructura de la Guía.	
1. QUÉ ES EL PAIME	11
1.1. Origen y antecedentes.	
1.2. Definición del problema.	
1.3. Justificación del programa.	
1.4. Características. Explicativo del PAIME.	
1.5. Factores que dificultan el abordaje y tratamiento.	
1.6. Servicios.	
1.7. Requisitos para acceder al PAIME.	
2. TENGO UN PROBLEMA	19
2.1. Si tengo dudas: autotest para saber si padezco... (adicción, malestar psicológico susceptible de...), hablarlo con los más próximos.	

- 2.2. Aceptación implica pedir ayuda y compromiso co-responsable.
- 2.3. Los apoyos: familia, amigos, compañeros.
- 2.4. Qué debo hacer: acudir a un profesional, llamar al COM, llamar al PAIME, hablarlo con los más allegados.
- 2.5. Qué no debo hacer: negación, falso autocontrol, auto-tratarme, engañarme y engañar a los otros, hacer dejación de mi responsabilidad para con los demás.

3. CÓMO ATENDER A UN MÉDICO CON UN POSIBLE PROBLEMA DE ATENCIÓN PAIME 23

- 3.1. Factores diferenciales en la enfermedad del médico.
- 3.2. El cambio de rol: de médico a paciente.
- 3.3. Autodiagnóstico y autotratamiento.
- 3.4. El abordaje psiquiátrico.

4. AYUDAS DE LOS COLEGIOS DE MÉDICOS Y LA FUNDACIÓN PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA OMC. FINANCIACIÓN DEL PAIME 29

- 4.1. Los PAIME funcionan. Qué servicios mínimos podemos esperar encontrar.
- 4.2. Teléfono confidencial. Cambio de identidad.
- 4.3. El Contrato Terapéutico, compromiso mutuo y soporte colegial. Control de la praxis profesional y soporte colegial a la vez. Indicado para tutelar y seguir procesos terapéuticos difíciles y/o frágiles en el ámbito laboral.
- 4.4. La Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social Príncipe de Asturias. Incorporación del PAIME al Catálogo de Prestaciones; apoyo y financiación.

5. QUÉ PUEDEN HACER LOS COLEGAS, COMPAÑEROS, SUPERIORES Y RESPONSABLES INSTITUCIONALES PARA AYUDAR A LOS MÉDICOS CON PROBLEMAS DE POSIBLE TRATAMIENTO PAIME	37
5.1. Colaborar en la identificación del médico con un problema de posible tratamiento PAIME.	
5.2. Hablar y ayudar. Hablar, acompañar, ayudar a admitir, decidir. Las crisis pueden ayudar a afrontar el problema.	
5.3. La red de apoyos. Familiares más allegados, amigos íntimos, colegas cercanos. La desestructuración empieza en casa y termina en el trabajo o en el despacho.	
5.4. La demanda de ayuda inducida. Todos presionan para que el médico con problemas pida ayuda. Cuanta más presión, más seguimiento de la evolución del proceso y mejores resultados.	
5.5. Cuándo se debe notificar al COM un posible caso PAIME. El riesgo para la praxis profesional.	
6. QUÉ PUEDEN HACER LOS FAMILIARES Y PERSONAS PRÓXIMAS DE MÉDICOS CON POSIBLES PROBLEMAS DE ATENCIÓN PAIME	45
6.1. Si hay dudas. Cómo saber si tiene un problema. Señales del problema. Hablar y aconsejar con ánimo de ayudar.	
6.2. Pedir consejo al Colegio de Médicos, la OMC, Fundación para la Protección Social.	
6.3. Hablar y aconsejar primero. Presionar después.	
6.4. Buscar Apoyos. No perder la esperanza.	
7. ANEXOS	51
7.1. Teléfonos colegiales información PAIME.	
7.2. Protección Social del PAIME.	

PRESENTACIÓN

La Guía PAIME que tienes en tus manos constituye una importante herramienta para reforzar la labor de divulgación y de impulso del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) en todo el territorio nacional, reto asumido por los colegios de médicos y que ha hecho suyo la Comisión Técnica Nacional del PAIME, quien, junto con el Grupo Técnico de Trabajo, ha elaborado la Guía.

El PAIME, desde su creación en 1998, sigue teniendo como objetivos principales conseguir que el médico en activo que enferma reciba la atención necesaria, y garantizar a la sociedad que, una vez recuperado, desempeña su trabajo en unas condiciones óptimas.

Los médicos, al igual que el resto de la población, padecen enfermedades que deben ser diagnosticadas y tratadas. Sin embargo, muchos médicos no son conscientes de sus problemas y se resisten a recibir apoyo o ayuda. Otros médicos enfermos, siendo conscientes de su situación, hacen grandes esfuerzos para limitar sus deficiencias. En ambas situaciones, si el médico sigue ejerciendo sin recurrir a la asistencia de un profesional especialista cualificado, es muy probable que con el tiempo le surjan serios contratiempos.

Siendo un Programa Colegial, de médicos para médicos, el PAIME está pensado para superar las barreras que impiden a estos profesionales verse como pacientes. No se limita a una asistencia médica y especializada, sino también incorpora los aspectos sociales y legales que pudieran derivarse. Garantizar al médico la confidencialidad del tratamiento, la confianza y complicidad en el afrontamiento del problema, así como la búsqueda de soluciones, es una garantía para que el médico enfermo tome conciencia de su problema, decida pedir ayuda y acceda al Programa. También es cumplir con el Código de Deontología Médica de la OMC, (Julio 2011), que en su capítulo IV, artículo 22, se refiere a la obligación de asegurar la Calidad de la Atención Médica.

Pero el PAIME no se ha detenido en la atención al médico enfermo, pues paralelamente ha incorporado programas destinados al desarrollo de estrategias dirigidas a la promoción de la salud del médico y a la prevención de las situaciones que pueden desencadenar las patologías objeto de la intervención específica de este programa.

Los colegios de médicos, los consejos autonómicos de colegios de médicos, el Consejo General de Colegios Médicos, la Fundación Galatea y la Fundación para la Protección Social de la OMC, colaboran día a día para aunar esfuerzos, optimizar recursos y generar un conocimiento que permita a todos ellos avanzar hacia la consolidación de un Programa de Atención Integral al Médico Enfermo que dé respuesta, en cada momento y de forma personalizada, a las necesidades de atención a la salud que presentan los médicos en España.

Dr. Serafín Romero Agüit

Presidente de la Fundación para la Protección Social de la OMC

INTRODUCCIÓN

PARTICIPANTES

Este documento ha sido realizado, en su primera edición, por un grupo formado por expertos colegiales y clínicos que actualmente están vinculados al Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), a través de sus colegios o de los consejos autonómicos de colegios de médicos, y que han participado en la elaboración del mismo a propuesta de las personas que forman la Comisión Técnica Nacional del PAIME. En 2018 se realizó una segunda revisión y actualización.

- **Primera edición: mayo 2013.**

COLEGIO DE CÓRDOBA:

Dr. Bartolomé de la Fuente Darder. Coordinador PAIME.

Dr. Ignacio Martínez Hens. Clínico PAIME.

D. Fernando Sánchez Alcaraz. Terapeuta PAIME.

COLEGIO DE MADRID:

Dra. M.^a Dolores Crespo Hervás. Directora PAIME.

CONSEJO DE MÉDICOS DE CASTILLA- LA MANCHA:

Dra. Mar Sánchez Fernández. Coordinadora PAIME.

Dra. M.^a Luisa Celorrio Bustillo. Clínico PAIME.

D.^a Isabel Montoya Creus. Clínico PAIME.

CONSEJO DE MÉDICOS DEL PAÍS VASCO:

Dr. Ángel Alayo Arrugaeta. Coordinador PAIME.

Dr. Juan Mendivil Ferrández. Clínico PAIME.

La revisión, actualización y coordinación para esta segunda edición ha estado a cargo de los integrantes de la Comisión Técnica del PAIME:

D. Antoni Calvo López. Director de la Fundación Galatea.

Dr. Bartolomé de la Fuente Darder. Coordinador PAIME de Andalucía.

Dra. Enriqueta Ochoa Manglano. Clínico PAIME y Coordinadora del PAIME de Madrid.

Dr. Ignacio Martínez Hens. Clínico PAIME del Colegio de Córdoba.

Dr. Joseba Atxutegui Amarika. Coordinador del PAIME del País Vasco.

Dr. Juan José Aliende Miranda. Coordinador del PAIME de Castilla y León.

Dra. Mar Sánchez Fernández. Coordinadora PAIME de Castilla la Mancha.

D.^a Nina Mielgo Casado. Directora Técnica de la Fundación para la Protección Social-OMC.

DESTINATARIOS

Esta Guía está dirigida a todos los integrantes del colectivo médico que ejercen su profesión en España y que en algún momento de su carrera puedan necesitar, para ellos o sus compañeros/as, la ayuda del PAIME.

ESTRUCTURA DE LA GUÍA

La Guía PAIME está organizada en siete apartados diferenciados temáticamente en base a una exposición ordenada de la información sobre el PAIME. Se ha trazado un recorrido desde una explicación introductoria sobre la naturaleza del Programa, continuando con el papel del Médico Enfermo (ME), el de los colegios de médicos, los compañeros, familiares y otros allegados, y como último punto se ofrece información de interés.



1/ QUÉ ES EL PAIME

1.1/

ORIGEN Y ANTECEDENTES

El problema de las conductas adictivas en médicos fue detectado e informado por primera vez por la AMA, Asociación Médica Norteamericana, en los años setenta. En la década siguiente se crearon unos programas de ayuda para estos médicos enfermos en cada uno de los estados de dicho país, los cuales se federaron entre todos ellos posteriormente. Más adelante fueron los canadienses, australianos y neozelandeses quienes siguieron la misma iniciativa.

A finales de los años noventa, el conocimiento de este hecho y la necesidad de ofrecer ayuda y terapia integral a estos compañeros llevó a los colegios oficiales de médicos (COMs) de España a la creación de un programa específico (PAIME), con el fin de evitar la automedicación y la ocultación del problema y, a la vez, evitar un cierto riesgo de mala praxis y de baja calidad de los servicios. Concretamente fue el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona quien en 1998 creó el primer PAIME, y posteriormente la iniciativa se extendió a otros colegios oficiales de médicos españoles.

1.2/

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Se estima que uno de cada diez médicos puede padecer durante su vida profesional uno o más episodios relacionados con enfermedades psíquicas y/o conductas adictivas que repercuten de manera muy negativa en la vida cotidiana, tanto en el entorno familiar como en el ámbito profesional, pudiendo derivar en una manifiesta mala praxis que comporte errores y negligencias.

La falta de iniciativa y decisión para solicitar ayuda no hace más que retrasar el momento de afrontar el problema y, por tanto, empeora el pronóstico. Cuando un médico renuncia a buscar soluciones eficaces a su problema, esta conducta sobrepasa el ámbito estrictamente personal para convertirse en una cuestión que afecta al bienestar público debido a las consecuencias que puede llegar a comportar para la salud de sus pacientes.

Está suficientemente constatado que los profesionales de la salud son uno de los colectivos peor atendidos dentro del sistema sanitario, ya sea por la autosuficiencia médica, la negación o minimización de la propia enfermedad, el miedo del afectado a que se conozca su problema y que ello menoscabe su prestigio profesional, entre otros diversos factores.

Además, entre médicos no suele establecerse una adecuada relación terapéutica médico-paciente como se establece en la práctica clínica habitual. Constituye un buen ejemplo la costumbre de realizar a otros colegas consultas espontáneas o fuera de programa en los pasillos del hospital, centros de salud, consultorios o por teléfono, hablando en tercera persona.

1.3/

JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

Son múltiples las dificultades que conlleva la atención al médico enfermo. El hecho de que este abordaje contemple la posibilidad de apertura de expedientes disciplinarios que puedan llevar a la suspensión temporal o definitiva de la colegiación, con sus consecuencias jurídicas y también deontológicas por la implicación de la atención en el ámbito laboral, así como la eventualidad de iniciar en algunos casos expediente de invalidez, hacen necesarios mecanismos de coordinación, estrategias de procedimientos y la regulación del abordaje integral entre los estamentos colegiales y empleadores (administraciones sanitarias y estamentos privados).

Con el fin de evitar la automedicación y la ocultación del problema, para atender y tratar debidamente a estos pacientes y, a la vez, evitar un cierto riesgo de mala praxis y de baja calidad de los servicios, nace el PAIME, Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. Un programa orientado al tratamiento y a la recuperación de médicos que padecen problemas en la esfera psíquica y/o conductas adictivas al alcohol y/o a otras drogas, incluidos los psicofármacos, que puedan interferir en su práctica profesional, asegurando así su retorno al ejercicio de la medicina en óptimas condiciones para una mayor seguridad de los pacientes.

El programa PAIME es un instrumento de control de la buena praxis médica y por tanto un elemento de garantía para la población, porque cuidar al médico enfermo supone defender por encima de todo la salud de los ciudadanos.

No hay que olvidar que el PAIME cumple un doble objetivo; por una parte conseguir que el médico enfermo se sienta respaldado y por

otra dar una garantía todavía mayor de protección a los pacientes, la garantía de que el médico que los atiende está en condiciones óptimas para ejercer.

Este es un programa de médicos para médicos, creado para superar los escollos que nos impiden vernos como pacientes. Hay que romper esa barrera que nos frena a los médicos a la hora de pedir ayuda cuando detectamos que se comienza a deteriorar nuestra capacidad de juicio o nuestra habilidad técnica.

1.4/ CARACTERÍSTICAS. EXPLICATIVO DEL PAIME

La filosofía del PAIME se basa en los contenidos del Código de Deontología Médica de la OMC, (Julio 2011), que en su capítulo IV de la Calidad de la Atención Médica, artículo 22 dice:

- *El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá al paciente que recurra a otro compañero competente en la materia.*
- *Si un médico observara que por razón de edad, enfermedad u otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su absoluta confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su actividad profesional.*
- *Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste estará obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma ob-*

jetiva y con la debida discreción. No supone esta actuación faltar al deber de confraternidad porque el bien de los pacientes ha de ser siempre prioritario.

La filosofía del PAIME no pretende ser persecutoria ni punitiva del médico enfermo salvo que sea absolutamente necesario, como en aquellos casos de claro riesgo de mala praxis, promoviendo, por el contrario, el acceso voluntario y la rehabilitación de los pacientes.

- Los actores que deben intervenir en el caso del médico enfermo son la familia, los colegas, la empresa, la Administración Sanitaria y el Colegio de Médicos.
- Para que un caso PAIME tenga éxito es necesario:
 1. Garantizar todo lo posible la confidencialidad.
 2. Que la atención sanitaria sea diferenciada de los servicios asistenciales generales, específica para atender al médico y altamente especializada.
 3. Que el Colegio de Médicos ejerza su responsabilidad en la autorregulación de la profesión como garante de la buena praxis, tutelando el ejercicio de la medicina al médico en tratamiento.
 4. Utilizar la figura del contrato terapéutico de diversos grados como reflejo del compromiso mutuo del médico enfermo con el médico terapeuta y, en ocasiones, el propio Colegio de Médicos y/o la Administración o empresa.

Es esencial la figura colegial del Coordinador del PAIME que asume esa labor de integralidad de la asistencia, valorando en todo momento los aspectos jurídicos, éticos y deontológicos, así como laborales y de complicidad con las Administraciones responsables.

Cabe destacar también la especialización de los equipos asistenciales del PAIME en el tratamiento de los médicos enfermos, asegurándose de este modo una mayor experiencia en la prestación de estos servi-

cios, que suelen ser totalmente gratuitos en casi todas las Comunidades Autónomas para los médicos colegiados y en activo.

1.5/

FACTORES QUE DIFICULTAN EL ABORDAJE Y TRATAMIENTO

- La conspiración del silencio: ocultación del problema por parte del enfermo, la familia o los colegas.
- Miedo a la estigmatización por el tipo de enfermedad, incluso entre los mismos colegas.
- Miedo a la pérdida de credibilidad y reputación (ejemplaridad contrariada).
- Miedo a ser reconocido o a la violación de la confidencialidad (terror a la sala de espera).
- Miedo a no volver a ejercer la profesión.
- La prepotencia terapéutica, el mito de la invulnerabilidad y el no querer asumir el rol de paciente.

1.6/ SERVICIOS

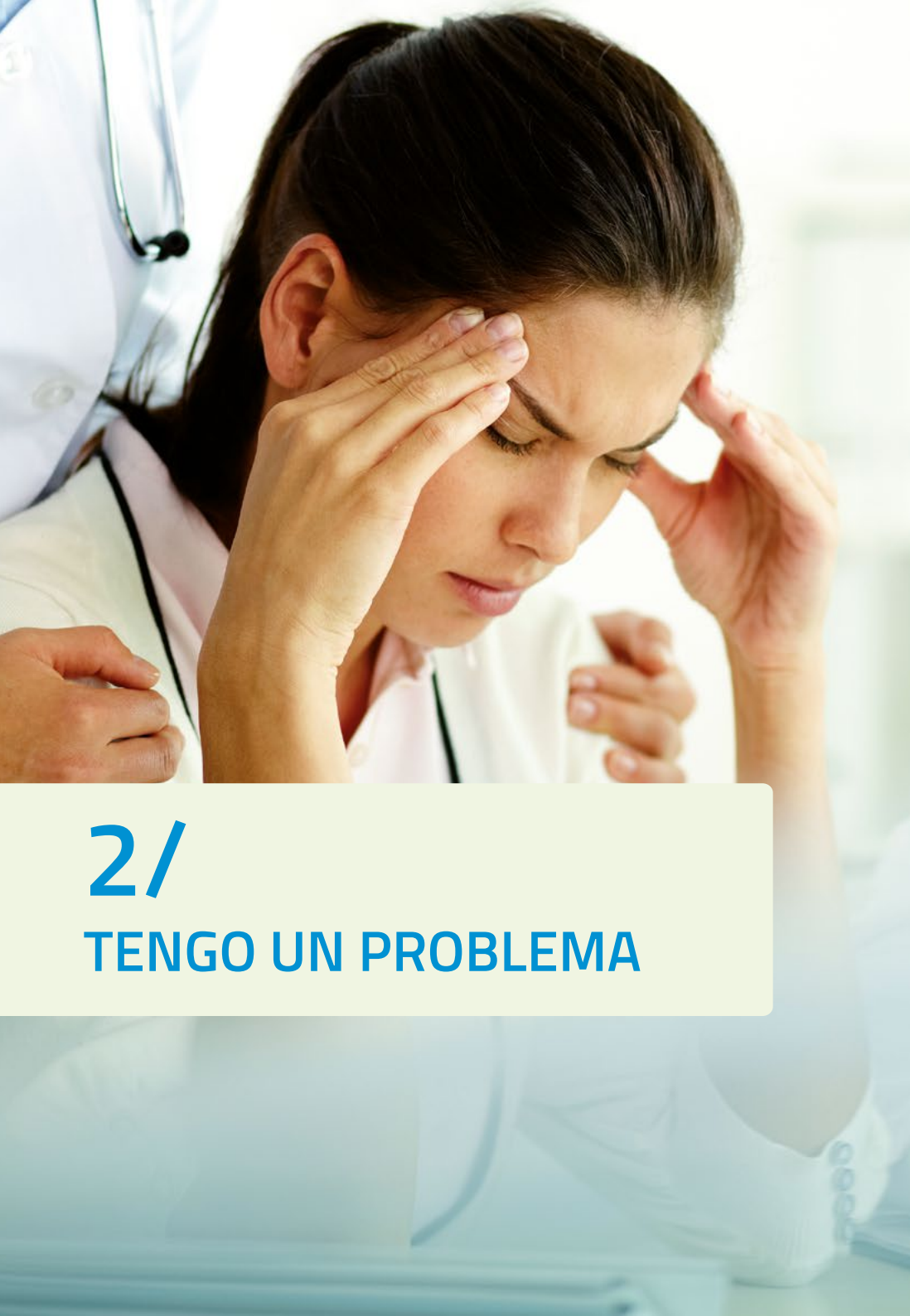
El PAIME ofrece a los ME los siguientes servicios asistenciales:

- Ambulatorio: primera visita y visitas de seguimiento y, según la disponibilidad territorial, psicoterapias individuales y grupales, así como la realización de controles de tóxicos en orina, estudios neuropsicológicos y psicometrías.
- Hospital de Día, según la disponibilidad territorial.
- Hospitalización en la Unidad de Ingreso del PAIME para casos más graves, ya sea debido a una conducta adictiva o a un trastorno mental.

1.7/ REQUISITOS PARA ACCEDER AL PAIME

Los requisitos para acceder al Programa son:

- Estar en posesión del título de Licenciado en Medicina.
- Estar dado de alta en el respectivo Colegio Oficial de Médicos y al corriente del pago de las cuotas colegiales.
- Estar en ejercicio. La financiación pública del programa se basa en la protección de la población general, por lo que quedan excluidos los médicos que no estén ejerciendo.
- Padecer un trastorno psíquico y/o adictivo.
- Utilizar la vía de acceso propia del Programa.



2/

TENGO UN PROBLEMA

2.1/

SI TENGO DUDAS: AUTOTEST PARA SABER SI PADEZCO ... (ADICCIÓN, MALESTAR PSICOLÓGICO, SUSCEPTIBLE DE ...), HABLARLO CON LOS MÁS PRÓXIMOS

La negación del problema de salud subsidiario del PAIME puede llevar a enmascarar los síntomas: si descuido mi aspecto, si noto deterioro físico, si dejo de disfrutar con actividades de ocio, si hay personas que me insinúan que debo cambiar, si hay comentarios negativos de los pacientes sobre mis actuaciones, si tengo problemas con los compañeros y pacientes, si me automedico, si tengo dificultades en el trabajo, son razones más que suficientes para pensar que tengo un problema. Lo más recomendable es pedir información, opinión y consejo a un compañero médico, aunque existen test o pruebas complementarias como el CAGE y AUDIT1 para el alcohol, depresión de BECK, ansiedad de Hamilton, Escala de Gravedad de Adicción (AEG), Goldberg, etc... que podemos utilizar para ver de forma contrastada y objetiva que se tiene un problema.

2.2/

ACEPTACIÓN IMPLICA PEDIR AYUDA Y COMPROMISO CORRESPONSABLE

Lo importante sería no demorar la demanda, por el peligro de la mala praxis, y confiar en los compañeros que abordan este clase de proble-

mas, sabiendo que hay dispositivos especializados en tratar a médicos con este tipo de patologías.

2.3/

LOS APOYOS: FAMILIA, AMIGOS, COMPAÑEROS

La familia puede ser el primer entorno en detectar que algo no marcha bien; cuando no hay aceptación del problema los apoyos son la única vía para evitar la mala praxis, ya que sería la única manera de propiciar la entrada en el programa. El tener el soporte de la familia, los amigos más cercanos o los compañeros puede favorecer la solución del problema.

2.4/

QUÉ DEBO HACER: ACUDIR A UN PROFESIONAL, LLAMAR AL COM, LLAMAR AL PAIME, HABLARLO CON LOS MÁS ALLEGADOS

Acudir siempre al PAIME, ya que dispone de todos los dispositivos necesarios para el abordaje de estas graves enfermedades. EL PAIME garantiza la confidencialidad, el anonimato y el ingreso en Unidades Especializadas.

No obstante, el acudir al PAIME acompañado de un familiar, allegado o compañero mejorará la evolución terapéutica.

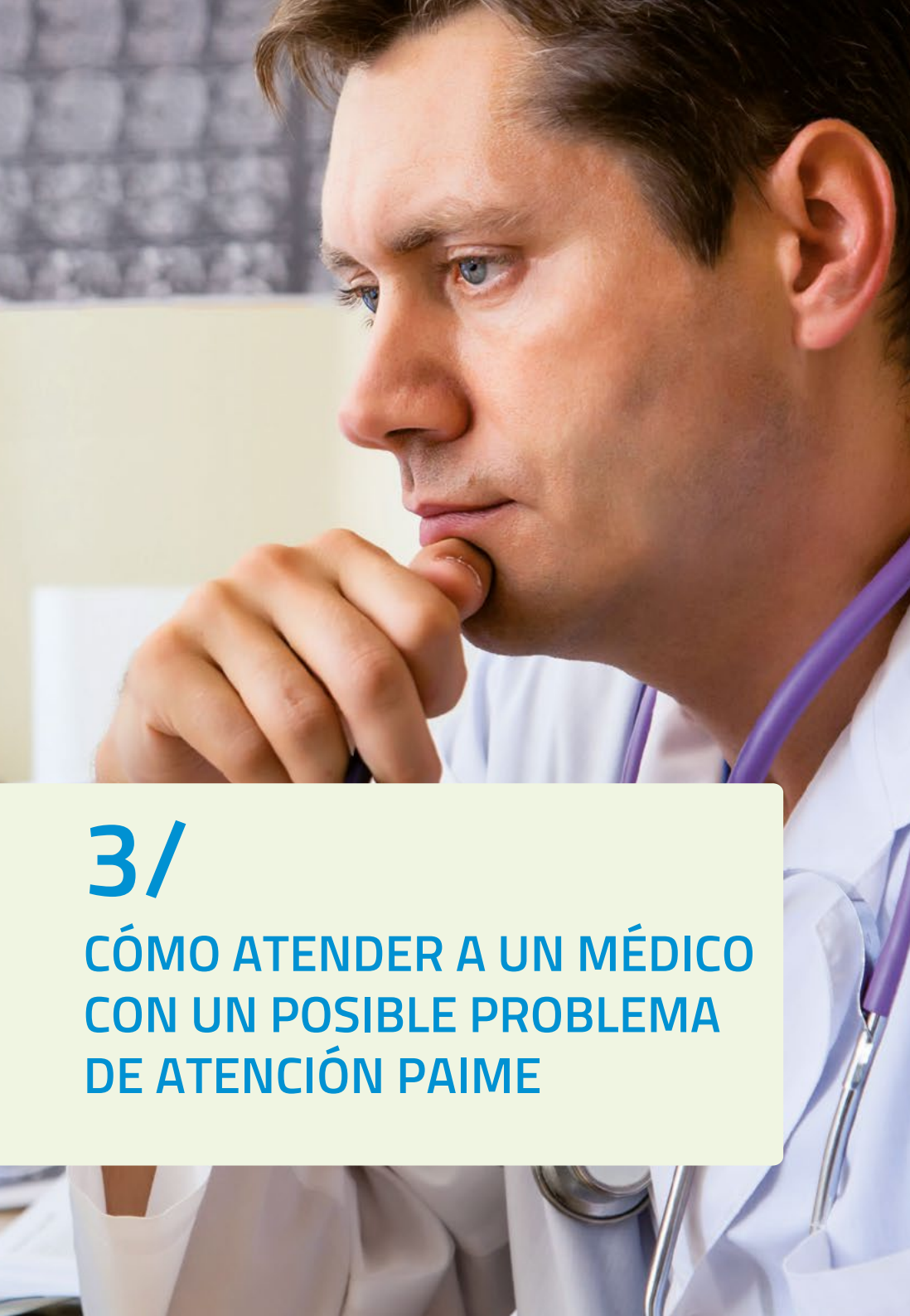
2.5/

QUÉ NO DEBO HACER:

Negación, falso autocontrol, autotratarme, engañarme y engañar a los otros, hacer dejación de mi responsabilidad para con los demás.

Debo evitar hacer consultas de pasillo, hacer consultas de forma banal, ser médico de mí mismo, hacer autoprescripción, esperar que el tiempo cure, achacar mis problemas a factores externos (carga de trabajo, conflictividad personal o familiar), ya que puede llevar a un retraso en la solución de los problemas.

Por la falta de perspectiva clínica el conocimiento médico nunca debe ser aplicado a nosotros mismos, por eso se debe evitar el autodiagnóstico y la automedicación, actitudes que nos llevan a la sensación de un falso autocontrol.



3/

**CÓMO ATENDER A UN MÉDICO
CON UN POSIBLE PROBLEMA
DE ATENCIÓN PAIME**

3.1/

FACTORES DIFERENCIALES EN LA ENFERMEDAD DEL MÉDICO

El médico, como es obvio, enferma al igual que cualquier otra persona y aunque su conocimiento sobre las enfermedades pueda proveerle de herramientas que faciliten cierta prevención, en algunos casos está sometido a un riesgo similar al resto de la población. Cuando la enfermedad es mental, el manejo de las medidas preventivas puede complicarse.

Los prejuicios que existen en relación con la enfermedad mental o el fácil acceso a sustancias psicotrópicas, pasando por la universal sensación de autoconocimiento o la posibilidad que tiene el médico de consultar con compañeros amigos, hacen de la enfermedad mental en el médico una situación especialmente difícil de manejar cuando se padece.

En no pocas ocasiones el médico no acepta abiertamente los síntomas que sufre y lo hace en silencio, sin poder o sin querer verlos, hasta que la intensidad de los mismos lleva a la intervención familiar o a la modificación de las expectativas vitales o profesionales.

Otras veces el médico comienza por autodiagnosticarse, con la inevitable subjetividad que conlleva, a automedicarse, con el peligro que supone, y en el mejor de los casos busca soluciones “terapéuticas” en distintas actividades que le puedan ayudar a recuperar su equilibrio mental.

El proceso puede durar años y el deterioro personal revierte en su vida, su familia y en su profesión. Por supuesto que también hay médicos que consultan su problema con un profesional y siguen un adecuado tratamiento.

3.2/

EL CAMBIO DE ROL: DE MÉDICO A PACIENTE

Cuando el médico cae enfermo se ve en la tesitura de tener que aceptar cambiar su papel de cuidador y sanador por el de paciente, necesitado de ayuda. El paciente, en general, acude a la consulta con una actitud de búsqueda de un conocimiento que no posee. Sin embargo, cuando el médico enferma en muchas ocasiones conoce teóricamente su patología en profundidad y puede considerar que la ayuda externa puede ser prescindible.

La primera consideración en el abordaje ideal del caso de un médico con una enfermedad general es la necesidad del cambio de roles que debe realizar el médico enfermo. Cuando el médico presenta una enfermedad mental estas consideraciones adquieren una gran relevancia, ya que la conciencia de enfermedad es uno de los pilares del correcto desarrollo de cualquier abordaje terapéutico psiquiátrico, aunque hay que guardar un equilibrio para que el diagnóstico no se convierta en estigma.

El psiquiatra que atiende al médico enfermo debe ayudar a que la adquisición de este nuevo rol (de médico a paciente y conciencia de su enfermedad), sea por su parte lo más fácil posible, para lo cual es útil hablar de enfermedad y entenderla como una crisis personal. Esta opción nos da la oportunidad de separar el aspecto sintomatológico de los eventuales conflictos que puedan subyacer en el problema.

3.3/ AUTODIAGNÓSTICO Y AUTOTRATAMIENTO

En muchas ocasiones el médico enfermo no es objetivo al juzgar su conducta y minimiza situaciones y problemas que pueden acabar afectando a su praxis. Cuando es el propio profesional el que pide ayuda, en general es porque la situación psicopatológica es de tal magnitud que le condiciona en muchos aspectos de su vida.

Muchas veces comienzan con autoprescripciones ante síntomas psicopatológicos que le desbordan. Otras veces consultan de manera indirecta a algún colega, entre pasillos o en algún descanso, pretendiendo así minimizar la importancia de su situación y que pase desapercibida para los demás. Estas fases pueden ser muy prolongadas en el tiempo y llegar a cronificarse, evolucionando hacia conductas de aislamiento o de evitación de acontecimientos en los que se debe relacionar con otros profesionales. Su entorno es en muchas ocasiones consciente de la problemática, pero se hace difícil su abordaje.

Cuando el paciente llega a la consulta puede haber sido condicionado por la presión de compañeros, familiares o por el propio convencimiento de la necesidad de apoyo externo. El motivo por el que el médico acude por primera vez al psiquiatra es uno de los factores que van a condicionar su grado de colaboración y aceptación de la ayuda que pueda recibir.

3.4/

EL ABORDAJE PSIQUIÁTRICO

El psiquiatra debe indagar sobre los condicionantes que han concurrido para que el médico enfermo acabe en su consulta y señalar directamente los objetivos a conseguir con el tratamiento, que no son otros que el cuidado, la disminución o eliminación del sufrimiento que pueda padecer y la mejora de su praxis médica, en el caso de que ésta haya sido afectada por la patología.

Es conveniente que no exista ninguna relación ni vinculación de orden personal ni profesional entre el psiquiatra y el médico enfermo, ya que facilita la labor del primero y el cambio de rol en el segundo. Hay que dar valor a la decisión de acudir a consulta, sea cual sea la razón que la haya provocado.

En algunos casos, sobre todo los relacionados con las adicciones, se precisa la colaboración de los familiares e incluso de algún compañero, siempre con el beneplácito del médico atendido. En estos casos el contacto con algún compañero del entorno debe ser muy cuidadoso y mantener únicamente una comunicación para la certificación de su proceso terapéutico, procurando mantener siempre la buena imagen del profesional.

En muchos casos de médicos generalistas/especialistas y en todos los casos de psiquiatras con una enfermedad mental, el conocimiento sobre psicofarmacología es profundo y puede ocurrir que el psiquiatra acabe “negociando” la medicación con el médico enfermo, lo cual puede tener consecuencias negativas. Aunque el tratamiento psicofarmacológico deba ser acordado y puesto en común por ambos, el manejo y decisión sobre las pautas a seguir debe quedar exclusivamente

en manos del psiquiatra, por lo que hay que conseguir una relación de confianza suficiente como para que el médico enfermo lo acepte y para que comunique la pauta real de seguimiento.

Uno de los puntos que puede dar un índice de calidad en la asistencia es el grado de adhesión al tratamiento y de consecución de objetivos terapéuticos.

En el supuesto de que, por distintas circunstancias, no se termine de establecer una fructífera relación terapéutica, es importante dar la posibilidad de derivación del caso a otro profesional, cuestión que se ha de hablar con franqueza y exponer las distintas opciones que puedan existir, siendo consciente de la importancia que tiene que el paciente sienta que sigue abierta la posibilidad de recibir ayuda.



4/

**AYUDAS DE LOS COLEGIOS DE
MÉDICOS Y DE LA FUNDACIÓN PARA
LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA OMC.
FINANCIACIÓN DEL PAIME**

4.1/

LOS PAIME FUNCIONAN. QUÉ SERVICIOS MÍNIMOS PODEMOS ESPERAR ENCONTRAR

Desde su creación, el grado de implantación del PAIME en los colegios ha sido progresivo hasta lograr, a día de hoy, que el Programa esté disponible en todos los Colegios de Médicos de España.

Bien es cierto que su estructura organizativa y dotación de recursos depende en gran medida de la idiosincrasia del propio Colegio, pero se puede decir que en todos ellos cuentan con circuito de gestión de las llamadas recibidas en el Colegio (generalmente a una persona colegial de referencia), un psiquiatra, un médico de adicciones y un psicólogo, todos ellos con amplia experiencia laboral. En ciudades pequeñas se suele contar con dos o más profesionales de cada especialidad, con el fin de garantizar la confidencialidad.

También los COM tienen sus Unidades Físicas (propias o alquiladas, según las necesidades de cada terapeuta), para pasar consulta cuando éstos no disponen de consulta privada.

4.2/

TELÉFONO CONFIDENCIAL. CAMBIO DE IDENTIDAD

El primer contacto con el Programa se va a realizar casi siempre vía telefónica. Por ello es importante que el Programa cuente en cada Colegio Provincial de Médicos con un número de teléfono móvil propio y exclusivo, provisto de un contestador automático para poder devolver la llamada (mensaje claro como identificación del Programa y sugestivo para que dejen un mensaje). Descolgará el teléfono y responderá la persona de referencia para el PAIME o que coordine el Programa (figura esencial e indispensable en todo COM con programa PAIME).

Serán características y funciones del responsable colegial o Coordinador:

1. Discernir los posibles casos.
2. Coordinar las atenciones.
3. Cumplir la dedicación horaria establecida.
4. Tramitar las documentaciones y ser el eje de las relaciones con los empleadores y responsables jerárquicos, gabinetes de salud laboral y Equipos de Valoración de IT.

Igualmente, otra figura esencial es el Coordinador de la Unidad Ambulatoria, que debe tener las siguientes características o funciones:

1. Amplia experiencia profesional y contrastada madurez.
2. Ser reconocido por la comunidad científica.
3. Compromiso de disponer de tiempo para el Programa.

4. Habilidades en gestión clínica y en equipos asistenciales.
5. Elaboración consensuada de sistemas de información integrados.

Es un aspecto fundamental la amplia difusión de este número de teléfono entre nuestros colegiados.

Hemos de diferenciar, al menos, tres tipos de llamadas:

- Demanda de información.
- Demanda de tratamiento.
- Comunicación de información confidencial:
 1. La persona responsable del teléfono tiene que conocer perfectamente el funcionamiento del Programa, pues dará las explicaciones oportunas según el tipo de llamada a la que se enfrente.
 2. Es asimismo muy relevante transmitir el mensaje de que este programa está concebido para que los médicos enfermos vuelvan a trabajar en perfectas condiciones.
 3. Señalar que si el comunicante solicita una entrevista personal con el receptor de la llamada, debemos facilitársela.
 4. Importante subrayar una de las características fundamentales de este Programa, la Confidencialidad, motivo por el cual al compañero que entra en el PAIME se le cambia el nombre, manteniendo el nombre de pila y tomando en primer lugar el segundo apellido de la madre, seguido del segundo apellido del padre.

4.3/

EL CONTRATO TERAPÉUTICO, COMPROMISO MUTUO/CORRESPONSABLE Y SOPORTE COLEGIAL. CONTROL DE LA PRAXIS PROFESIONAL Y SOPORTE COLEGIAL A LA VEZ. INDICADO PARA TUTELAR Y SEGUIR PROCESOS TERAPÉUTICOS DIFÍCILES Y/O FRÁGILES EN EL ÁMBITO LABORAL

El Contrato Terapéutico (CT) no es un documento legal en sí mismo, pero puede adquirir ese valor llegado el caso. Es de aplicación en los casos graves o difíciles en los que exista grave riesgo para la praxis. El Médico Enfermo (ME) niega su problema o lo minimiza, existiendo claras evidencias de que lo padece y necesita tratamiento bajo control.

Se trata de asumir por escrito un compromiso común, que no es otro que la rehabilitación del ME, para que pueda volver a trabajar en las debidas condiciones. El Contrato Terapéutico en sus diversos grados es el reflejo del compromiso mutuo y co-responsable entre el ME, el médico terapeuta y, en ocasiones, el propio Colegio de Médicos y/o la Administración o empresa.

El Colegio Médico participará en aquellos casos “difíciles” en los que ha intervenido desde el inicio, como también en aquellos otros en los que exista un riesgo elevado en la praxis del ME en tratamiento.

Es recomendable incorporar en el CT a una o más personas próximas al ME (colegas, familiares, compañeros de trabajo...), para ejercer una

función de acompañamiento y/o tutoría durante el tratamiento. Estas personas son importantes, no sólo por el apoyo al ME, sino también por las observaciones que aportan al médico terapeuta y/o al propio COM.

El CT debe contener siempre:

- Lugar y fecha
- El nombre, la posición de los que intervienen y están presentes en el caso, y su firma.
- La cláusula de la confidencialidad obligada de todas las partes.
- El sometimiento del ME a las indicaciones de su terapeuta, la duración del tratamiento y los posibles cambios admitidos. Las prescripciones se detallarán con más precisión, tanto las farmacológicas como las psicoterapéuticas, cuando las circunstancias de dificultad del caso lo requieran.
- La pertinencia o no de llevar a cabo controles toxicológicos de orina, de qué tipo y con qué frecuencia.
- Su capacidad para ejercer la medicina total o parcialmente.
- Su capacidad para desarrollar su trabajo habitual de forma total o con restricciones.
- Los posibles programas formativos que necesite para reciclarse profesionalmente.
- Las funciones del tutor si existe.
- La duración del presente CT y de su posible renovación o extinción.
- Una cláusula explícita de que en caso de incumplimiento reiterado del contrato por parte del ME, el Colegio Médico iniciaría un expediente disciplinario al colegiado por riesgo evidente de mala praxis.

4.4/

LA FUNDACIÓN PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA OMC. INCORPORACIÓN DEL PAIME AL CATÁLOGO DE PRESTACIONES; APOYO Y FINANCIACIÓN

La Fundación para la Protección Social (FPSOMC), pertenece a la Organización Médica Colegial y tiene como misión principal, desde su constitución, el ejercicio de la solidaridad entre todos los médicos colegiados y la protección y ayuda a éstos y a sus familias ante situaciones de especial riesgo de vulnerabilidad que así lo requieran.

Para el desarrollo de su misión cuenta con un Programa de Protección Social que contempla seis grandes ejes de desarrollo:

1. Atención y Valoración Social.
2. Atención a la Dependencia.
3. Atención a la Educación.
4. Atención a la Conciliación de la Vida Personal, Familiar y Laboral.
5. Autonomía Personal en el Hogar.
6. Atención a la Prevención, Promoción y Protección de la Salud del Médico.
7. Servicio de Protección en el Ejercicio Profesional.

Cada uno de estos ejes se materializa en prestaciones, ayudas y servicios que dan respuesta a las necesidades presentadas por los mé-

dicos colegiados socios protectores de la Fundación. Es en el sexto eje en el que se sitúa el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME).

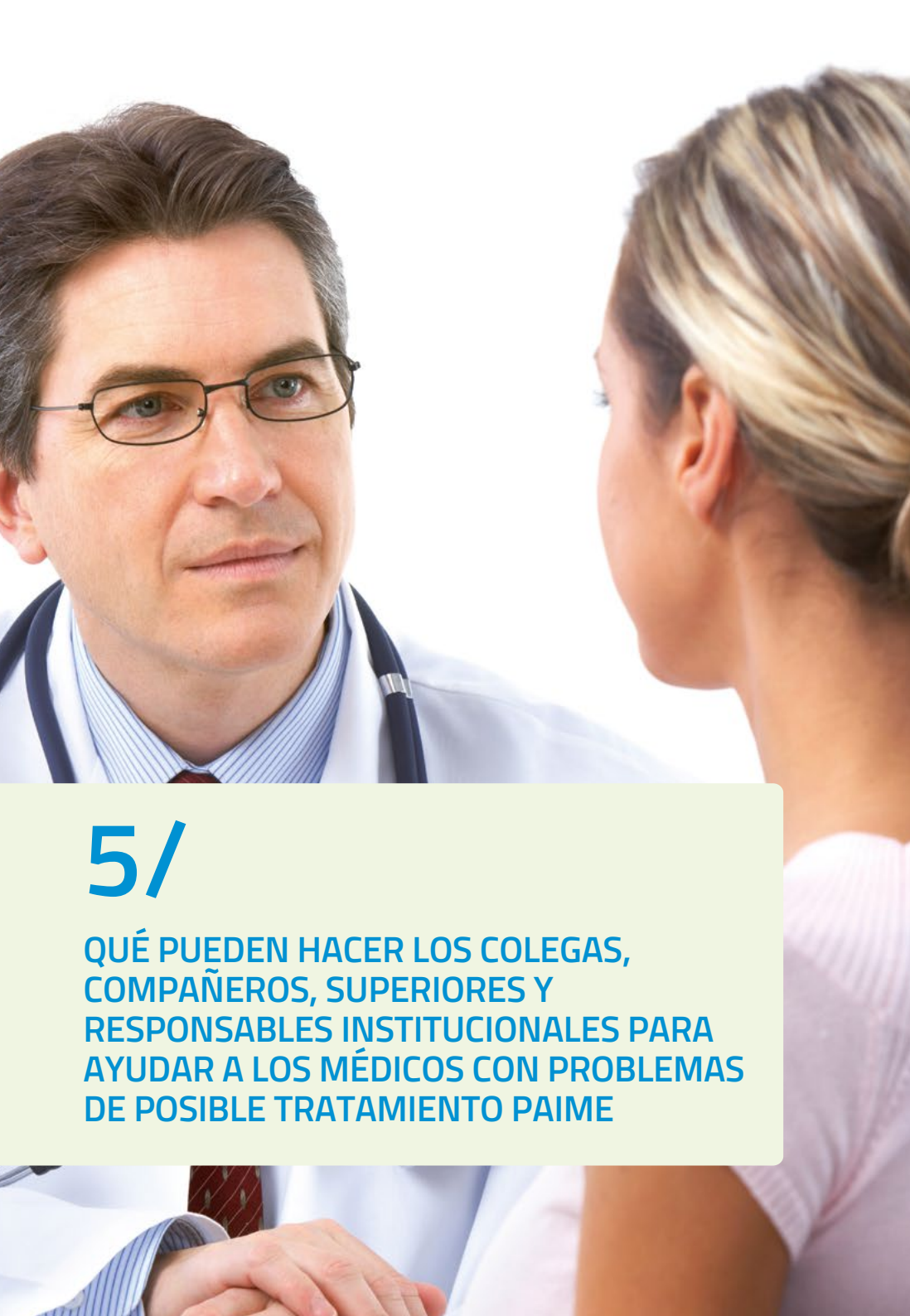
La Fundación destina anualmente una partida presupuestaria para sufragar los gastos de aquellos médicos colegiados asociados que necesiten ingresar en una clínica especializada para el tratamiento de enfermedades mentales o problemas de adicciones. La Junta Rectora primero, y luego la Junta de Patronos, valoran y conceden las peticiones tramitadas a través de los colegios de médicos.

En el caso de reingreso por trastorno mental, la Fundación atenderá a todos los casos, adjuntando a la solicitud de reingreso el informe médico correspondiente.

En los casos de reingreso por adicciones, estos se analizarán individualmente, y la Fundación concederá la ayuda siempre y cuando haya transcurrido un mínimo de un año desde el primer ingreso.

Además, los casos PAIME que presenten una problemática social, podrán ser valorados y orientados desde el Servicio de Atención Social de la Fundación, previa derivación del clínico que atiende el caso, y acceder a aquellas prestaciones en Catálogo que sean necesarias para garantizar un nivel de protección social adecuado, siempre y cuando reúnan los requisitos establecidos.

Asimismo, la Fundación ha creado la denominada COMISIÓN TÉCNICA NACIONAL DEL PAIME, formada por expertos/as colegiales en este Programa, con la finalidad de realizar el seguimiento de la implantación, desarrollo y consolidación del PAIME en todo el territorio estatal, así como establecer unos mínimos de consenso en cuanto a pautas de actuación conjuntas, información, protocolos y recogida de datos a nivel global.



5/

**QUÉ PUEDEN HACER LOS COLEGAS,
COMPAÑEROS, SUPERIORES Y
RESPONSABLES INSTITUCIONALES PARA
AYUDAR A LOS MÉDICOS CON PROBLEMAS
DE POSIBLE TRATAMIENTO PAIME**

5.1/

COLABORAR EN LA IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO CON UN PROBLEMA DE POSIBLE TRATAMIENTO PAIME

Cuando en un Hospital, centro de Salud o consulta médica alguien del equipo identifica a un compañero con un posible problema psiquiátrico y/o adictivo, el soporte a este colega de profesión no puede basarse en el encubrimiento del hecho, que muy posiblemente derivará hacia una situación de riesgo, tanto para él como para sus pacientes. Así pues, no actuar es, de todas, la peor opción posible.

Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste estará obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. No supone esta actuación faltar al deber de confraternidad porque el bien de los pacientes ha de ser siempre prioritario (Art. 22.3 del actual CDM – Julio 2011).

Las primeras señales que nos pueden hacer sospechar que un compañero tiene un problema tipo PAIME son: aislamiento, irritabilidad, somnolencia, descuido del aseo personal, quejas de los usuarios, abandonos frecuentes del lugar de trabajo sin dar explicación alguna, retrasos, bajas frecuentes, otros.

5.2/

HABLAR Y AYUDAR. HABLAR, ACOMPAÑAR, AYUDAR A ADMITIR, DECIDIR. LAS CRISIS PUEDEN AYUDAR A AFRONTAR EL PROBLEMA

Debemos convencer al ME de que no podrá resolver solo este tipo de problema. Entonces es el momento de hablarle de la existencia de los servicios especializados y confidenciales del PAIME, haciendo que el compañero pueda conocer su filosofía y características porque ello puede aportarle seguridad y confianza a la hora de dar el primer paso.

Para ello se le puede sugerir que se informe a través de la página Web del COM correspondiente, como también darle el teléfono del Servicio de Acogida PAIME más próximo, desde donde se le darán todo tipo de explicaciones sin preguntarle por su identidad.

Si aún así persiste la negativa del ME de recibir atención especializada y, como consecuencia, existe la posibilidad de que se produzca una mala praxis y a la vez se incrementen los riesgos sobre la propia salud y comiencen a aparecer los efectos negativos sobre su entorno laboral y familiar, es conveniente recordar el deber deontológico que tienen los compañeros que conocen la situación del ME de comunicarlo al Secretario del Colegio de Médicos correspondiente.

Cuando el compañero minimiza o niega padecer el problema (yo ya controlo, cuando quiera lo dejo, etc.) se puede aprovechar algún momento o situación de crisis para insistir asertivamente a fin de que el compañero afectado pida ayuda en aquel mismo instante, si es necesario marcando nosotros mismos el número de teléfono del PAIME para pedir una cita.

5.3/

LA RED DE APOYOS. FAMILIARES MÁS ALLEGADOS, AMIGOS ÍNTIMOS, COLEGAS CERCANOS. LA DESESTRUCTURACIÓN EMPIEZA EN CASA Y TERMINA EN EL TRABAJO O EN EL DESPACHO

Cuando ello sea posible, se deben aprovechar todos los contactos disponibles con las personas más allegadas al médico enfermo. Si algún colega tiene más amistad con él, se le debe explicar el posible problema y pedirle su colaboración. Asimismo, si se conoce suficientemente a algún familiar cercano al médico enfermo (esposo/a, hijo/a, etc.), se debe tratar de hablar con él del tema, siempre para ayudar al médico afectado para que pueda recibir la ayuda que precise.

Siempre que hay un caso de médico que padece alguna de estas enfermedades, quienes primero lo notan y sufren son los familiares más cercanos. Si el problema se agrava sin afrontarlo y tratarlo como es debido, las repercusiones en el seno de la familia pueden llevar a la ruptura de la misma, siendo, en este caso, la rehabilitación mucho más difícil. Además, una vez iniciado el tratamiento, la colaboración de estos familiares más allegados es imprescindible para una buena rehabilitación del afectado.

5.4/

LA DEMANDA DE AYUDA INDUCIDA. TODOS PRESIONAN PARA QUE EL MÉDICO CON PROBLEMAS PIDA AYUDA. CUANTA MÁS PRESIÓN, MÁS SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN DEL PROCESO Y MEJORES RESULTADOS

Cuando un ME solicita tratamiento en el PAIME, la Unidad de Acogida intentará averiguar el grado de voluntariedad de la demanda y lo registrará de forma clara a la hora de rellenar la hoja de primera llamada, intentando también aclarar si el problema ha trascendido al ámbito laboral.

Si durante el proceso asistencial un terapeuta del PAIME detecta que el grado de voluntariedad del ME es diferente del que aparece consignado en el momento de la acogida, debe hacerlo constar en la historia clínica y comunicarlo a la Unidad de acogida.

Determinar lo más exactamente posible el grado de voluntariedad de la demanda nos ayuda a ser más cautos en el seguimiento del ME.

Un punto importante para poder orientar el caso de la manera más satisfactoria es la determinación de la existencia o no de riesgo para la praxis. La situación de riesgo para la praxis de un paciente PAIME se establece por afirmación del propio ME al ser preguntado en este sentido, por la afirmación del médico informante del caso, por quejas de pacientes del ME recogidas por escrito que pueden hacer compañeros y/o superiores del ME o por la afirmación del terapeuta una vez historiado el paciente y según la evolución del caso durante el proceso terapéutico.

Si a la unidad de acogida del PAIME llega información de un ME que no quiere recibir tratamiento, la persona responsable de esta unidad deberá ante todo valorar la gravedad y trascendencia del contenido de la información y la posible existencia o no de riesgo para la praxis. Se respetará la confidencialidad del comunicante siempre y cuando dicho contenido no sea tan grave y trascendente para la salud del posible afectado y/o de terceras personas que obligue a informar inmediatamente al Secretario o a la persona de la Junta de Gobierno del COM correspondiente, designada a tal efecto.

Cuando se reciba una información confidencial se aconsejará al comunicante que lo mejor es que procure convencer al posible ME para que sea él mismo el que pida ayuda voluntariamente. Suele ser muy efectivo que el posible ME y el comunicante hagan juntos la llamada pidiendo información y/o ayuda al PAIME, porque entonces se establece un triángulo de comunicación consentida, manteniendo la confidencialidad.

5.5/

CUANDO SE DEBE NOTIFICAR AL COM UN POSIBLE CASO PAIME. EL RIESGO PARA LA PRAXIS PROFESIONAL

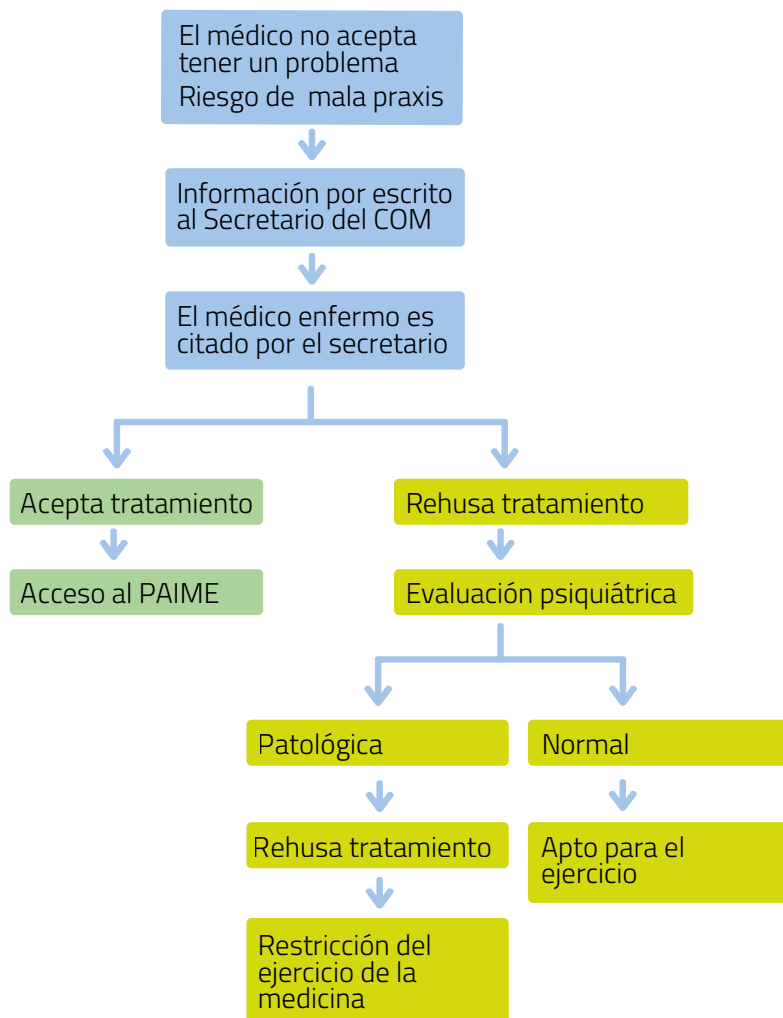
Si a pesar de todo el ME sigue negando padecer un problema y no hacer la demanda voluntaria de tratamiento, el comunicante deberá dirigirse por escrito al Secretario o persona de la Junta de Gobierno del COM correspondiente delegada a tal efecto, para darle a conocer el caso con todas las circunstancias que pudieran justificar la intervención del COM, que en tal caso habría de iniciar el correspondiente expediente disciplinario o de control del ejercicio.

Cuando esta información escrita llega al Secretario del COM, el ME es citado por el mismo. Si después de la conversación acepta tener un problema, accede directamente al PAIME para su tratamiento.

Si rehúsa la existencia del problema, se le propondrá una evaluación psiquiátrica (dictamen), que si es normal permitirá demostrar a los informantes que el paciente está apto para un correcto ejercicio profesional.

Si el resultado del dictamen muestra una patología en el ME y éste acaba entonces aceptando tratarse, accederá directamente al PAIME, pero si aún así persiste el rechazo a recibir el tratamiento adecuado para su caso, la Junta del COM correspondiente puede proceder a una inhabilitación temporal del ejercicio profesional, hasta que el ME acepte el tratamiento.

La secuencia de pasos a seguir ante un ME posible de tratamiento PAIME que No acepta tener un problema, podría quedar resumida de una forma gráfica en el siguiente cuadro:





6/

**QUÉ PUEDEN HACER LOS FAMILIARES
Y PERSONAS PRÓXIMAS DE MÉDICOS
CON POSIBLES PROBLEMAS DE
ATENCIÓN PAIME**

6.1/

SI HA Y DUDAS. COMO SABER SI TIENE UN PROBLEMA. SEÑALES DEL PROBLEMA

La Enfermedad Mental o las Conductas Adictivas pueden manifestarse de forma brusca o progresivamente, con pequeñas alteraciones del comportamiento y cambios en el estilo de vida del afectado.

La familia, por lo general, no entiende qué está pasando. Se encuentra desorientada, tiene dudas, miedo, se confunden los primeros síntomas de la enfermedad con situaciones estresantes de la vida, pensando que serán alteraciones temporales.

En una primera fase se actúa negando el problema, minimizando los hechos o restándoles importancia, pero si el comportamiento extraño del familiar continúa haciéndose más evidente aparecen sentimientos de ansiedad y la necesidad de identificar las causas de la situación.

Los familiares de médicos con problemas tienen un papel fundamental tanto en la detección del problema como en la aceptación del mismo y en el acompañamiento del proceso terapéutico.

La actitud de la familia debe ser de atención, preocupación e interés por conocer lo que está ocurriendo, intentando valorar la situación real del problema y su gravedad. Es necesario hacer frente a las evidencias sin buscar con autoengaños evadirse de lo que resulta obvio, ya que intentar ocultarlo solo conducirá a un agravamiento de la situación.

Al estar estigmatizadas socialmente, las enfermedades mentales y adicciones son difíciles de aceptar tanto por los pacientes como por los familiares. Esta situación se ve agravada cuando el enfermo es un médico, ya que hay un prestigio profesional y social detrás.

La familia debe perder el miedo a identificar y descubrir esta situación ante el PAIME. Como enfermedad debe resolverse de manera adecuada y cuanto antes. Es preferible que sea la familia quien pida ayuda al PAIME, que actuará de forma confidencial cambiando el nombre del paciente, antes de que aparezca mala praxis o se presenten denuncias por parte de usuarios en casos graves.

Identificar estos cambios adecuadamente puede ayudar a una detección precoz y así reducir los impactos negativos de la enfermedad.

Existen señales de alarma que indican que podemos estar ante un Trastorno de Salud Mental o Trastorno por Uso de Sustancias:

- Cambios importantes y evidentes de comportamiento.
- Secretismos, susceptibilidades extremas y explosiones de cólera.
- Cambios de hábitos, horarios, ausencias del domicilio o trabajo de forma inusual.
- Conductas inapropiadas, extravagancias.
- Cambios bruscos de estado de ánimo.
- Pérdida de apetito y peso.
- Apatía, desinterés general.
- Bloqueo emocional, aislamiento, falta de comunicación.
- Nerviosismo excesivo.
- Agresividad.

6.2/

PEDIR CONSEJO AL COLEGIO PROVINCIAL DE MÉDICOS, LA OMC O LA FUNDACIÓN PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL

En ocasiones la familia debe pedir consejo e informarse sobre el problema, ya que puede existir desconocimiento tanto sobre los Trastornos Mentales como sobre Adicciones, así como de los recursos existentes para ayudar a los médicos enfermos en materia de protección social.

Esta información se puede recibir a través de los programas PAIME de los colegios oficiales de médicos de España, de la Organización Médica Colegial (OMC) y de la Fundación para la Protección Social de la OMC. Todas estas instituciones, con numerosos años de experiencia atendiendo a médicos con problemas, proporcionarán la información necesaria para el acceso al Programa.

6.3/

HABLAR Y ACONSEJAR PRIMERO, PRESIONAR DESPUÉS

Si la familia detecta las señales de alarma descritas, debe hablar con el médico enfermo, interesándose por él a la vez que intenta que sea capaz de aceptar la situación que está generando el problema. El diálogo debe ser desde el acercamiento, el consejo con respeto y comprensión, evitando enfrentamientos.

Es importante elegir el momento adecuado para hablar, nunca se debe intentar dialogar bajo los efectos de las drogas, si es el caso, ya que no sirve para nada discutir o intentar convencer en esta situación.

También es importante escuchar y ayudar a que el paciente valore los pros y los contras de su situación actual y tome la decisión de pedir ayuda profesional. Saber cómo se siente, ponernos en su lugar y dedicarle tiempo sin juzgar.

Con frecuencia el paciente está más dispuesto al cambio cuando hace un balance entre pros y contras de su conducta. Si además cuenta con el apoyo farmacológico, la ayuda de familiares y un equipo de profesionales especializados, el proceso le puede resultar más sencillo.

Siempre es mejor motivar que presionar, pero si los intentos fallan hay que posicionarse, poner límites y medidas de presión para que el paciente sea capaz de pasar a la acción o reconocer que hay un problema que él solo no puede solucionar.

Una vez iniciado el tratamiento se aconseja, si el paciente lo autoriza, que la familia acompañe y ayude al paciente y al profesional durante todo el proceso terapéutico.

6.4/

BUSCAR APOYOS. NO PERDER LA ESPERANZA

El primer paso, una vez identificado el problema, es buscar apoyos y comprender bien la enfermedad y cuál es su previsible evolución.

Se hace necesario un trabajo informativo y referencial para la familia, orientado a situar a sus miembros ante una nueva realidad y a ofrecer-

les pautas de actuación ante un familiar médico con una enfermedad mental o adicción.

Este apoyo e información se da desde el programa PAIME.

Los profesionales especializados que colaboran con el PAIME pueden asesorar a la familia de un paciente médico en dos vertientes:

- Terapia Familiar orientada hacia la ayuda del paciente a través de la familia.
- Intervención Familiar.

Nunca hay que perder la esperanza, se debe acudir al COM/PAIME, pedir ayuda e informarse, ya que la confidencialidad está garantizada y disponemos de los dispositivos y profesionales necesarios para la resolución de un alto porcentaje de estos problemas.

7/ ANEXOS

7.1/

TELÉFONOS COLEGIALES INFORMACIÓN PAIME

INSTITUCIÓN	TELÉFONO
COM A CORUÑA	981295899
COM ALBACETE	651555206
COM ALICANTE	965261011
COM ALMERÍA	950233122
COM ARABA	646581200
COM ASTURIAS	985230900
COM ÁVILA	920221743
COM BADAJOZ	630966758
COM BARCELONA	935678856
COM BIZKAYA	646581200
COM BURGOS	628793793
COM CÁCERES	927222622 92 240244
COM CÁDIZ	956228742
COM CANTABRIA	629777101
COM CASTELLÓN	964220 012
COM CEUTA	657021473
COM CIUDAD REAL	651555206
COM CÓRDOBA	957488691 647917153
COM CORUÑA	981295899
COM CUENCA	969212333
COM GIRONA	972208800
COM GRANADA	958806600

INSTITUCIÓN	TELÉFONO
COM GUADALAJARA	949223017
COM GUIPÚZCOA	646581200
COM HUELVA	959540630
COM ILLES BALEARS	695799958
COM LA RIOJA	600979894
COM JAÉN	953295940
COM LA RIOJA	639006149
COM LAS PALMAS	659011882
COM LEÓN	606777585
COM LLEIDA	973273859
COM LUGO	659097907
COM MÁLAGA	951019400
COM MADRID	915385104
COM MELILLA	625931436
COM MURCIA	868940230
COM NAVARRA	682701444
COM OURENSE	636114562
COM PALENCIA	979720241
COM PONTEVEDRA	620067956
COM SALAMANCA	923263462
COM SEGOVIA	921422166
COM SEVILLA	954233910

7.2/ PROTECCIÓN SOCIAL DEL PAIME

Fundación para la Protección Social de la OMC.

Teléfono del contacto: 91 431 77 80, ext. 3

fundacion@fpsomc.es

www.fpsomc.es

Fundación para la Protección Social
de la OMC

Solidaridad y ayuda para los médicos y sus familias

Desde 1917, la Fundación para la Protección Social de la OMC, se ocupa de la protección social de sus socios donantes y sus familias, tanto médicos colegiados como personal de los Colegios Provinciales de Médicos y del CGCOM.

Bajo el patrocinio de la OMC y tutelada por el Protectorado Único de Fundaciones de Competencia Estatal, la Fundación ofrece al profesional médico diferentes prestaciones recogidas en su catálogo anual. Hoy, cerca de 3.000 beneficiarios disfrutan de ellas.

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

Calle Cedaceros, 10.
28014 Madrid
Tel. 91 431 77 80
fundacion@fpsomc.es

www.fpsomc.es

 @fpsomc

Con el patrocinio de:

 **Unicaja Banco**