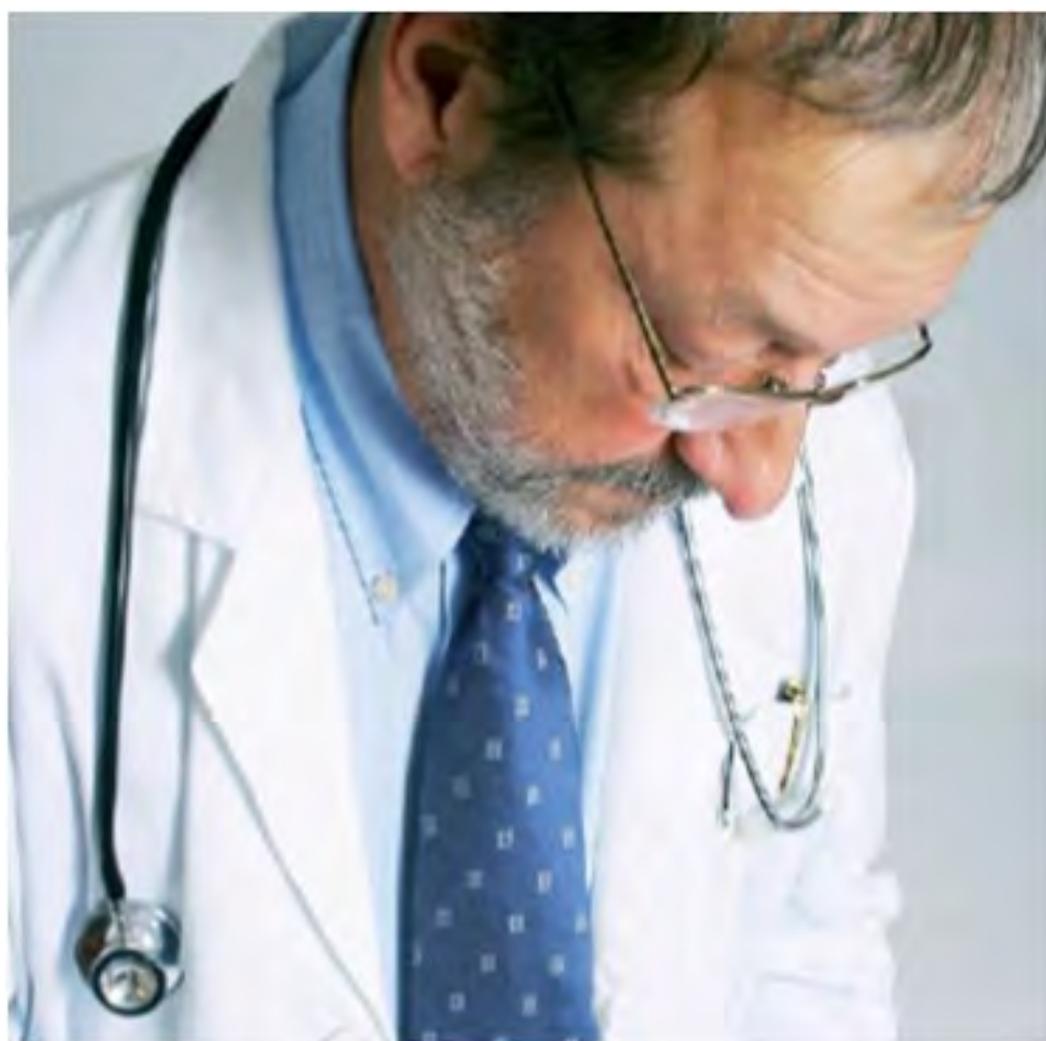


# III JORNADAS CLINICAS PAIME

2016

Cuadernos

FPSOMC



**Madrid, 6 y 7 de mayo de 2016**  
Sede del Consejo General de Colegios de Médicos  
Plaza de las Cortes, 11, 28014 - Madrid

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

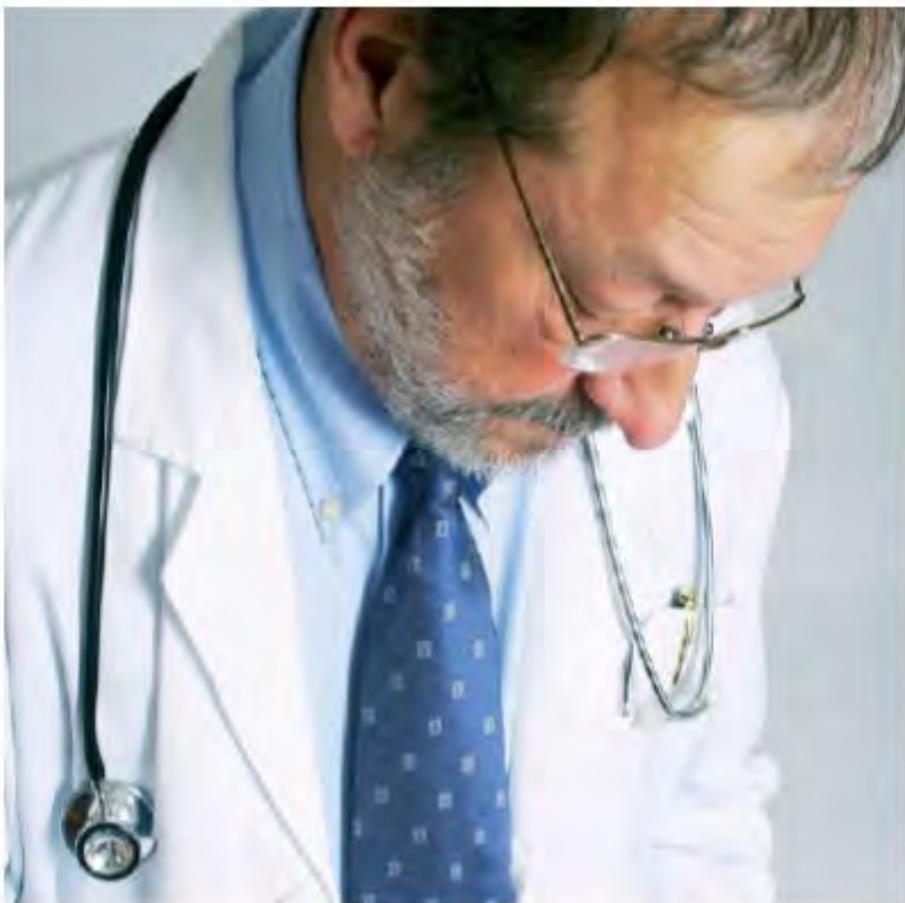


FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

## INDICE DE CONTENIDOS

0. Programa de las Jornadas.
  
1. **Ponencia I:** Consolidación de la atención integral al médico enfermo: intervención clínica y de protección social.
  
2. **Ponencia II:** La incorporación de la perspectiva de género al PAIME: una mirada necesaria.
  
3. **Foro 1:** La intervención con el médico enfermo como paciente difícil: estrategias para la detección, captación, tratamiento y reinserción profesional del paciente difícil.
  
4. **Foro 2:** Sistematización y registro de datos del PAIME: conocer para actuar.
  
5. **Foro 3:** La atención al médico jubilado o incapacitado después del PAIME.
  
6. **Coloquio – Debate:** Habilidades personales del clínico en su intervención con el médico enfermo en el PAIME.

# III JORNADAS CLÍNICAS PAIME



**Madrid, 6 y 7 de mayo de 2016**

Sede del Consejo General de Colegios de Médicos  
Plaza de las Cortes, 11, 28014 - Madrid

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

## Objetivos:

- Facilitar la reflexión, el debate y el intercambio de conocimientos, experiencias y buenas prácticas entre los profesionales clínicos de la Red PAIME.
- Consolidar un espacio de encuentro facilitador del contacto y la comunicación informal entre los clínicos asistentes.
- Proporcionar visibilidad, reconocimiento y fortalecimiento a la Red PAIME.

## Destinatarios:

- Clínicos de la Red PAIME (tratamiento ambulatorio y de ingreso).
- Clínicos interesados en conocer el PAIME y su Red de Atención.

## Lugar de celebración:

- Sede del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Plaza de las Cortes 11, 3ª planta, Madrid.
- Ponencias y foros-taller distribuidos en tres salas. Disponibles carteles indicadores de las salas.

## Inscripciones:

- Plazo: hasta el 22 de abril de 2016.
- Inscripción en: [http://www.fphomc.es/ficha\\_inscripcion\\_paime](http://www.fphomc.es/ficha_inscripcion_paime)
- Condiciones: gratuita.

**Programación:** Comisión Técnica Nacional del PAIME.

**Organización y Coordinación:** Fundación para la Protección Social de la OMC.

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

Calle Cedaceros nº 10, 28014, Madrid

Tfno.: 91 431 77 80, Ext. 3.

[fundacion@fphomc.es](mailto:fundacion@fphomc.es); [www.fphomc.es](http://www.fphomc.es); @fpsomc

## Viernes 6 de mayo 2016

16,00h: Recepción y acreditación de participantes.

16,30h: Bienvenida asistentes e inauguración.

D. Juan José Rodríguez Sendín. Presidente de la FPSOMC.  
Junta Rectora de la Fundación.

16,45h: PONENCIA I. *Consolidación de la atención Integral al médico enfermo: intervención clínica y de protección social.*

Presenta y Modera:

- Dr. Serafín Romero Agüit. Vicepresidente de la FPSOMC.

Ponentes:

- D. Toni Calvo Director del Programa de Protección Social del COMB. Director de la Fundación Galatea.
- D<sup>a</sup>. Nina Mielgo Directora Técnica de la Fundación para la Protección Social de la OMC.

Debate.

17,45h: FOROS; reflexiones para la acción.

Foro 1: *La intervención con el médico enfermo como paciente difícil: estrategias para la detección, captación, tratamiento y reinserción profesional del paciente difícil*

Directores:

- Dr. Miquel Casas. Psiquiatra terapeuta del PAIME. F. Galatea.
- Dr. Eugeni Bruguera. Psiquiatra terapeuta del PAIME. F. Galatea.
- Dra. Carmen Bule. Coordinadora del PAIME. F. Galatea.

Foro 2: *Sistematización y registro de datos del paciente PAIME: conocer para actuar.*

Directores:

- Dr. Dayro Gutierrez. Médico especialista en Epidemiología.
- Dr. Bartolomé de la Fuente. Coordinador PAIME en Andalucía.
- Dr. Juan J. Aliende. Coordinador PAIME en Castilla y León.

Foro 3. *La atención al médico jubilado e incapacitado después del PAIME.*

Directores:

- Dr. Angel Alayo. Coordinador PAIME en el País Vasco.
- D<sup>a</sup> Natalia Ragué. Trabajadora Social. Programa P. Social del COMB

19,15h: Fin de la Jornada.

## Sábado 7 mayo 2016

9,00h: PONENCIA: *La incorporación de la perspectiva de género al PAIME:*

Presenta y Modera:

- Dr. José Molina Cabildo. Presidente del Colegio de Médicos de Ciudad Real. Patrono de la Fundación.

Ponentes:

- Dra. Mar Sánchez. Coordinadora del PAIME en Castilla La Mancha.
- Dra. Dolores Braquehais. Psiquiatra terapeuta del PAIME. Clínica Galatea.
- Dra. Pilar Arrizabalaga. Consultora 2 del Hospital Clinic de Barcelona. Experta en género y ejercicio profesional.

10,00h: FOROS; reflexiones para la acción. Repetición

Foro 1: *La intervención con el médico enfermo como paciente difícil: estrategias para la detección, captación, tratamiento y reinserción profesional del paciente difícil*

Foro 2: *Sistematización y registro de datos del paciente PAIME: conocer para actuar.*

Foro 3. *La atención al médico jubilado e incapacitado después del PAIME.*

Directores:

11,30h: Pausa Café.

12,00h: FOROS DE DEBATE Y CONSENSO. Repetición de los tres Foros.

13,30h: COLOQUIO - DEBATE: *Habilidades personales del clínico en su intervención con el médico enfermo en el PAIME:*

Presenta y modera:

- Dra. Marisa Celorrio Bustillo. Clínico PAIME.

14,30h: Clausura.

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

OMC

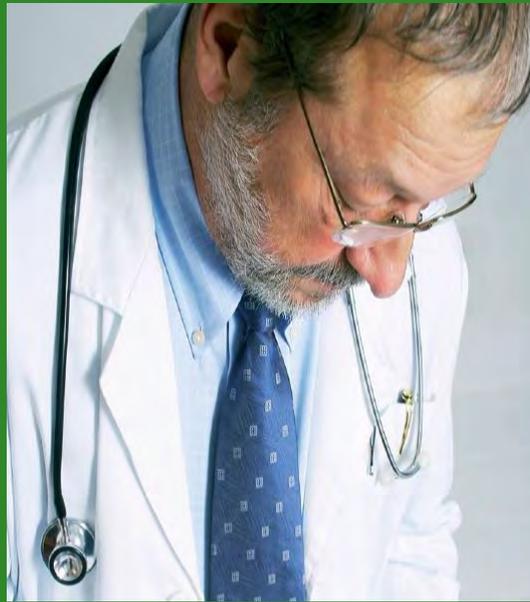


ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

# III JORNADAS CLÍNICAS PAIME



6 y 7 de mayo de 2016

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



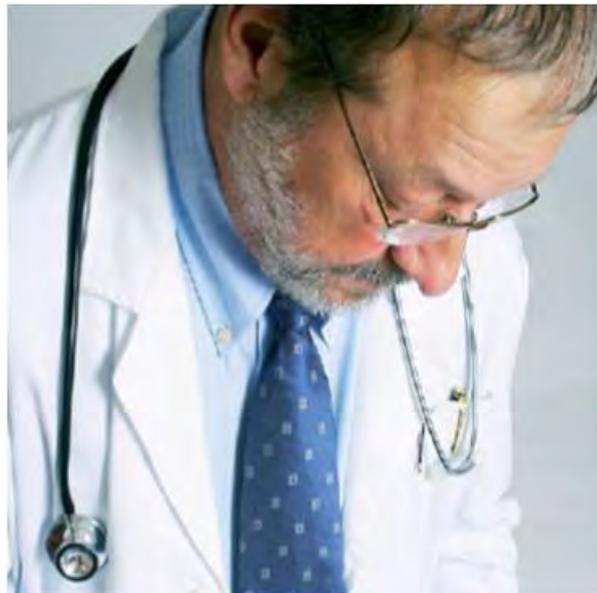
FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

## PONENCIA 1.

### Consolidación de la Atención Integral al Médico Enfermo: Intervención Clínica y de Protección Social.

D. Toni Calvo. Director del P.P.Social del COMB. Dtor. F. Galatea

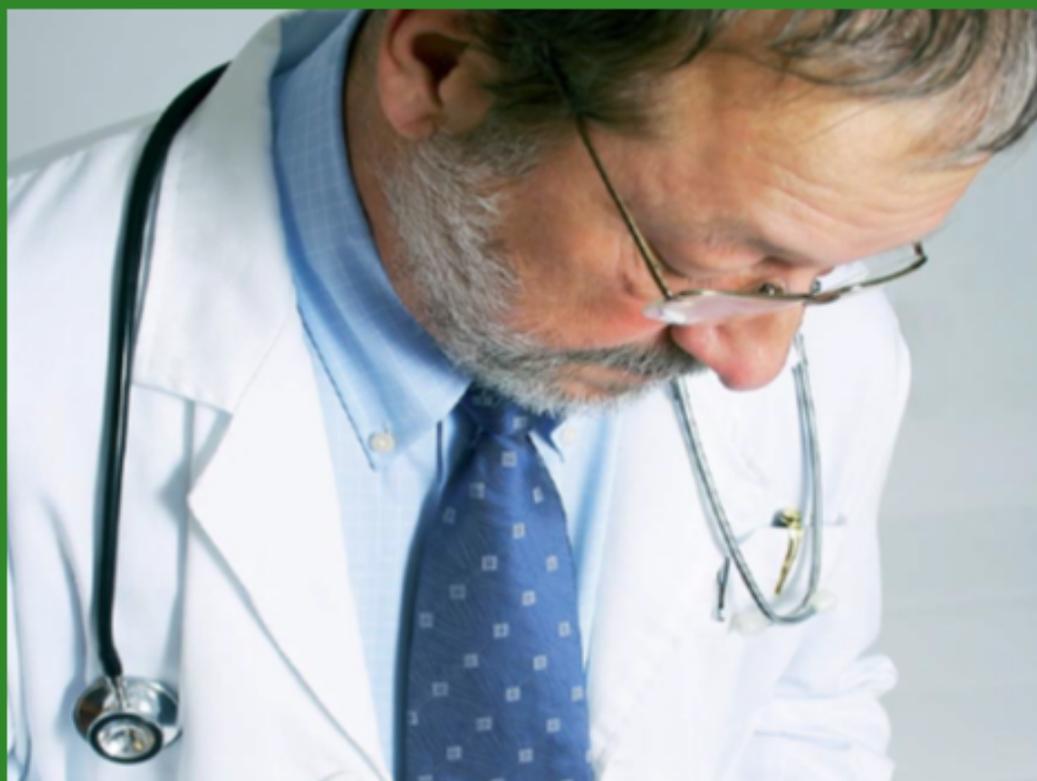
D<sup>a</sup> Nina Mielgo. Dtra. Fundación para la P. Social de la OMC



Madrid, 6 y 7 de mayo de 2016

Sede del Consejo General de Colegios de Médicos  
Plaza de las Cortes, 11, 28014 - Madrid

# III JORNADAS CLÍNICAS PAIME



6 y 7 de mayo de 2016

## PONENCIA 1.

**Consolidación de la Atención Integral al Medico Enfermo:  
intervención clínica y de Protección Social.**

D. Antoni Calvo. Director del P.P.Social del COMB. Dtor. F. Galatea  
D<sup>a</sup> Nina Mielgo. Directora Técnica de la Fundación para la P.S. OMC

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



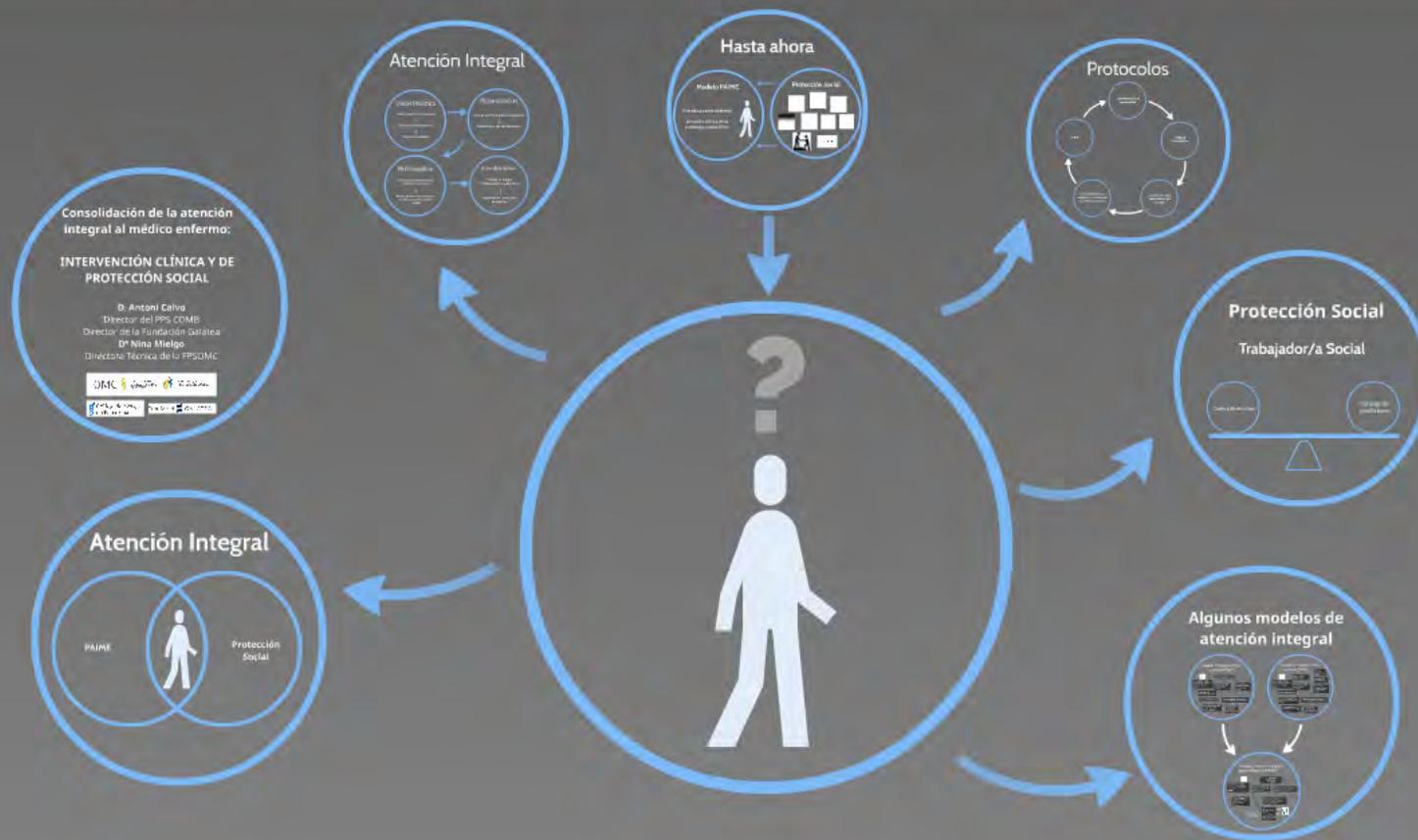
FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

Fundación



GALATEA

# ¿Atención Integral?



**Consolidación de la atención  
integral al médico enfermo:**

**INTERVENCIÓN CLÍNICA Y DE  
PROTECCIÓN SOCIAL**

**D. Antoni Calvo**

Director del PPS COMB

Director de la Fundación Galatea

**D<sup>a</sup> Nina Mielgo**

Directora Técnica de la FPSOMC

**OMC**



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL



Col·legi de Metges  
de Barcelona

Fundació



GALATEA



# Hasta ahora

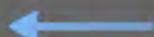
## Modelo PAIME

El médico como enfermo

Atención clínica de la  
patología psiquiátrica



## Protección social



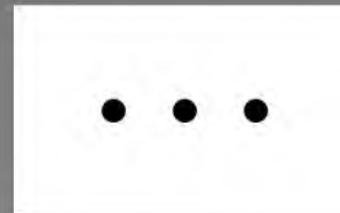
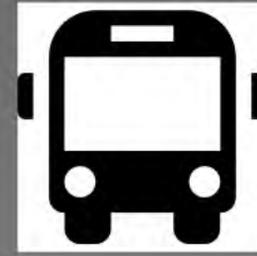
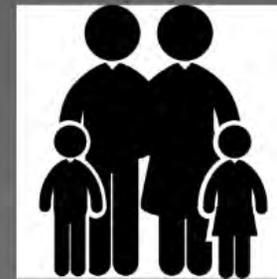
# Modelo PAIME

El médico como enfermo

Atención clínica de la  
patología psiquiátrica



# Protección social



# Atención Integral

PAIME



Protección  
Social

# Atención Integral



# Visión Holística

Visión general de la persona



Visión multidimensional



Todo está conectado

# Personalización

Ante un perfil complejo del paciente



Adaptación a sus circunstancias



# Multidisciplinar

Varias disciplinas aportando  
respuestas a la persona



Muchos profesionales implicados  
en este proceso de atención  
integral

# Interdisciplinar

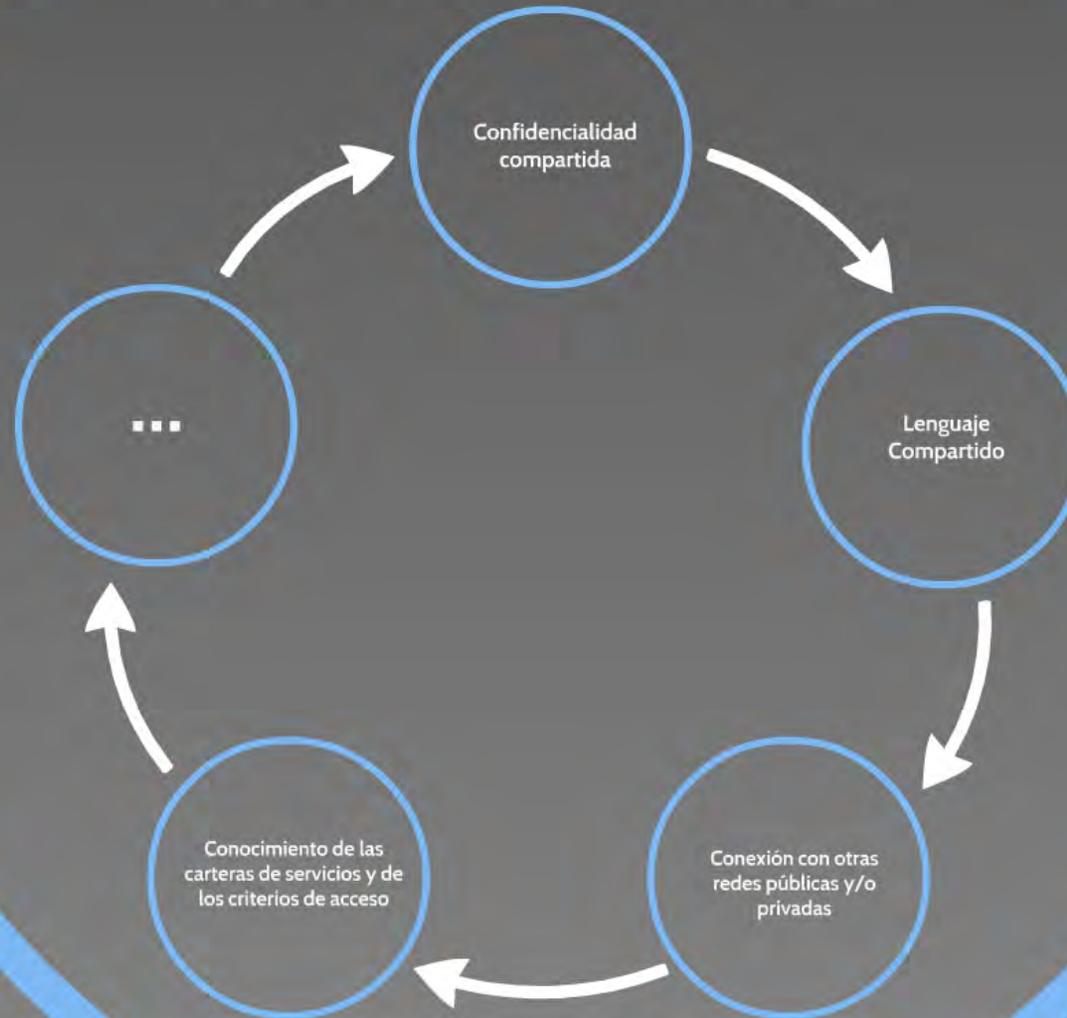
**Trabajo en equipo  
Predisposición cooperativa**



**Organización, procesos y  
protocolos**



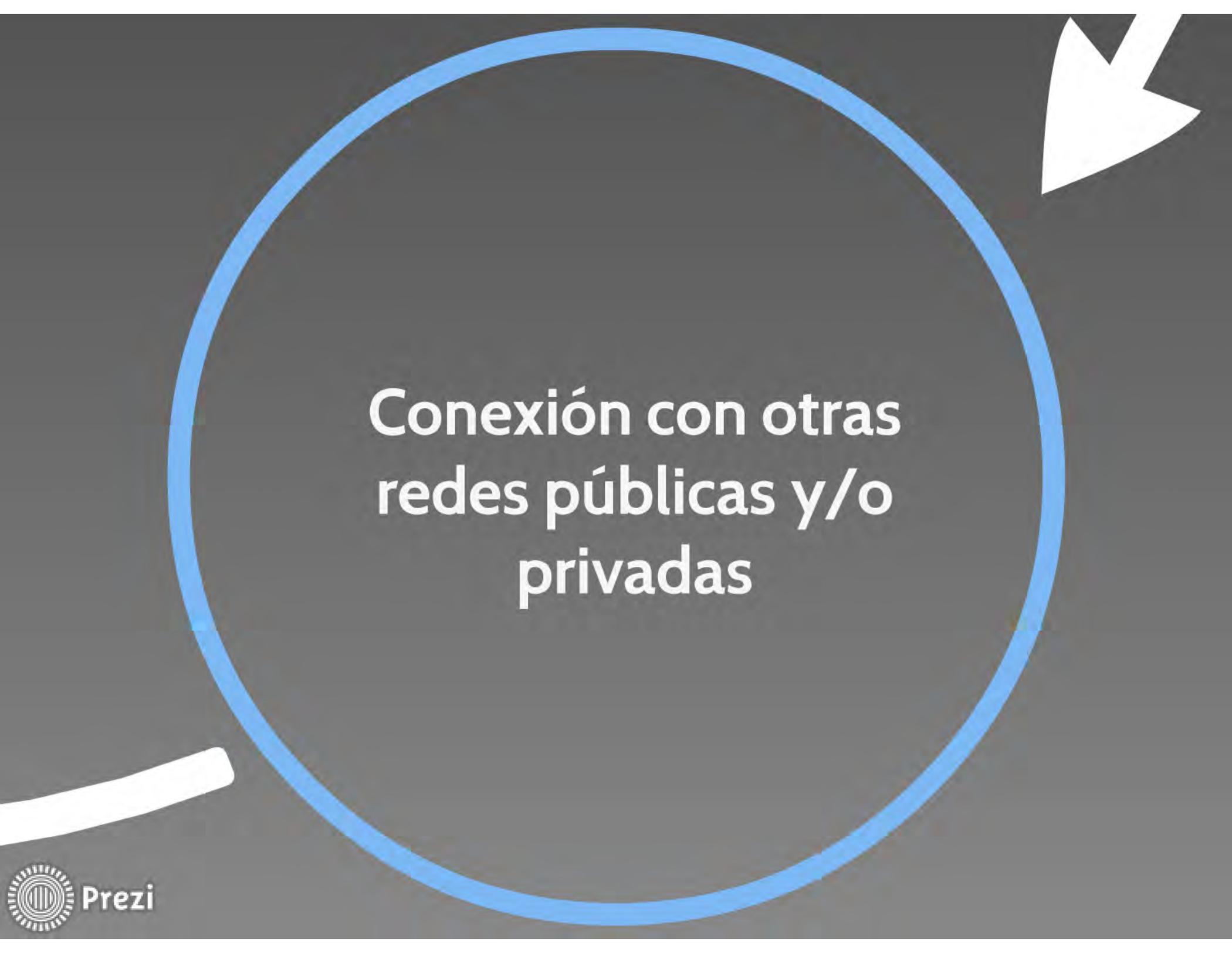
# Protocolos





**Confidencialidad  
compartida**

# Lenguaje Compartido



**Conexión con otras  
redes públicas y/o  
privadas**



**Conocimiento de las  
carteras de servicios y de  
los criterios de acceso**



# Protección Social

## Trabajador/a Social

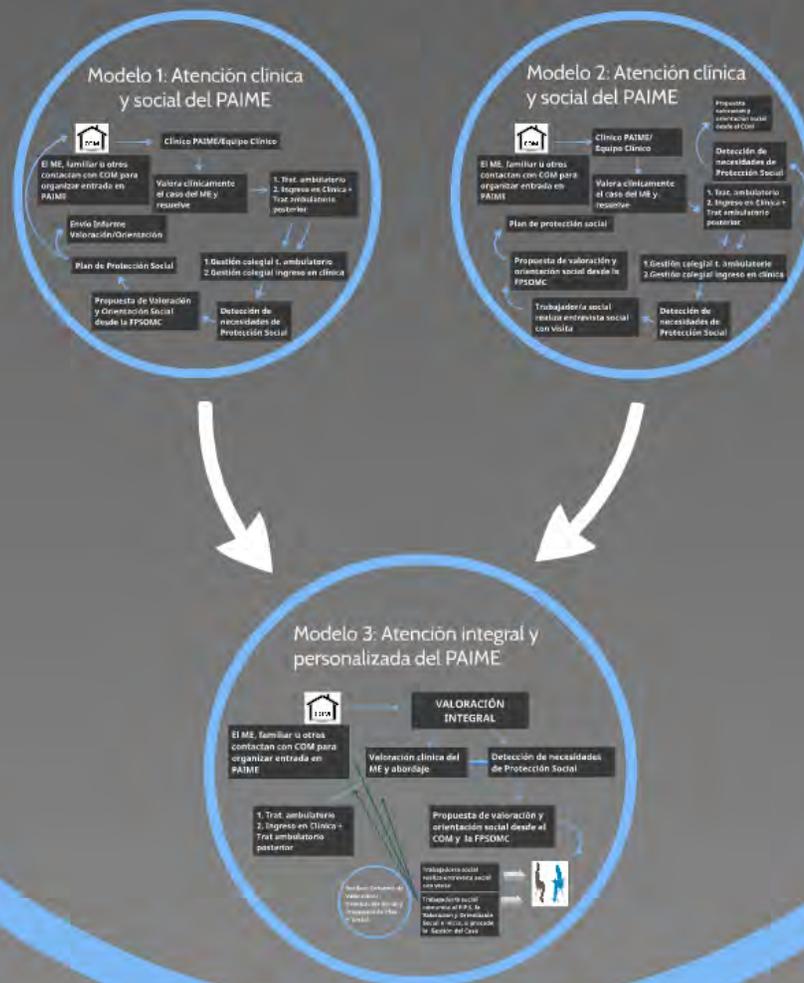
Cartera de servicios

Catálogo de prestaciones

# Cartera de servicios

# Catálogo de prestaciones

# Algunos modelos de atención integral







**El ME, familiar u otros  
contactan con COM para  
organizar entrada en  
PAIME**

**Envío Informe**

# ocial del PAIME

▶ **Clínico PAIME/Equipo Clínico**



**Valora clínicamente**



Prezi

el caso del ME y



**1. Tra**  
**2. Ing**



**Valora clínicamente  
el caso del ME y  
resuelve**

**1. Trat. ambulatorio**

**2. Ingreso en Clínica +**

**Trat ambulatorio**

**posterior**

Plan ambulatorio  
posterior



1. Gestión colegial t. ambulatorio
2. Gestión colegial ingreso en clínica



**Detección de  
necesidades de  
Protección Social**

n



Prezi



# Detección de necesidades de Protección Social



## Propuesta de Valoración y Orientación Social desde la FPSOMC



**Envío Informe  
Valoración/Orientación**

**Plan de Protección Social**

**Propuesta de Valoración  
y Orientación Social**

**Organizar entrada en  
ME**

**valor  
el cas  
resue**



**Envío Informe  
Valoración/Orientación**

**Plan de Protección Social**

**Envío Informe  
Valoración/Orientación**

**Plan de Protección Social**

**Propuesta de Valoración  
y Orientación Social**



**El ME, familiar u otros  
contactan con COM para  
organizar entrada en  
PAIME**

**Envío Informe**

## Modelo 2: Atención clínica y social del PAIME





**El ME, familiar u otros  
contactan con COM para  
organizar entrada en  
PAIME**

**Plan de protección social**



**Clínico PAIME/  
Equipo Clínico**



**Valores clínicamente**



**Valora clínicamente  
el caso del ME y  
resuelve**



**social**

# Protección Social

- 1. Trat. ambulatorio**
- 2. Ingreso en Clínica +  
Trat ambulatorio  
posterior**

# Detección de necesidades de Protección Social

 Prezi  
1. **Trat. ambulatorio**

# Propuesta valoración y orientación social desde el COM

# Protección Social

- 1. Trat. ambulatorio**
- 2. Ingreso en Clínica +  
Trat ambulatorio  
posterior**

**2. Ingreso en clínica**  
**Trat ambulatorio posterior**

**1. Gestión colegial t. ambulatorio**  
**2. Gestión colegial ingreso en clínica**

**Detección de necesidades de Protección Social**



# Detección de necesidades de Protección Social

**Trabajador/a social  
realiza entrevista social  
con visita**

# Plan de protección social

**Propuesta de valoración y orientación social desde la FPSOMC**

**Trabajador/a social realiza entrevista social**

tactan con COM para  
anizar entrada en  
ME

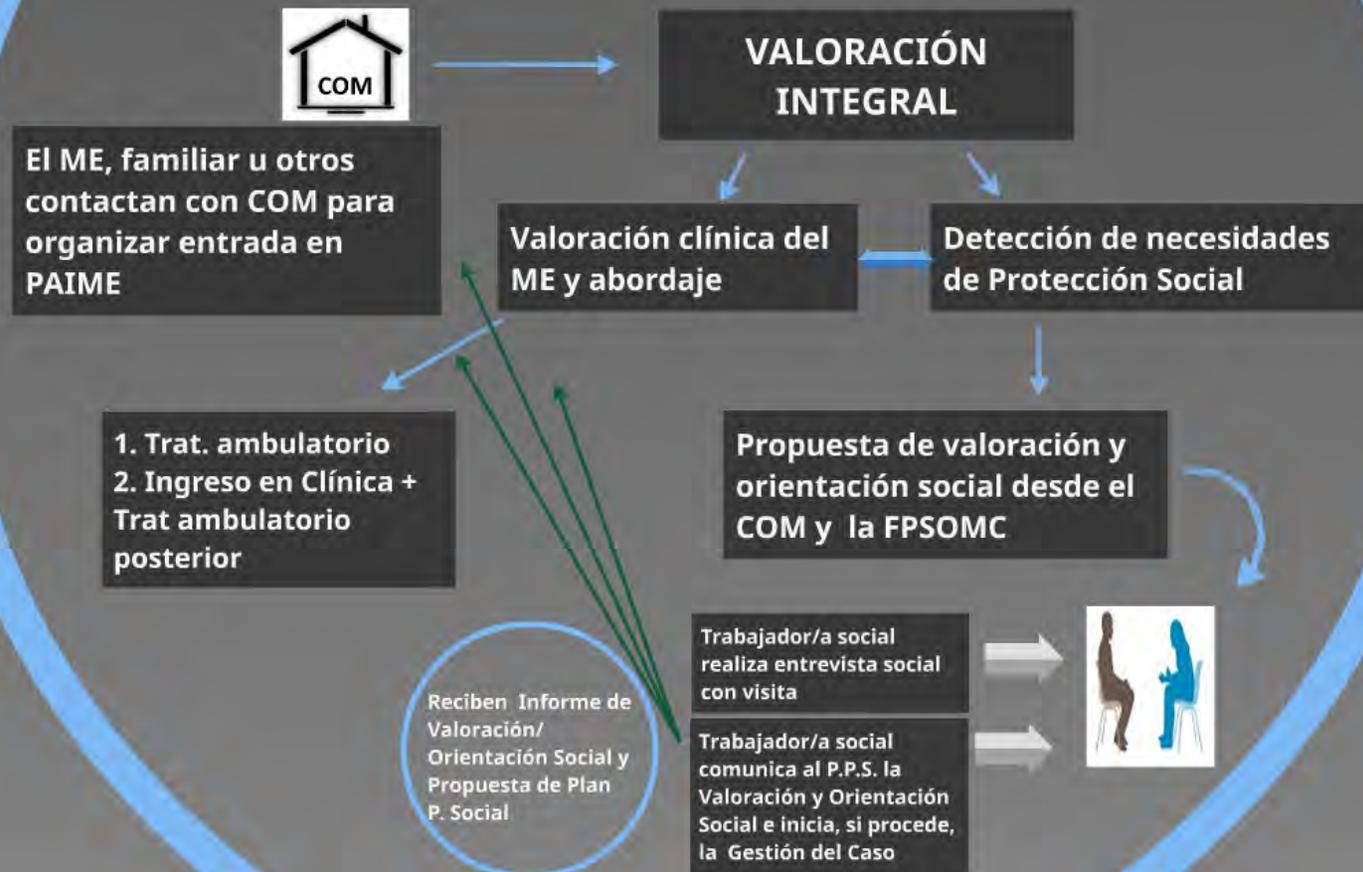
Valora  
el caso  
resuelv

**Plan de protección social**

**Propuesta de valoración y  
orientación social desde la**



# Modelo 3: Atención integral y personalizada del PAIME





**El ME, familiar u otros  
contactan con COM para  
organizar entrada en  
PAIME**

# a del PAIME

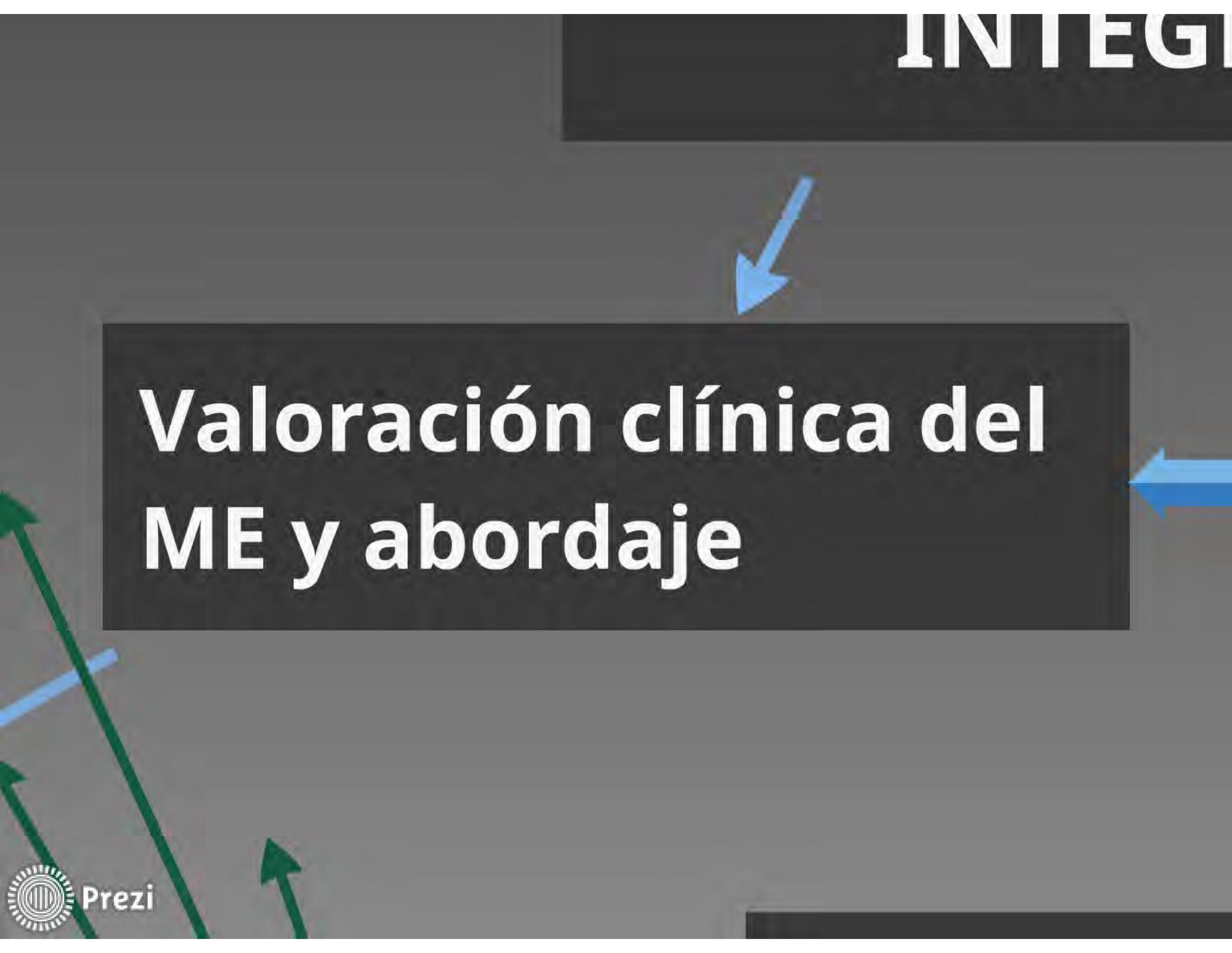
## VALORACIÓN INTEGRAL



 **ción clínica del**

**Detección d**

**INTEGI**



# **Valoración clínica del ME y abordaje**

- 
- 1. Trat. ambulatorio**
  - 2. Ingreso en Clínica +  
Trat ambulatorio  
posterior**

# a del PAIME

## VALORACIÓN INTEGRAL



 **ción clínica del**

**Detección d**



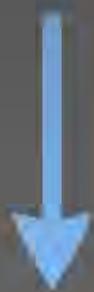
**CIÓN  
RAL**



**Detección de necesidades  
de Protección Social**



 **de valoración y**



**Propuesta de valoración y orientación social desde el COM y la FPSOMC**

**Trabajador/a social realiza entrevista social**



**Trabajador/a social  
realiza entrevista social  
con visita**

**Trabajador/a social  
comunica al P.P.S. la**

**con visita**

**Trabajador/a social  
comunica al P.P.S. la  
Valoración y Orientación  
Social e inicia, si procede,  
la Gestión del Caso**

**Reciben Informe de  
Valoración/  
Orientación Social y  
Propuesta de Plan  
P. Social**

**con visita**

**Trabajador/a social  
comunica al P.P.S. la  
Valoración y Orientación  
Social e inicia, si procede,  
la Gestión del Caso**

**INTEGI**



# **Valoración clínica del ME y abordaje**



**con visita**

**Trabajador/a social  
comunica al P.P.S. la  
Valoración y Orientación  
Social e inicia, si procede,  
la Gestión del Caso**



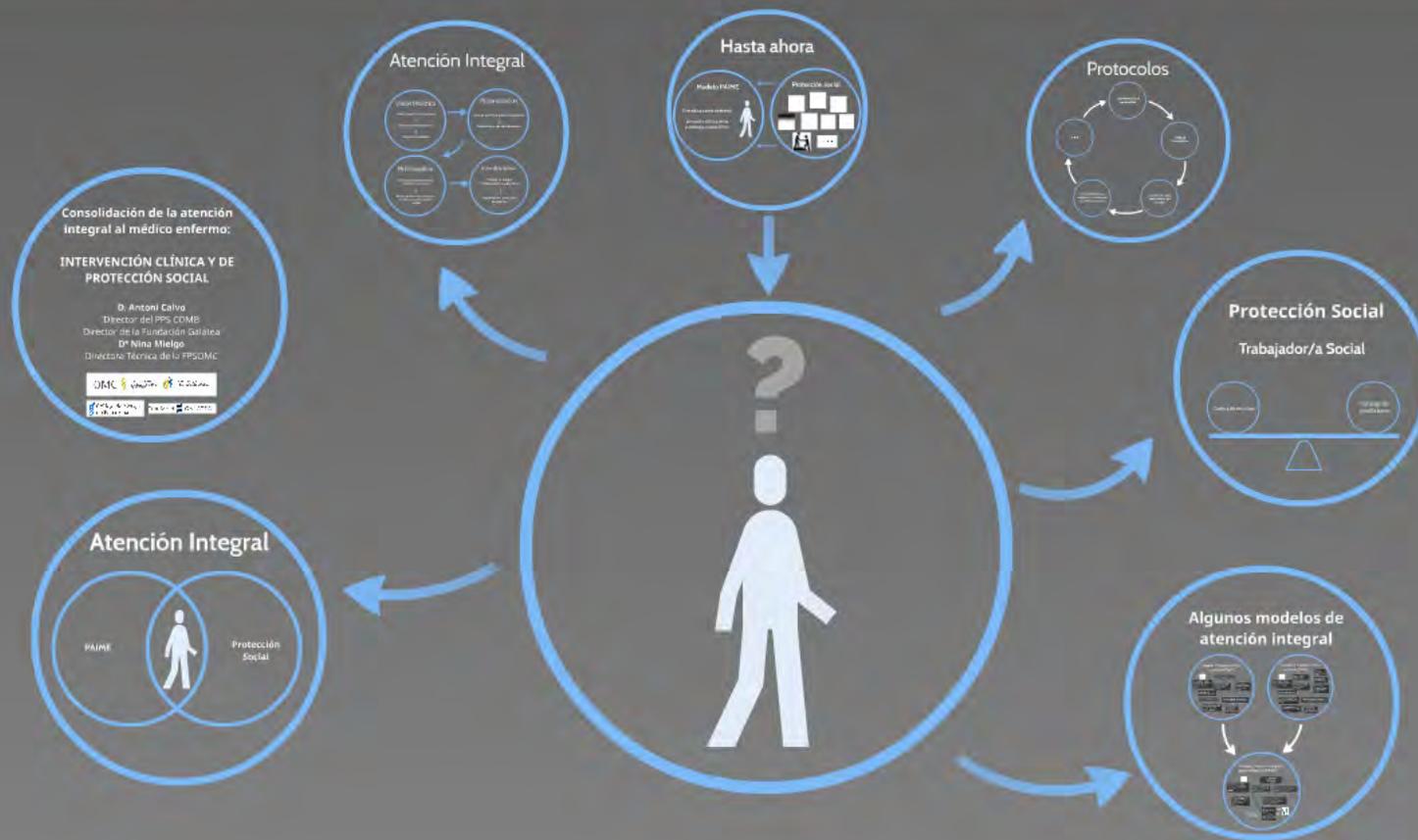
**con visita**

**Trabajador/a social  
comunica al P.P.S. la  
Valoración y Orientación  
Social e inicia, si procede,  
la Gestión del Caso**



**El ME, familiar u otros  
contactan con COM para  
organizar entrada en  
PAIME**

# ¿Atención Integral?



OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

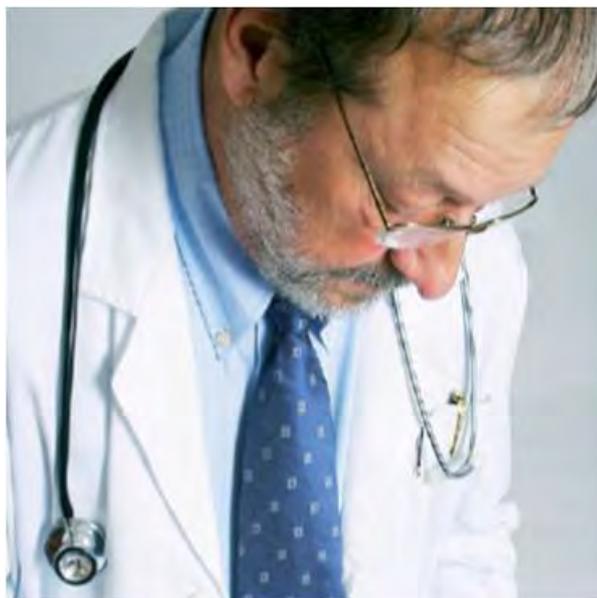
## PONENCIA 2.

### La Incorporación de la Perspectiva de Género al PAIME: una Mirada Necesaria.

Dra. Mar Sánchez. Coordinadora PAIME en Castilla La Mancha

Dra. Dolores Braquehais. Psiquiatra terapeuta del PAIME. C. Galatea

Dra. Pilar Arrizabalaga. Consultora 2 Hospital Clinic de Barcelona. Experta en Género y Ejercicio Profesional



Madrid, 6 y 7 de mayo de 2016  
Sede del Consejo General de Colegios de Médicos  
Plaza de las Cortes, 11, 28014 - Madrid

**DRA. MARIA DEL MAR SÁNCHEZ FERNÁNDEZ**

**COORDINADORA PAIME CASTILLA- LA MANCHA**

**UNIDAD CONDUCTAS ADICTIVAS. SERVICIO DE PSIQUIATRIA. G.A.I. CIUDAD REAL**

***III JORNADAS CLINICAS PAIME  
Madrid, 6 y 7 de Mayo de 2016***



Fundación Patronato  
de Huérfanos y Protección  
Social de Médicos  
Príncipe de Asturias

### III JORNADAS CLÍNICAS PAIME-2016



OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

# GENERO Y PATOLOGIA DUAL: LA IMPORTANCIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL



Fundación Patronato  
de Huérfanos y Protección  
Social de Médicos  
Príncipe de Asturias



# INTRODUCCION

- 👉 EL ALCOHOLISMO → PROBLEMA DE SALUD PUBLICA DE GRAN MAGNITUD
  
- 👉 AUMENTO DEL CONSUMO EN COLECTIVOS ANTERIORMENTE NO AFECTADOS
  - ADOLESCENTES.
  - MUJERES.
  - ANCIANOS.



## INTRODUCCION

- ❖ LAS ADICCIONES EN LA MUJER ESTAN RELACIONADAS EN BUENA PARTE CON LA ESTRUCTURA POLITICO-SOCIAL Y FAMILIAR EN LA QUE ESTA INMERSA.
- ❖ MUJER MAS LONGEVA QUE EL HOMBRE Y CON MAS ENFERMEDADES CRONICAS.
- ❖ CUANDO SE VALORAN DEPENDENCIAS NO SE SUELEN HACER DIFERENCIAS DE GENERO.
- ❖ MAYOR VULNERABILIDAD DE LA MUJER A LOS EFECTOS DEL ALCOHOL (mayor absorción, menor cantidad de agua, mayor porcentaje de tejido graso, menor cantidad de alcohol deshidrogenasa, menor primer paso hepático).



## INTRODUCCION

- ❖ CONSECUENCIAS CLINICAS DEL ALCOHOLISMO EN LA MUJER SON MAS GRAVES Y DIFERENTES DE LAS DEL HOMBRE
- ❖ EL ESTIGMA DEL ALCOHOLISMO ES MAS GRAVE EN LA MUJER. CONSECUENCIAS FAMILIARES MAS GRAVES



# CARACTERISTICAS DEL ALCOHOLISMO FEMENINO

- ▶ LA MUJER BEBE CON MENOS FRECUENCIA, PERO TIENDE A CONSUMIR CANTIDADES IGUALES
- ▶ TENDENCIA A OCULTAR EL CONSUMO MAYOR
- ▶ DOBLE VULNERABILIDAD: BIOLÓGICA Y SOCIAL
- ▶ MEJOR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO QUE EL HOMBRE
- ▶ CONDUCTA SOLITARIA



# CARACTERISTICAS DEL ALCOHOLISMO FEMENINO

- ▶ CAMBIO DEL PATRON DE CONSUMO EN LOS ULTIMOS AÑOS
- ▶ MUJERES MAS JOVENES Y POLICONSUMIDORAS
- ▶ 81% TIENEN ENTRE 25-44 AÑOS
- ▶ DEPENDENCIA PSICOLOGICA MAS RELEVANTE
- ▶ MAYOR CONCIENCIA DE BEBER NO ES SANO
- ▶ ACUDE CON LA FAMILIA



# CARACTERISTICAS DEL ALCOHOLISMO FEMENINO

- ▶ DETERIORO FISICO, EMOCIONAL, ESPIRITUAL E INTELECTUAL MUCHO MAS RAPIDO
- ▶ FRECUENTE QUE SEAN PRESA FACIL DE 2ª ADICCION-BZP
- ▶ DESARROLLO MAS RAPIDO DE LA ADICCION
- ▶ ACCIDENTES Y CONFLICTOS EN EL SENO DEL HOGAR



## FACTORES FAVORECEDORES

- ✓ ABUSO FISICO COMO ANTECEDENTE 56%
- ✓ OCUPACIONES LABORALES CON ELEVADO ESTRÉS
- ✓ MENOPAUSIA, DIVORCIO Y CONFLICTOS PSICOLOGICOS ( DEPRESION )
- ✓ FACTORES GENETICOS- HASTA UN 60% DE ANTECEDENTE PATERNO
- ✓ PROBLEMAS GINECOLOGICOS/SEXUALES
- ✓ MADRE DURA. PADRE AUSENTE



# PUBLICIDAD

-  PAPEL IMPORTANTE COMO FACTOR FAVORECEDOR.
-  HA NORMALIZADO EL PAPEL DE LA MUJER QUE BEBE AL LADO DEL HOMBRE.
-  SE HA LANZADO DE FORMA MUY AGRESIVA A LA CONQUISTA DE UN MERCADO EN ALZA



## SITUACION ACTUAL I

- ▶ 93,7 % DE LA POBLACION LO HA PROBADO
- ▶ 76 % EN EL ULTIMO AÑO
- ▶ 64,9 % EN LAS ULTIMAS HORAS
- ▶ 14,9 % DIARIAMENTE
- ▶ 5,5 % BEBEDOR DE RIESGO
- ▶ MAS LOS FINES DE SEMANA
- ▶ ENTRE 25-34 AÑOS



## SITUACION ACTUAL II

- ▶ ENTRE 1998-2002 EL CONSUMO FEMENINO SUBIO DEL 18-25 %.
- ▶ A FINALES DE LOS 70 LA PROPORCION DE 10-1 BAJA A 4-1, INCLUSO 3-1.
- ▶ 50% DE ALCOHOLICAS EN LA EDAD REPRODUCTORA.
- ▶ MORTALIDAD, ACCIDENTES Y SUICIDIO SE MULTIPLICAN.



## SITUACION ACTUAL III

- ▶ BEBER COMO BUSQUEDA RAPIDA DE LA EMBRIAGUEZ.
- ▶ ACCIDENTE DE TRAFICO COMO PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE.
- ▶ EN EL COLECTIVO DE 14-18 AÑOS NO HAY DIFERENCIA DE SEXO EN FINES DE SEMANA.
- ▶ DURANTE LA SEMANA 26,5 % DE HOMBRES BEBEN POR SOLO 14,1 % DE MUJERES.
- ▶ POLICONSUMO.



# ALCOHOL Y VIOLENCIA

- ✓ EL ALCOHOL PROPICIA LA VIOLENCIA.
- ✓ LA VIOLENCIA AUMENTA EL CONSUMO DE ALCOHOL.
- ✓ LAS VICTIMAS TIENDEN A CONSUMIR ALCOHOL DE FORMA PELIGROSA.
- ✓ ESTUDIO USA: 8,6 % DE HOMICIDIOS; 37% DE ATRACOS; 60 % DE DELITOS SEXUALES; 44 % DE VIOLENCIA DE GENERO; 13 % DE ABUSO A MENORES.



## ¿de donde partimos.....?

- ▶ No hay estudios específicos de mujer, alcohol y patología dual
- ▶ En general, la investigación, prevención y tratamiento de las adicciones las contempla desde un punto de vista masculino
- ▶ Deficit de estudios que contribuyan a determinar factores de riesgo y establecer medidas eficaces de prevención y tratamiento
- ▶ Pocos estudios ....dicen: la proporción parece ser menor en la mujer, con más consecuencias psicológicas negativas y menos apoyo familiar y social para superar su dependencia del alcohol



## ESTUDIO ECA:

- Un 36,6% de las personas con alcoholismo y un 53,1% de las personas con otras DD presentarán además algún Tr. Psiquiátrico a lo largo de su vida.
- Mayor prevalencia de alcoholismo y otras DD entre los pacientes esquizofrénicos, antisociales, ansiosos y afectivos, comparados con la población general.



## **ESTUDIO N.C.S. («National Comorbidity Survey, 1994»):**

- Entre las mujeres, el 72,4% de las que abusan de alcohol y el 86% de las dependientes del alcohol han presentado algún Tr. Psiquiátrico o DD, a lo largo de su vida.
- Los Tr. de ansiedad y de ánimo fueron los más frecuentes entre las mujeres.
- Para ambos sexos: dependencia de alcohol asociada a Tr. de ansiedad, de estado de ánimo y Tr. de personalidad antisocial, con mayor frecuencia de lo que cabría esperar por simple azar.



Fundación Patronato  
de Huérfanos y Protección  
Social de Médicos  
Príncipe de Asturias





## Salud y drogas

Health and drugs

### DIRECTOR

José A. García del Castillo Rodríguez  
Universidad Miguel Hernández

### SECRETARIO

David Llorca Irujo  
Universidad Miguel Hernández

### CONSEJO EDITORIAL

#### Angelina Díaz, Javier

Medicina Psicosomática (Bilbao)  
Ayuntamiento, Francisco Javier  
Universidad de Cantabria

#### Bayarri Sopena, Ramón

Universidad Autónoma de Barcelona

#### Becerra Iglesias, Einarde

Universidad de Santiago de Compostela

#### Benito Montañón, Juan Vicente

Universidad Complutense de Madrid

#### Bobes García, Julio

Universidad de Oviedo

#### Borja, Gilbert J.

Weill Medical College Cornell Univ. (USA)

#### Cervera Martínez, Gaspar

Hosp. Clínico Universitario de Valencia

#### Echeburúa Odriozola, Enrique

Universidad del País Vasco

#### Fernández Hernández, José Ramón

Universidad de Oviedo

#### Garcías, Eliot Lawrence

Albert Einstein College of Medicine (USA)

#### Griffin, Kenneth W.

Weill Medical College Cornell Univ. (USA)

#### Guerri Siraes, Consuelo

Instituto de Investigaciones Citológicas

#### Lehfeldt, Carl G.

University of Kentucky (USA)

#### López Sánchez, Carmen

Universidad de Alicante

#### Maldonado, Rafael

Universidad Pompeu Fabra

#### Marcin, Gerardo

University of San Francisco (USA)

#### Martin González, Emiliano

Ayuntamiento de Madrid

#### Nájera Morroño, Rafael

Soc. Española Interdisciplinaria del SIDA

#### Méndez Carrillo, Francisco Xavier

Universidad de Murcia

### JEFE DE REDACCIÓN

José Pedro Espada Sánchez  
Universidad Miguel Hernández

#### Navarro García, Miguel

Universidad Complutense de Madrid  
Cruz de Sada, Miguel Ángel  
Edes-Centro de Recursos Comunitarios

#### Pascual Fernández, César

Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Gobierno de Cantabria

#### Pascual Pastor, Francisco

Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana

#### Pérez de Arce, Javier

Fundación Vívir sin Drogas

#### Pérez Galvez, Barcelona

Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana

#### Porcilla Sogorb, Joaquín

Hospital Gral Universitario de Alicante

#### Rechen, Alvin

Régie Régionale de L'Estrie (Canada)

#### Rodríguez de Fuenes, Fernando

Universidad Complutense de Madrid

#### Rodríguez Marín, Juan

Universidad Miguel Hernández

#### Ruiz Fernández, Javier

Ayuntamiento de Portugalete

#### Sánchez Martínez, Jesús

Universidad Complutense de Madrid

#### Sánchez Puyá, José

Hospital Gral Universitario de Alicante

#### Sánchez Torres, Manuel

Hospital Psiquiátrico de Bétera

#### Secades, Villa, Roberto

Universidad de Oviedo

#### Singer, Merrill

Harpic Health Council (USA)

#### Solé Puig, José

Cruz Roja de Barcelona

#### Torres Hernández, Miguel Ángel

Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana

#### Vare Prieto, José Ramón

Servicio Navarro de Salud

Revista semestral

## Salud y Drogas Vol 5 N 2 Diciembre 2005 Monográfico Drogas y género

### INDICE

Editorial	7
<i>José Antonio García del Castillo</i>	
Repercusiones de los malos tratos en usuarias de alcohol	13
<i>Mary-Pepa García Mas</i>	
Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de educación secundaria obligatoria.	55
<i>Beatriz Delgado, Rebeca Bautista, Cándido J. Inglés, José P. Espada, María S. Torregrosa y José M. García-Fernández</i>	
Género y continuidad en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en jóvenes	67
<i>Marina Muñoz Rivas, José Manuel Andreu y Patricia Gutiérrez</i>	
Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas	81
<i>Pilar Blanco Zamora, Carlos Sirvent Ruiz y Leandro Palacios Ajuria</i>	
Abuso de alcohol y violencia doméstica desde una perspectiva de género.	99
<i>Gemma Altell Albajes y Montserrat Plaza Aleu</i>	
Retos y perspectivas sobre las drogodependencias y género	117
<i>Juan del Pozo Irribarria</i>	
Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención	137
<i>Juan José Llopis, Agurtzane Castillo, Montse Rebullida y Paolo Stocco</i>	

### Recensiones de libros



Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias





---

---

## Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo

CASAS, M.\*; GUARDIA, J.\*\*

\* Servicio de Psiquiatría del Hospital Valle Hebrón, Barcelona.  
\*\* Unidad de Conductas Adictivas del Hospital de Sant Pau, Barcelona.

Enviar correspondencia a: Dr. José Guardia, Unidad de Conductas Adictivas, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, C/ San Antonio M<sup>o</sup> Claret, 167, 08025 Barcelona (Spain), Tels. 932 919 131-932 919 180, Fax 932 919 178, E-mail: jguardia@hsp.santpau.es

---

---

### RESUMEN

Los pacientes alcohólicos suelen presentar otros síndromes psiquiátricos asociados, sobretudo de ansiedad y depresión, que con frecuencia son trastornos inducidos o agravados por el propio consumo de alcohol y que tienden a mejorar en pocas semanas, cuando el paciente ha efectuado un tratamiento de desintoxicación y consigue mantenerse en remisión de su alcoholismo.

Sin embargo, en ocasiones se trata de trastornos psiquiátricos independientes, que además del tratamiento del alcoholismo requieren un tratamiento específico. Se trata de la llamada patología dual, en la que concurren uno o varios trastornos psiquiátricos, asociados a la patología adictiva y en la que el alcoholismo suele estar asociado al abuso o dependencia de otras sustancias (cocaína, opiáceos, benzodiazepinas, etc.).

El paciente alcohólico que presenta una patología psiquiátrica severa tiene un mayor riesgo de problemas psico-sociales, recaída y suicidio. Su tratamiento puede ser decisivo para evitar la agravación progresiva y un posible fatal desenlace.

Dichos pacientes requieren un abordaje integrado de su patología dual, en una unidad especializada, con un seguimiento intensivo y durante un tiempo más prolongado, de lo habitual. El programa de intervención debería trabajar con la motivación del paciente para conseguir tanto su buena disposición hacia el abandono del consumo de sustancias, como la estabilización de su patología psiquiátrica (con la ayuda de farmacoterapia) y también el aprendizaje de estrategias de afrontamiento, orientadas hacia la prevención de recaídas.

**Palabras clave:** alcoholismo, patología dual, recaída, suicidio, tratamiento integrado.

### SUMMARY

Alcoholic patients have psychiatric syndromes associated, mostly anxiety and depression. Psychiatric syndromes are usually induced by heavy drinking, and tend to improve in a few weeks, when the patient has been detoxified, and a stable remission of alcoholism has been achieved.

However, sometimes alcoholic patients suffer independent psychiatric disorders, that warrant a specific treatment, in addition to the treatment of alcoholism. They are considered dual disorders, with one or more psychiatric disorders, associated to addictive pathology including abuse or dependency of some other substances (cocaine, opiates, benzodiazepines), in addition to alcohol.

Alcoholic patients with other severe psychiatric disorders may be at greater risk of psychosocial problems, relapse, and suicide. Their treatment can be important in order to stop progressive worsening, associated morbidity and increased mortality risks.

These patients need an integrated treatment of their dual disorder, in specialized units, with intensive follow-up, and for longer periods of time than usual. Treatment programs should deal with patient's motivation, in order to enhance their decision to leave substance use, to stabilize their psychiatric disorder (with pharmacotherapy) and to train in relapse prevention coping skills.

**Key words:** alcoholism, dual disorders, relapse, suicide, integrated treatment.

AÑO 2002

195



Asociación Española  
de Patología Dual

## **ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO PARA DETERMINAR LA PREVALENCIA, DIAGNÓSTICO Y ACTITUD TERAPÉUTICA DE LA PATOLOGÍA DUAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

### **PROMOTORES:**

- **ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DUAL**
- **AGENCIA ANTIDROGA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**
- **OFICINA REGIONAL DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID**
- **INSTITUTO DE ADICCIONES DE MADRID SALUD**
- **OBRA SOCIAL DE CAJA MADRID**



This article was downloaded by: [85.48.236.137]  
On: 06 February 2013, At: 07:41  
Publisher: Routledge  
Informa Ltd Registered in England and Wales Registered Number: 1072954 Registered office: Mortimer House, 37-41 Mortimer Street, London W1T 3JH, UK



### Mental Health and Substance Use

Publication details, including instructions for authors and subscription information:  
<http://www.tandfonline.com/loi/rmbc20>

### Alcohol abuse or dependence and other psychiatric disorders. Madrid study on the prevalence of dual pathology

Francisco Arias<sup>a</sup>, Nestor Szyman<sup>b</sup>, Pablo Vega<sup>c</sup>, Beatriz Mesias<sup>c</sup>,  
Ignacio Basurte<sup>b</sup>, Consuelo Morant<sup>d</sup>, Enriqueta Ochoa<sup>e</sup>,  
Félix Poyo<sup>f</sup> & Francisco Babin<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Psychiatric Service, 12th October Hospital, Madrid, Spain

<sup>b</sup>Psychiatric Service, Gregorio Marañón General Hospital, Madrid, Spain

<sup>c</sup>Institute of Addiction, Madrid, Spain

<sup>d</sup>Regional Mental Health Office, Madrid, Spain

<sup>e</sup>Psychiatric Service, Ramón y Cajal Hospital, Madrid, Spain

<sup>f</sup>Alcoholism Unit, Rodríguez Lafora Hospital, Madrid, Spain

<sup>g</sup>Government Office for the National Action Plan on Drugs, Madrid, Spain

Version of record first published: 17 Jan 2013

To cite this article: Francisco Arias, Nestor Szyman, Pablo Vega, Beatriz Mesias, Ignacio Basurte, Consuelo Morant, Enriqueta Ochoa, Félix Poyo & Francisco Babin (2013): Alcohol abuse or dependence and other psychiatric disorders. Madrid study on the prevalence of dual pathology. *Mental Health and Substance Use*, DOI:10.1080/17523261.2012.748674

To link to this article: <http://dx.doi.org/10.1080/17523261.2012.748674>

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE

Full terms and conditions of use: <http://www.tandfonline.com/page/terms-and-conditions>

This article may be used for research, teaching, and private study purposes. Any substantial or systematic reproduction, redistribution, reselling, loan, sub-licensing, systematic supply, or distribution in any form to anyone is expressly forbidden.

The publisher does not give any warranty express or implied or make any representation that the contents will be complete or accurate or up to date. The accuracy of any instructions, formulae, and drug doses should be independently verified with primary

AÑO 2013



Fundación Patronato  
de Huérfanos y Protección  
Social de Médicos  
Príncipe de Asturias





## CONCLUSIONES

- Hay asociación estadística entre Género y Patología Dual. **La PD es menos frecuente en mujeres de nuestra muestra.**
- Las mujeres con PD tienen más riesgo de suicidio, episodio hipomaniaco, trastorno de angustia, agorafobia, fobia social y trastorno de ansiedad generalizado que las mujeres sin PD.
- Las mujeres con PD tienen más riesgo de TP depresivo, límite, paranoide y antisocial que las mujeres sin PD.
- Las mujeres con PD consumen principalmente alcohol y cocaína, y en menor proporción marihuana, tranquilizantes y narcóticos.



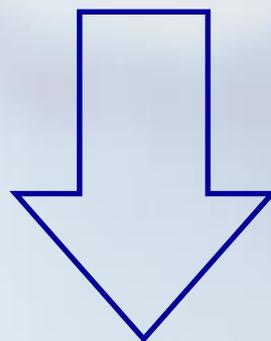
## CONCLUSIONES

- El **86,79 %** de las mujeres que consumen alcohol tienen diagnóstico de PD.
- Las mujeres que consumen alcohol tienen más riesgo de sufrir episodios hipomaniacos, agorafobia, fobia social y trastorno ansiedad generalizado que las que no consumen.
- Las mujeres que consumen alcohol tienen más riesgo de sufrir un trastorno de la personalidad depresivo, que las que no consumen.



# TRATAMIENTOS

LA PATOLOGIA DUAL SUPONE UNA COMPLICACION QUE AFECTA TANTO AL CURSO COMO AL PRONOSTICO



ABORDAJE PSICOTERAPEUTICO MAS COMPLEJO



Las mujeres requieren un **acercamiento**  
**psicoterapéutico diferente respecto a los**  
hombres porque el género influye en la adicción,  
modificando la expresión sintomática de la misma.



Fundación Patronato  
de Huérfanos y Protección  
Social de Médicos  
Príncipe de Asturias



OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

## III Jornadas Clínicas PAIME

**La incorporación de la perspectiva de género al PAIME**




**Dra. María Dolores Braquehals Conesa**  
*Fisioterapeuta, Doctora en Medicina, Licenciada en Filosofía.*

Madrid, 7 de mayo de 2016






---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### ¿Por qué?



Mirar



Escuchar

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Datos PAIMM I. Estudios previos.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuesta postal.</li> <li>• N=795 colegiados en Barcelona.</li> <li>• Tiempo= Marzo 2000.</li> <li>• Mujeres:</li> <li>✓ Menor tendencia a automedicarse (77% vs. 86%).</li> <li>✓ Consultan más al médico si hay enfermedad (47% vs. 39%) o alteración analítica (47% vs. 34%).</li> <li>✓ No diferencias significativas en edad, lugar de residencia o ejercicio profesional.</li> </ul> <p style="text-align: right; font-size: small;"><i>(Bruguera et al., 2001)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio transversal. Hospitalización.</li> <li>• N=394.</li> <li>• Tiempo: 1998-2005.</li> <li>• Mujeres:</li> <li>✓ 36%. Más sep./div.</li> <li>✓ Ligeramente más jóvenes (40s).</li> <li>✓ Derivación voluntaria (82% vs. 52%) y contrato terapéutico (1% vs 39%).</li> <li>✓ Menor porcentaje reingresos.</li> <li>✓ Trastornos depresivos (31,5% vs. 10%); mayor gravedad (↑ BDI).</li> <li>✓ Mayor comorbilidad T. personalidad cluster B (límite).</li> <li>✓ Alcohol (20% vs. 40%). Menos rasgos narcisistas, pasivo-agresivos, límites, antisociales (MCMI-II).</li> <li>✓ Otras drogas (10% vs. 20%). Cocaína (27% vs. 46%); policonsumo (36% vs. 56%).</li> </ul> <p style="text-align: right; font-size: small;"><i>(Lusilla et al., 2006)</i></p>
--	--

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Datos PAIMM II

- Estudio observacional retrospectivo.
- Período: 1998-2014
- Valoración al comenzar seguimiento en el programa.
- N= 778 (colegiados/as en COMB).
- Análisis: Comparación varones/ mujeres:
  - ✓ Variables socio-demográficas.
  - ✓ Variables clínicas.
  - ✓ Variables ocupacionales.
  - ✓ Variables seguimiento primer episodio.
- Estudio aprobado por el Comité de Ética del HVH.
- Pendiente publicación.

COMB: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; HVH: Hospital Universitario Vall Hebron

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Datos PAIMM III

Variable cualitativa	Hombres	Mujeres	Estadística
<i>Derivación voluntaria</i>	84,2%	93,4%	p<0,001
<i>Médicos Atención Primaria</i>	41,5%	41,7%	NS
<i>Trabajo activo</i>	90,6%	92,7%	NS
<i>Trastornos por uso de sustancias</i>	27,3%	13,6%	p<0,001
<i>Hospitalización</i>	87,2%	88,6%	NS
Variable cuantitativa	Hombres	Mujeres	Estadística
<i>Edad (años)</i>	52,2 años	47,8 años	p<0,001
<i>Duración primer episodio (meses)</i>	15,6 meses	15,6 meses	NS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Datos PAIMM IV

Variables	B	Wald	Sig.	OR	(IC 95%)
Edad	-0,031	19,872	<0,001	0,970	(0,957 – 0,983)
Derivación voluntaria	-0,731	8,187	<0,01	0,482	(0,292 – 0,794)
No TUS	0,653	10,796	<0,01	1,880	(1,292- 2,758)
Constante	1,305				

Nota: Mujeres = 1, Hombres = 0, TUS= Trastorno por uso de sustancias

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Mujer médico y adicciones

- En estudios en programas para médicos en otros países <20% son mujeres.
- Más jóvenes y viven solas.
- Menor gravedad clínica y psicosocial.
- Piden ayuda al identificar malestar subjetivo (vs. varones: por problemas laborales).
- Mayor comorbilidad (trastornos afectivos, especialmente).
- Menores necesidades terapéuticas.
- No diferencias en pronóstico ni en recaídas.

(Mc Govern et al., 1998, 2003; Morse, 1984; Angres et al., 2003; Yenna et al., 2004; Bohigian, 2005; Domingo et al., 2005)

---

---

---

---

---

---

---

---

### Mujer médico y trastornos mentales no adictivos

- Mayor prevalencia depresión y trastornos ansiedad.
- Mayor prevalencia *burnout*.
- Depresión: más frecuente en post-grado y en época profesional.
- Suicidio: Mismo riesgo que varones médicos pero mayor mujeres población general.

(Gross, 1977; Brewin & Fitz-Coxens, 1997; Spick et al., 2002; Linderman et al., 1996; Schierhammer & Colditz, 2004)

---

---

---

---

---

---

---

---

### ¿Qué escuchar (género) I?

- Constructo género (dilemas).
- Psicobiografía.
- Genograma. Familia propia y origen.
- Hitos vitales.
- Historia relaciones afectivas.
- Mecanismos afrontamiento. Manejo emociones desagradables. Asunción vulnerabilidad/ petición ayuda.
- Historia académica y profesional.
- Contexto actual (Brooks et al., 2011): ENCUADRAR EN EL TIEMPO.
  1. Factores ocupacionales (clínicos). Acceso auto-prescripción.
  2. Factores ocupacionales (estructurales).
  3. Factores individuales.

---

---

---

---

---

---

---

---

## ¿Qué escuchar (género) II?

MATERNIDAD Y EJERCICIO DE LA MEDICINA (L.ón C, 2010)

✓ **Impacto en la pareja:**

- Disminución tiempo convivencia.
- Rivalidad profesional: ¿quién ralentiza su carrera si hay conflicto trabajo-familia?

✓ **Impacto en la carrera profesional:**

- Conflicto trabajo-familia si la trayectoria académica no es la esperada.
- Consecuencias en todos los miembros de la familia.
- La vida profesional se suele diseñar "antes" que el proyecto familiar, que viene "después".

✓ **Impacto en la familia:**

- Reparto tareas y tiempos.

---

---

---

---

---

---

---

---

## ¿Desde dónde escuchar?

- Cuando se dan asimetrías....(Arranz et al., 2004):

✓ *Justificaciones "esencialistas": las mujeres acaban "escogiendo" su situación por diversos factores biopsicosociales.*

✓ *Justificaciones "igualitaris": las diferencias no son significativas y desaparecerán con el tiempo.*

✓ *Justificaciones "científico-meritocráticas": se parte de la idea de que ciencia y sistema educación-selección profesional son neutrales y objetivos.*

- Oportunidad vs. problema.
- Feminismo de la complementariedad.
- Ética de la deliberación (valores).

---

---

---

---

---

---

---

---

Muchas gracias

---

---

---

---

---

---

---

---

# *La incorporación de la perspectiva de género al PAIME*

Pilar Arrizabalaga

## **III JORNADAS CLÍNICAS PAIME**

7 de mayo de 2016

**OMC**



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

# Indice

---

- Demografía
- Planteamiento
- Antecedentes
- Diferencias i similitudes en salud entre médicos y médicas:
  - La salud percibida y los trastornos crónicos
  - Las conductas relacionadas con la salud
  - La situación laboral relacionada con la salud

*Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya*
- Conclusiones

# OMC. Informe Demografía Médica 2011

## Médicos Colegiados 1997-2010

TABLA 1.13. PORCENTAJES DE FEMINIZACIÓN PARA MÉDICOS COLEGIADOS EN ESPAÑA (VARIACIÓN 1996-2007)

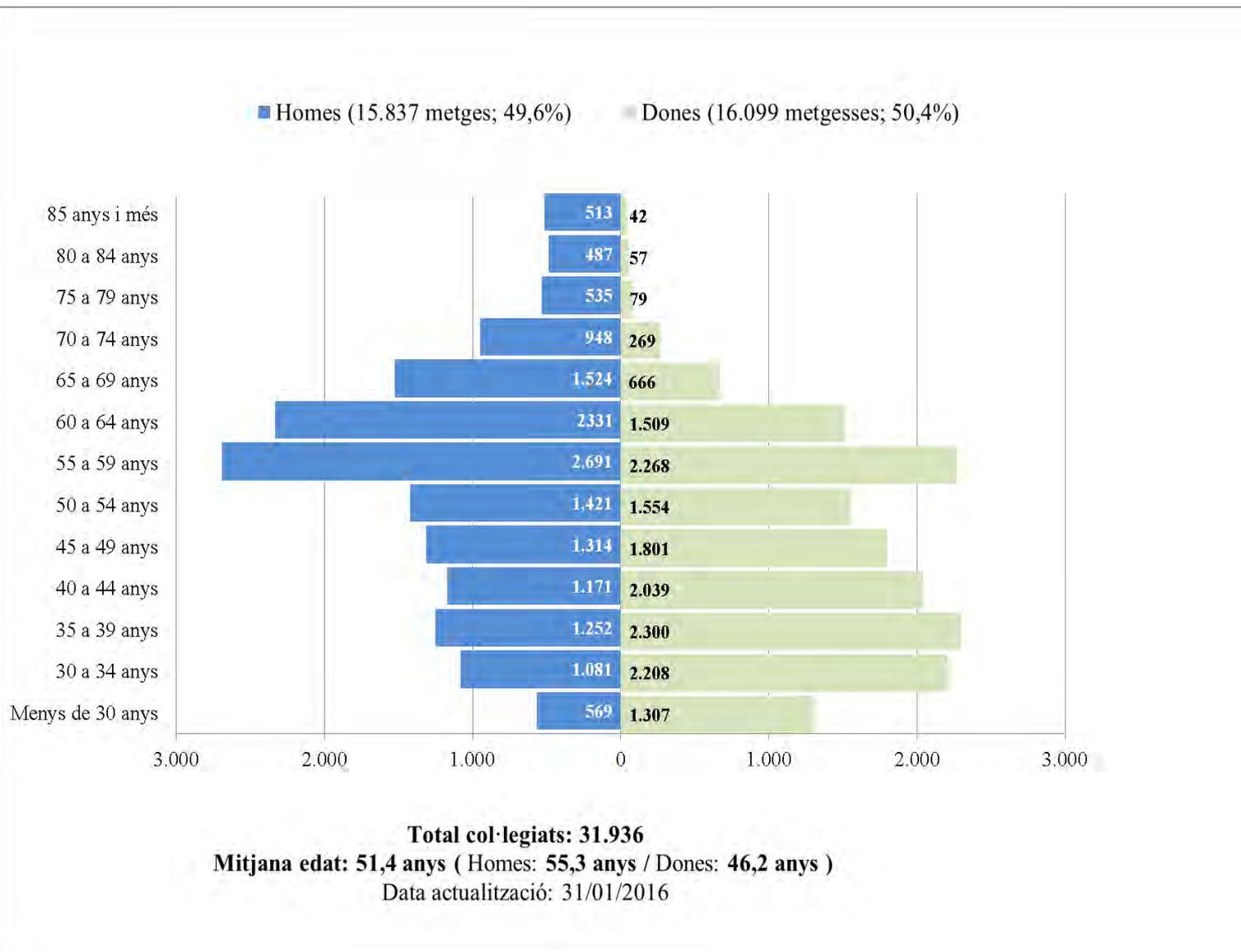
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	
Total	165.560	168.240	171.494	174.916	179.033	180.417	
Varones	108.340	107.080	109.031	110.193	111.320	110.237	
Mujeres	57.220	61.160	62.463	64.723	67.713	70.180	
Porcentaje de Feminización	34,56%	36,36%	36,42%	37,00%	37,82%	38,90%	

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Variación
Total	185.908	190.665	194.668	199.123	203.091	208.098	↑ 25,69 %
Varones	111.851	113.077	114.138	115.296	116.037	117.360	↓ 8,33 %
Mujeres	74.057	77.588	80.530	83.827	87.054	90.738	↑ 58,58 %
Porcentaje de Feminización	39,84%	40,69%	41,37%	42,10%	42,86%	43,60%	

2010  
Incremento  
35  
12  
78

# Colegiados/as COMB: Pirámide de edad



GRAN BRETAÑA

CANADÀ

ESPAÑA

HEAD TO HEAD

### Are there too many female medical graduates?

BMJ | 5 APRIL 2008 | VOLUME 336

**YES**

Too many female graduates are taking medicine, just as too many male ones have taken it in the past. The numbers of men and women entering medical schools are roughly equal, but the growth of equal numbers is not necessarily a good thing. There are also strong reasons to believe that the proportion of women entering medical schools will steadily rise in many countries, including the UK, US, Canada, and Australia. In 2007, all UK medical schools had more female graduates than male, with the percentage of women increasing to 50%.

### Women doctors concentrate in few specialties regarded as family friendly and tend not to take up some specialties

Over the past 20 years, the proportion of women entering medical schools has steadily risen in many countries, including the UK, US, Canada, and Australia. In 2007, all UK medical schools had more female graduates than male, with the percentage of women increasing to 50%. This steady rise in the proportion of women entering medical schools has led to a concentration of women in certain specialties, such as general practice, paediatrics, and obstetrics and gynaecology. Conversely, there is a shortage of women in specialties such as surgery, orthopaedics, and radiology.

Why does this occur? The main concern is over the work patterns of women doctors and also around the development of specialties. Women doctors concentrate in specialties that are family friendly and tend not to take up some specialties such as surgery. This is not necessarily a bad thing, but it does mean that there is a shortage of women in certain specialties, such as surgery, orthopaedics, and radiology.

Female doctors are more likely to work part-time than their male colleagues. Despite many years of feminist discourse, men and women remain unequal in the workplace. Women are more likely to work part-time than men, and this is often due to childcare and domestic responsibilities.

**NO**

Medicine needs and wants to attract the best and brightest people, whatever their sex. It is not a profession that should be dominated by one sex. Women and men should both be encouraged to enter the profession. Medicine is a caring profession. The students of the faculty at the University of the United Kingdom Medical Council's Good Medical Practice include men, women, and children. The Royal College of Physicians is a caring profession. It is not a profession that should be dominated by one sex. Women and men should both be encouraged to enter the profession.

### Women and men want a more flexible career medicine should be

Women and men want a more flexible career. Medicine should be a profession that is open to all. It should not be a profession that is dominated by one sex. Women and men should both be encouraged to enter the profession. Medicine is a caring profession. The students of the faculty at the University of the United Kingdom Medical Council's Good Medical Practice include men, women, and children. The Royal College of Physicians is a caring profession. It is not a profession that should be dominated by one sex.

Who we are

MD PULSE 2005

## "Feminization no longer a bad word?"



Dr. Susan Matzulis

The term 'feminization' was used by the media in the 1980s to describe the rapid influx of women into medical schools and clinical areas. The feminization of medicine is not necessarily a bad thing. It is a reflection of the fact that women are entering the profession in large numbers. This is a good thing, as it means that there are more doctors available to care for patients. However, it does mean that there is a shortage of men in certain specialties, such as surgery, orthopaedics, and radiology.

WHERE DO WE STAND ON THE ISSUE? Tell us on our website

EL PAÍS Salud



## La medicina se feminiza

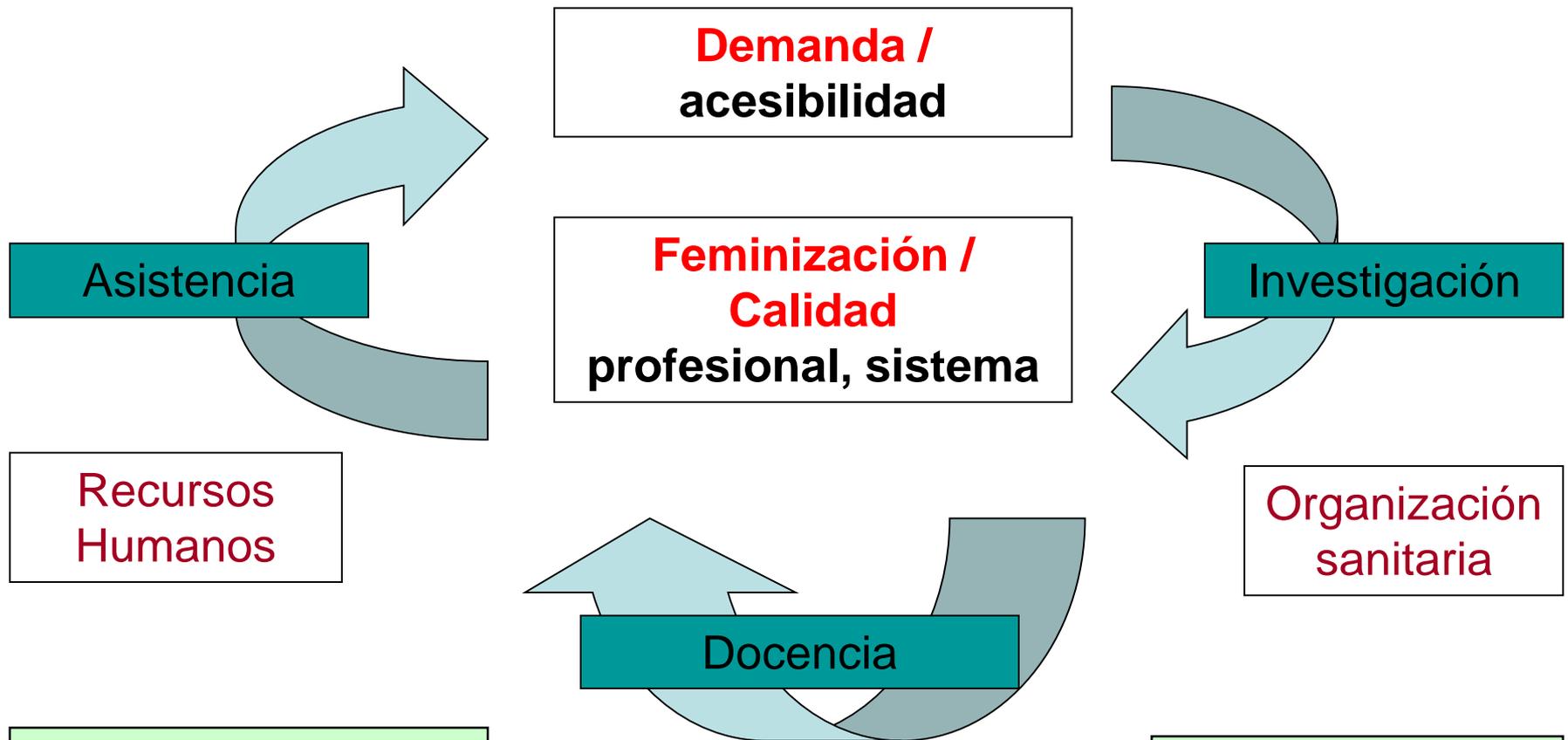
Las médicas serán pronto mayoría en la sanidad española. Son jóvenes y están comprometidas con su trabajo: irán más y recetan menos. Pero, de momento, los que mandan son ellos

De izquierda a derecha, Celia Vilas, del servicio de Hematología del Hospital Clínico de Barcelona; Pilar Ariasbalaga, del servicio de Neurología del mismo centro; Amparo Serrano, del Servicio de Hematología del Hospital de Sant Pau de Barcelona; y Anna María Merino, del servicio de Hematología del Hospital de Girona.



# Planteamiento

---

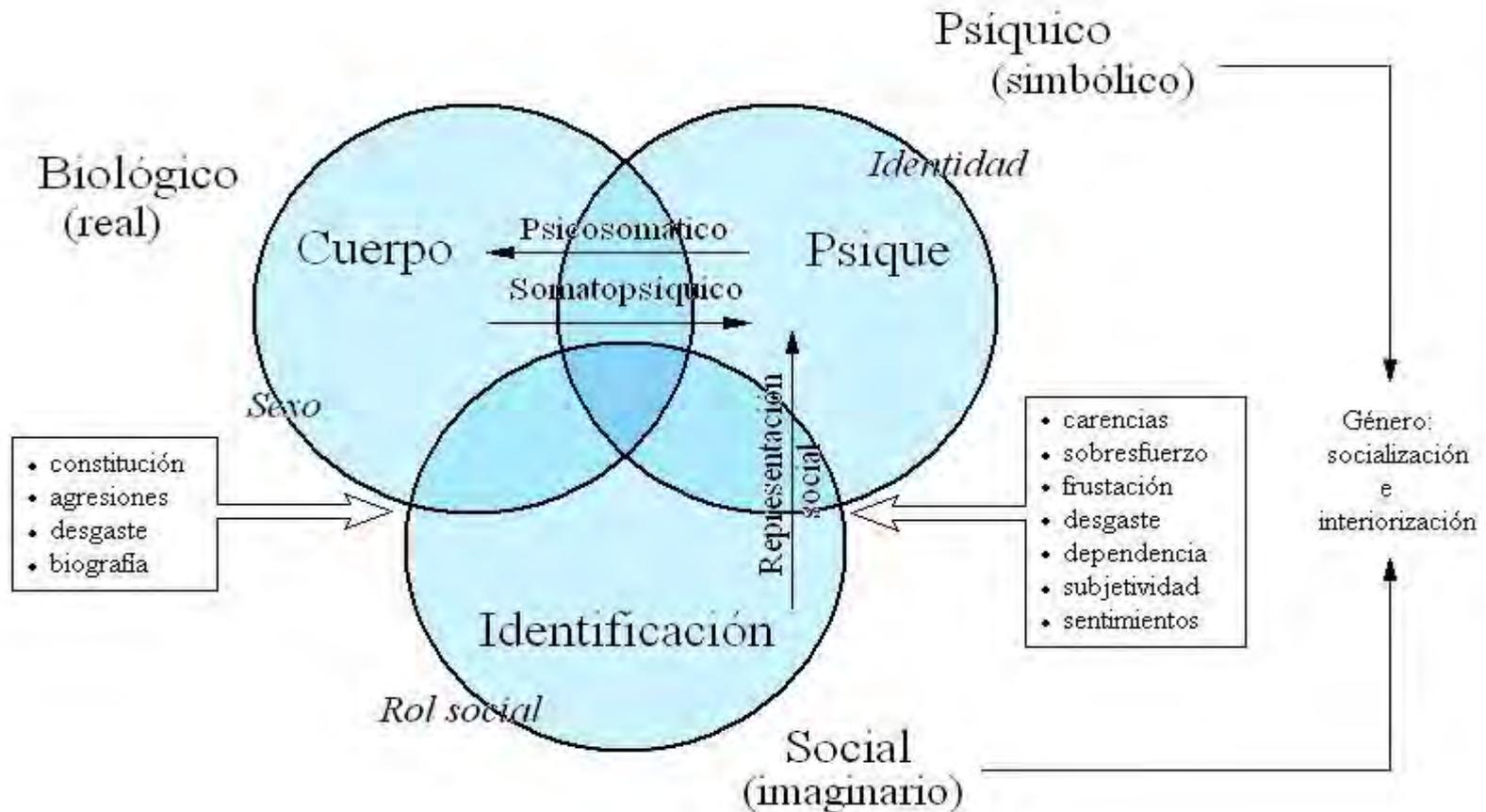


Arrizabalaga P, Bruguera M.  
Mujeres médicas: la feminización y el  
ejercicio de la medicina. Med Clín 2009

Alcón A, Peña T, Arrizabalaga P.  
Mujeres médicas e investigación  
en salud. Med Clin 2012

Arrizabalaga P, Valls-Llobet C.  
Mujeres médicas: de la incorporación a  
la discriminación. Med Clín 2005

# Modelo psicosocial de salud / enfermedad



Adaptado de S. Velasco. El enfoque de género en la atención de la salud. En: Diálogos interrumpidos. C. Tomás, C. Tejero, C. Miqueo y col (eds). O. Panamericana de la Salud. Zaragoza, 2006, pp 39-52

# Antecedentes

---

## Estrés

- **49 % presentan estrés**
  - **44 % sienten cansancio mental**
  - **17 % presentan depresión en tratamiento**
  - **73 % refieren abuso verbal y 33 % refieren acoso moral y psicológico en el trabajo**
- 
- **USA: Encuesta a 196 médicas de primaria y especialistas**
  - **Edad: 44.1 ± 8.8 años**
  - **74% casadas con hijos**

**Stewart DE y col. J Women's Health Gend Based Med 2000; 9: 185.**

# Desgaste **psíquico-Burnout**

- **USA: las médicas tienen una probabilidad del 60 % mayor que los médicos.**

**Muestra de 5.704 profesionales de atención primaria y especialidades médicas.**

**Mc Murray JE y cols.**

**J Gen Intern Med 2000; 15: 9:185**

- **SPAIN: afecta a más del 60 % de médicos de primaria, - donde predominan las médicas- y en forma grave al 12 %.**

**Más a los médicos de atención primaria que a los especialistas.**

**Molina A y cols.**

**Aten Primaria 2003; 31: 564**

**Martinez A y cols.**

**Aten Primaria 2003; 32: 343**

# Depresión ... suicidios

**USA: las médicas tienen tendencia al suicidio superior que los médicos y que la población general**

**EUROPA: la tasa de suicidios entre las médicas es superior que entre la población femenina general y**

## **Metanálisis de 25 estudios:**

- **la tasa de suicidios entre los profesionales de la medicina es un 40 % mayor que en la población general**
- **la tasa de suicidios es doble entre las médicas que entre la población general**
- **las médicas tienen mayor tendencia al suicidio que los médicos**

**Schernhammer E, Colditz GA. Am J Psychiatry 2004;161:2295-2302**

# Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya



**I. Rohlfs, P. Arrizabalaga, L. Artazcoz,  
L. Baranda, C. Borrell, M. Fuentes, C. Valls**

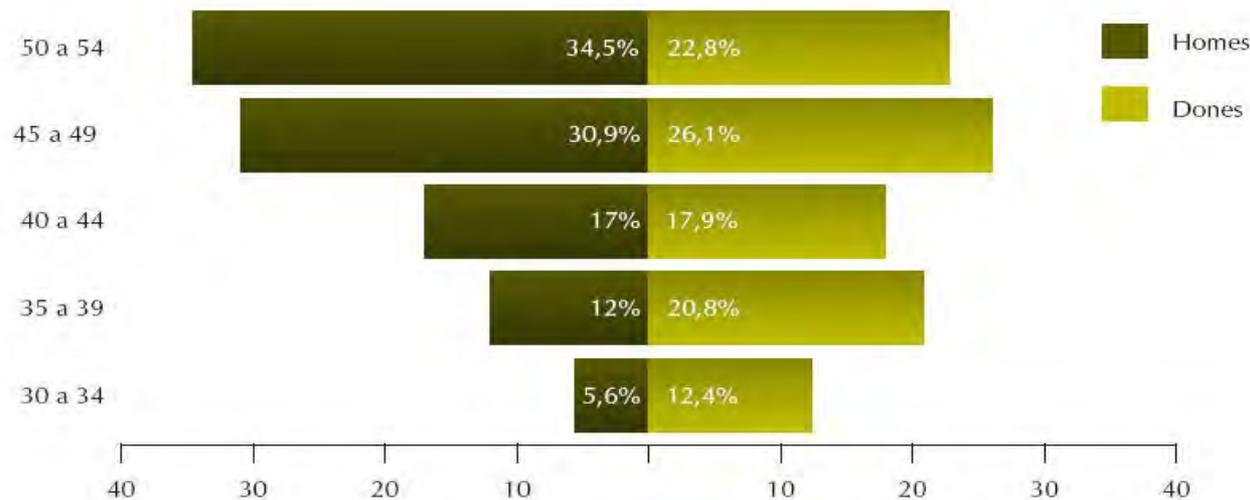
nov 2007

[www.comb.cat](http://www.comb.cat)

Fundació  GALATEA

# Población de estudio I

800 encuestas que contestaron 762 personas (>80 %): 47,1 % hombres; 52,9 % mujeres

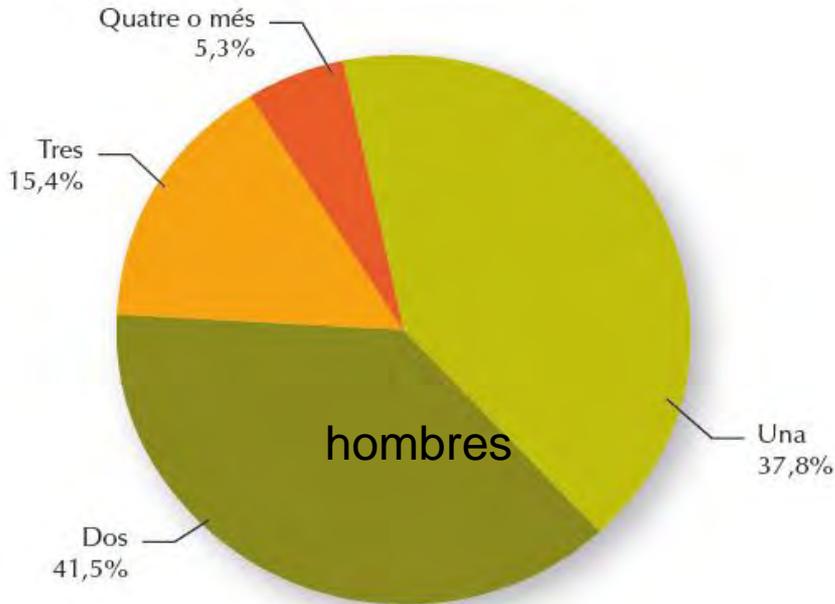


Se compararon los resultados con los obtenidos en la encuesta de salud de Catalunya, población ocupada de la clase social I

# Población de estudio II

## Situación Laboral

la mitad de las personas afirmó tener más de un trabajo remunerado



62,2% de los médicos tiene más de un trabajo remunerado

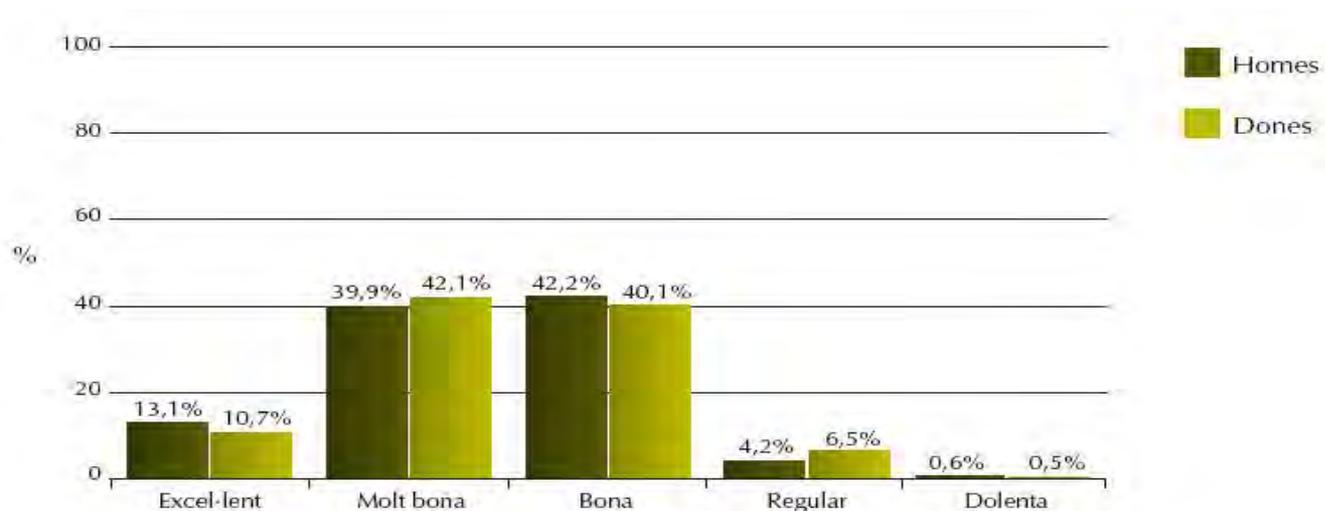
la probabilidad de tenerlo aumenta con la edad

36,6 % de las médicas tiene más de un trabajo remunerado

no relación con la edad

# Salud percibida

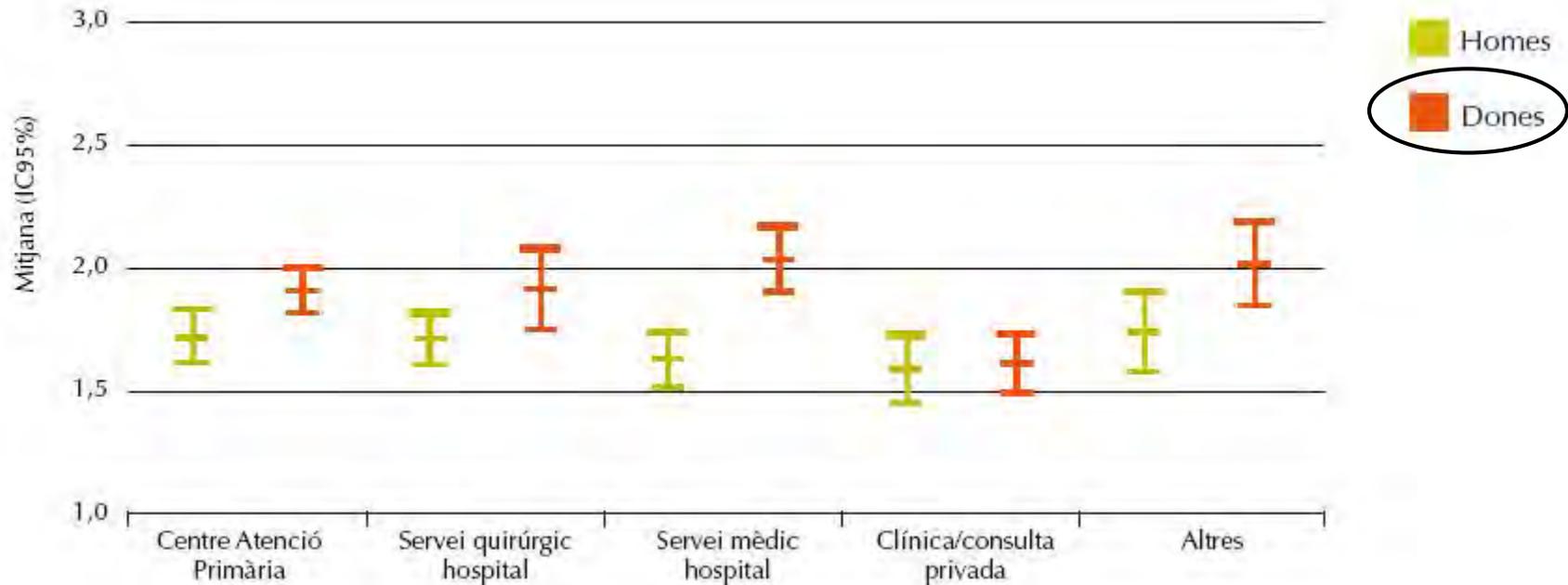
**Indicador** generalizado, fácil, succinto



La proporció de **mala salut** es similar en el conjunt del col·lectiu que en la població de la mateixa classe social

Pero los profesionales que trabajan en el sector de la **primaria** manifiestan mayores porcentajes de salud regular y mala (10%)

# Nivel de cansancio



Los profesionales menores de 45 años tanto hombres como mujeres están más cansados que los profesionales de 45 años o más

No hay relación entre el tipo de centro de trabajo y el cansancio entre los médicos

Entre las médicas: las que trabajan en los **servicios médicos hospitalarios** son las que puntúan más alto en la escala

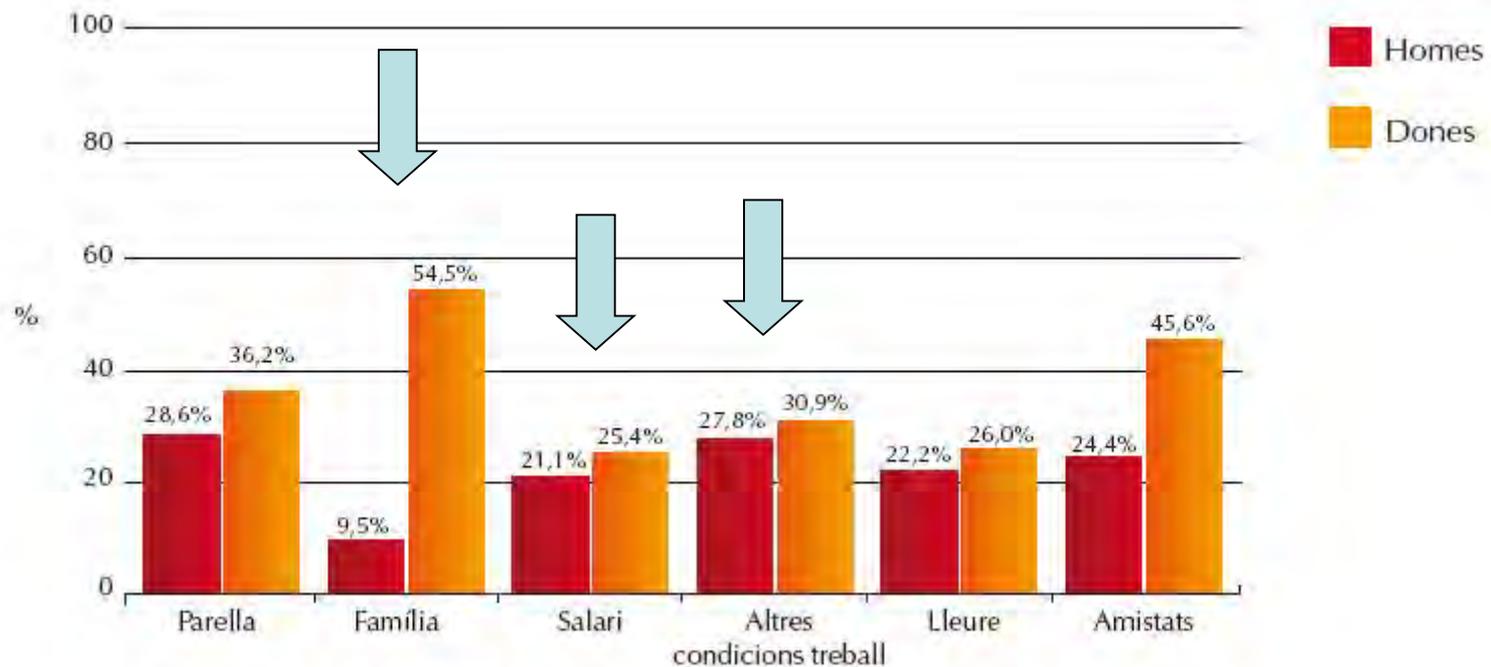
# Salud mental

**Cuestionario (*General Health Questionnaire* de 12 ítems)**  
**instrumento generalizado para el cribaje de salud mental a fin de**  
**evaluar el sufrimiento psicológico**

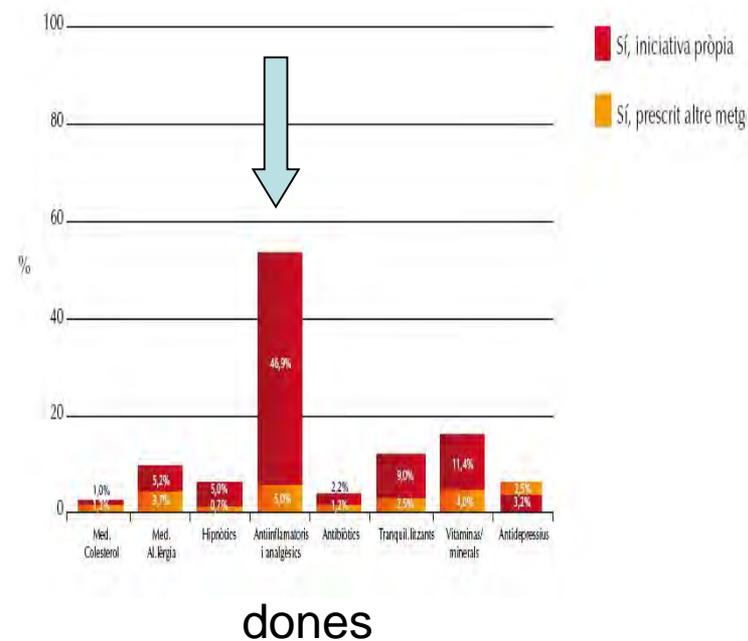
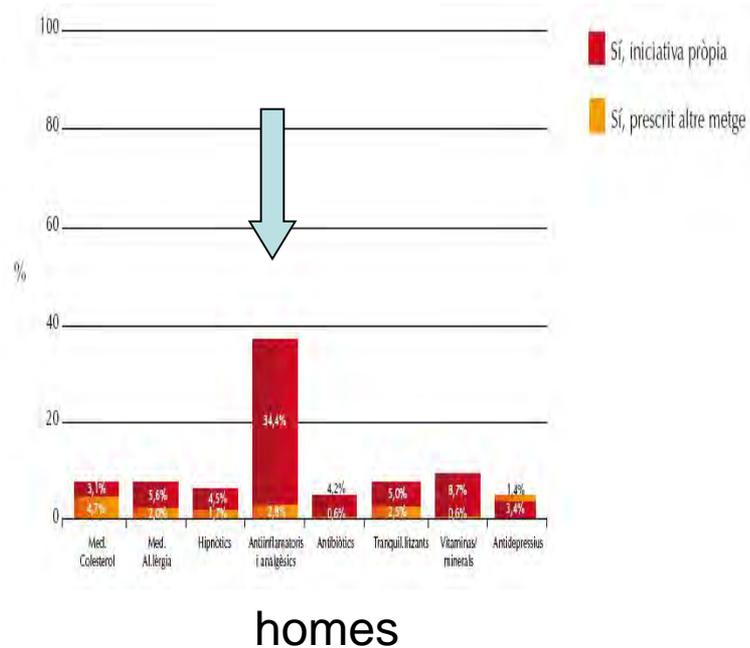
	Personal mèdic		Població ocupada Catalunya		Població ocupada de classe social I Catalunya	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Mal estat de salut percebut	4,8	7,0	10,4	15,9	3,5	6,7
Patiment psicològic	16,2	21,1	9,1	16,6	12,6	17,8
Diabetis	2,2	0,5	1,6	2,0	0,7	3,3
Hipertensió arterial	10,1	3,5	8,1	5,7	9,0	4,4

El colectivo médico tiene más riesgo de sufrimiento psicológico que la población ocupada de su clase social equivalente

# Prevalencia de sufrimiento psicológico según insatisfacción con diferentes aspectos de la vida

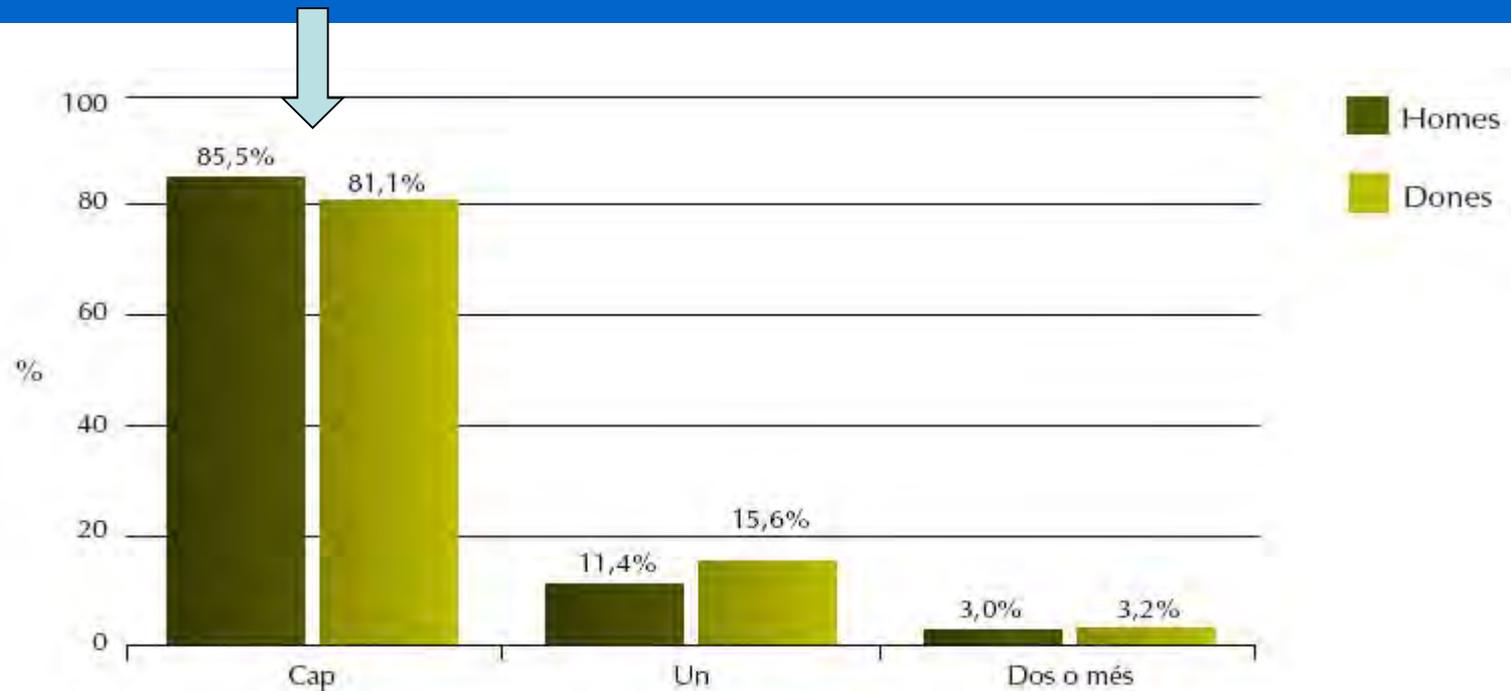


# Consumo de fàrmacos



La iniciativa propia para el consumo de cualquier tipo de fármaco entre el colectivo médico es doble o triple que el consumo de la población de la misma clase social y de la población general

# Consumo de psicofármacos



- 16,8 % de encuestados (14,9 % médicos y 18,9 % médicas) había tomado tranquilizantes, hipnóticos o antidepresivos en las 2 semanas últimas
- 7 % de médicos y 11% de médicas: tranquilizantes prescritos o autoprescritos (5 %, 9 %)
- el consumo de tranquilizantes e hipnóticos triplica el consumido por la población catalana de la misma edad y clase social

# Situación Laboral y Actividad Profesional

El bienestar, la calidad de vida y la salud  
de las personas trabajadoras  
se asocian a las condiciones psicosociales del trabajo

- *El entorno psicosocial del trabajo*
- *La insatisfacción laboral*
- “Job Content Questionnaire”  
Karasek RA et al, 1993

# Escalas de riesgo psicosocial:

1 (ausencia de exposición), 4 (máxima exposición)

Exigencias psicológicas  
del trabajo (alfa=0,703)

Soporte de los superiores  
(alfa=0,828)

Soporte de los compañeros  
/as (alfa=0,794)

Control sobre el trabajo  
(alfa=0,577)

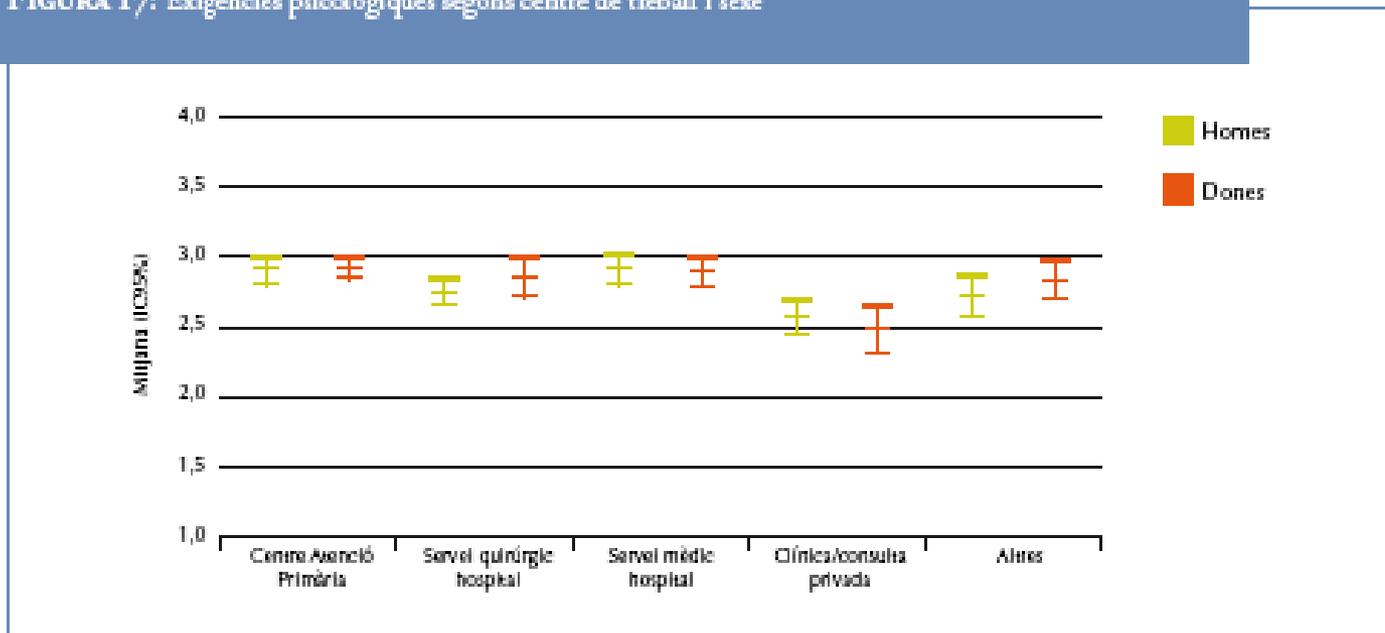
- Mi trabajo requiere que sea creativo/va
- Mi trabajo me permite tomar decisiones por mi cuenta
- He de hacer muchas cosas diversas
- Tengo influencia sobre lo que pasa en mi trabajo

Participación  
(alfa =0,776)

- Puedo influir en las decisiones relativas a mi unidad
- Las decisiones se toman colectivamente en mi unidad
- Se tienen en cuenta mis ideas sobre el trabajo

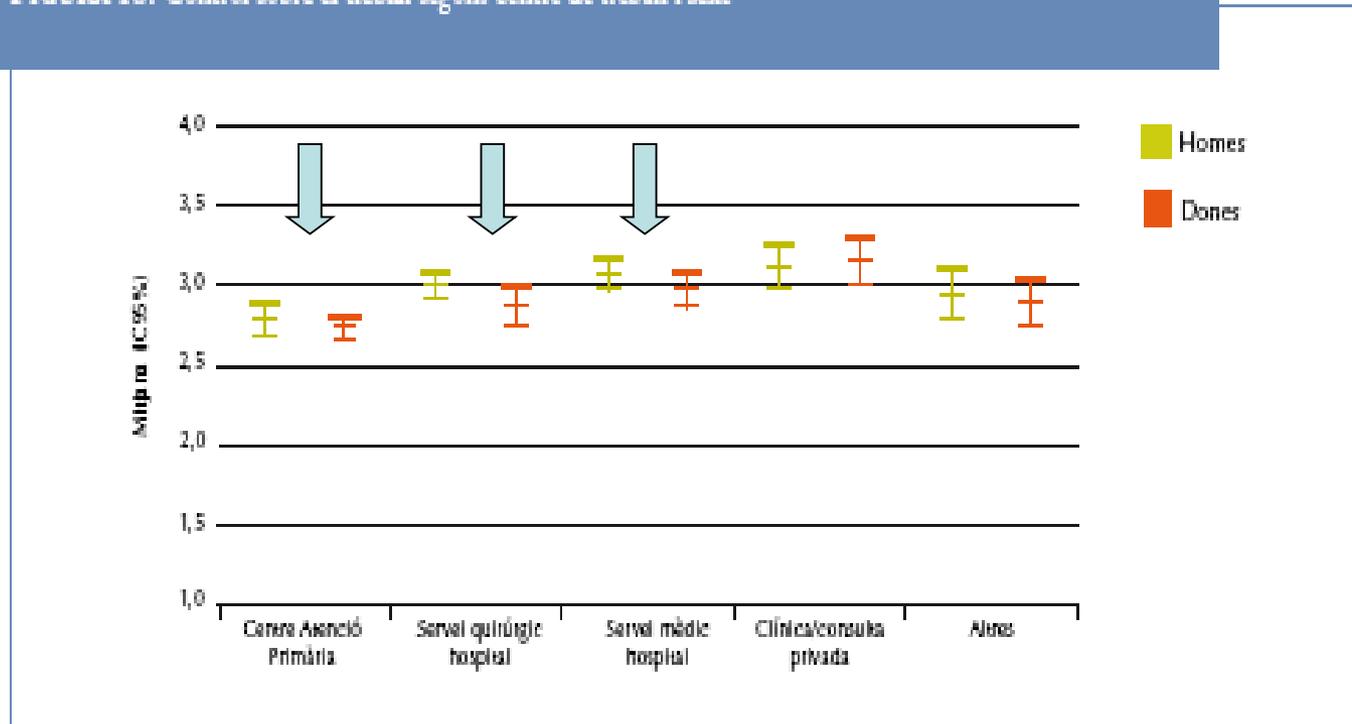
# El entorno psicosocial del trabajo: exigencias psicológicas según centro y género

FIGURA 17: Exigencias psicológicas segons centre de treball i sexe



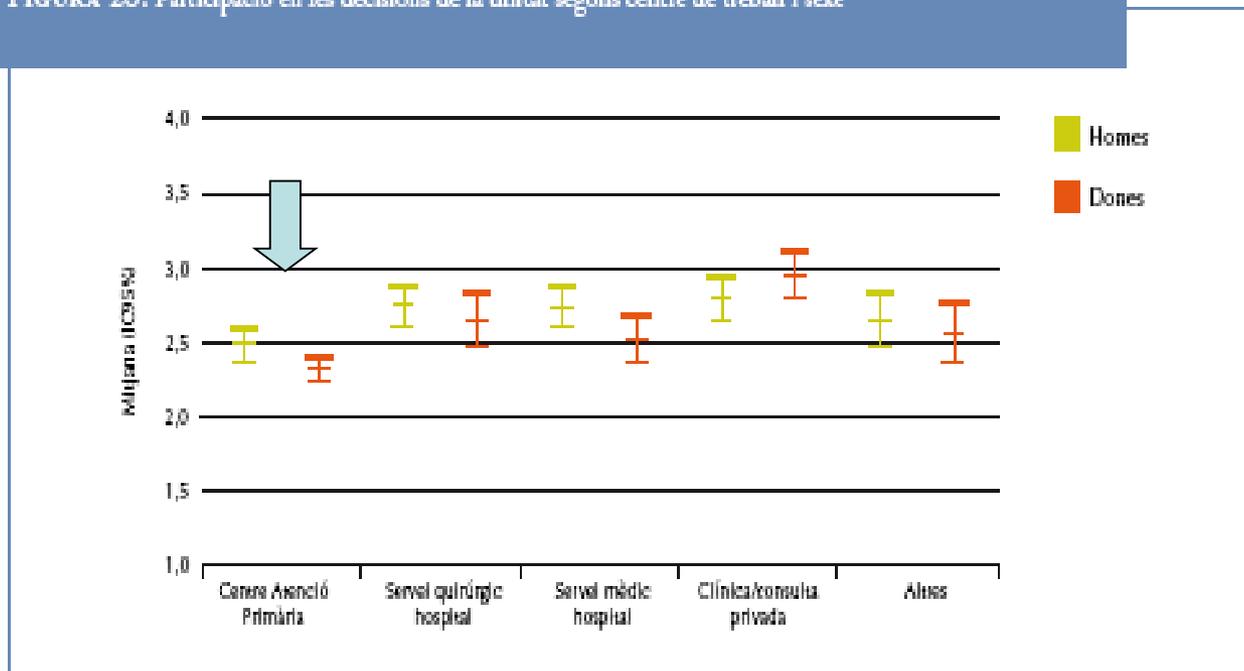
# El entorno psicosocial del trabajo: control sobre el trabajo según centro y género

FIGURA 18: Control sobre el trabajo según centro de treball i sexe



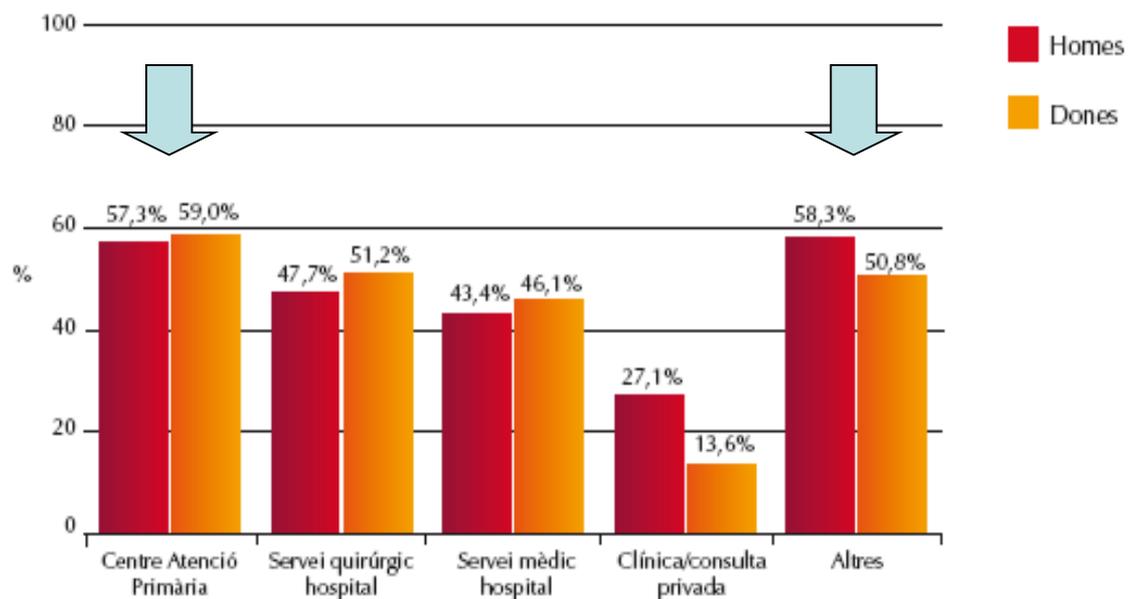
# El entorno psicosocial del trabajo: participación en las decisiones de la unidad según centro y género

FIGURA 20: Participació en les decisions de la unitat segons centre de treball i sexe



# La insatisfacción laboral: según centro y género

FIGURA 21: Insatisfacción amb les condicions de treball segons centre i sexe



# Conclusiones

- Los profesionales de la medicina manifiestan buena salud percibida incluso mejor que la población general de edad y clase correspondiente, pero manifiestan más cansancio y mayor sufrimiento psicológico, lo que sugiere en realidad una infravaloración del estado de salud
- El sexo y el género del médico se asocia a diferencias en el cansancio físico. Ser mujer tiene más coste físico y más riesgo de sufrimiento psicológico que ser hombre
- El colectivo médico, y más las médicas, es más vulnerable al riesgo psicosocial derivado de exigencias psicológicas elevadas
- El grado de insatisfacción con las condiciones de trabajo, menor control y participación en las decisiones es mayor en el ámbito de la Atención Primaria que en otros ámbitos, un sector ampliamente feminizado
- Si el sexo y el género modulan la salud la creciente feminización de la profesión médica alerta sobre la repercusión social de los factores que interfieren la práctica de las médicas

*muchas gracias por su atención*



OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

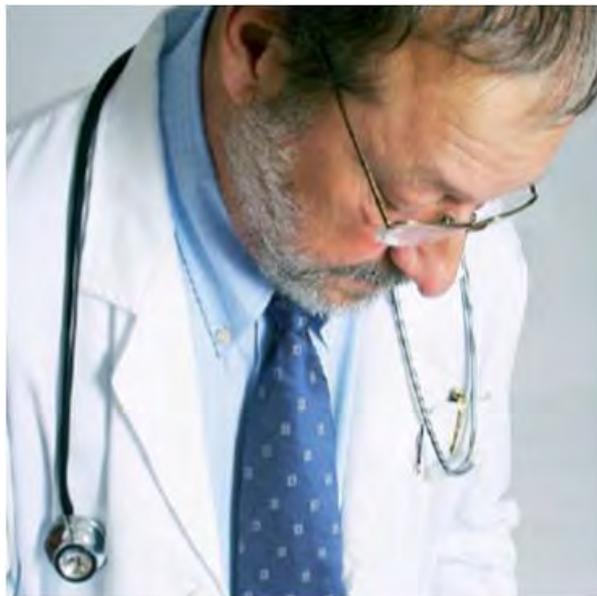
## FORO 1.

### **La Intervención con el Médico Enfermo como Paciente Difícil: estrategias para la detección, captación, tratamiento y reinserción profesional.**

Dr. Miquel Casas. Psiquiatra Terapeuta  
PAIME. Clínica Galatea

Dr. Eugeni Bruguera. Psiquiatra Terapeuta  
PAIME. Clínica Galatea

Dra. Carmen Bule. Coordinadora del  
PAIME. F. Galatea



Madrid, 6 y 7 de mayo de 2016  
Sede del Consejo General de Colegios de Médicos  
Plaza de las Cortes, 11, 28014 - Madrid

OMC

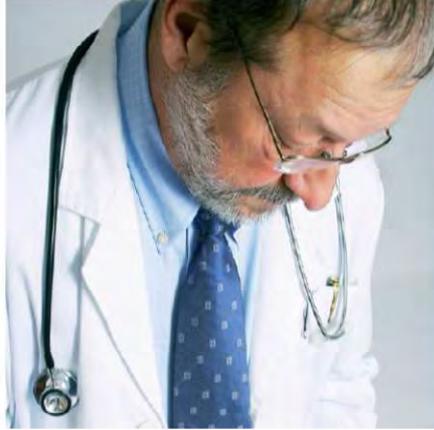


ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

## III JORNADAS CLÍNICAS



**Madrid, 6 y 7 de mayo de 2016**  
Sede del Consejo General de Colegios de Médicos  
Plaza de las Cortes, 11, 28014 - Madrid



***Foro 1: La intervención con el médico enfermo como paciente difícil: estrategias para la detección, captación, tratamiento y reinserción profesional del paciente difícil***

***Directores:***

- Dr. Miquel Casas. Psiquiatra terapeuta del PAIME. F. Galatea.
- Dr. Eugeni Bruguera. Psiquiatra terapeuta del PAIME. F. Galatea
- Dra. Carmen Bule. Coordinadora del PAIME. F. Galatea

Fundación  GALATEA

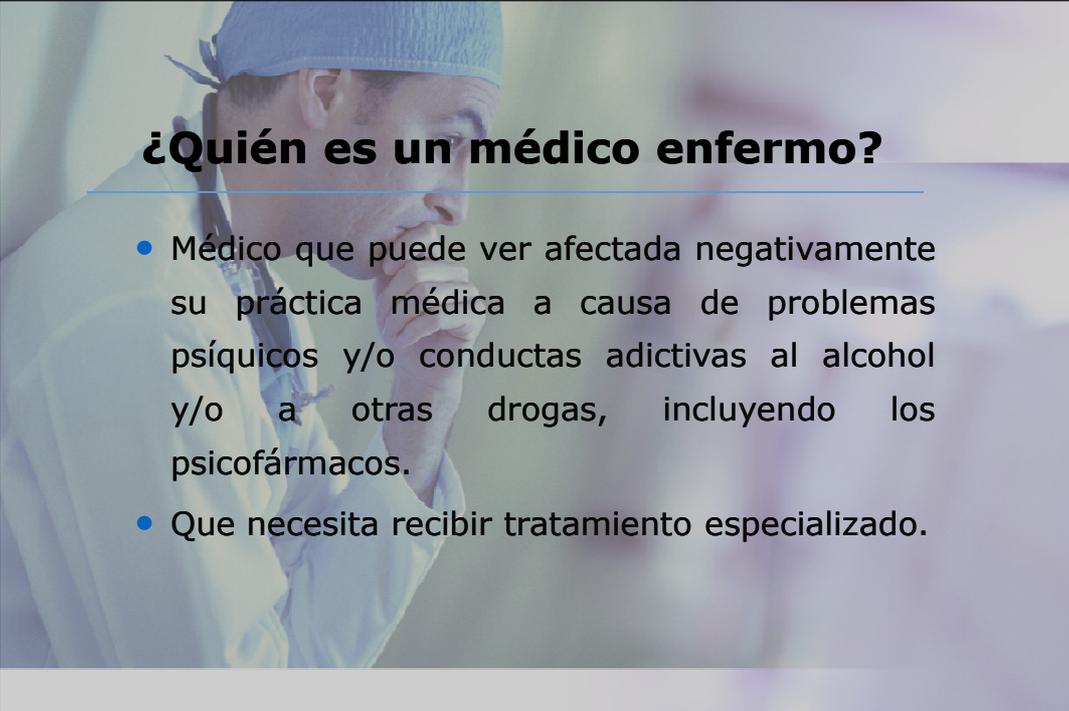
Council on Mental Health

## The Sick Physician

Impairment by Psychiatric Disorders,  
Including Alcoholism and Drug Dependence

A report of the AMA Council on Mental Health, approved by the Board of Trustees and by the House of Delegates, November 1972. Reprint requests to AMA Department of Mental Health, 535 N Dearborn St, Chicago 60610.

684 JAMA, Feb 5, 1973 • Vol 223, No 6



### ¿Quién es un médico enfermo?

- Médico que puede ver afectada negativamente su práctica médica a causa de problemas psíquicos y/o conductas adictivas al alcohol y/o a otras drogas, incluyendo los psicofármacos.
- Que necesita recibir tratamiento especializado.

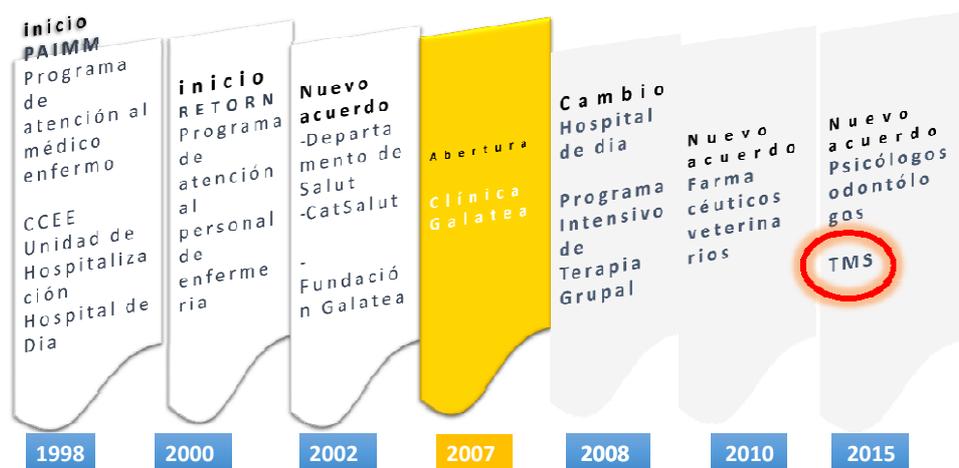


## Filosofía PAIME

- No persecutoria.
- No punitiva (si no es absolutamente necesario).
- Acceso voluntario.
- Promueve la rehabilitación: “Recuperar buenos profesionales”

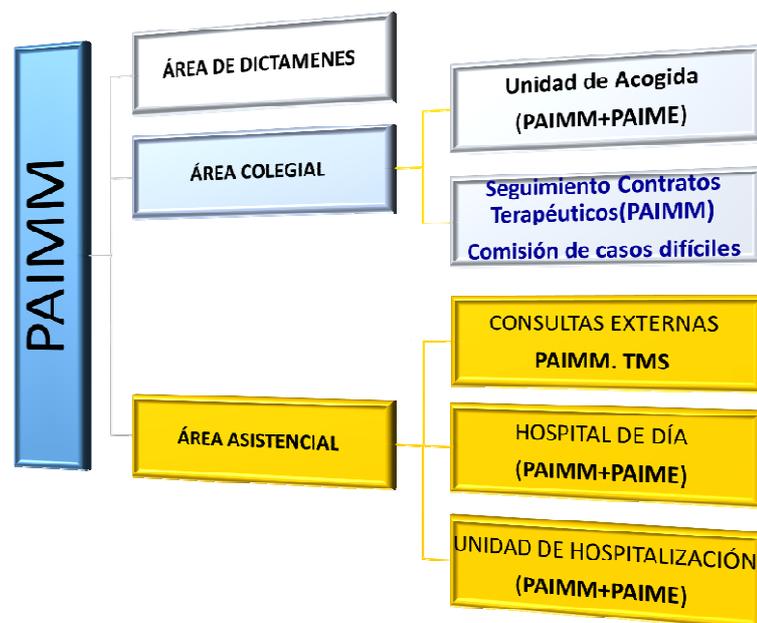


### Revisión histórica de los programas clínicos PAIMM-RETORN.



## HISTORIAS ACTIVAS POR PROGRAMAS

PROGRAMAS	2015	
	ACUMULADO	ACTIVAS
PAIMM	2258	474
RETORN	1040	339
ASSIS	30	18
ITACA	25	19
<b>TOTAL</b>	<b>3353</b>	<b>848</b>



## El abordaje del paciente difícil

---

Abordaje Colegial:

- ❖ Unidad de Acogida
- ❖ Comisión de casos difíciles
- ❖ Contrato terapéutico

Abordaje Asistencial:

- ❖ Programa Trastorno Mental Severo



## Evolución de la vía de demanda

---

(Chi-cuadrado=27,49; p<0,001)

	Voluntaria Espontánea	Voluntaria Inducida	Información Confidencial	Denuncia formal
1998-2003	79,2%	10,3%	8,0%	2,5%
2004-2007	85,3%	11,0%	3,7%	0%
2008-2011	91,5%	7,0%	1,6%	0%
2015	91,5%	8,5%	0%	0%

## Contrato terapéutico

---

- El Contrato Terapéutico, es un **compromiso** para el cumplimiento del tratamiento
- Firmado entre el médico enfermo, el equipo asistencial, un representante colegial y en la mayoría de casos un supervisor laboral
- Como objetivos fundamentales lograr la **rehabilitación** del paciente y velar por la **buena praxis** en su ejercicio laboral



## ¿En qué casos es necesario un Contrato Terapéutico?

---

- Cuando existe riesgo de mala praxis.
- Cuando existe la evidencia de que el sanitario enfermo necesita tratamiento y niega o minimiza su problema.
- En situaciones de recaída acompañadas de una tendencia negativa del proceso.



## Actividad tutelada por el PAIMM (1998-2015)

- 106 médicos han firmado 226 contratos terapéuticos colegiales con tutela

---

### Año 2015

- Se han firmado 25 contratos terapéuticos nuevos:
- 25 pacientes con contrato activo este año
- 10 han firmado por primera vez

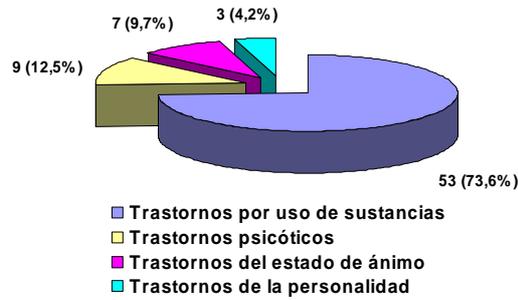
### Motivo de demanda

---

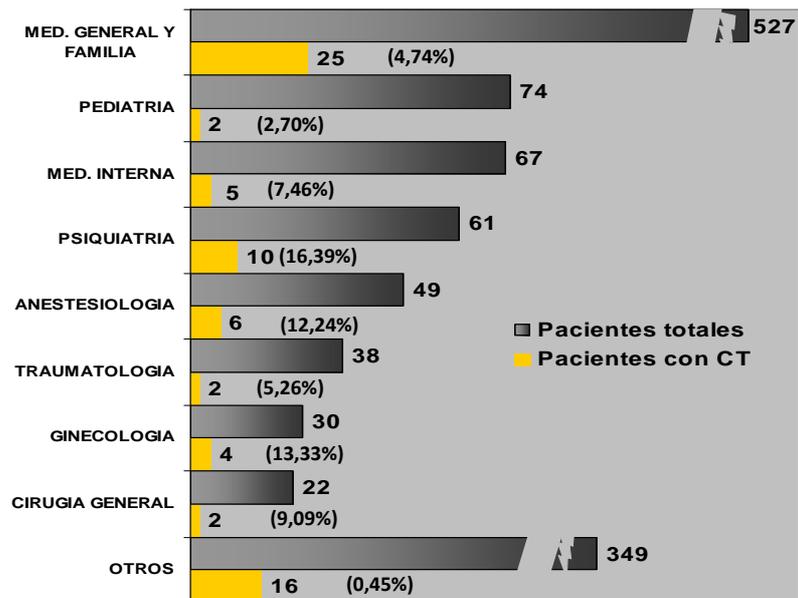
	Trastornos adictivos	Trastornos no adictivos
1998-2003	25,2%	74,8%
2004-2007	13,2%	86,8%
2008-2011	13,3%	86,7%

(Chi-cuadrado=29,01; p<0,001)

## Diagnóstico de los pacientes con Contrato Terapéutico



## Pacientes por especialidad y % de Contratos Terapéuticos



## Los programas de salud del profesional sanitario

### Factores de éxito

4. Utilizar la figura del Contrato Terapéutico como reflejo del compromiso mutuo entre el médico enfermo, su médico terapeuta y su Colegio Oficial de Médicos.
5. Obtener la financiación pública de estos programas para resolver este problema de salud pública.
6. Proporcionar tratamientos especializados y específicos que incluyan:
  - a. Intervenciones ambulatorias médicas y psicológicas intensas y frecuentes.
  - b. Controles toxicológicos periódicos.
  - c. Posibilidad de Ingresos frecuentes.

## Trastorno Mental Severo en el Personal Sanitario Enfermo (TMS-PSE):

Adaptación de los criterios del TMS que el Departamento de Salud aplica en los dispositivos de salud mental de adultos a la realidad de los programas de atención a los profesionales de la salud enfermos.

## Trastorno Mental Severo en el Personal Sanitario Enfermo (TMS-PSE):

Conjunto de entidades nosológicas de distinta naturaleza y presentación clínica, que tienen en común criterios de riesgo, gravedad y presistencia en el tiempo, con una tendencia al deterioro, principalmente en el ámbito laboral afectando de forma notoria la praxis profesional.



## Trastorno Mental Severo en el Personal Sanitario Enfermo (TMS-PSE):

- Se considerarán TMS-PSE los pacientes que cumplan los criterios de:
  - Acceso al programa de forma inducida o por denuncia
  - Especialidad con alto riesgo de recaída.
  - Psicopatología con alto riesgo de recaída.
  - Falta de cumplimiento terapéutico
  - Estar bajo contrato terapéutico



## Programa de Trastorno Mental Severo en el Personal Sanitario Enfermo (PTMS-PSE):

---

- Objetivos:
- Identificación, vinculación, adherencia al tratamiento y supervisión de los pacientes con criterios de TMS, con el fin de conseguir su recuperación y garantizar un adecuado retorno a su práctica laboral.



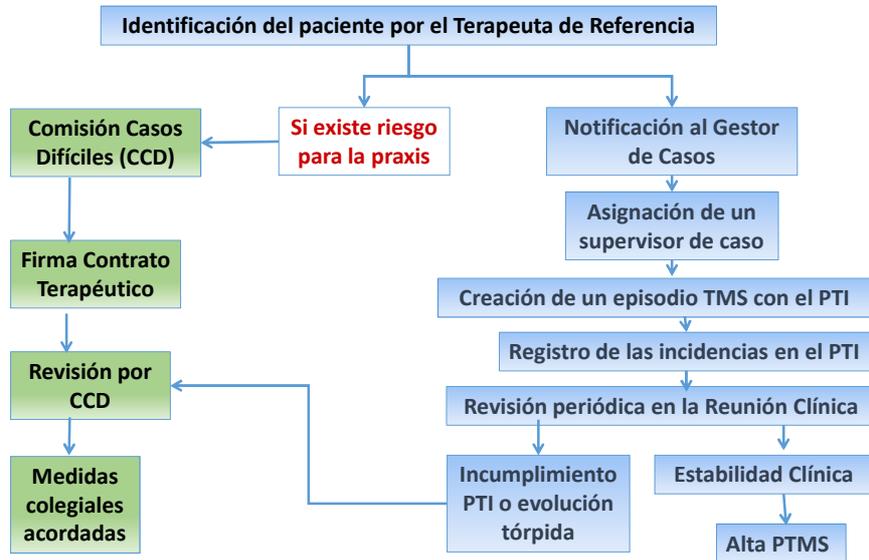
## Programa de Trastorno Mental Severo en el Personal Sanitario Enfermo (PTMS-PSE):

---

- A cada paciente se le asigna un profesional responsable del seguimiento, encargado de la supervisión del caso.
- Control toxicológico.
- Control de la ILT.
- Control de la asistencia: seguimiento del grado de adherencia.
- Supervisión de su retorno laboral.



## Procedimiento de actuación



## Plan Terapéutico Individual (PTI)

- Asistencia a la psicoterapia individual y visitas médicas
- Asistencia a la terapia grupal
- Cumplimiento de los controles toxicológicos
- Control de la situación laboral
- Supervisión del retorno laboral

## Programa del TMS. Octubre 2014- Febrero 2016

N=44		Frecuencias
GÉNERO	Hombres	63,64%
	Mujeres	36,36%
PROFESIÓN	Médicos	93,18
	Enfermeros/as	6,83
	Otros Colectivos	0%
Motivo principal de inclusión	TUS	79,5%
	Otros Trastornos Psiquiátricos	20,5%
PATOLOGÍA DUAL		54,5%

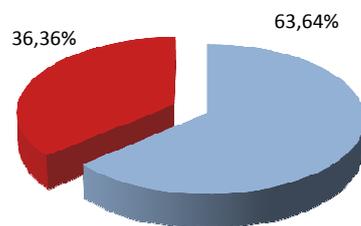
## Programa de Trastorno Mental Severo en Personal Sanitario

Inclusiones	44
Altas	12

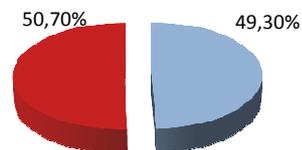
	N	Min	Max	Mean	SD
Días	12	119	489	345,33	130,22

## Género

## TMS



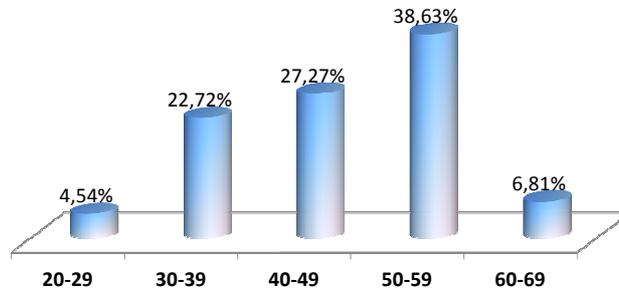
■ HOMBRES ■ MUJERES



## Total población atendida

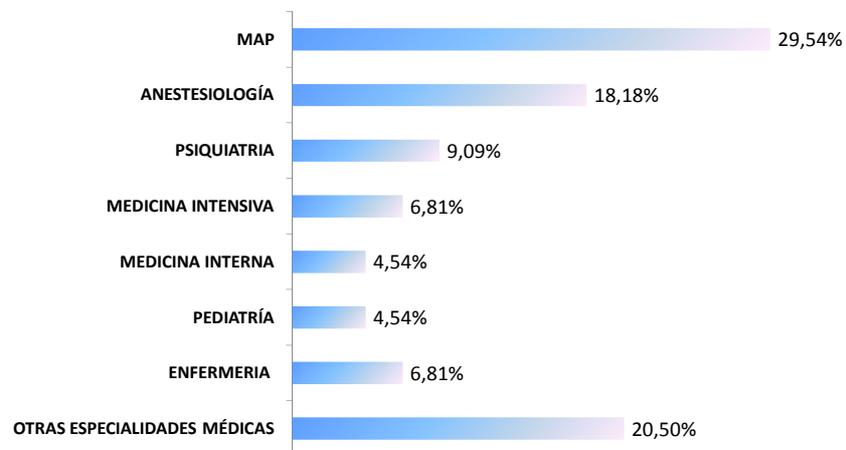
\*Tendencia aumento población femenina.

## Edad

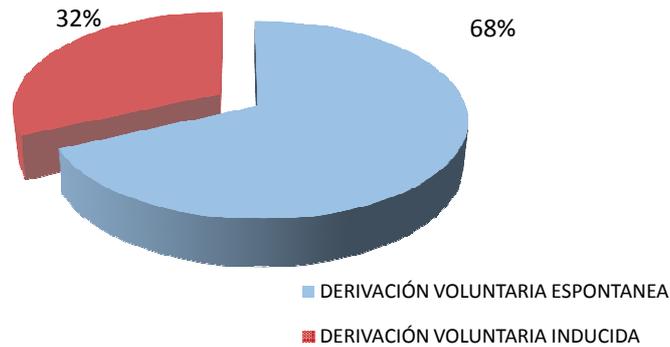


	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
EDAD	44	26	63	46,59	10,305

## Especialidad Profesional



## Via de derivación al programa



## Firma de contrato terapéutico

	Frecuencia	porcentaje
Si Contrato Terapéutico	39	88,6%
NO Contrato Terapéutico	5	11,4%
Total	44	100%

### Pacientes sin CT:

- 1 En ILT dirigido a ILP
- 1 No colegiado en Colegio Oficial de Barcelona
- 1 Alta PTMS durante valoración de firma
- 2 Pacientes incluidos por alto riesgo suicida, con buen cumplimiento y sin repercusión laboral

## Diagnóstico principal de inclusión a TMS

	Frec.	% TUS	%Total	
T.U. Acohol	12	34,3	27,3	
T.U. Opiaceos	10	28,5	22,7	
T.U. Hipnosedantes	7	20	15,9	
T.U. Cocaína	3	8,6	6,8	
T.U. Analgésicos	2	5,7	4,5	
T.U. Otro Psicoestimulante	1	2,8	2,3	
Total T.S.U.	35	100		

		% SM		
TDM	3	33,3	6,8	
TP	3	33,3	6,8	
TBP	1	11,1	2,3	
T. Psicótico	1	11,1	2,3	
TCA	1	11,1	2,3	
Total	9	100	100	

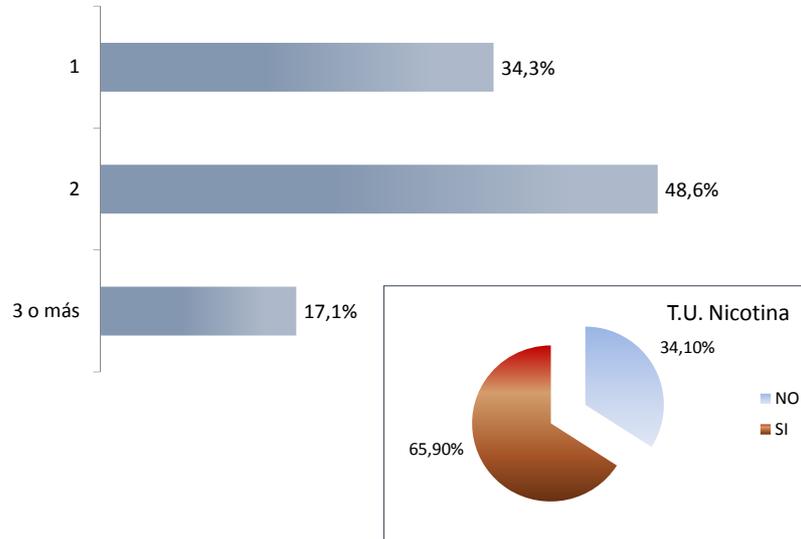
## Patología Dual

	OH	OPIACEOS /ANALG.	HIPNOSED.	COCAINA	OTR. PSICOEST	TOTAL
Tr. Af. Unipolares	7	3	-	-	-	10
Tr. de la personalidad	1	2	2	2	-	7
Tr. Bipolares	2	-	-	-	-	2
TDAH	-	-	-	1	-	1
Tr. Psicóticos	-	-	-	-	1	1
Tr. Somatomorfos	-	1	-	-	-	1
TCA	-	-	1	-	-	1
T. de ansiedad	-	-	1	-	-	1
TOTAL	10	6	4	3	1	24

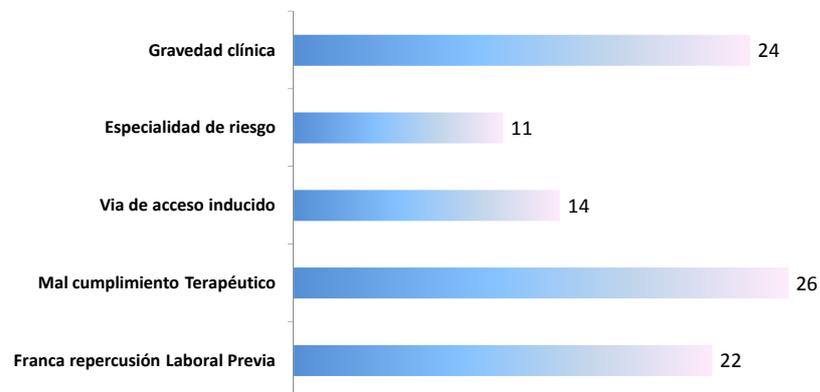
24 (54,5%) pacientes cumplen criterios de Patología Dual

## Número de sustancias

(excluye nicotina)



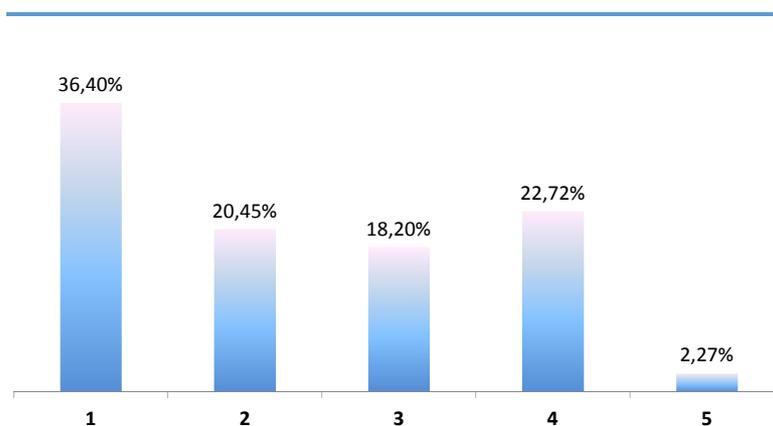
## Motivo de inclusión al TMS



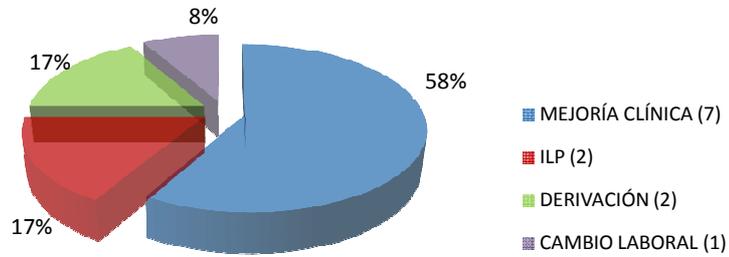
## Motivo de inclusión al TMS

<b>Gravedad Clínica:</b>	<b>Especialidad de riesgo:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adicción a mórficos o analgésicos</li> <li>• Tr. Esquizofrénico Paranoide</li> <li>• Adicción grave a cocaína</li> <li>• Adicción a otros psicoestimulantes con episodios psicóticos</li> <li>• Trastorno de la personalidad grave</li> <li>• Alto riesgo suicida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anestesiólogos , especialidades quirúrgicas e Intensivistas con TUS.</li> </ul>
<b>DVI o Repercusión laboral:</b>	<b>Mal cumplimiento terapéutico:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo en contexto laboral</li> <li>• Quejas o denuncias</li> <li>• Alta conflictividad en entorno laboral relacionada con la psicopatología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recaídas frecuentes</li> <li>• Absentismo repetido a espacios terapéuticos</li> <li>• Incumplimiento controles toxicológicos</li> </ul>

## Criterios que se cumplen como motivo de inclusión a PTMS

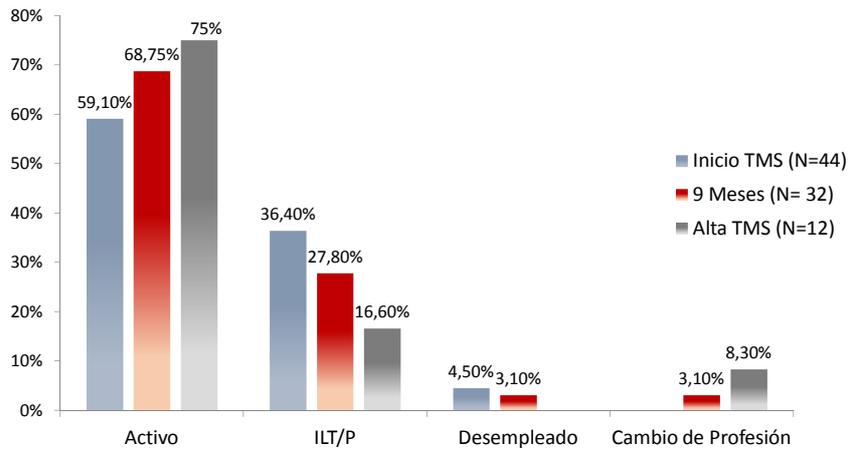


### Motivo de alta PTMS (N=12)



	N	Min	Max	Mean	SD
Días	12	119	489	345,33	130,22

### Situación Laboral



Octubre 2014- Febrero 2016

N=44		
GÉNERO	Hombres	63,64%
	Mujeres	36,36%
PROFESIÓN	Médicos	93,18
	Enfermeros/as	6,83
	Otros Colectivos	0%
Motivo principal de inclusión	TUS	79,5%
	Otros Trastornos Psiquiátricos	20,5%
PATOLOGÍA DUAL		54,5 %

### Programa de Trastorno Mental Severo en Personal Sanitario

Inclusiones	44
Altas	12

- Varón
- Médico de Atención primaria o Anestesiología
- Con un T. U. de alcohol, mórficos o hipnosedantes
- Con gravedad clínica y mal cumplimiento terapéutico.
- Con mejoría clínica al año del PTMS

## Conclusiones

1. El TMS es un buen medio de control para aquellos pacientes que niegan o minimizan su problema, con el objetivo de prevenir casos de mala praxis.
2. El PAIMM tiene capacidad rehabilitadora incluso en aquellos casos que han precisado la inclusión en un p. TMS. Esto puede apreciarse por el número de pacientes que han vuelto a ejercer su profesión.

## El equipo



Fundació  GALATEA



# III JORNADAS CLÍNICAS PAIME



6 y 7 de mayo de 2016

## FORO 1.

**La intervención con el médico enfermo como paciente difícil: estrategias para la detección, captación, tratamiento y reinserción profesional.**

Dr. Miguel Casas. Psiquiatra terapeuta del PAIME. F. Galatea

Dr. Eugeni Bruguera. Psiquiatra terapeuta del PAIME. F. Galatea

Dra. Carmen Bule. Coordinadora del PAIME. F. Galatea



# DEFINICIÓN DE PACIENTE DIFÍCIL

Entendemos por paciente o caso difícil aquel que:

- Niega o minimiza su problema y por tanto acude al PAIME forzado por terceros: superior **jerárquico, colega, familiar...**
- Presenta una mala evolución terapéutica con recaídas frecuentes

En ambos casos debe concurrir la circunstancia de que el paciente pueda representar un riesgo importante para su práctica profesional.

# ESTRATEGIA DE ACCESO AL PAIME DEL PACIENTE DIFÍCIL (I)

- Un colega, superior o equipo de trabajo identifica la existencia de un ME con poca o nula conciencia de enfermedad.
- Contacto con la UASP del PAIME para informarse de la vía de acceso y de la estrategia a seguir.
- Se recomienda hablar con el paciente e instarlo a recibir tratamiento, haciendo conjuntamente con él la llamada al PAIME para solicitar día y hora: DVI

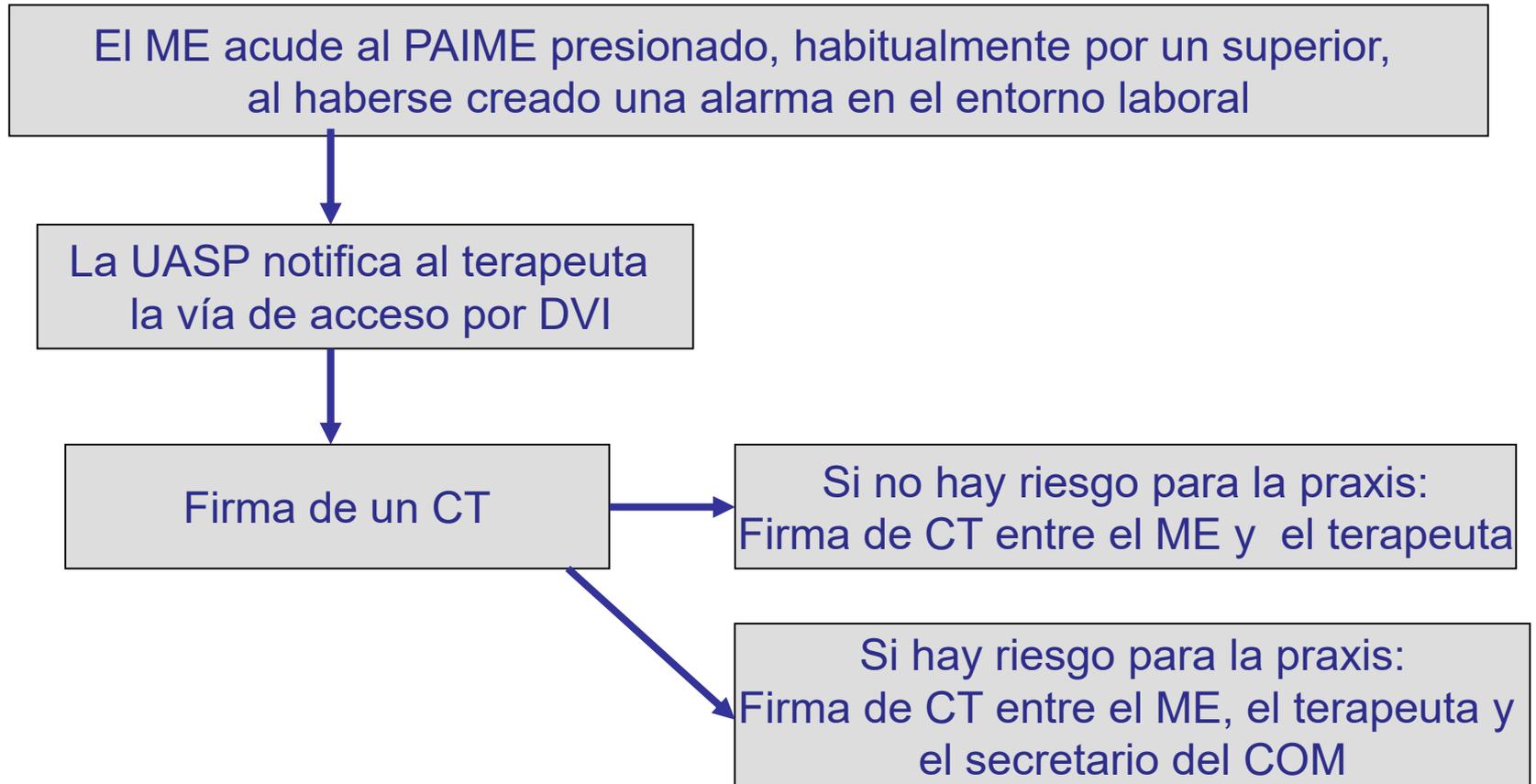
# ESTRATEGIA DE ACCESO AL PAIME DEL PACIENTE DIFÍCIL (II)

- Si pese a ello el ME continúa con la negación de su problema, el equipo o superior deberá notificar el caso por escrito al miembro de la Junta del Colegio correspondiente determinado para este fin, habitualmente el secretario:  
COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL
- El ME será citado por el secretario que intentará hacerle ver la necesidad de acudir al PAIME.
- Si éste persiste en la negativa se le obligará a pasar una peritación psiquiátrica, cuyo resultado determinará las actuaciones colegiales posteriores.

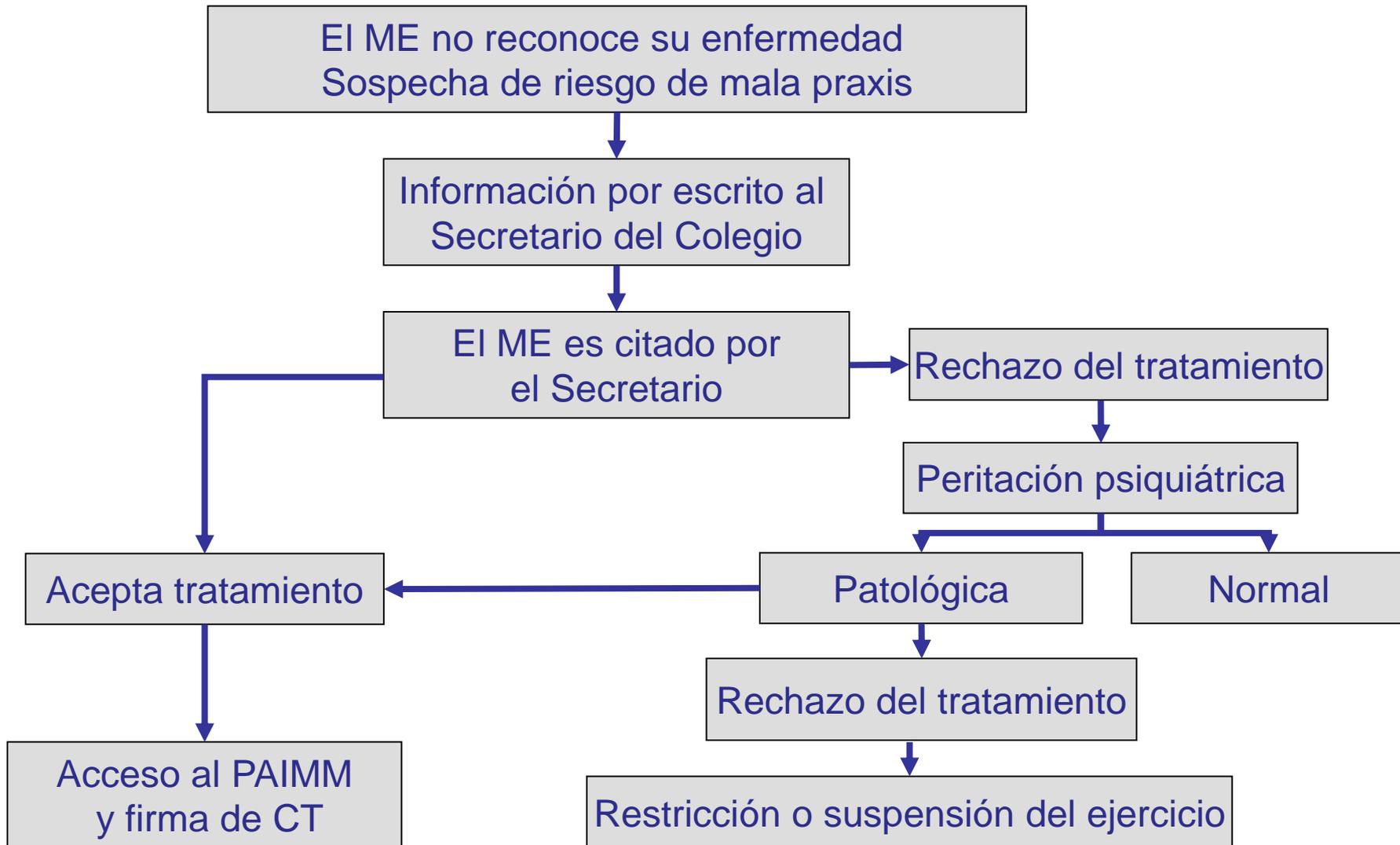
# VÍAS DE ACCESO AL PROGRAMA DEL PACIENTE DIFÍCIL

- Demanda voluntaria inducida: el ME solicita ayuda por la presión de alguien con ascendencia y/o autoridad sobre él (superior, colega o familiar) .
- Comunicación confidencial: El ME accede al Programa después de haber sido citado por un miembro de la Junta de su Colegio debido a una información previamente contrastada. Antes un compañero o familiar ha intentado derivarlo al programa sin éxito. Se sospecha que hay riesgo de mala praxis.
- Denuncia formal.

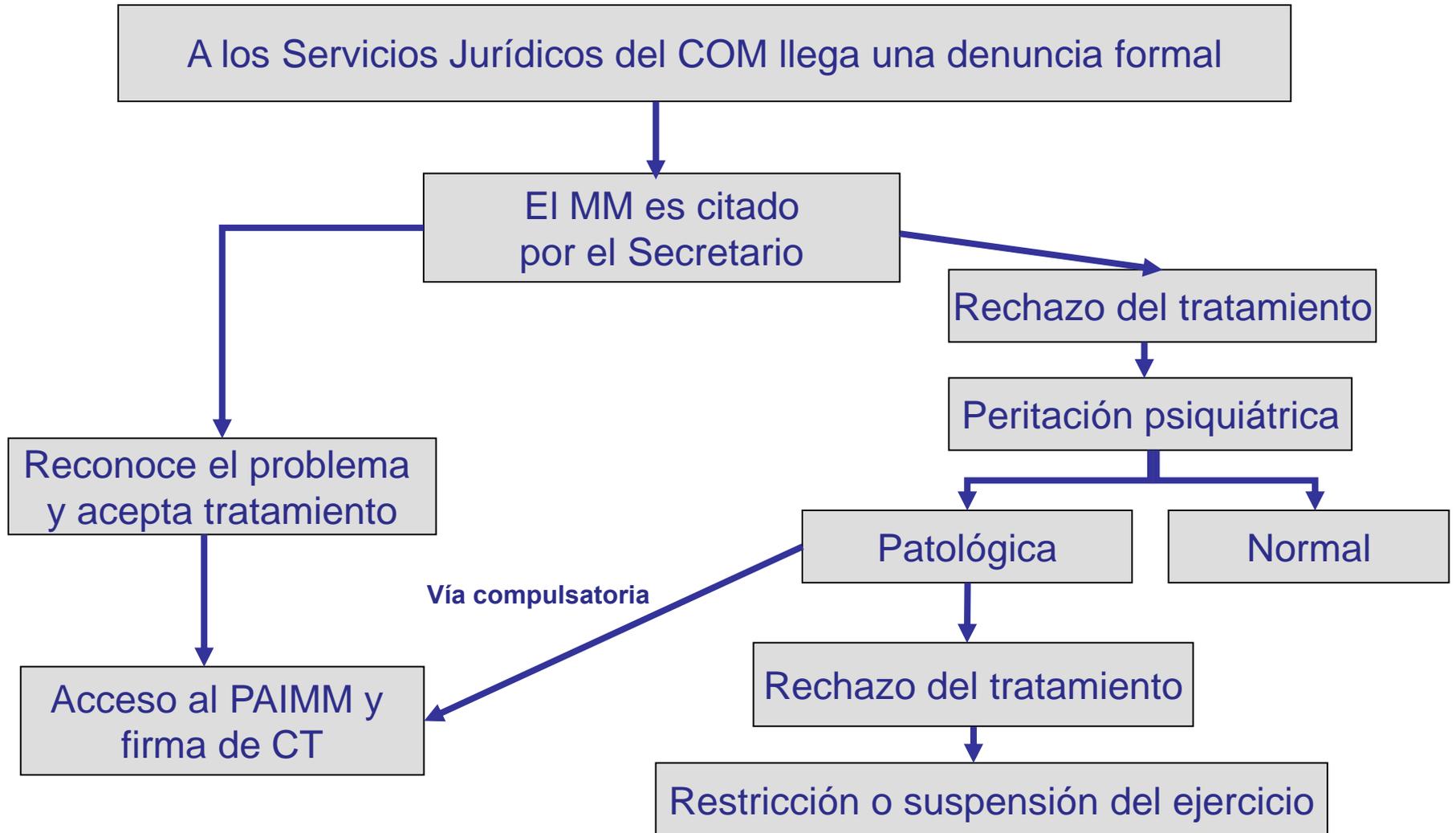
# DVI



# COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL



# DENUNCIA



# REINSERCIÓN LABORAL DEL PACIENTE DIFÍCIL (I)

- Un factor clave para que la reincorporación laboral tenga éxito es que los profesionales de los Servicios de Salud Laboral puedan participar en la misma para ayudar a adaptar las condiciones de trabajo a la situación del médico que se reincorpora.
- El terapeuta solicitará permiso al ME para hablar con el Servicio de Salud Laboral del hospital o centro correspondiente para poder organizar el retorno al puesto de trabajo.

# REINSERCIÓN LABORAL DEL PACIENTE DIFÍCIL (II)

- Es importante empezar a definir las posibles necesidades del momento de la reinserción laboral los meses previos a la misma.
- EL conocimiento con tiempo de las circunstancias adversas para el paciente posibilita poner los medios para preparar las condiciones necesarias para una mejor devolución al puesto de trabajo, esquivando las situaciones de peligro.
- La firma del CT será indispensable para la reincorporación laboral del paciente difícil.

Si tienes este problema  
o conoces a alguien que lo padezca  
el silencio no lo resolverá.

Llámanos y te ayudaremos:  
902 362 492

[fgalatea@fgalatea.org](mailto:fgalatea@fgalatea.org)  
[www.fgalatea.org](http://www.fgalatea.org)

## III JORNADAS CLINICAS PAIME 2016

### FORO 1: LA INTERVENCIÓN CON EL MÉDICO ENFERMO COMO PACIENTE DIFÍCIL: ESTRATEGIAS PARA LA DETECCIÓN, CAPTACIÓN, TRATAMIENTO Y REINSERCIÓN PROFESIONAL

#### CONCLUSIONES

1. Todavía existe un colectivo numeroso de profesionales que no conocen el PAIME, a pesar de los esfuerzos realizados para hacer extensiva la filosofía del Programa, por lo que se señala la importancia de informar de manera exhaustiva y periódica a cada Junta Colegial en el momento de su renovación.
2. Se decide fomentar las actividades dirigidas a la divulgación del PAIME, cambiando las estrategias de comunicación para llegar a los colectivos deseados. Se sugiere utilizar: las vocalías de médicos en formación, las sesiones de acogida a los nuevos colegiados, etc ...
3. En algunas Comunidades, el PAIME sigue siendo identificado únicamente como un programa para los casos más graves, por lo que no se contempla para pacientes con patologías más leves. Este hecho conlleva en determinadas provincias un incremento poco significativo del número de casos.
4. Sigue existiendo una bolsa importante de compañeros que no está siendo tratada de la manera adecuada. En la medida que sean derivados y atendidos en el PAIME, objetivaremos posiblemente cambios en el perfil de los usuarios.
5. Sería adecuado incorporar dentro del horario de trabajo espacios de autocuidado que ayuden a prevenir el malestar, pudiendo ser ofrecidos por el PAIME.
6. Se constata la necesidad de unificar el abordaje terapéutico en todos los PAIMES, haciendo uso de un mismo discurso, con las diferentes peculiaridades de cada Comunidad, a fin de alcanzar más credibilidad a nivel social e institucional.
7. Sería necesario consensuar a nivel de la red PAIME unos protocolos de actuación frente a los médicos itinerantes que van de un colegio a otro, para minimizar posibles dificultades en su manejo.
8. Se recoge como un aspecto importante para facilitar la reincorporación laboral, la implicación de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales tanto en la derivación como en la reinserción laboral de los pacientes PAIME, en especial en aquellos casos más complejos.



9. Se valora la idoneidad en aquellos pacientes difíciles de la firma de un Contrato Terapéutico previo al retorno al lugar de trabajo.
10. El Programa TMS es una buena herramienta para el control de los pacientes que niegan o minimizan su problema, ayudando así a prevenir el riesgo de mala praxis.
11. Se constata la capacidad rehabilitadora del PAIME incluso en los pacientes catalogados como difíciles, dado el número de los mismos que han vuelto a ejercer la profesión.

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

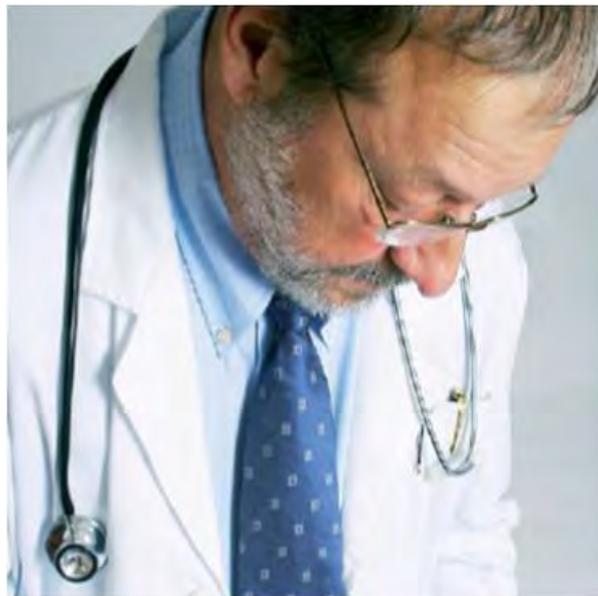
## FORO 2.

### Sistematización y Registro de Datos del Paciente PAIME: conocer para actuar.

Dr. Dayro Gutierrez. Médico especialista en Epidemiología.

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

Dr. Juan José Aliende. Coordinador PAIME en Castilla y León



Madrid, 6 y 7 de mayo de 2016  
Sede del Consejo General de Colegios de Médicos  
Plaza de las Cortes, 11, 28014 - Madrid

## III JORNADAS CLINICAS PAIME 2016

### FORO 2: SISTEMATIZACIÓN Y REGISTRO DE DATOS DEL PACIENTE PAIME: CONOCER PARA ACTUAR.

#### CONCLUSIONES

##### **Los Sistemas de Información en Salud en la Gestión Sanitaria.**

La Organización Mundial de la Salud, define los Sistemas de Información en Salud (SIS), como “mecanismos de control, procesamiento, análisis y transmisión de la información necesaria para organizar y operativizar los servicios de salud”. Hoy en día, los SIS se han masificado y se han convertido en un elemento estructural de la prestación de servicios en salud en cualquier rincón del mundo, y estamos tan familiarizados con ellos, que no nos sorprende vernos cada día más rodeados de una gran cantidad de herramientas informáticas y tecnológicas que trabajan con volúmenes muy grandes de datos y los transmiten, procesan y condensan sin dificultades.

Paradójicamente, a pesar de su amplio uso y requerimiento, los recursos tecnológicos encargados de organizar, condensar y disponer la información de un colectivo de pacientes, no suelen ser económicos, suelen requerir un montaje previo especial para su implementación y una vez implementados, es muy probable que en muy poco tiempo ya resulten obsoletos.

Es por eso que, aunque el flujo de información sea masivo y en muchas ocasiones complejo, un SIS debe estar diseñado “a la medida” de las necesidades en salud particulares del entorno en el que se va a aplicar. De lo contrario, se corre el riesgo de perder esfuerzo, tiempo y dedicación en un proyecto que puede desfallecer desde su concepción misma.

Los SIS, por concepción, son elementos integradores en la gestión sanitaria, y la importancia de este rol radica precisamente en el potencial que adquieren para detectar precozmente los problemas y la luz que brindan sobre las posibles soluciones. Es por ello que la inversión en una adecuada implementación de un SIS tiene una alta relación coste-beneficio; los expertos coinciden en afirmar que la gran utilidad de estos Sistemas es la amplia gama de “oportunidades” que ofrecen.

Sin embargo, es evidente que implantar adecuadamente un SIS implica ir superando diversos obstáculos en su desarrollo, algunas de estas dificultades estarán relacionadas directamente con los instrumentos

utilizados y que se solventarán con mayor o menor facilidad, pero también hay muchas otras dificultades que están relacionadas estrechamente con los usuarios del SIS y su voluntad de cambio y grado de participación. Es ahí, en donde el grupo director de este foro quiere hacer especial hincapié y concienciar a todos los integrantes del PAIME a nivel nacional, de la importancia de optimizar el actual modelo de recogida de datos del paciente PAIME.

### **Situación Actual en la captura de Datos en el PAIME.**

Después de casi dos décadas desde que comenzara el PAIME, es evidente que el grado de desarrollo del programa es bastante heterogéneo entre las provincias. Esas diferencias que parten desde el tiempo de evolución del programa en cada zona llegan, como es previsible, al proceso de recogida de datos del paciente PAIME, en donde la captura y condensación de información es muy dispar en todo el territorio español.

Durante estos años de funcionamiento, los datos de los pacientes PAIME suelen ser recogidos por el responsable colegial del programa, por el responsable clínico o bien por el terapeuta, siempre atendiendo a los criterios de confidencialidad. Sin embargo, el procedimiento y la periodicidad con la que se recolecta esta información es diferente en cada zona. El procedimiento más utilizado es mediante un formulario suministrado a nivel central por la Fundación para la Protección Social de la OMC, el cual cumplimenta cada provincia y remite anualmente a la Fundación para la elaboración de un informe conjunto. Sin embargo, somos conocedores de una gran cantidad de variantes de este procedimiento que hacen parte del proceso de recogida anual de datos PAIME.

### **Dificultades Actuales**

La forma actual de recolección de datos plantea varias dificultades en el momento de su explotación. La principal barrera en el análisis estadístico es que la unidad de análisis no corresponde al individuo, sino a un conglomerado de pacientes (Sesgo Ecológico). Cada programa PAIME presenta sus datos agrupados, por ende las variables sociodemográficas, clínicas, de gestión, etc corresponden a ese colectivo de pacientes y no permiten identificar relaciones o establecer asociaciones individuales.

Otras dificultades detectadas para el análisis cuantitativo es la falta de unificación y estandarización de los Indicadores de evaluación, el uso de denominadores desactualizados, la pobre calidad del dato entre los casos incidentes y prevalentes, la multiplicidad de los formatos en las respuestas

cumplimentadas en cada programa y la falta de ponderación por el tamaño poblacional de cada provincia, entre otros.

### **El desafío de un nuevo Instrumento de Recogida de Datos PAIME.**

Actualmente, un Grupo de Trabajo constituido en el seno del Comité Nacional PAIME, está elaborando un nuevo instrumento de Recogida de Datos. Esta herramienta funcionará en un entorno web, y permitirá disponer de la información individualizada de los casos tratados, lo que supondrá la creación de una fuente de información confiable, capaz de generar informes detallados, con indicadores epidemiológicos (incidencia, prevalencia, etc), indicadores de proceso y de resultado, análisis comparativos y otras salidas de información previamente establecidas.

El proyecto de desarrollar e implementar este nuevo instrumento de recogida de datos, surge ante la necesidad evidente de gestionar los datos PAIME de una forma más estructurada de la que se viene haciendo hasta el momento. La intención es poder recoger los datos en distintos niveles de información, según el tipo de usuario, y que las salidas de información procesada sean periódicas, veraces, actualizadas y útiles.

Para asumir este desafío con éxito, es indispensable y urgente romper el mito de que las carencias tecnológicas y los factores económicos son las principales causas que impiden generar cambios. Hay un factor mucho más preponderante: “la falta de cultura de la información”. Si subsanamos esta debilidad y nos concienciamos desde el propio PAIME de cada provincia, sobre la importancia de la captura de información por cada uno de los que intervienen en él, sin duda el resultado será una base de datos que cumpla con las necesidades de información que tiene el programa hoy en día.

### **Presentación del Instrumento de Recogida de Datos**

#### **1. Fortalezas:**

- ✓ Usar una herramienta común, homogeniza los datos recolectados en cuanto a estructura y contenido.
- ✓ El uso de un entorno web, disminuye tiempos de envío (“nadie está dispuesto a invertir mucho tiempo en tareas burocráticas”).

#### **2. Debilidades:**

- χ No se han definido los niveles de acceso según el perfil profesional de los usuarios y su localización geográfica (Provincia – CC.AA)

#### **3. Sugerencias de Mejora**

- ✘ El instrumento debe tener “memoria”. Debe ser capaz de identificar casos provenientes de otras provincias o CC.AA y debe ser capaz de identificar varios procesos en un mismo paciente.
- ✘ El aspecto visual debe ser más amigable, más atractivo, que facilite su cumplimentación.
- ✘ En la pestaña Datos Personales: incluir ¿convivencia?
- ✘ En la pestaña Datos Personales: incluir ¿Lugar de Trabajo?
- ✘ En la pestaña Datos Personales: Especificar si desarrolla actividad clínica o no.
- ✘ Cambiar el nombre de la pestaña “Vía de Acceso” ya que captura datos administrativos y no solo de la vía de acceso al programa.
- ✘ En la pestaña Vía de Acceso: Incluir un campo de chequeo que permita discernir si la Baja Laboral es por una patología PAIME o no.
- ✘ En la pestaña Origen, incluir: “Tratamientos anteriores”
- ✘ En la pestaña Origen, en Caso derivado por: incluir “iniciativa propia” y “otros”
- ✘ En la pestaña Origen, en Motivo de la Demanda, incluir “Adicciones sin Sustancia”
- ✘ En la pestaña Droga Principal, incluir “Benzodiacepinas”
- ✘ Cambiar el nombre de la pestaña Tabaquismo a “Hábitos Tóxicos”
- ✘ En la pestaña Tabaquismo, que se haga el cálculo de Paquetes/año
- ✘ En la pestaña Tabaquismo, que se haga el cálculo de Consumo de Alcohol
- ✘ En la pestaña Tabaquismo, que se haga el cálculo de Consumo de Alcohol
- ✘ En la pestaña Tabaquismo, que se indague por el consumo de otras drogas
- ✘ En la pestaña conductas que las opciones vengan desmarcadas por defecto
- ✘ En la pestaña diagnóstico que haya texto predictivo
- ✘ En la pestaña diagnóstico que se diferencie el diagnóstico principal del secundario
- ✘ En la pestaña diagnóstico que se incorpore un interfaz que sea capaz de convertir los códigos de enfermedades del sistema CIE-10 al DSM-V y viceversa.
- ✘ En la pestaña diagnóstico, incluir escalas de validación diagnóstica (criterios) y que su uso sea optativo.
- ✘ En la pestaña diagnóstico, que se identifique automáticamente la Patología Dual cuando la combinación de diagnósticos se dé.
- ✘ En la Pestaña Seguimiento, en Motivo Alta Clínica, Exitus, especificar si es Suicidio.
- ✘ En la Pestaña Seguimiento, en Motivo Alta Administrativa Cambio de Domicilio, se pueda identificar la provincia destino para notificar a dicho PAIME
- ✘ Incluir una pestaña de Datos Psicosociales
- ✘ Generar una herramienta mucho más robusta que funcione de HC. Como alternativa, estudiar los costes de implantar el OMI que usa la Fundación Galatea en el resto del país.

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

Calle Cedaceros, 10  
28014 Madrid  
Tel. +34 914 317 780  
fundacion@fphomc.es  
www.fphomc.es

✂ Se recomienda hacer una encuesta nacional a los terapeutas sobre su opinión y disposición de usar una nueva herramienta

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



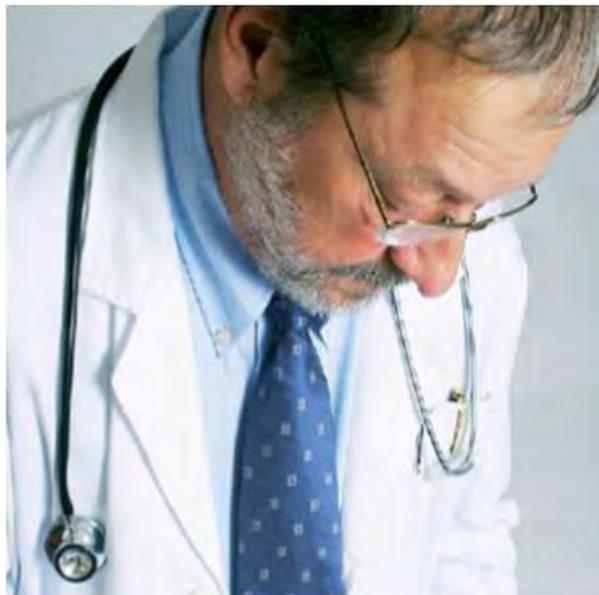
FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

## FORO 3.

### La Atención al Médico Jubilado o incapacitado después del PAIME.

Dr. Angel Alayo. Coordinador PAIME en el País Vasco

D<sup>a</sup> Natalia Ragué. Trabajadora Social del P.P.Social del COMB



**Madrid, 6 y 7 de mayo de 2016**  
Sede del Consejo General de Colegios de Médicos  
Plaza de las Cortes, 11, 28014 - Madrid

## **III JORNADAS CLINICAS PAIME 2016**

### **FORO 3: La atención al médico jubilado e incapacitado después del PAIME**

#### **CONCLUSIONES**

El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) es un programa colegial, creado para atender a los médicos que padecen una enfermedad mental y/o de adicción con el fin de mejorar su salud y para que se puedan reincorporar a su trabajo en buenas condiciones físicas y mentales, evitando así riesgos a terceras personas, como son los pacientes del propio médico.

Dada la idiosincrasia de gran parte del colectivo médico que dificulta en gran medida su tratamiento al negar la enfermedad, al automedicarse, al tener miedo a ser identificado como enfermo mental..., se creó un sistema de atención que pone especial énfasis en guardar la confidencialidad, con personal altamente cualificado para tratar a compañeros médicos, con un centro hospitalario de internamiento (Fundación Galatea), en donde además de estar fuera de su entorno y no poder ser identificado, se interrelaciona con sus pares, lo cual favorece enormemente la transferencia tanto con los terapeutas como con sus colegas... Resultado de todo ello han sido los logros alcanzados: gran número de altas, rápidas incorporaciones a sus puestos de trabajo, bajo número de recidivas, satisfacción en definitiva tanto por parte de terapeutas como de pacientes.

Además del aspecto puramente clínico, dada la Integralidad del programa, también se ha actuado en muchas ocasiones en su entorno laboral, familiar y social. Posiblemente estas actuaciones socio-sanitarias realizadas hasta la fecha, no han sido todo lo sistemáticas que debieran, o no se ha profundizado todo lo posible en ellas en determinadas situaciones.

A pesar de todos los esfuerzos realizados, en ocasiones por la gravedad de la dolencia o por el severo deterioro cognitivo sufrido, el paciente ni está en condiciones de trabajar como médico, ni se espera que pueda recuperarse en futuro. En estos casos, que no son muchos, se le indica al paciente la conveniencia de solicitar una Incapacidad Laboral Permanente, retirándole el colegio correspondiente la colegiación en caso de necesidad.

Partiendo de estas premisas enunciadas, en el Foro sobre *“la atención al médico jubilado e incapacitado después del PAIME”*, se suscitaron las siguientes ideas, sobre las que una inmensa mayoría de los participantes al menos, estaba de acuerdo.

**A-La atención al médico jubilado o incapacitado a ser posible debería seguir siendo realizada en el PAIME si el clínico que lo atiende así lo considera.**

La idiosincrasia, comentada anteriormente, del médico al jubilarse o incapacitarle no varía, por lo que sacarle del PAIME debido a que ya no hay posibles daños a terceros es deontológicamente bastante cuestionable, pues abocamos al colectivo a no recibir asistencia sanitaria de sus problemas psiquiátricos.

La relación médico paciente – médico terapeuta en muchas ocasiones es una relación muy especial, que el paciente no desea abandonar, incluso después de haber sido incapacitado o haberse jubilado. En presencia de patología grave se corre alto riesgo de que el médico paciente abandone el tratamiento y se descompense si se rompe dicha relación. Hay que señalar además que el clínico trabaja para su paciente, no para terceros, y que los enfermos mentales son un grupo de pacientes especialmente protegidos. De hecho este tipo de situaciones representan una gran dificultad, tanto para el paciente como para el terapeuta, al cual se le plantea un conflicto deontológico y moral que casi siempre se resuelve al seguir atendiendo a su paciente-compañero fuera del PAIME de una manera gratuita.

El médico jubilado o incapacitado tiene muchos duelos derivados de la pérdida de su identidad profesional, los cuales se ven reagudizados cuando pierde los beneficios del PAIME al sentirse de algún modo rechazado por los que hasta la fecha han sido sus compañeros. Parece que se le dice: “márchate que ya no eres de los nuestros”.

No podemos olvidar tampoco que el médico a quien le conceden una Incapacidad Laboral, aunque la llamemos “permanente”, es revisable al cabo de uno, dos o tres años; por lo que se puede dar la paradoja de que primero le damos el alta y tal vez luego le tenemos que readmitir en el programa y finalmente le volvemos a dar el alta. No suena esto muy serio, además con la incapacidad ya evitamos el daño a terceros, ahora solo nos queda tratar al paciente, que es el primer objetivo del PAIME.

El médico que sale del PAIME por alta administrativa, que no médica, tiene serios problemas de reingresos hospitalarios en caso de necesitarlos, vive mal en unidades que no están especializadas en tratar a médicos, se obtienen peores resultados. En muchas ocasiones el médico enfermo se niega incluso a ingresar en un hospital psiquiátrico o en un servicio de psiquiatría de un hospital general. El proceso interior que debe desarrollar el médico enfermo se encuentra muy facilitado al sentirse entre pares cuando el ingreso se realiza en un centro especializado.

En el Colegio de Médicos de Madrid se siguen atendiendo dentro del PAIME a pacientes jubilados o incapacitados, aunque previamente no hubieran

tenido relación con el PAIME. La asistencia se presta de manera altruista por parte de psiquiatras jubilados. La mayoría de los asistentes opinan que si bien es muy meritoria esta actividad, sería mucho mejor que estuviera reglada y recompensada económicamente.

En caso de continuar con la práctica de dar altas administrativas, habría que informar a los paciente, previamente a ingresar en el programa, de la posibilidad de que puedan ser dados de alta en el PAIME en caso de jubilarse o de sufrir incapacidad.

En todo caso, si por razones económicas del propio PAIME se debe dar de alta administrativa a algún paciente, ésta debiera ser tras dar el visto bueno el terapeuta que le está atendiendo. En todo caso se debería “acompañar” al paciente siguiendo un protocolo de derivación y entrada a la red pública.

**B- Existe una necesidad de reforzar la atención socio-sanitaria del PAIME para así poder ser más eficaces en la integralidad del programa.**

Se ve la necesidad de crear protocolos al ingreso de los pacientes al programa que faciliten el encuadre terapéutico siguiendo el diagnóstico bio-psico-social de los pacientes.

Se debe optimizar la utilización de los diferentes recursos socio-sanitarios tanto de la red pública (ayuntamientos, diputaciones, comunidades autónomas), como de redes privadas (Fundación para la Protección Social de la OMC a nivel del Estado Español, Fundació Solé Daniel en Cataluña, otros,...).

La Directora Técnica de la Fundación para la Protección de la OMC explicó a todos los presentes la organización y funcionamiento de dicha Fundación. Se considera muy conveniente dar una mayor difusión de los cometidos de dicha Fundación a todos los que trabajamos en el PAIME, para que la utilicemos sus recursos, (como por ejemplo, el Servicio de Atención Social), más de lo que se viene haciendo.

Se valora muy interesante la iniciativa de algunos Colegios de Médicos de Cataluña de contar con trabajadores sociales para desarrollar esta labor socio-sanitaria, concretamente en el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona existe des del 2008 el Programa de Protección Social que atiende a los colegiados médicos y a sus familiares, incluyendo al colectivo del médico enfermo del PAIME en cualquier fase de su tratamiento. A nivel de colegios pequeños se podría estudiar la posibilidad de contratar por horas al trabajador social. En cualquier caso, el Servicio de Atención Social de la Fundación puede dar esta cobertura a los colegios pequeños.



En resumen, podríamos decir que las dos ideas principales que se repitieron en las tres sesiones del foro son:

1. La conveniencia de que los médicos jubilados o incapacitados continúen siendo atendidos en el PAIME.
2. Si esta atención no es posible por razones económicas en el marco de dicho Programa, que al menos nunca sea dado de alta sin el visto bueno de su terapeuta.
3. la necesidad de reforzar la atención socio-sanitaria del PAIME aprovechando más y mejor los recursos tanto públicos como privados existentes.

En Madrid, 7 de mayo de 2016

DOCUMENTO ELABORADO POR LOS DIRECTORES DEL FORO 3:

**ANGEL ALAYO**  
Coordinador PAIME del País Vasco

**NATALIA RAGUER**  
Trabajadora Social. Programa  
de Protección Social del COMB

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

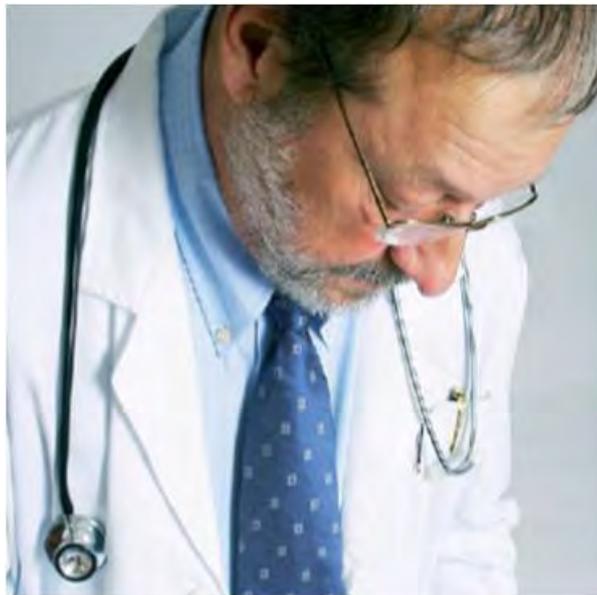


FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

## COLOQUIO – DEBATE.

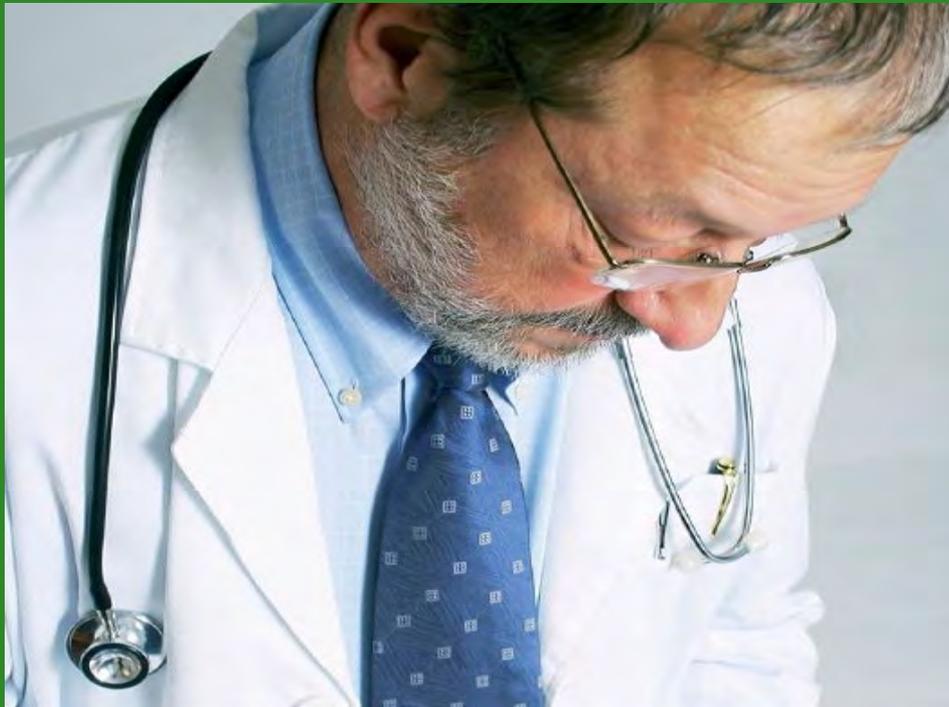
### Habilidades Personales del Clínico en su Intervención con el Médico Enfermo en el PAIME.

Dra. Marisa Celorrio. Clínico PAIME –  
Colegio Oficial de Médicos de Albacete.



**Madrid, 6 y 7 de mayo de 2016**  
Sede del Consejo General de Colegios de Médicos  
Plaza de las Cortes, 11, 28014 - Madrid

# III JORNADAS CLÍNICAS PAIME



6 y 7 de mayo de 2016

## COLOQUIO –DEBATE

*Habilidades personales del clínico en su intervención con el  
medico enfermo en el PAIME.*

Dra. Marisa Celorrio Bustillo. Clínico PAIME-COM Albacete

OMC  ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

 FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

# **HABILIDADES PERSONALES DEL CLINICO EN SU INTERVENCION CON EL MEDICO ENFERMO EN EL PAIME**

M<sup>a</sup>. LUISA CELORRIO BUSTILLO  
III JORNADAS CLINICAS PAIME  
MADRID 6 Y 7 DE MAYO 2016

# CLINICO ENCARGADO DE REALIZAR LA INTERVENCIÓN EN EL PAIME

- Psiquiatra
- Médico de Adicciones
- Psicólogo Clínico

Deben de ser profesionales de amplia experiencia en el ámbito de la Salud Mental y/o Adicciones.

Reconocidos en su ámbito de actuación y realizar su atención sanitaria diferenciada de los servicios asistenciales generales.

No existir ninguna relación ni vínculo de orden personal ni profesional entre el MT y el ME, facilita la labor del terapeuta y el cambio de rol del paciente

# DIFICULTADES DEL CLINICO DEL PAIME

## DIFICULTADES PROPIAS DEL TRATAMIENTO

Factores que dificultan el abordaje y el tto:

- Conspiración del silencio (ocultación del problema, enfermo, familia, colegas....)
- Miedo a la estigmatización
- Miedo a la pérdida de credibilidad, reputación
- Miedo a ser reconocido

- Prepotencia Terapéutica, el mito a la invulnerabilidad y el no querer asumir el Rol de paciente
- Prejuicios en relación a la enf. Mental
- Autodiagnóstico y Automedicación (falso autocontrol)
- El proceso puede durar años y el deterioro personal revierte en la vida personal, familiar y laboral

# DIFICULTADES EN LA COORDINACION

Familia, colegas, tutor, empresa, adm.  
Sanitarias, COM.

A veces, el clínico se encuentra “solo ante el peligro”.

La gran mayoría son ME que acceden al programa de forma voluntaria y responden colaborando con el tratamiento, facilitando su desarrollo, con resultados muy satisfactorios.

Las dificultades aparecen en Pacientes Difíciles, que son una minoría.

Sin embargo requieren una gran dedicación, seguimiento y en ocasiones desgaste del M.T.

En estos casos, las habilidades personales del clínico y una buena coordinación no solo es necesario sino imprescindible.

# “PACIENTES DIFICILES”

- **Derivados de las características del paciente** (hiperfrecuentador, TMG, no cumplidor, agresivo, cuestionador, etc.)
- **Derivados de los sentimientos o emociones que generan en el terapeuta** “el que me pone nervioso, el que no consigo conectar, el que me incomoda, el que critica mi manera de actuar ...”

Sensaciones displacenteras:

- Perdida de control, autoridad o autoestima, aversión, enojo, frustración, desesperanza, rechazo etc.

“Relaciones difíciles médico-paciente”

# “ALIANZA TERAPEUTICA”

- Predictor más robusto del Éxito del Tratamiento
- Algunos Terapeutas son sistemáticamente más eficaces que otros
- La Habilidad Terapéutica es más importante que la modalidad terapéutica
- Los procesos y rupturas o tensiones negativos en la alianza son inevitables, una de las destrezas Terapéuticas más importante es su manejo y la reparación de la Alianza Terapéutica

# “QUE HACE CAMBIAR A LAS PERSONAS”

- La motivación intrínseca
- La elección y el control propios
- Autoconvencimiento auditivo
- La Percepción de Autoeficacia
- La Relación Interpersonal
- La habilidad del Terapeuta

# “CLAVES PARA MEJORAR LA RELACION”

- Establecer objetivos concretos, progresivos, y asumibles que marquen la pauta a seguir con el paciente, tanto desde el aspecto clínico, como del nuevo marco comunicacional
- Cuidar la autoestima profesional basando nuestras acciones en criterios científicamente aceptables

- Favorecer la negociación, la corresponsabilidad y el pacto entre clínico y Médico-paciente
  - Rechazar la fantasía de establecer una relación perfecta
- “No debemos pensar cambiar al paciente difícil, pero si podemos mejorar nuestro modo de afrontarlo”

# El Clínico PAIME debe estar entrenado en “ENTREVISTA MOTIVACIONAL”

- Facilita que el paciente se posicione hacia el deseo de cambio, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros y potenciando su percepción de eficacia

# “PRINCIPIOS GENERALES”

- Expresar empatía
- Desarrollar discrepancias
- Evitar confrontación
- Rodear resistencias
- Apoyar y fomentar Autoeficacia

# Reflexiones

- ▶ ¿Cuándo considerar un Paciente Páime Difícil ?
- ▶ **¿La cronicidad implica “rendirse”?**
- ▶ ¿Cómo establecer y mantener un vínculo positivo ?
- ▶ ¿Qué impulsa al paciente a seguir adelante?
- ▶ ¿Y al Clínico ?



# Reflexiones

- ▶ Especial cuidado en alianza terapéutica.
- ▶ No dejar solo y aislado al paciente en el problema; compromiso e implicación mutua.
- ▶ Algunos pacientes, tendencia a la cronicidad. Pero siempre se puede hacer algo. Objetivos Intermedios.
- ▶ Contemplar los momentos de intento **“ruptura terapéutica”** como parte del proceso, no tomarlos como ataques personales: **“Son** características sustanciales al trastorno y no una negativa a implicarse, o tener una actitud de boicot **inquebrantable”**
- ▶ **“Siempre** trabajar Motivación **“**
- ▶ ¿ Cuando poner Limites?

# Reflexiones

- ▶ Manejo de sentimientos de impotencia, incontrolabilidad, rabia, pena. Tolerancia a la frustración personal.
- ▶ Aceptación de limitaciones propias y del proceso, aspectos que escapan al propio control. Autocrítica profesional, percepción y valoración de obstáculos.
- ▶ Análisis del "¿qué está pasando **aquí?**". Tarea del terapeuta: trabajar mediante colaboración con el paciente para examinar las sutilezas de la interacción entre ambos .
- ▶ Terapeuta como **observador- participante** .
- ▶ **Apoyo en el equipo terapéutico y Colegial** , riqueza de miradas y también de soporte emocional.

**COLOQUIO – DEBATE**

**MUCHAS GRACIAS**

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
PROTECCIÓN SOCIAL

Calle Cedaceros, 10  
28014 Madrid  
Tel +34 914 317 780  
fundacion@fphomc.es  
www.fphomc.es