

VI Congreso PAIME

2015
Cuadernos
FPSOMC



La ciudad de Cáceres es sinónimo de HISTORIA, CULTURA Y UNIVERSIDAD. En ella, pasado, presente y futuro conviven en perfecto equilibrio. La Ciudad Monumental de Cáceres nos transporta con facilidad a épocas pasadas. Bellos rincones, palacios, iglesias y torres...

El importante valor patrimonial, cultural, histórico y artístico de Cáceres ha sido reconocido a través de diversos galardones y premios entre los que destacan: Ciudad Patrimonio de la Humanidad por la UNESCO y Tercer Conjunto Monumental de Europa. Declarada Capital Cultural de Extremadura en 1992.

Cáceres es una ciudad idónea para acoger distintos eventos o congresos. Con una capacidad de alojamiento que alcanza las 3.700 plazas de las que más del 60% corresponden a hoteles de 3 a 5 estrellas.

Entre los lugares donde celebrar su evento destacan, además de los hoteles de la ciudad, el Complejo Cultural San Francisco (convento franciscano ss. XV-XVIII), dependiente de la Institución Cultural "El Brocense", que cuenta con varias salas dotadas de equipos de traducción simultánea, proyectores, equipos de iluminación y de sonido profesionales; destacando el auditorio principal, antigua iglesia, con una capacidad para 600 personas.



COMITÉ DE HONOR

Excmo. Sr. Alfonso Alonso Aranegui
Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Excmo. Sr. José Antonio Monago Terraza
Presidente del Gobierno de Extremadura

Excma. Sra. Elena Nevado del Campo
Alcaldesa-Presidenta del Excmo. Ayuntamiento de Cáceres

Excmo. Sr. Luis Alfonso Hernández Carrón
Consejero de Salud y Política Sociosanitaria del Gobierno de Extremadura

Ilmo. Sr. Laureano León Rodríguez
Presidente de la Excma. Diputación Provincial de Cáceres

Ilmo. Dr. Juan José Rodríguez Sendín
Presidente de la Organización Médica Colegial

Ilmo. Dr. Carlos R. Arjona Mateos
Presidente del Consejo de Colegios Profesionales de Médicos de Extremadura y del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cáceres

Ilmo. Dr. Pedro Hidalgo Fernández
Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz

COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Juan José Rodríguez Sendín.

Presidente de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias.

Dr. Carlos R. Arjona Mateos.

Presidente del Consejo de Colegios de Colegios Profesionales de Médicos de Extremadura y del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cáceres.

Dr. Juan Manuel Garrote Díaz.

Secretario General de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias.

Dr. Evelio Robles Agüero.

Secretario General del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cáceres.

Dr. José M^a Rodríguez Vicente.

Tesorero de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias.

Junta de Patronos de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias.

Dr. Francisco Javier Hernández Arbeiza.

Vicesecretario del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cáceres.

Dra. Carmen Hoyos Peña.

Vocal del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cáceres.

Dr. Jesús Santos Velasco.

Vocal del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cáceres.

Dr. José M^a Montero Juanes.

Presidente de la Comisión Deontológica del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cáceres.

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Serafín Romero Agüit.

Vicepresidente de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias.

D^a Nina Mielgo Casado.

Directora Técnica de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias.

Dr. Antoni Arteman Jané.

Gerente de la Fundación Galatea.

Dra. Mar Sánchez Fernández.

Coordinadora del PAIME en Castilla La Mancha.

Dr. Ángel Alayo Arrugaeta.

Coordinador del PAIME en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Dra. Dolores Crespo Hervás.

Coordinadora del PAIME en la Comunidad de Madrid.

Dr. Juan José Aliende Miranda.

Coordinador del PAIME en Castilla y León.

Dr. Bartolomé de la Fuente Darder.

Responsable del PAIME en el Colegio de Médicos de Córdoba y Coordinador del PAIME en Andalucía.

Dr. Ignacio Martínez Hens.

Médico Psiquiatra PAIME COM Córdoba.

Dr. Enrique Daniel Vega.

Médico Psiquiatra PAIME COM Cáceres.

Dr. Ángel Luis Blanco González.

Médico Psiquiatra del PAIME COM Cáceres.

D^a Felisa Corbacho Simón.

Psicóloga Clínica PAIME COM Cáceres.

● PROGRAMACIÓN CONGRESO PAIME 2015:

JUEVES 16 DE ABRIL		
VISITA CENTRO DE CIRUGÍA MÍNIMA INVASIÓN JESÚS USÓN		11:30h
RECEPCIÓN HOTELES		
COMPLEJO CULTURAL SAN FRANCISCO	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN	15:00 h
	ACTO INAUGURAL CONGRESO	16:00 h
	MESA REDONDA	16:30 h
	TALLERES	18:30 h
	FINALIZACIÓN JORNADA	20:00 h
CENA DE GALA – CASTILLO DE LAS ARGUIJUELAS		22:00 h

VIERNES 17 DE ABRIL			
CONGRESO COMPLEJO SAN FRANCISCO		PROGRAMA ACOMPAÑANTES	
09:00 h	MESA REDONDA	09:30 h	VISITA CIUDAD MONUMENTAL DE TRUJILLO
11:00 h	TALLERES		
12:30 h	MESA REDONDA		
14:00 h	ACTO CLAUSURA		
14:30 h	COCTEL CLAUSURA	14:30 h	TAPEO POR CIUDAD MONUMENTAL DE CÁCERES
16:30 h	VISITA CIUDAD MONUMENTAL DE CÁCERES		

PROGRAMA CIENTÍFICO:

JUEVES 16 DE ABRIL	
15:00 h	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN
16:00 h	ACTO INAUGURAL
16:30 h	<p>MESA REDONDA: REPERCUSIONES MEDICO-LEGALES DEL MÉDICO ENFERMO Modera: D. José M^a Montero Juanes. Presidente Comisión Deontológica COM Cáceres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código Deontológico y PAIME colegial. Dr. Mariano Casado Blanco. Secretario de la Comisión Central Deontológica-CGCOM • Código Penal – Médico Enfermo. D. Ángel Juanes Peces. Vicepresidente del Tribunal Supremo. • Código Civil – Médico Enfermo. D. Eduardo Baena Ruíz. Magistrado de la Sala Civil de Tribunal Supremo • Abordaje jurídico del PAIME. D. Ignacio Pidevall Borrell. Asesor Jurídico del Colegio de Barcelona.
18:30 h	TALLERES SIMULTANEOS
20:00 h	FINALIZACIÓN DE LA JORNADA

VIERNES 17 DE ABRIL	
09:00 h	<p>MESA REDONDA: PATOLOGÍAS PREVALENTES EN EL PAIME Introduce, Presenta y Modera: Dr. Enrique Daniel Vega. Médico Psiquiatra PAIME COM Cáceres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toxicomanías y Patología Dual: Dr. Antonio Teran. Psiquiatra del PAIME en Castilla y León. • Adicciones sin sustancias. Dra. Mar Sánchez Fernández. Coordinadora del PAIME en Castilla La Mancha. • Trastornos de personalidad. Dr. Bartolomé de la Fuente Darder. Coordinador del PAIME en Andalucía.
10:30 h	DESCANSO CAFÉ
11:00 h	TALLERES SIMULTANEOS
12:30 h	<p>MESA REDONDA: PRESENTE Y FUTURO DEL PAIME Introduce, Presenta y Modera: Dr. Carlos Arjona Mateos. Presidente del Colegio de Médicos de Cáceres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situación actual del PAIME. D^a. Nina Mielgo Casado. Directora Técnica de la Fundación para la Protección Social de la OMC. • La gestión del PAIME en la situación actual de crisis. Dr. Antoni Arteman Jané. Gerente de la Fundación Galatea • Estrategias de consolidación y extensión del PAIME. Dr. Serafín Romero Agüit. Vicepresidente de la Fundación para la Protección Social – OMC y del CGCOM. • El PAIME en Europa: Portugal. Dr. Alberto Caldas Afonso. Tesorero Ordem dos Medicos de Portugal
14:00 h	ACTO DE CLAUSURA
14:30 h	COCTEL DE CLAUSURA

TALLERES SIMULTANEOS	
Taller 1	<p style="text-align: center;">IMPLEMENTACIÓN DEL PAIME COLEGIAL.</p> <p>Coordina y presenta: Dr. Evelio Robles Agüero. Secretario General del Colegio de Médicos de Cáceres. Coordinador PAIME COM Cáceres.</p> <p>Directores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Dr. Evelio Robles Agüero.</i> Secretario General del Colegio de Médicos de Cáceres. Coordinador PAIME COM Cáceres. - <i>Dr. Juan José Aliende Miranda.</i> Coordinador del PAIME en Castilla y León. - <i>Dra. Carmen Bule Arbiol.</i> PAIME Clínica Galatea.
Taller 2	<p style="text-align: center;">ESTRATEGIAS EN RELACIONES EXTERNAS DEL PAIME</p> <p>Coordina y presenta: Dr. Jesús Santos Velasco. Vocal Sociedades Científicas COM Cáceres.</p> <p>Directores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Dra. M^a Dolores Crespo Hervás.</i> Coordinadora del PAIME en Madrid. - <i>Dr. Ángel Alayo Arrugaeta.</i> Coordinador del PAIME en el País Vasco.
Taller 3	<p style="text-align: center;">SEGUIMIENTO DEL PACIENTE DIFÍCIL</p> <p>Coordina y presenta: D^a. Felisa Corbacho Simón. Psicóloga PAIME COM Cáceres.</p> <p>Directores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Dr. Ignacio Martínez Hens.</i> Psiquiatra PAIME COM Córdoba. - <i>D^a. Felisa Corbacho.</i> Psicóloga Clínica PAIME COM Cáceres. - <i>Dr. Ángel Luis Blanco González.</i> Médico Psiquiatra PAIME COM Cáceres

Inauguración



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













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



OMC
ORGANIZACIÓN
MÉDICA
COLEGIAL
DE ESPAÑA
Consejo General de Colegios
Oficiales de Médicos de España



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







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











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



OMC
ORGANIZACIÓN
MÉDICA
COLEGIAL
DE ESPAÑA
Consejo General de Colegios
Oficiales de Médicos de España



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



OMC
ORGANIZACIÓN
MÉDICA
COLEGIAL
DE ESPAÑA
Consejo General de Colegios
Oficiales de Médicos de España



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





 VI Congreso **PAIME**
Cáceres, 16 y 17 de Abril de 2015
Complejo Cultural San Francisco



Cuidando de ti,
Cuidando de todos



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



OMC
Consejo General de Colegios
Oficiales de Médicos de España



**MESA REDONDA: REPERCUSIONES
MEDICO-LEGALES DEL MÉDICO ENFERMO**



VI Congreso PAIME

Cáceres, 16 y 17 de Abril de 2015





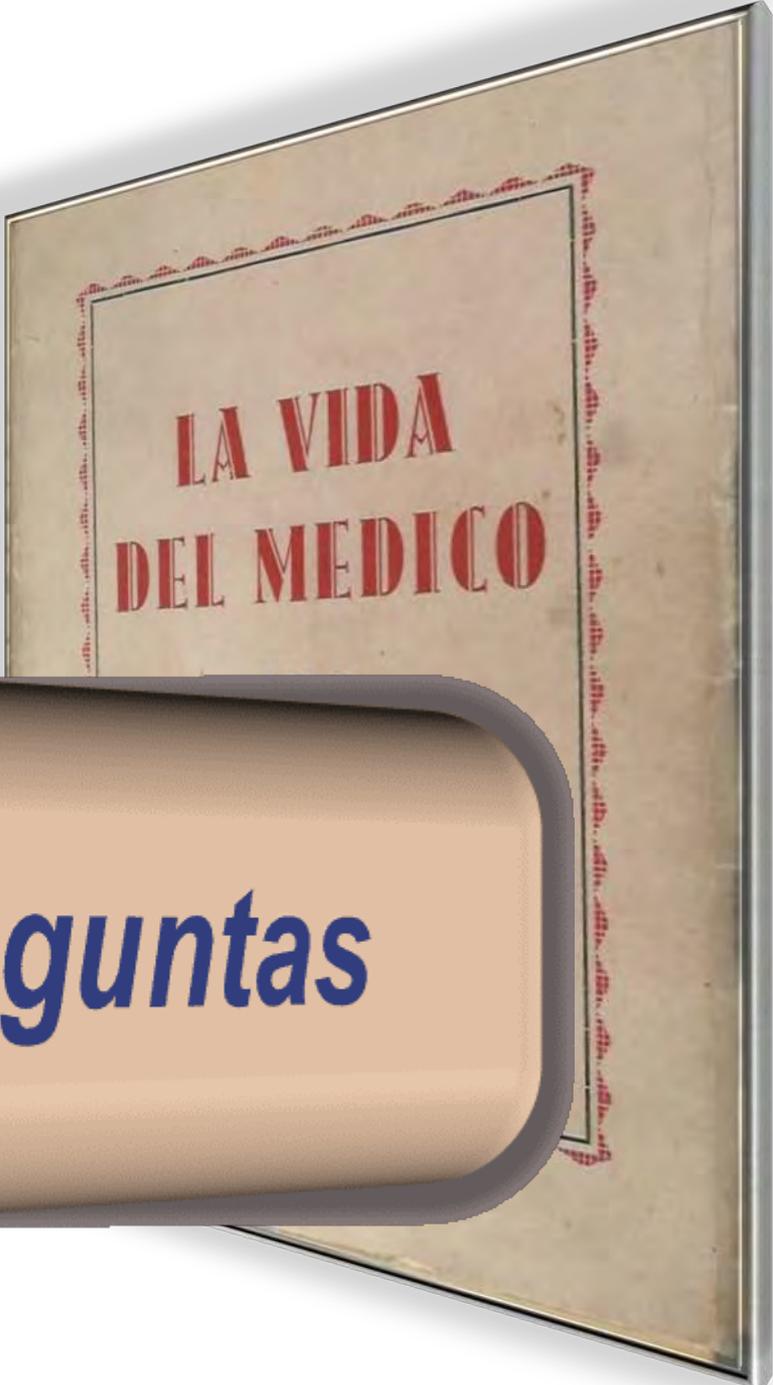
“Código Deontológico y PAIME colegial”

MARIANO CASADO BLANCO

***Secretario de la Comisión Central de
Deontología de la OMC***

Cáceres 16 de abril de 2016





LA VIDA
DEL MEDICO

Preguntas

qué

cómo

dónde

“actuación con el médico enfermo”

“El miedo no esta en
la pregunta si no en
la respuesta”

Yosmell F & R

19 Nov 2012 12:31 pm

TU DEBER

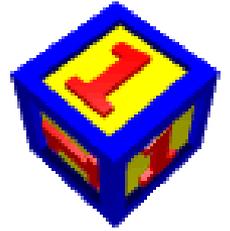


OBLIGAC
GENER

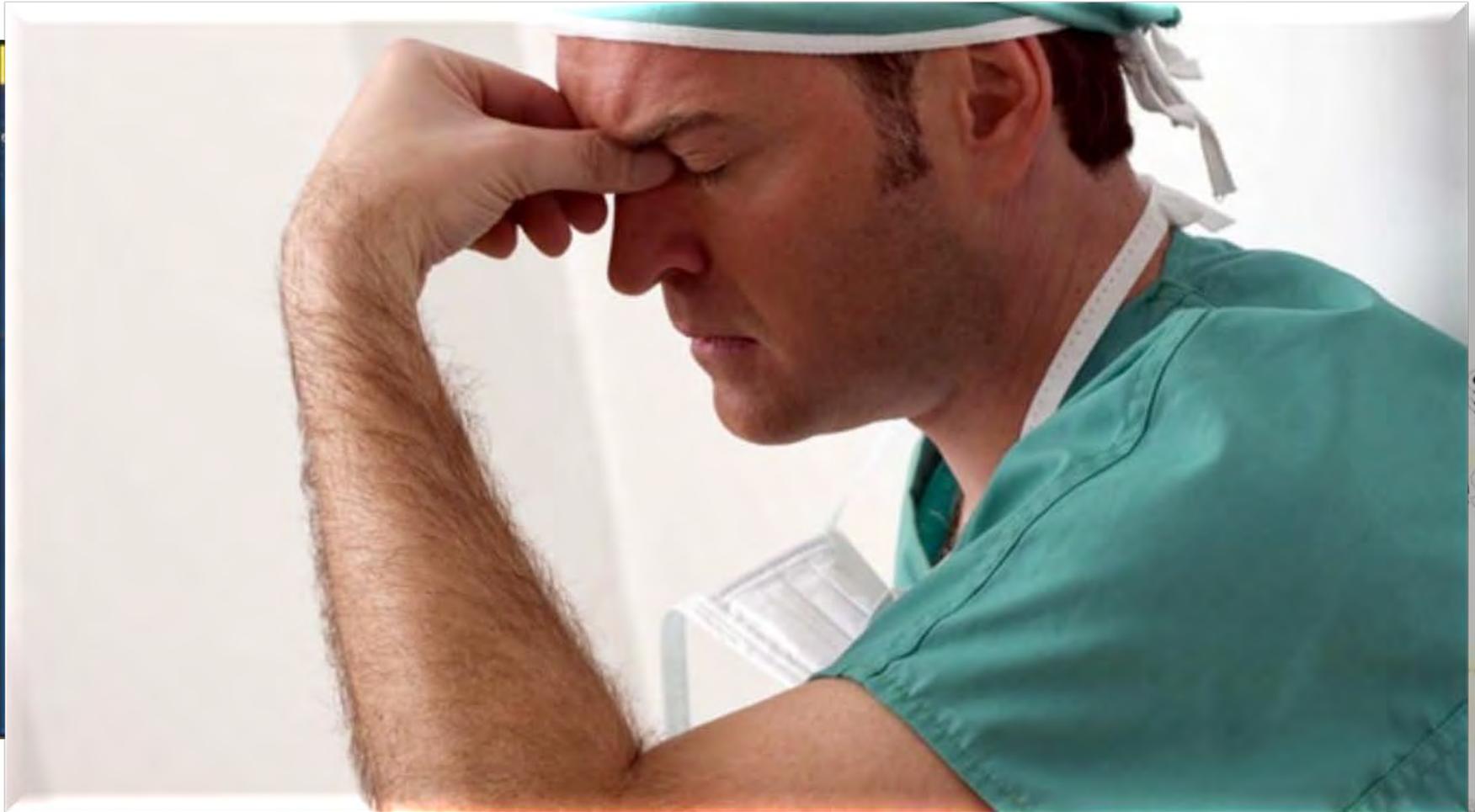
Bla, bla, bla...

Hemos de tener en cuenta algunas cuestiones...

Deontología



¿Qué es un médico enfermo?



SS

2

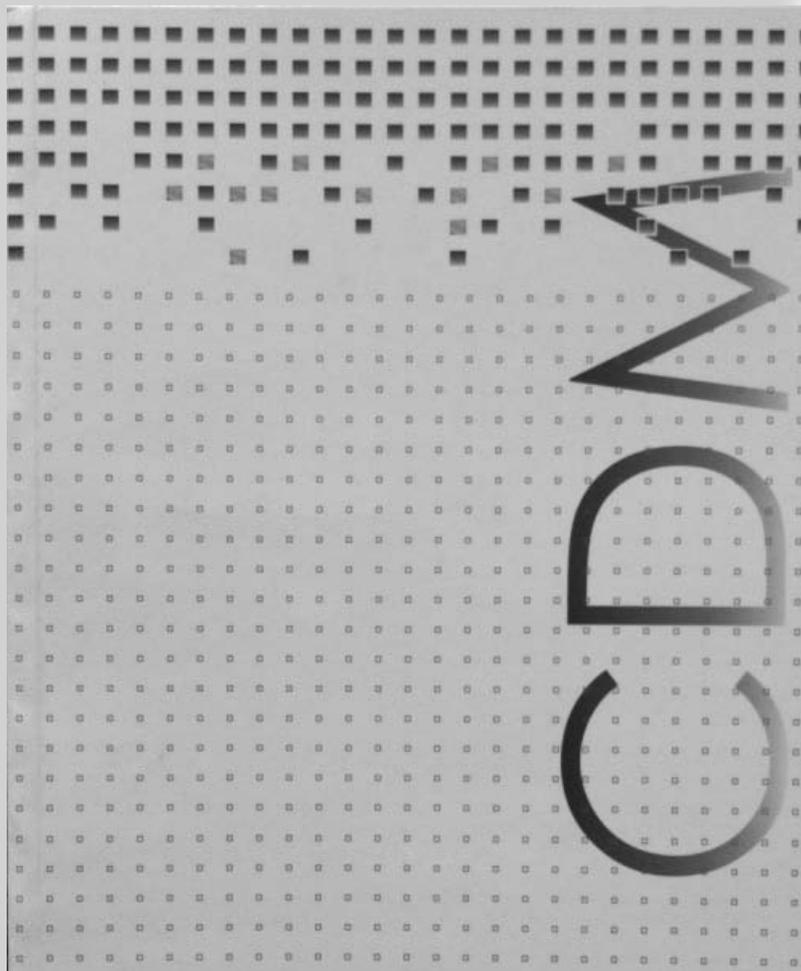


PRA ~~malas~~ IS



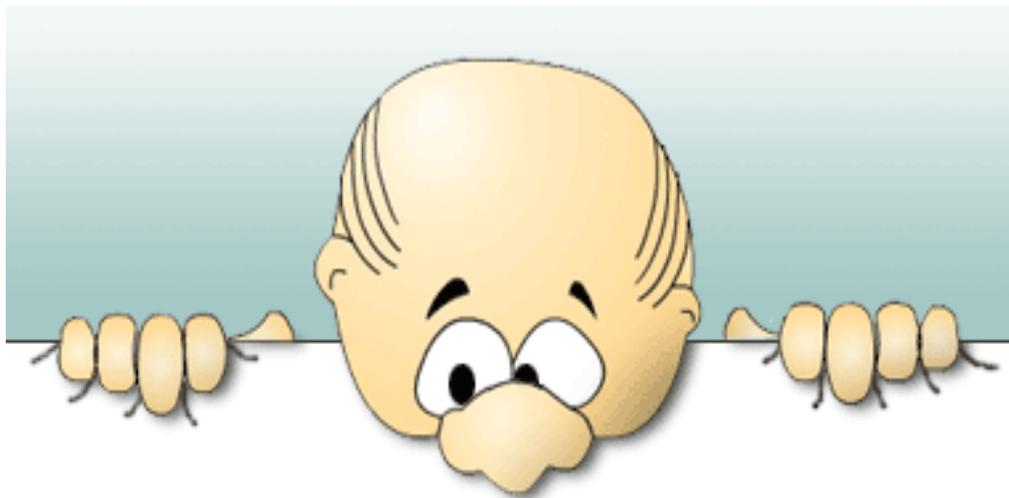


**CUMPLE CON TUS
RESPONSABILIDADES**



CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA
GUÍA DE ÉTICA MÉDICA





LUIS CERNUDA

*La realidad y el
deseo*

[1924 - 1956]

PRIMERAS POESÍAS / ÉGLOGA, ELEGÍA, ODA
UN RÍO, UN AMOR / LOS PLACERES PROHIBIDOS
DONDE HABITE EL OLVIDO / INVOCACIONES
LAS NUBES / COMO QUIEN ESPERA EL ALBA
VIVIR SIN ESTAR VIVIENDO / CON LAS HORAS
CONTADAS / SIN TÍTULO, INACABADA

¿Conoce el actual Código de Deontología?

Sí	22,3%
No	31,8 %
NS/NC	45,9%



Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME)

VI CONGRESO PAIME 2015

Acceda a toda la [información](#) del VI Congreso PAIME 2015



FILOSOFÍA PAIME

• La filosofía del PAIME se basa en los contenidos del [Código de Ética](#) y Deontología de la Organización Médica Colegial, aprobado en Madrid el 10 de septiembre de 1999, Capítulo V, Calidad de [la atención médica](#). Artículo 19, que textualmente dice:
1. "El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá que se recurrirá a otro compañero competente en la materia"

LA FILOSOFÍA

- 2. Si un médico observara que por razón de edad, enfermedad u otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su absoluta confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su [actividad](#) profesional.
- 3. Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. No supone esta actuación faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes ha de ser siempre prioritario."

OBJETIVOS

- Ayudar al mayor número posible de médicos enfermos.
- Asegurar que los médicos enfermos reciban la asistencia especializada necesaria.
- Favorecer su rehabilitación como profesionales.
- Garantizar que la práctica de la medicina se haga en las mejores condiciones posibles para la salud de los ciudadanos.

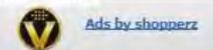
UN PROGRAMA ESPECÍFICO PARA MÉDICOS

• Cuando un médico enferma, es esencial que tome conciencia de su propia enfermedad antes de llegar a situaciones extremas, y que cuente con las garantías suficientes de recibir una buena atención.
El PAIME facilita la superación de las barreras que impiden al médico verse como paciente y le facilita el acceso a una atención sanitaria de calidad y especializada en caso de enfermedades relacionadas con trastornos psíquicos y/o [conductas adictivas](#).
La atención personalizada, la discreción, la flexibilidad en el tratamiento y el [apoyo profesional](#) especializado se acomodan a las características de cada paciente. Desde la atención individual, grupal o familiar, hasta la adaptación de horarios y asistencia en vacaciones. Además de la [asistencia sanitaria](#), el PAIME también proporciona atención social, apoyo legal y asesoramiento laboral.
El PAIME sigue las experiencias similares de otros países, especialmente en Estados Unidos, Canadá y Australia, que muestran cómo los [programas](#)



En este [Sitio web](#) utiliza cookies propias para recopilar información que ayuda a optimizar su visita a sus [páginas web](#). Usted puede permitir su uso expresamente o rechazarlo, también puede cambiar su configuración siempre que lo desee. En el caso de que siga navegando sin cambiar la configuración, acepta el uso de cookies en nuestro sitio. Encontrará más información en nuestra [Política de Cookies](#).

Si, Acepto No, quiero más información



¿Cuál es su postura ante el Código de Deontología?	
Lo ignora	50,6%
Lo consulta	21,1%
Lo acata	25,5%
Lo estudia críticamente	2,8%



¿Sabe si el Código de Deontología hace referencia al médico enfermo?

si	5,2%
no	77,3%
ns/nc	17,5%



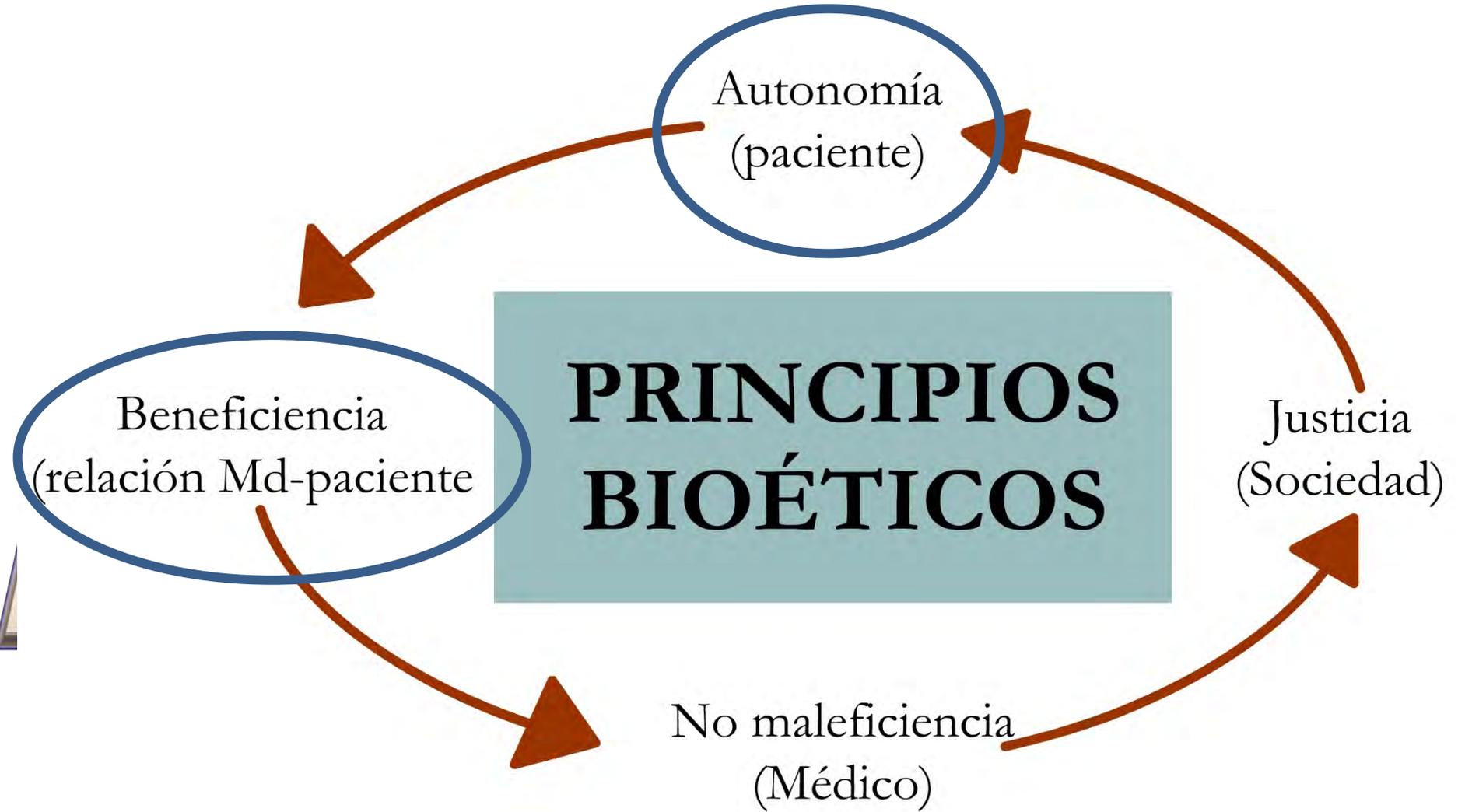


SACAR



CONCLUSIONES

Te su mando de manera distinta



CUESTIONES A TENER EN CUENTA

1.- Deber/Obligación de **ayuda** de **todos** los implicados.

2.- Deber/Obligación de **no abandonar al paciente y establecer tipos de relación asistencial de carácter específico.**

3.-
Atención **personalizada.**
Médico Responsable y **organización** eficaz de la asistencia.

4.- **Paciente difícil, Situaciones difíciles.**

5.-
Conflictos con la **familia** como soporte y tutela del paciente.
Conflictos en las relaciones **interprofesionales.**
Conflictos legales.



Protagonistas

**Médico
enfermo**

Colegio

Admi:

dispersión de la responsabilidad

Familia

Colegas

COMPETENCIA

CAPACIDAD

ACTITUD

RESPONSABILIDAD

Capítulo IV. “Calidad de la Atención Médica”

Art. 22:

2.- Si un médico **observara** que por razón de edad

Médico como consejero

definitivamente su actividad profesional.

3.- Si un médico **observara** que por razón de edad

Médico como compañero

está obligado a cumplir con el deber de **compañerismo** y **solidaridad** entre colegas.





**FALTA DE
HABILIDADES**

**ACTITUD
TOLERANTE**

**PACTO DE
SILENCIO**

**FALTA DE
RESPECTO A LA
PRIVACIDAD**

**TEMOR A
CAUSAR
PERJUICIO**

COLEGA

¿porqué no se cumple?



Capítulo VIII. “Relaciones de los médicos entre sí y con otros profesionales sanitarios”

Art. 38.4:

“No supone faltar al deber de **confraternidad** el que un médico comunique a su Colegio con discreción las infracciones de sus colegas contra las reglas de la ética médica o de la práctica profesional”



Médico como Terapeuta



NO



Capítulo II. “Principios Generales”

Art. 5.3:

“la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia”

Art. 5.4:

“el médico jamás perjudicará intencionadamente al paciente. Le atenderá con prudencia y competencia, evitando cualquier demora injustificada en su asistencia”.



no intencionados

```
graph TD; A[no intencionados] --- B[limitaciones inherentes al proceso diagnóstico]; A --- C[teoría nosológica y diagnóstico psiquiátrico]; A --- D[la tentación del diagnóstico como solución al problema];
```

**limitaciones
inherentes al
proceso
diagnóstico**

**teoría nosológica
y diagnóstico
psiquiátrico**

**la tentación del
diagnóstico
como solución al
problema**

Capítulo IV. “Calidad de la Atención Médica”

Art.22.1:

“el médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad...”.

Art. 24:

“los actos médicos especializados deben quedar reservados a los facultativos que posean el título correspondiente, sin perjuicio de que cualquier titulado en medicina pueda, ocasionalmente, realizarlos”.





La **Administración** establece **Normas** y con ello pretende instituir **valores** y exigir la **subordinación** a estos valores por medio de una cualidad presente en el Derecho pero no en la Ética: **la coercibilidad.**

Administración Médica



NO HAY
FOTO



Art. 2.1:

“los deberes que impone este Código, obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la modalidad en la que la practiquen”.

¿Qué Hace un Gerente?

Funciones de la administración



¿ Beneficencia y Autonomía ?



conocimiento

apertura de expediente

Valoración por Inspección

Informe Sancionador

Castigo



Art. 42.1:

"Los médicos que ostentan cargos directivos, están obligados a promover el interés común de la profesión médica. Su conducta nunca supondrá favoritismo o abuso de poder".



Salud laboral ?

Acceso a s. de salud mental ?

Bajas laborales ?

Empatía ?

Modificaciones del p. de trabajo ?

Comunicación ?

?

?

?



PA

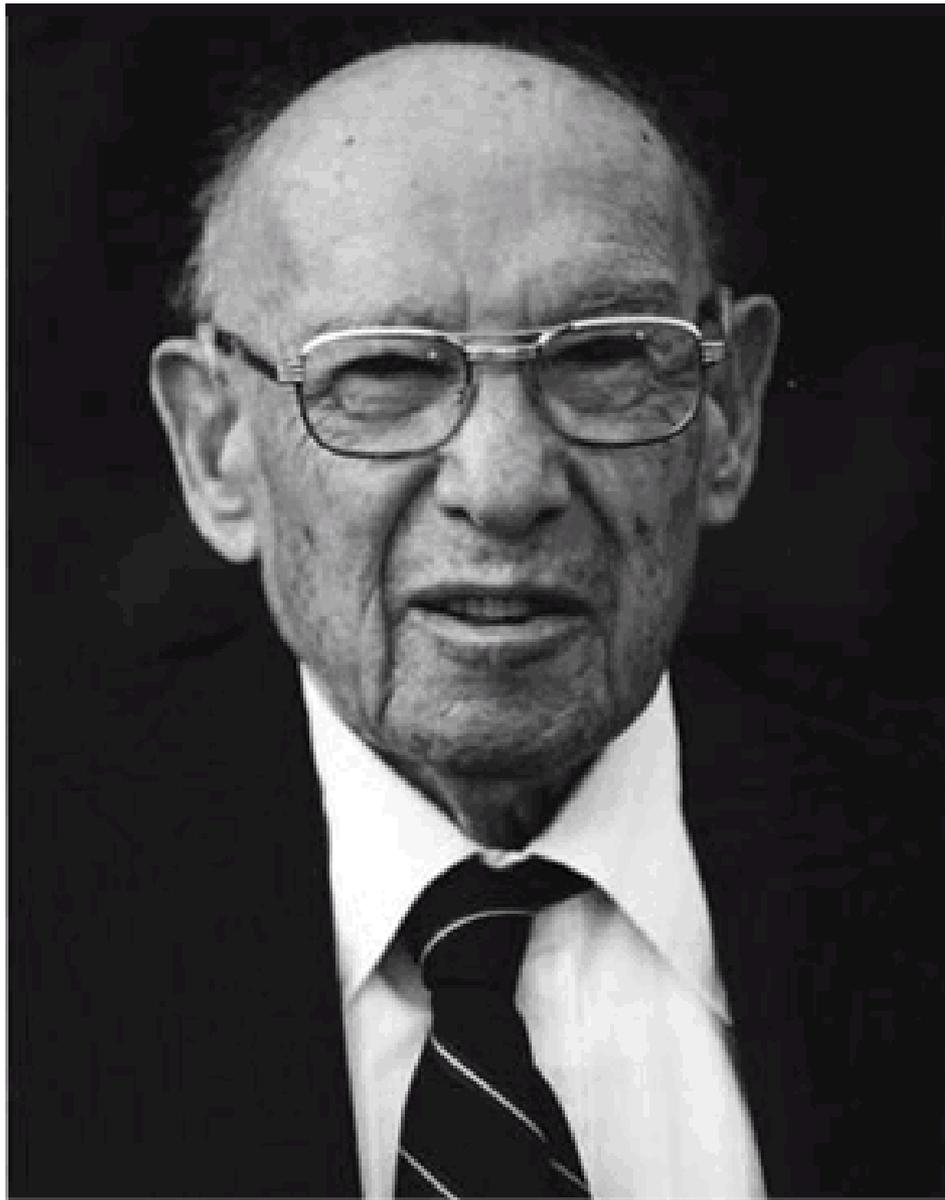
S?

Art. 2.1:

*“el direc
estableci
intimida
referida*



*clará por el
e vulnere la
umentación*



Eficiencia
significa hacer
bien las cosas.

Eficacia es hacer
las cosas que hay
que hacer.

Peter Drucker

Colegio Profesional

Gallego Oficial de Medicina de Emergencias

FUNCIONES:

- Velar por la adecuada práctica médica
- Velar por la dignidad profesional
- Velar porque se respeten los derechos e intereses de los destinatarios en beneficio de su protección
- Ejercer la potestad sancionadora

CÓMO EJERCERLAS:

- Cursos de formación, guías
- Régimen disciplinario
- Controlando cautelarmente la práctica médica en condiciones adecuadas a los criterios científicos, a la deontología médica, y a la normativa profesional

COMB





VI Congreso
PAIME
Cáceres, 16 y 17 de Abril de 2013

Cuidando de ti,
Cuidando de todos

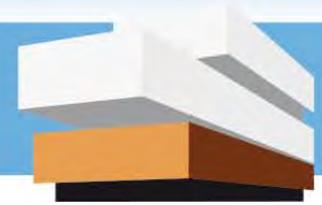




Abordaje Jurídico del PAIME



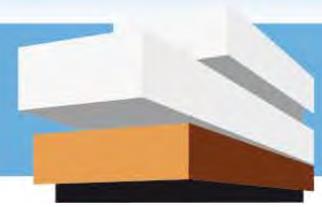
Mercedes Martínez Pérez
Abogada
Asesoría Jurídica del COM Barcelona



Prevenir / Sancionar

Rehabilitar / Inhabilitar

Persuasión / Coacción



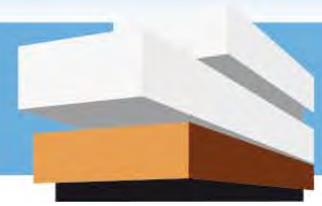
FUNCIONES:

- Velar por la adecuada práctica médica
- Velar por la dignidad profesional
- Velar porque se respeten los derechos e intereses de los destinatarios en beneficio de su protección
- Ejercer la potestad sancionadora

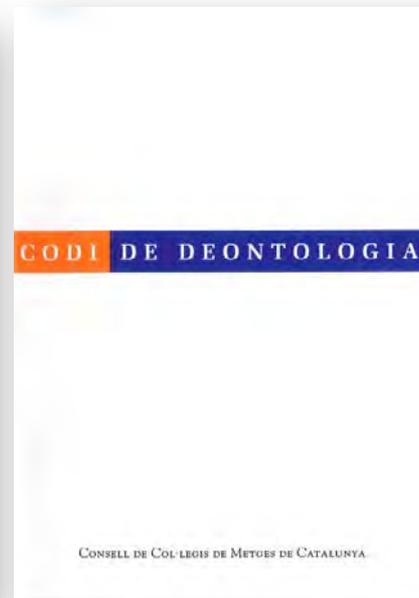
CÓMO EJERCERLAS:

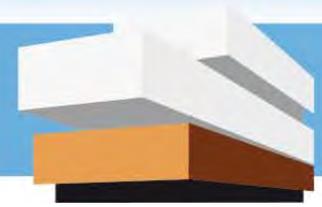
- Cursos de formación, guías
- Régimen disciplinario
- Controlando cautelarmente la práctica médica en condiciones adecuadas a los criterios científicos, a la deontología médica, y a la normativa profesional





Competencia autorreguladora de los Colegios Profesionales





Norma 101:

El médico que se sepa enfermo, que sea conocedor que puede transmitir alguna enfermedad o que se vea en dificultades para ejercer con plena eficacia su profesión, tiene el deber de consultar a otro u otros colegas para que valoren su capacidad profesional y seguir las indicaciones que le sean dadas.

Norma 102:

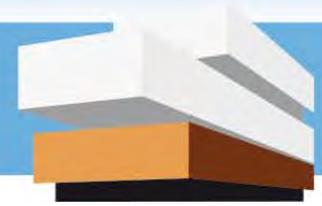
El médico que sepa que otro médico, por sus condiciones de salud, hábitos o posibilidad de contagio, puede perjudicar a los pacientes, tiene el deber, con la obligada discreción, de comunicarle y recomendarle consultar al que puede aconsejar la mejor actuación, e igualmente tiene el deber de ponerlo en conocimiento del Colegio de Médicos. El bien de los pacientes debe ser siempre prioritario.



Norma 22

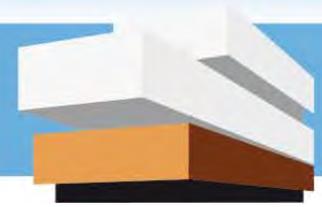
2. Si un médico observara que por razón de edad, enfermedad u otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su actividad profesional.

3. Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. Esta actuación no supone faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes es siempre prioritario.



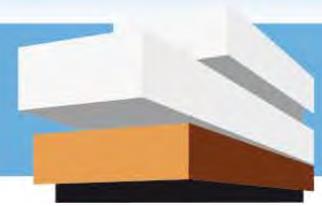
Artículo 52

f) Abstenerse de ejercer la profesión cuando existan alteraciones orgánicas, psíquicas o hábitos tóxicos que impidan un correcto ejercicio, y comunicar al Colegio su posible situación de discapacidad, comprometiéndose a seguir las recomendaciones que la Corporación efectúe.



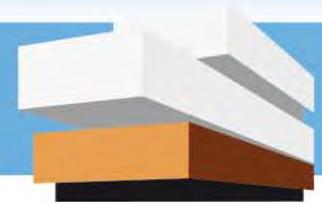
Objeto

- a) Garantía de la adecuada práctica médica
- b) Conformación de la conciencia de los profesionales
- c) Fortalecimiento de estructuras de apoyo a los profesionales



Finalidad

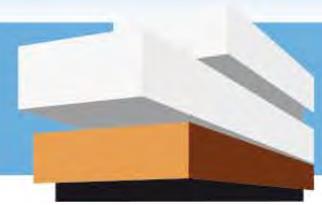
- Velar cautelarmente por el desarrollo de la practica médica en condiciones adecuadas
- No tiene carácter de sanción (su inobservancia podría dar lugar a responsabilidad disciplinaria).

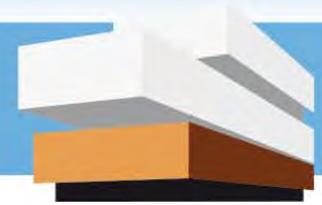


Clases de medidas:

(obligaciones de hacer/obligaciones de no hacer)

- Contrato Terapéutico
- Prohibición de ejercer, de realizar determinadas actividades, técnicas o procedimientos





COMISIÓN DE SEGUIMIENTO COLEGIAL DE CASOS DIFÍCILES DEL PAIMM

Composición:

- Coordinador y gerente del PAIME
- Representante de la Junta de Gobierno
- Representante de la Comisión de Deontología
- Responsable de la UASP
- Dos terapeutas (responsables clínicos del programa)
- Letrado de la Asesoría Jurídica del Colegio

Funciones:

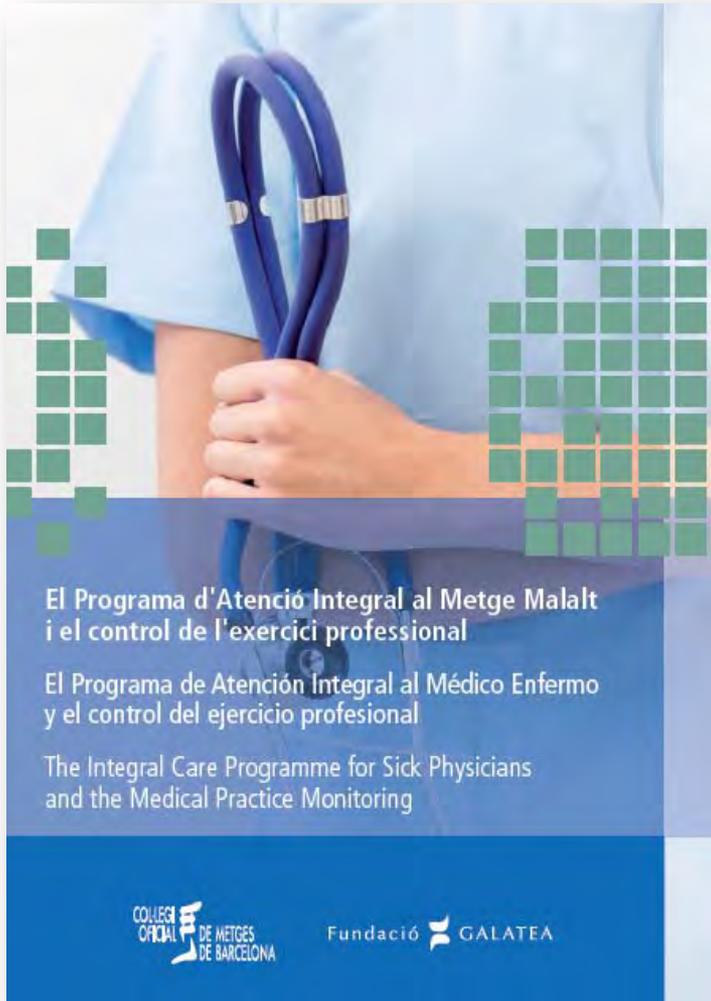
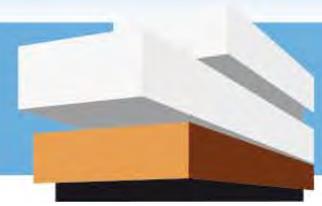
- Aplicar protocolos PAIMM
- Valoración casos especialmente complejos (no desde la perspectiva asistencial)



Control Ejercicio Profesional Actuación colegial directa	1998-2014	
	TOTAL	MÉDICOS AFECTADOS
CT	199	95
REQUERIMIENTO NO EJERCICIO	14	11
DICTAMEN (2010-2014)	12	12



Control Ejercicio Profesional Actuación colegial indirecta	1998-2013
INVALIDEZ (INSS)	99
INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO	2



¡Muchas gracias!



Mercedes Martínez Pérez
Abogada
Asesoría Jurídica del COM Barcelona

mercedes.martinez@comb.cat

 VI Congreso **PAIME**
Cáceres, 16 y 17 de Abril de 2015
Complejo Cultural San Francisco

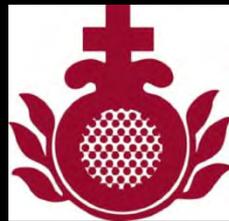


Cuidando de ti,
Cuidando de todos



**MESA REDONDA: PATOLOGÍAS
PREVALENTES EN EL PAIME**

Adiciones y Patología Dual



Dr. Antonio Terán Prieto
CAD “ San Juan de Dios”. Palencia

paimeCyL
Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

PAIME Castilla y León

Conflicto de intereses

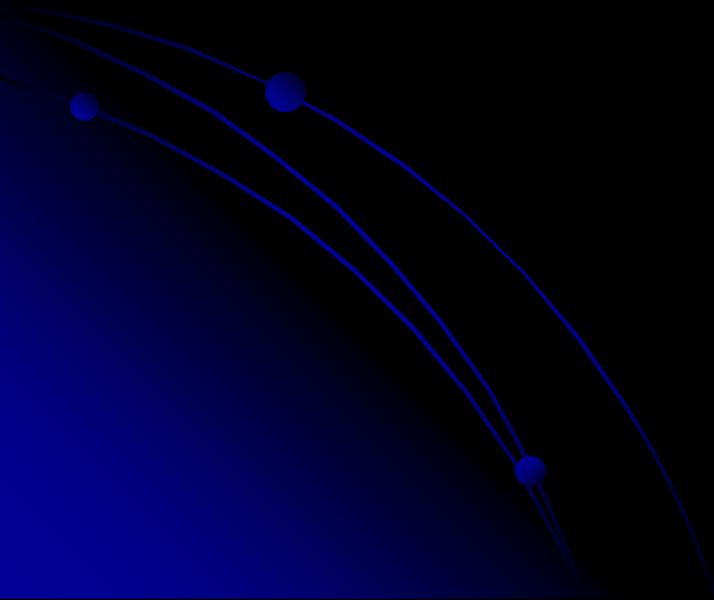
Source	Actividad Asistencial	Consultor	Stock >\$10,000 €	Investigación	Ponencias	Ponencia actual
LILLY		+			+	
JANSSEN					+	
PFIZER					+	
SHIRE		+			+	
GSK					+	
LUMBECK		+			+	
RECKITT BENCKISER		+		+	+	
SERVIER					+	
PAIME						+
S. JUAN DE DIOS (Palencia)	+++++					

Índice

- La comorbilidad en Psiquiatría. Concepto de “ Patología Dual”
- Prevalencia del consumo de drogas en España vs Patología Dual
- Etiopatogenia
- Consecuencias clínicas
- Diagnóstico
- Tratamiento

Los trastornos psiquiátricos tienden a presentarse de forma agregada y polimorfa

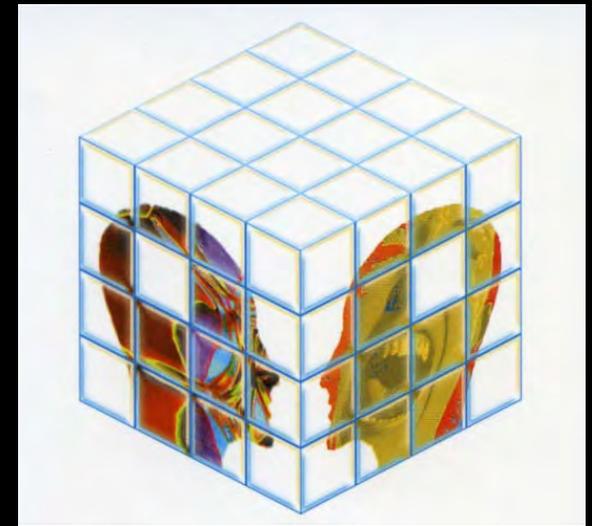
(Hasin et al., 2005)



PATOLOGÍA DUAL

“ Coexistencia de un trastorno psiquiátrico y otro adictivo “

- 1.- Patología Dual
- 2.- Trastornos Duales
- 3.- Diagnóstico Dual
- 4.- Enfermo Mental consumidor de drogas
- 5.- Comorbilidad psiquiátrica en consumidor de drogas

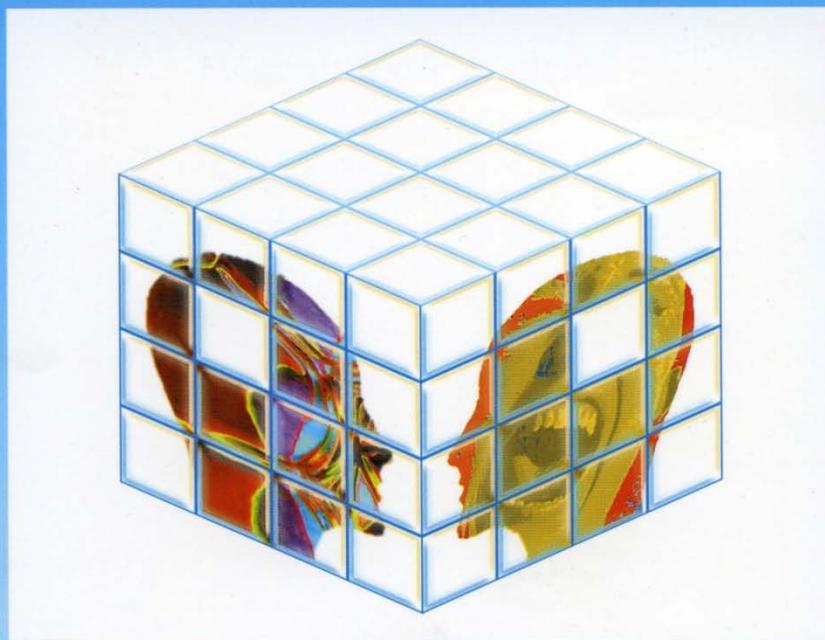


DIAGNÓSTICO DUAL

J. Solomon S. Zimberg E. Shollar (eds.)

1993

1996



2004

CONSENSO

patología dual

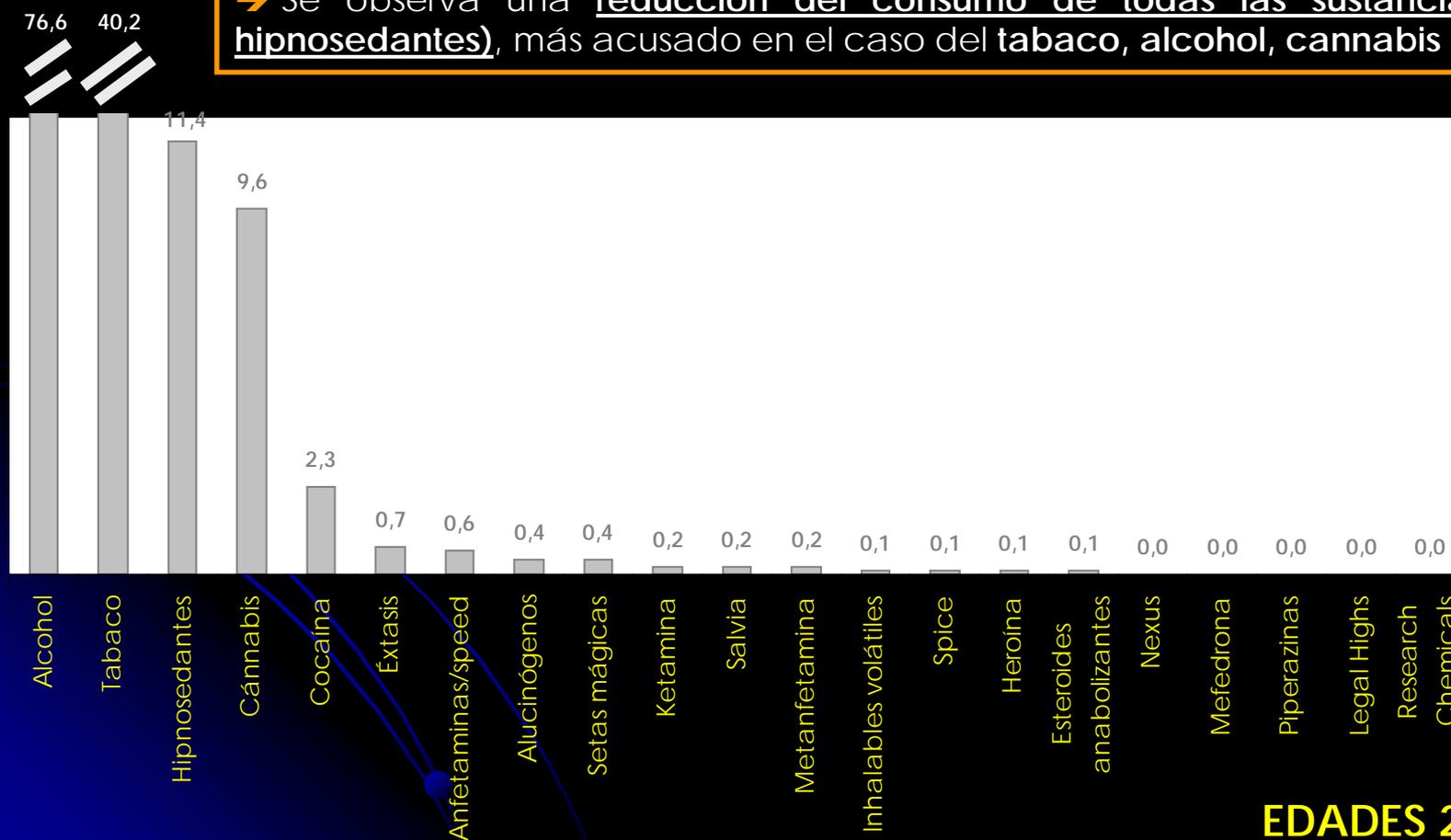


F E P S M

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

PROPORCIÓN DE CONSUMIDORES DE DROGAS Últimos 12 meses (%)

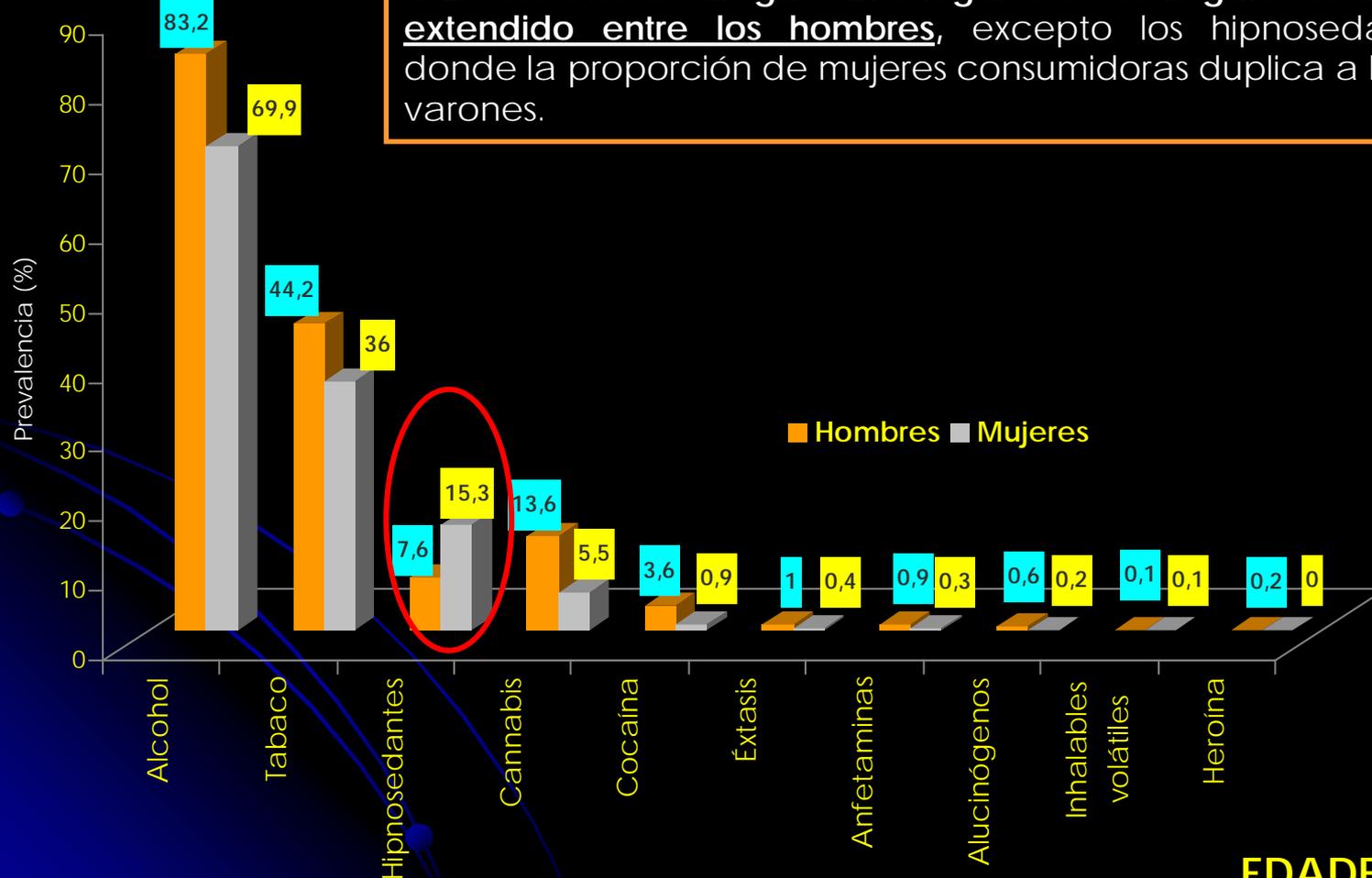
- Se incluyen en el cuestionario un total de 21 drogas.
- Las drogas consumidas por un mayor porcentaje de personas son el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes.
- Se observa una reducción del consumo de todas las sustancias (excepto hipnosedantes), más acusado en el caso del tabaco, alcohol, cannabis y cocaína.



EDADES 2011

PROPORCIÓN DE CONSUMIDORES DE DROGAS en los últimos 12 meses según sexo (%)

→ El consumo de drogas tanto legales como ilegales está más extendido entre los hombres, excepto los hipnosedantes donde la proporción de mujeres consumidoras duplica a la de varones.



Comorbilidad psiquiátrica : “ Patología Dual”

Los pacientes psiquiátricos tienen un riesgo aumentado de desarrollar drogodependencias y los pacientes drogodependientes también tienen un mayor riesgo de presentar otros trastornos psiquiátricos

-Una tercera parte de los pacientes psiquiátricos presentan también abuso de alguna sustancia, en algún momento de su vida, el doble de la proporción esperada para la población general

-Más de la mitad de los pacientes drogodependientes han presentado algún otro trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida

Adicciones en pacientes psiquiátricos (Prevalencia)

Mayor prevalencia de adicción a drogas, entre los pacientes esquizofrénicos, antisociales, ansiosos y afectivos, comparados a la población general

	Esquizofrenia		Personalidad Antisocial		Trastornos por Ansiedad		Trastornos Afectivos		Población General
	%	O.R.	%	O.R.	%	O.R.	%	O.R.	%
Alcoholismo	33'7	3.3	73'6	21.0	17'9	1.5	21'8	1.9	13'5
Otras drogodependencias	27'5	6.2	42'0	13.4	11'9	2.5	19'4	4.7	6'1
Todas las Drogodependencias	47'0	4.6	83'6	29.6	23'7	1.7	32'0	2.6	16'7

Enfermedades neuropsiquiátricas asociadas a pacientes con adicción a drogas: *Estudio ECA*

	Alcoholismo		Otras Drogodependencias		Población General
	%	O.R.	%	O.R.	%
Esquizofrenia	3'8	3.3	6'8	6.2	1'5
Trastornos afectivos	13'4	1.9	26'4	4.7	8'3
Trastornos por ansiedad	19'4	1.5	28'3	2.5	14'6
Trastorno Personalidad Antisocial	14'3	21.0	17'8	13.4	2'6
Trastornos Psiquiátricos (Excepto Drogodependencias)	36'6	2.3	53'1	4.5	22'5

COMORBILIDAD EN ADICCIONES

THE BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY

www.bjpp.sagepub.com

Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services

T. WEAVER, P. MADDEN, V. CHARLES, G. STIMPSON, A. RENTON, P. TYRRELL, T. BARNES, C. BINGO, H. MIDDLETON, H. WRIGHT, S. PARKSON, W. SHANAHAN, N. SEMEWRIGHT and G. FORD on behalf of the Comorbidity of Substance Misuse and Mental Illness Collaborative (COSMIC) study team

Background Improved management of mental illness and substance misuse comorbidity is a National Health Service priority. Substantial evidence is available to inform management.

Aims To measure the prevalence of comorbidity among patients of community mental health teams (CMHT) and substance misuse services, and to assess the potential for joint management.

Method Cross-sectional prevalence survey in four urban UK centres.

Results Of CMHT patients, 44% (95% CI 381–493) reported past year problem drug use and 30% (256) (95% CI 218–240) of alcohol use and 85% of alcohol service patients (95% CI 74.2–93.3) had a past year psychiatric disorder. High comorbidity patterns appear eligible for cross referral between services. Large proportions are not identified by services and receive no specialist intervention.

Conclusions Comorbidity is highly prevalent in CMHT, drug and alcohol treatment populations, but may be difficult to manage by cross referral. Psychiatric and substance misuse services do not routinely offer each other resources.

Declaration of interest None. Funding details in Acknowledgements.

Comorbidity of mental illness and substance misuse (comorbidity) has been associated with increased psychiatric admission (Hart *et al.*, 2002), violence (Sonne *et al.*, 1998), suicidal behaviour (Appley *et al.*, 1999), poorer service cost (Holt S, Rowlands, 1999) and poor mental state outcome in both psychiatric (Hart *et al.*, 2002) and substance misuse treatment populations (Lacey *et al.*, 1991). Improved management of comorbidity is now a priority of the National Health Service (NHS) in the UK (Barnes *et al.*, 2002) and options for service development have been widely discussed (Hill & Lewis, 1997; Johnson, 1997; Weaver *et al.*, 1999). However, the absence of comparable multi-centre prevalence data from UK substance misuse and community mental health team (CMHT) treatment populations and limited evidence about the current capacity of these services to manage comorbidity, has hampered the identification of appropriate service delivery models.

METHOD

Study aims

Our study aims were to measure the prevalence of comorbidity among patients of CMHT and substance misuse services in four inner city treatment centres, to assess whether there were differences in the prevalence between centres, and to measure the potential for joint management by CMHT and substance misuse services where patients with comorbidity were identified.

Design and setting

We conducted a cross-sectional prevalence survey between January 2001 and February 2002 in four urban UK centres. These were two neighbouring inner London boroughs (Isling and Hammersmith and Fulham) and services in inner-city areas of Nottingham and the 1664 Area of four centres the CMHT were co-located, multi-disciplinary

teams serving geographically defined catchment areas. Each had access to designated inpatient beds, operated according to contemporary case programme approach (CPA) guidelines and gave priority (in terms of the allocation of care/fund placed) to patients with severe and enduring mental illness. The drug and alcohol teams were primary providers. They offered separate structured, appointment-based services through keyworkers within named catchments. All clients were allocated a personal keyworker and assigned to the case load of a psychiatrist or responsible medical officer (RMO). All drug services had a strong emphasis upon the management of opiate dependency. Independent drug services were available in some areas (including services for stimulant users), but not in others. These latter agencies were not investigated. In each population, we completed a case load census to identify the sampling frame and a patient interview survey with case notes under a random sample.

Participants

All patients of the drug and alcohol teams who were allocated to the case load of a keyworker and psychiatrist (RMO) on the census date were included in the substance misuse case load census population. The only current patients excluded were a small proportion who had not completed an assessment. The sample sizes were proportional to the size of the total treatment populations in each centre. To be included in the CMHT case load census population, patients had to be allocated to the case load of a case coordinator and psychiatrist (RMO) on the census date, be aged 16–64 years and be included in the local CPA register. Only a small proportion of current CMHT patients were excluded because they had not completed an assessment, or exceeded the age range. In every sample of 400 CMHT and 153 substance misuse patients were selected from these census populations as the coordinating centre (Imperial College using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) random case selection procedures (SPSS, 1998).

Data collection

Data collection procedures were agreed with local research ethics committees. Services identified eligible patients, who were allocated anonymous case numbers, used in all data collection. Case co-ordinators and keyworkers completed

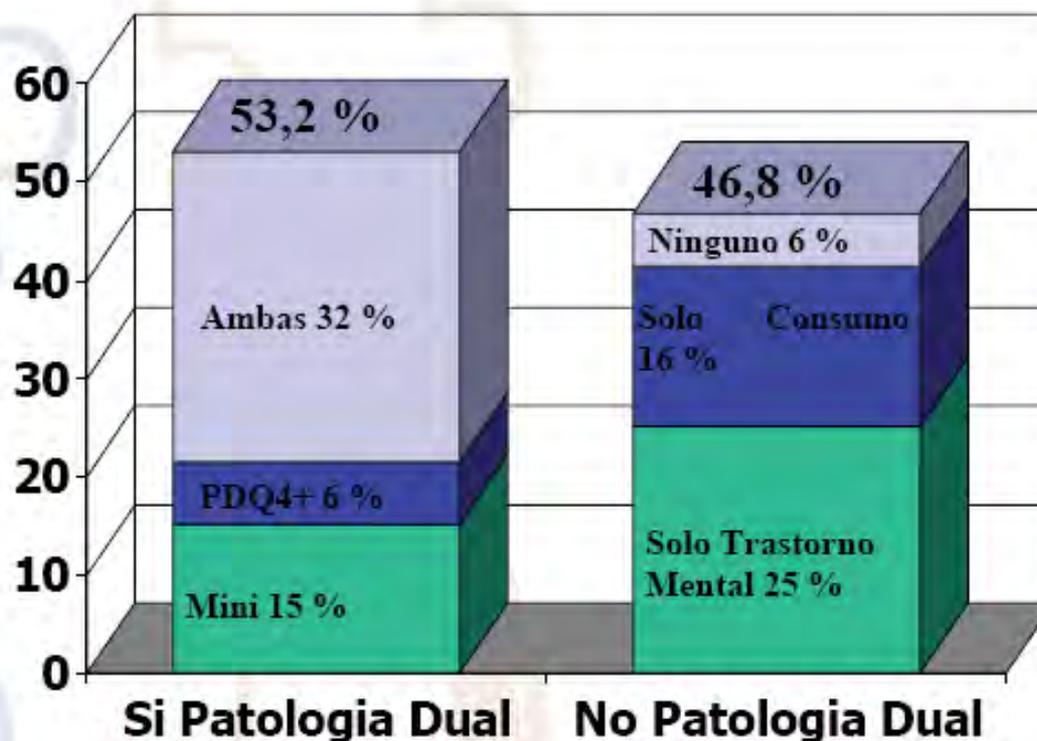
CSM: 44% consumen alguna droga
UAD: 75% comorbilidad psiquiátrica

- T. Psicótico 8%
- T. Personalidad 37%



Asociación Española
de Patología Dual

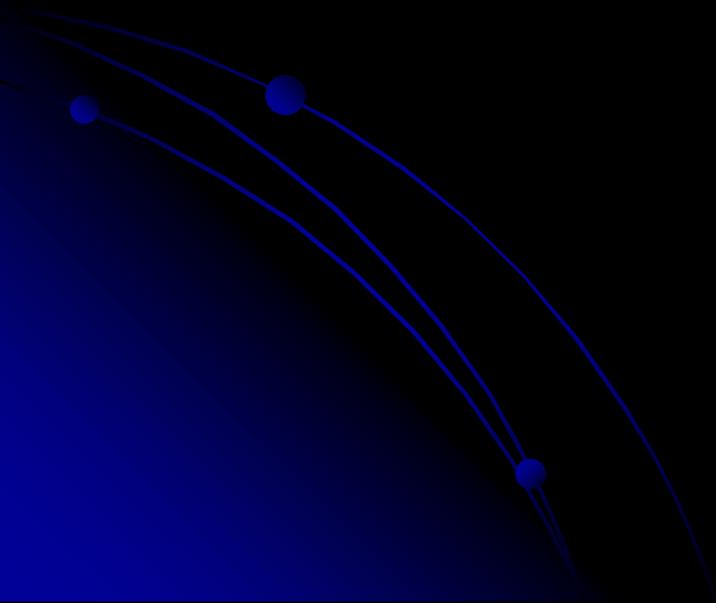
Diagnóstico de Patología Dual



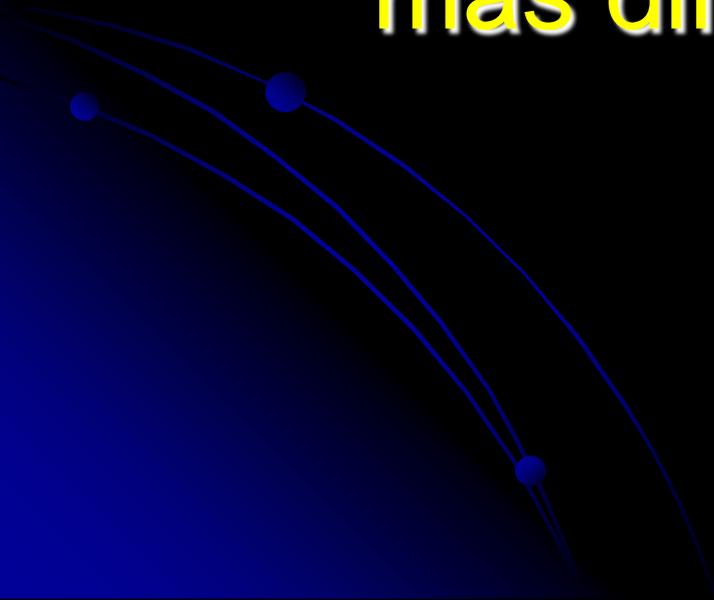
Etiopatogenia

- **1- Drogoinducción** . La interacción de las drogas con determinados sistemas neurobiológicos malfuncionantes provocan efectos no esperados y de forma prolongada conducen a una enfermedad neurotóxica (Alamo et al. 1999)
- **2- Vulnerabilidad biológica entre ambos trastornos**. A partir de déficit neurobioquímico común entre ambos trastornos (sistema de recompensa) (Extein y Gold, 1993; Volkow y Fowler, 2000; San et al, 2007)
- **3- Automedicación** , Los pacientes con trastornos mentales consumen drogas como una forma de paliar los síntomas de su enfermedad: síntomas negativos, disforia, síntomas depresivos, efectos secundarios de los psicofármacos, problemas de sueño, etc (Khantzian, 1985; Casas et al. 2000)
- **4. Independencia biológica** entre ambos trastornos (Loas et al. 1998)

¡¡ Consecuencias !!



..!! más gravedad , más complejidad,
más dificultad , mas !!



COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA PATOLOGÍA DUAL

- Manifestaciones clínicas mas graves y complejas
- Mayor requerimiento de hospitalizaciones, recuperación mas lenta y menores tasas de remisión.
- Mayor número de tentativas suicidas
- Mayor sobrecarga asistencial
- Mayor sensibilidad a los efectos secundarios del tratamiento farmacológico
- Posibilidad de interacciones farmacológicas con las drogas de abuso u otros tratamientos.
- Baja adherencia y cumplimiento del tratamiento
- Frecuentes reinicios de tratamiento
- Peor funcionamiento global

.....En una palabra :

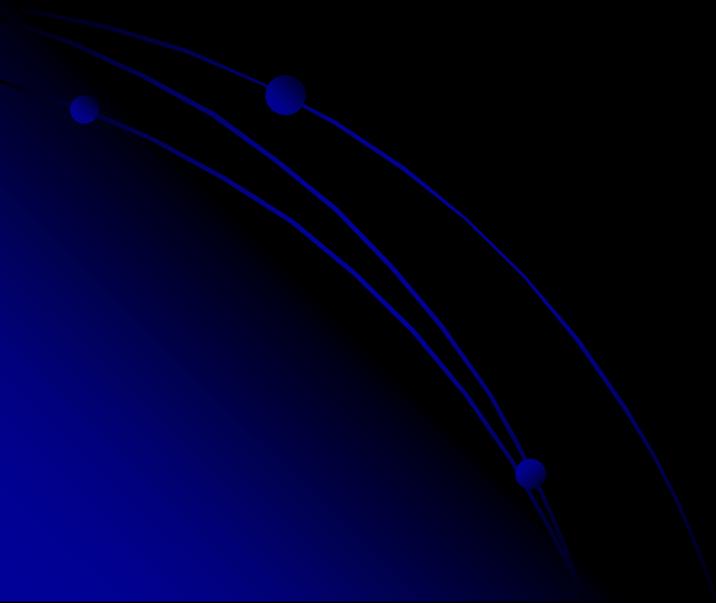
- **Peor pronóstico de ambas patologías**
- **Mayor intensidad en el deseo de consumo**
- **Aumento en el número de recaídas**

(Rounsaville y cols 1982)

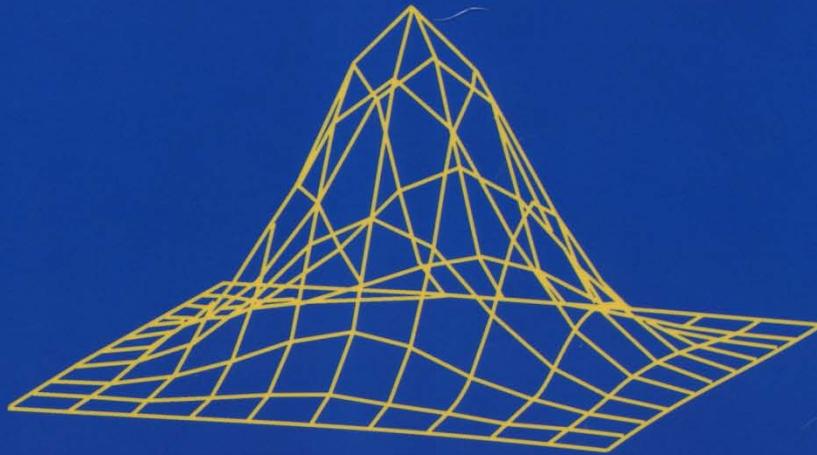
Consecuencias clínicas de la comorbilidad Tras. psiquiátrico/ Tras. adictivo

- Los trastornos adictivos interfiere con la recuperación de los trastornos psiquiátricos comórbidos. **“refractarios al tratamiento”** . Es decir, no remiten a pesar de haber recibido el tratamiento adecuado a dosis y en tiempo correcto

Diagnóstico



INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN en *drogodependencias*



EDITORES
Ioseba Iraurgi Castillo
Francisco González Saiz

- Anamnesis extensa y detallada
- Cribado de problemas de consumo
- Criterios diagnósticos
- Problemas relacionados con el Consumo
- Proceso de desintoxicación/abstinencia supervisada
- Comorbilidad psiquiátrica (Pat. Dual)
- Aspectos motivacionales
- Gravedad
- Craving
- Resultados de tratamientos
- Funcionamiento familiar
- Calidad de vida , etc.....

¡¡ En busca del remedio
mágico !!

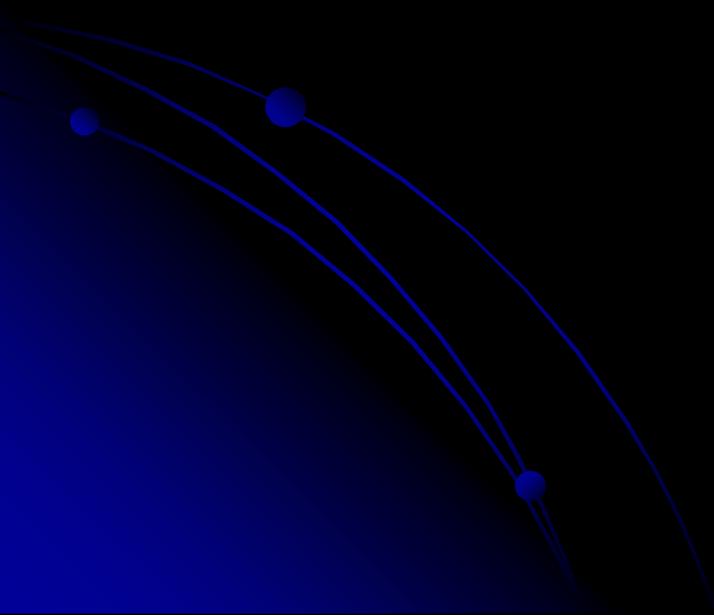


OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

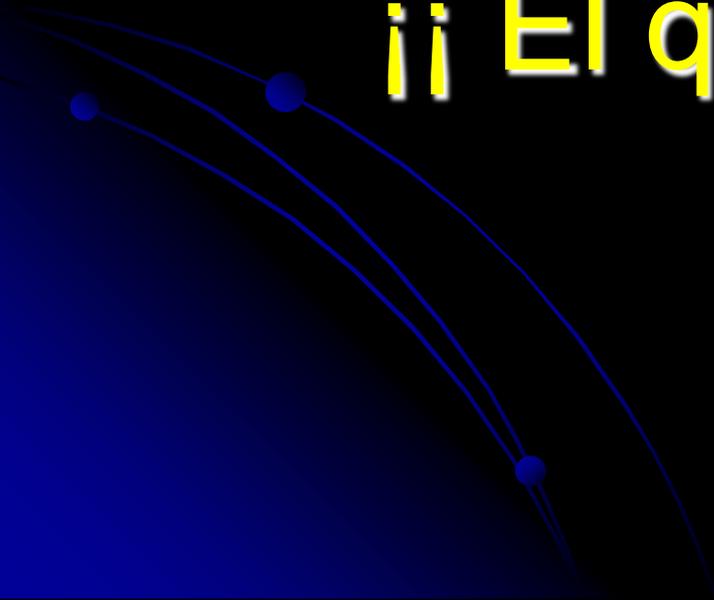
- **Abstinencia del consumo de drogas / Disminución (reducción de daños)**
- **Estabilidad clínica/Remisión del T. psiquiátrico comórbido**
- **Control de la alteración conductual (agresividad, violencia, etc)**
- **Inicio de Psicoterapia/Psicoeducación**
- **Mejorar la tolerancia al tratamiento farmacológico**

Garantizar la ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

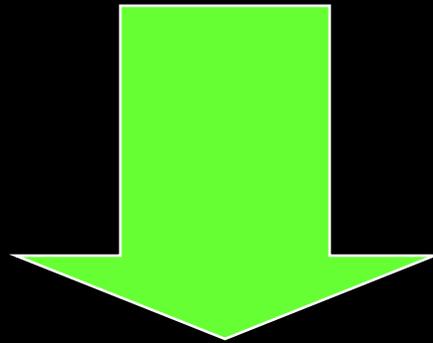
El mejor tratamiento es ...??



... El mejor tratamiento es ...
¡¡ El que se cumple !!



Cumplimiento + Adherencia



Trat. Farmacológico + Trat. Psicosocial

Factores que influyen en el cumplimiento- adherencia

- **Relacionados con la enfermedad** (cronicidad, gravedad, estigma, deterioro, etc)
- **Relacionados con el tratamiento** (posología, vía de administración, tipo de psicoterapia, frecuencia, compromiso, etc)
- **Relacionados con el paciente** (edad, creencias, motivación, etc)
- **Relacionados con la interacción médico-paciente** (comunicación, contacto-empatía, etc)
- **Relacionados con el acceso al tratamiento** (consultas, recetas, etc) ¡¡ desubicados !!
- **Relacionados con el entorno** (apoyo familiar, entorno asistencial)

Estrategias para mejorar el cumplimiento en PATOLOGÍA DUAL

Ofrecer acceso temprano al tratamiento

Mostrar empatía e interés

Aceptar los diferentes grados de disposición al cambio

Manejo de contingencias

Toma de decisiones con el paciente/ “negociación”

Implicar a la familia en el tratamiento

Insistir en el cumplimiento en las primeras visitas

Estrategias farmacológicas

Facilitar las consultas

Evaluar y reforzar el cumplimiento

Formación del colectivo médico

Psicoeducación del paciente

Etc.....

Cómo mejorar el cumplimiento terapéutico
en la patología dual
y pacientes drogodependientes

Dennis C. Daley
Allan Zuckoff

Estrategias para mejorar el cumplimiento

Ofrecer diferentes opciones de tratamiento

Supervisión del tratamiento (T.D.O)

Fármacos de vida media larga

Simplificación de las tomas

Detección de interacciones farmacológicas

Evaluación efectos secundarios frecuente

Facilitar los cambios de tratamiento cuando es ineficaz o produce efectos secundarios mal aceptados

Intervenciones Psicosociales para mejorar la adherencia

- Terapia motivacional
- Terapia cognitivo conductual (CBT)
- Entrenamiento cognitivo "adaptativo"
- Terapia de familia
- Psicoeducación
- Apoyo del entorno socio/familiar
- Avances tecnológicos para mejorar la adherencia

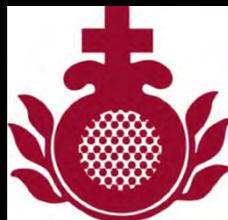
Control evolutivo

- **Monitorizar los principales síntomas psiquiátricos (primeras fases de recuperación)**
- **Detectar las señales de aviso de recidiva de la sintomatología psiquiátrica**
- **Alerta a los signos tempranos de recaída en el consumo de drogas**
- **Cumplimiento de las pautas de tratamiento**

Modalidades de tratamiento

- **Tratamiento ambulatorio**
 - Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependencias
 - Centro de Salud Mental
 - Centro de Día
- **Tratamiento hospitalario**
 - Unidad de Desintoxicación
 - Unidad de hospitalización Psiquiátrica
 - Unidad de Patología Dual
 - Hospital de Día
- **Tratamiento residencial**
 - Comunidades terapéuticas

¡¡ Muchas Gracias !!





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



ADICCIONES SIN SUSTANCIA

Dra. M^a del Mar Sánchez Fernández
Responsable PAIME de Castilla- La Mancha



▶ GENERALIDADES

▶ JUEGO PATOLOGICO:

- ✓ EPIDEMIOLOGIA
- ✓ EVALUACION/ DIAGNOSTICO
- ✓ CLINICA
- ✓ TRATAMIENTO

▶ CONCLUSIONES

- o El uso de drogas es tan antiguo como la historia del hombre.
- o Ofrecen una de las ilusiones más perseguidas por todos : la transformación, la modificación de nuestras sensaciones. Llevan aparejado el lado oscuro: Mr. Hyde.
- o Nuestro milenio se está caracterizando por la aparición de lo que podemos denominar “adicciones sin drogas”.

- o ADICCIONES SIN SUSTANCIA
- o ADICCIONES NO QUÍMICAS
- o ADICCIONES NO TÓXICAS
- o ADICCIONES COMPORTAMENTALES
- o ADICCIONES SOCIALES...

TRASTORNOS ADICTIVOS

Cualquier actividad normal que resulte placentera para un individuo puede convertirse en una conducta adictiva

Echeburua

El elemento esencial de todos los Tr. Adictivos es la **falta de control**, es decir, el descontrol de la persona afectada sobre determinada conducta,

- ☞ que al comienzo le es placentera
- ☞ pero luego va ganando terreno entre sus preferencias hasta llegar a dominar su vida

Las adicciones no se limitan a las conductas generadas por el consumo incontrolable de sustancias (cannabis, cocaína, alcohol, opiáceos, anfetaminas, nicotina,...), sino que existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que, en determinadas circunstancias, pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectada.

o “Las adicciones psicológicas/sin drogas no figuran incluidas en las clasificaciones psicopatológicas en las que el término adicción se reserva para los trastornos producidos por el abuso de alcohol, cocaína, opiáceos, etc. Lo cual no deja de ser un error ya que el perfil clínico de los adictos al juego, sexo o internet y el enfoque terapéutico requerido son muy similares a los del resto de adicciones.”

Jesús A. Lacoste. Director del Instituto para el estudio de las adicciones

“Las definiciones respecto a que la adicción era la repetición de la ingesta de las drogas han sido reemplazadas por definiciones que se refieren a la repetición de conductas”.
(Orford, 1985)

o Son enfermedades muy diversas. La más conocida es el juego patológico, «a la que sí se da cobertura en los medios», pero otras como las compras compulsivas, la sobreingesta psicológica, la adicción al trabajo, al ejercicio físico, la dependencia emocional y la adicción al sexo o los videojuegos están creciendo de forma alarmante. Además, la tecnología hace cada vez más fácil el acceso: compras en línea, sexo en Internet, casinos virtuales...

CRAVING, PERDIDA DE CONTROL, TOLERANCIA Y ABSTINENCIA, han sido implicados en:

- Adicción a la comida: comida grasa, picante, chocolate (Fuller, Taber, Wittman, 1988), (Bruinsma, Taren, 1999)
- Adicción al sexo. (Black, Kehrberg, 1997)
- Adicción al ejercicio físico. (Pierce, Rohaly, Fritchley, 1997)
- Juego compulsivo. (Wray, Dickerson, 1981)
- Juegos de ordenador. (Brown, Roberson, 1993)
- Adicción a Internet. (Young, 1996)
- Compras compulsivas. (Black, 1999)
- Adicción al trabajo. (Robinson, 1999)

UNA CARACTERÍSTICA COMÚN A TODAS LAS ADICCIONES NO TÓXICAS ES QUE POR LO GENERAL LOS AFECTADOS SE LO OCULTAN INCLUSO A SU ENTORNO MÁS ÍNTIMO. «ES MUY DIFÍCIL QUE UNA PERSONA RECONOZCA ABIERTAMENTE QUE ES ADICTA».

LAS ADICCIONES PSICOLÓGICAS, TIENEN UN INCONVENIENTE AÑADIDO A LA PROBLEMÁTICA EN SÍ DE PADECER UNA ADICCIÓN Y ES QUE SON CONDUCTAS QUE TODAS LAS PERSONAS REALIZAMOS CONSTANTEMENTE: COMPRAR, COMER, TRABAJAR... POR LO QUE A LA HORA DE EVALUAR LA PATOLOGÍA Y REALIZAR EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO, NO SE PUEDE BASAR EN LA ABSTINENCIA TOTAL YA QUE LOS AFECTADOS DEBEN CONTINUAR REALIZANDO ESTAS CONDUCTAS.

SINTOMAS PRINCIPALES DE UNA ADICCION CONDUCTUAL:

- ❖ **Intenso deseo**, ansia o necesidad imparable de concretar la actividad placentera.
- ❖ **Pérdida progresiva del control** sobre la misma, hasta llegar al descontrol.
- ❖ **Progresiva focalización de las relaciones, actividades e intereses** en torno a la adicción, con **descuido o abandono de los intereses y relaciones previos**, ajenos a la conducta adictiva.

SINTOMAS PRINCIPALES DE UNA ADICCION CONDUCTUAL:

- ❖ **Estas consecuencias negativas suelen ser advertidas por personas allegadas que se lo comunican al adicto, quien, a pesar de ello, no detiene la actividad y se pone a la defensiva, negando el problema que padece.**
- ❖ **Irritabilidad y malestar ante la imposibilidad de concretar el patrón o secuencia adictiva (abstinencia) e imposibilidad de dejar de hacerlo, pasado un corto período.**

ADICCIONES CONDUCTUALES MAS FRECUENTES:

- ✓ Trastorno por Juegos de Apuestas = Ludopatía = Juego Patológico
- ✓ Adicción a Internet y a las nuevas tecnologías virtuales
- ✓ Compras compulsivas = Oniomanía
- ✓ Adicción al Sexo
- ✓ Adicción al Trabajo

Según la OMS, una de cada cuatro personas sufre trastornos de la conducta relacionados con las adicciones sin sustancia

NUEVAS ADICCIONES CONDUCTUALES:

**Pasan más
inadvertidas**



**Son procesos
de uso habitual
e incluso
necesario**



**Son más
aceptadas
socialmente**







**TRASTORNO POR JUEGO DE APUESTAS =
LUDOPATIA =
JUEGO PATOLOGICO**



TRASTORNO POR JUEGO DE APUESTAS

EPIDEMIOLOGIA



PREVALENCIA : 0,5%- 2,5% DE LOS ADULTOS ESTUDIADOS

- Allcock, 1986
- Volberg & Steadman, 1988
- Sommers, 1988
- Volberg & Steadman, 1989
- Ladouceur, 1991
- Bland et al., 1993
- Chen et al, 1993
- Volverg, 1994
- Volverg & Abbott, 1994
- Cunningham- Williams et al., 1998
- Shaffer et al., 1999

Prevalencia mayor en los núcleos urbanos comparado con los rurales, especialmente en los barrios más pobres (Lesieur et al., 1991).

Aumento de prevalencia en las zonas donde hay mayor oferta de juegos de azar, fundamentalmente aquéllos con mayor capacidad adictiva.

PREVALENCIA JUGADORES PROBLEMAS: 2,5%- 4%

Alta proporción de la población, que si bien no cumple criterios para el diagnóstico de ludopatía, tiene una excesiva implicación en conductas relacionadas con el juego, siendo considerados como “jugadores problema”, por el alto riesgo que presentan de desarrollar el trastorno.

- Volberg & Steadman, 1988
- Sommers, 1988
- Volberg & Steadman, 1989
- Ladouceur, 1991
- Volverg & Abbott, 1994
- Cunningham- Williams et al., 1998

En el estudio ECA (Epidemiologic Catchment Area) realizado sobre 3004 adultos, el porcentaje de sujetos que presentaban al menos un problema relacionado con el juego se elevaba hasta el 9,2% (Cunningham- Williams et al., 1998).

EN ESPAÑA:

- Hasta 1997 los juegos de azar con mayor capacidad de adicción estaban prohibidos (oferta Lotería Nacional (1763))
- Cupón de la Organización Nacional de Ciegos (1938)
- Quinielas futbolísticas (1946)
- En 1997 se promulgó el Real Decreto- Ley sobre el Juego 16/1977 de 25 de febrero, que supuso la legalización del juego en España dando lugar a la apertura de casinos y bingos
- Legalización máquinas recreativas con premio (1981)

EN ESPAÑA:

- Junto con Alemania, estamos a la cabeza de los países de la Comunidad Económica Europea que más dinero gasta en juego en relación con la renta per cápita (Becoña, 1996).
- Escasos estudios de prevalencia. A partir de 1990

PREVALENCIA MEDIA DE LUDOPATIA: 1,8 %

PREVALENCIA JUGADORES PROBLEMAS: 2,5%- 5%

TRASTORNO POR JUEGO DE APUESTAS

-Más frecuente en el hombre que en la mujer.

- La edad de inicio del trastorno suele ser en la adolescencia o en adultos jóvenes en el caso de los varones, y algo más tarde en las mujeres.

- El tipo de juego varía según la oferta social, siendo aquellos con un intervalo menor entre la apuesta y el premio los que tienen mayor capacidad adictiva.

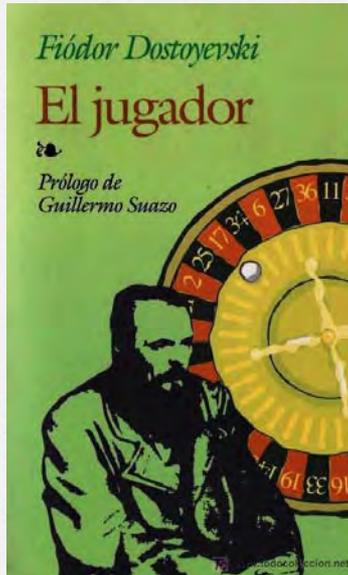
En España: “máquinas tragaperras”, seguido por el bingo y los juegos de casino.

En Reino Unido y especialmente en Australia: apuestas carreras de caballos.

- Otros juegos de azar con apuestas como loterías, quinielas, etc., tienen menos poder adictivo, y son excepcionales los casos de ludópatas con este tipo de juegos de forma aislada.

FACTORES DE RIESGO:

- ❖ **Legalización del juego y su normativa reguladora** (Morán, 1979).
- ❖ **Participación de juegos de azar en edades tempranas, fundamentalmente en la infancia y la adolescencia o inicio de la edad adulta** (Lesieur et al., 1986; Brownw & Brown, 1994; Morán, 1995).
- ❖ **Tener padres jugadores** (Lesieur et al., 1986; Lesieur & Klein, 1987; Lesieur & Heineman, 1988; Lesieur et al., 1991; Volberg & Abbott, 1994; Buchta, 1995).
- ❖ **Situación laboral :precariedad, desempleo** (Volberg & Abbot, 1994; Ibañez, 1997), **ocupación con poca supervisión, mucho tiempo libre en el trabajo** (Lesieur, 1979; Lesieur, 1988; Ibañez, 1997).
- ❖ **Alcoholismo paterno** (Lesieur et al., 1986; Zeitlin, 1994).
- ❖ **Déficit de atención y las conductas relacionadas con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia** (Carlton et al., 1987; Ruggle & Melamed, 1993; Specker et al., 1995).



EVALUACION



**LA FUENTE FUNDAMENTAL DE INFORMACIÓN
ES EL PACIENTE Y, CUANDO ES POSIBLE, LOS
FAMILIARES Y/O AMIGOS.**

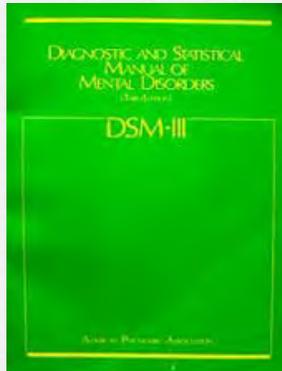
Son muchas las áreas que deben tomarse en cuenta para obtener una **estimación** precisa **de la gravedad del problema** del Juego Patológico (JP), así como de las alteraciones que la adicción al juego produce en aspectos importantes de la vida del paciente:

familiar
laboral / estudios
económica y social

Así mismo hay que observar la relación entre el JP y otros trastornos psicopatológicos:

ansiedad
depresión
dependencia a otras sustancias psicoactivas

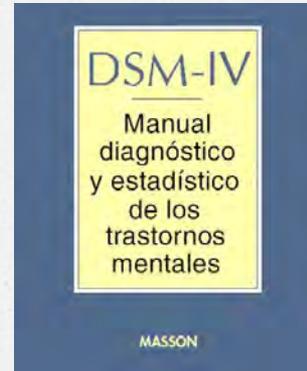
Recoger variables de Conducta de juego



APA, 1980



APA, 1987



APA, 1994



APA, 2000

CONSIDERADAS, HASTA AHORA, COMO UN TRASTORNO EN EL CONTROL DE LOS IMPULSOS

figuran dentro del apartado **“Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados”**, junto a la piromanía, la cleptomanía, la tricotilomanía y el trastorno explosivo intermitente.

La **OMS** introduce el JP en la **CIE-10** (OMS, 1992), considerándolo también como un trastorno del control de los impulsos.

En la CIE-10, el JP se incluye en los **“Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos”** (F63), que constituyen un apartado dentro del capítulo F60-F69 denominado **“Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto”**, donde se incluyen subapartados para trastornos de la personalidad y trastornos en la identidad, inclinación y orientación sexuales.





“TRASTORNOS NO RELACIONADOS A SUSTANCIAS”

- ✓ Se designa a las llamadas adicciones conductuales.
- ✓ Se incluye como única patología aprobada al juego patológico o ludopatía con un nuevo rótulo: “Trastorno por juego de apuestas”.
- ✓ El considerar al juego patológico una adicción y no un trastorno del control de impulsos ha sido un gran avance.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE GAMBLING DISORDER O TRASTORNO POR JUEGO DE APUESTAS (F63.0) DEL DSM-5

- A. Conducta problemática de juego de apuestas recurrente y persistente, que lleva a incapacidad o distrés clínicamente significativos, como sucede cuando el individuo exhibe 4(o más) de los siguientes síntomas durante un período de 12 meses:
1. Necesidad de jugar cantidades crecientes de dinero para lograr la excitación deseada.
 2. Está inquieto o irritable cuando intenta interrumpir o detener el juego.
 3. Ha efectuado reiterados esfuerzos no exitosos para controlar, interrumpir o detener el juego.
 4. Está frecuentemente preocupado por el juego de apuestas (Ej.: pensamientos persistentes de revivir experiencias pasadas, planear la próxima sesión, pensar maneras de obtener el dinero para apostar).
 5. Juega frecuentemente cuando se siente con distrés (ej: desesperanzado, culpable, ansioso o deprimido).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE GAMBLING DISORDER O TRASTORNO POR JUEGO DE APUESTAS (F63.0) DEL DSM-5

6. Después de perder dinero en el juego, vuelve con frecuencia otro día para intentar recuperarlo (rescatar o cazar (chasing) las propias pérdidas).
 7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
 8. Ha arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, oportunidades de trabajo y educativas o profesionales debido al juego.
 9. Confía en que los demás le proporcionen el dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.
- B. La conducta de juego de apuestas no puede ser atribuible a un episodio maníaco.**

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE GAMBLING DISORDER O TRASTORNO POR JUEGO DE APUESTAS (F63.0) DEL DSM-5

. Especificadores:

- Episódico: Reúne los criterios diagnósticos y luego pueden pasar meses sin síntomas.
- Persistente: los síntomas son continuos y persisten por años.
- En remisión temprana: Luego de haber sido diagnosticado, no reúne luego ninguno de los criterios durante un periodo de entre 3 a 12 meses.
- En remisión sostenida: similar al anterior, pero luego asintomático por mas de 12 meses.

. Nivel de severidad:

- Leve (reúne 4 a 5 de los 9 criterios)
 - Moderado (reúne de 6 a 7 criterios)
 - Severo (reúne de 8 a 9 criterios)
- . A priori, podría afirmarse que con las nuevas definiciones acerca de los criterios mínimos para llegar a un diagnóstico, que son solo 4 de 9, en lugar de reunir 5 de 10, como era en el DSM-IV-TR (14), los porcentajes de prevalencia se elevarán algo en la población.

CRITERIOS CIE-10 (OMS-1992)

Ludopatía “Juego Patológico”

- A. Presencia de 2 o más episodios en un período de al menos un año
- B. Estos episodios carecen de provecho económico para el individuo y sin embargo se reiteran a pesar de los efectos perjudiciales que tienen a nivel social y laboral y sobre los valores y compromisos personales
- C. El sujeto describe la presencia de un impulso intenso a jugar difícil de controlar, y afirma ser incapaz de dejar de jugar mediante el único esfuerzo de su voluntad
- D. Preocupación con pensamientos o imágenes mentales relacionados con el acto de jugar o con las circunstancias que lo rodean

SOGS (SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN)

Desarrollada por **Lesieur y Blume (1987)**, y basada en los criterios DSM-III-R.

Consta de 20 ítems.

Los sujetos que puntúan 5 o más se consideran posibles JP.

Puede ser auto-administrado o administrado por el clínico.

Presenta buena fiabilidad y validez en muestras clínicas.

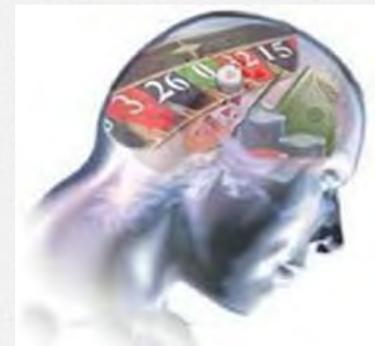
Lesieur y Blume obtienen una fiabilidad alfa de Cronbach de 0.97; una elevada correlación con criterios DSM-III-R de 0.94; y la capacidad clasificatoria fue elevada.

SOGS (SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN)

En nuestro medio, disponemos de la validación española de la SOGS, realizada por Echeburúa y cols. (1994).

El cuestionario consta de 16 ítems.

El punto de corte en la **validación española** es de 4 puntos.



Otro instrumento de screening, que presenta como ventaja el **reducido tiempo** de administración, es la **Lie/Bet Screen** de Johnson y cols. (1997). Consiste en dos preguntas:

- **¿Has sentido alguna vez la necesidad de apostar más y más dinero?**
- **¿Has tenido que mentir alguna vez a personas importantes para ti sobre cuánto juegas?**

La respuesta afirmativa a una de las dos preguntas lleva a una sensibilidad del 99% y una especificidad del 91% en la identificación de JP.

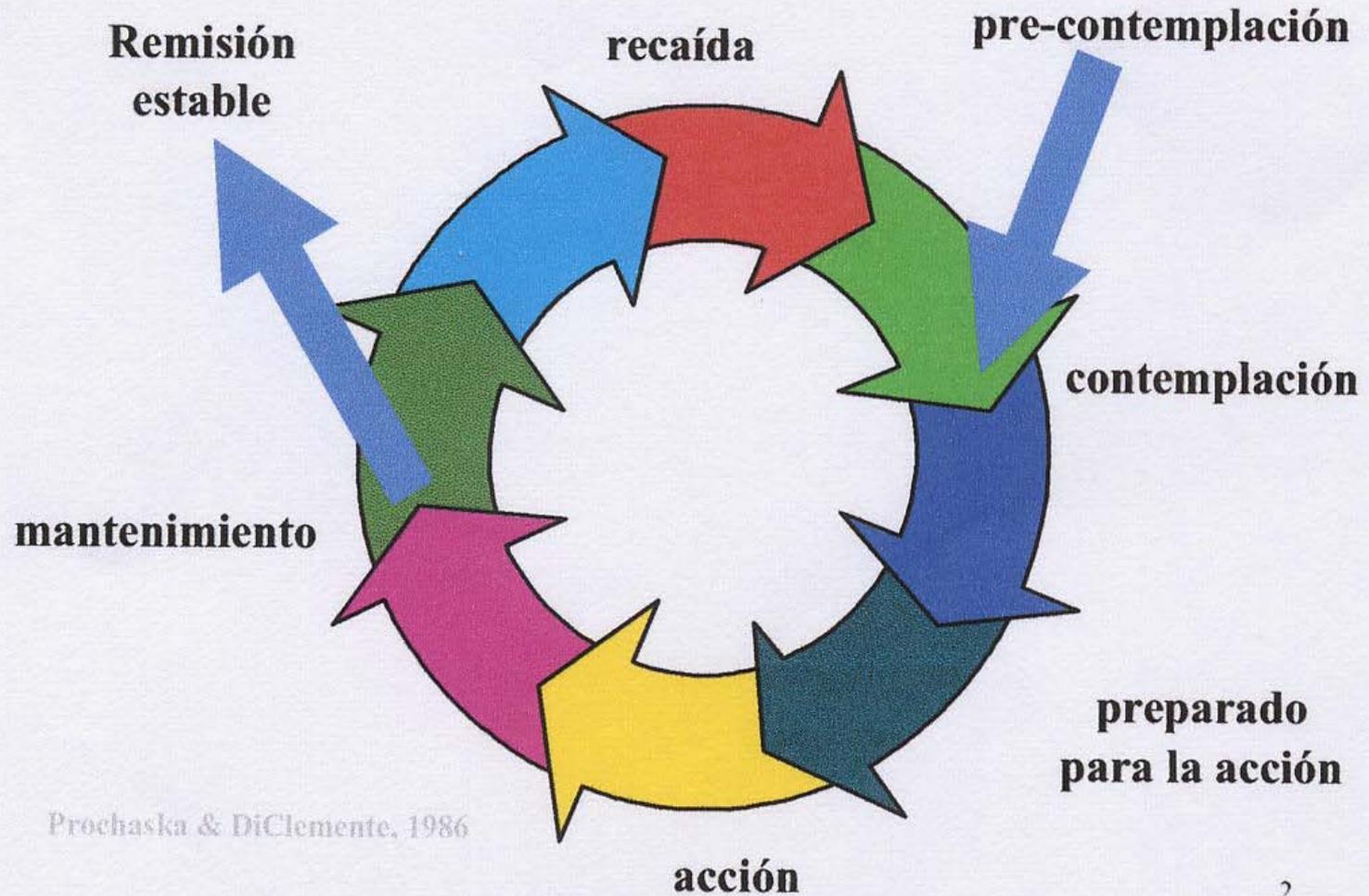
TRATAMIENTO



TRATAMIENTO

- Es fundamental una buena alianza terapéutica desde el inicio
- Clarificar el trastorno
- Plantear como objetivo final el NO JUEGO
- Explicar las fases del tratamiento
- No esperar una gran MOTIVACIÓN de inicio
- Intervención en crisis

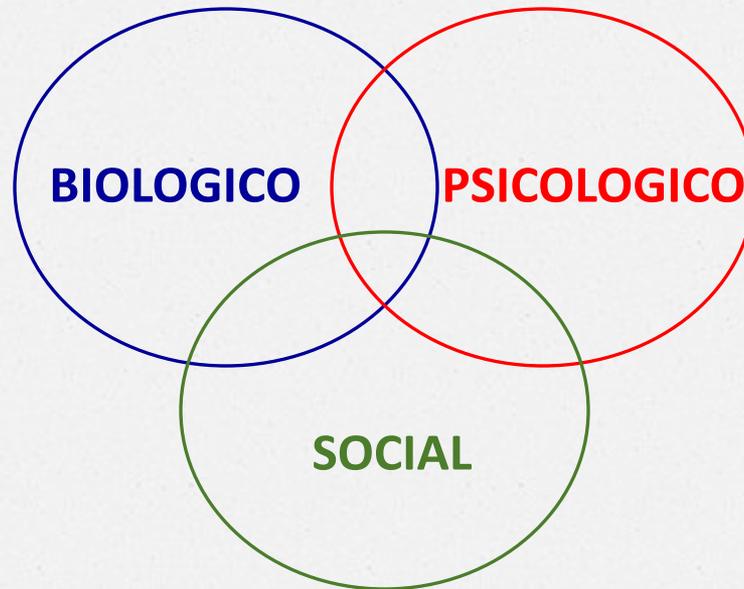
RUEDA DEL CAMBIO



Prochaska & DiClemente, 1986

Será importante adaptar los programas de tratamiento a las posibilidades reales de cada centro/dispositivo asistencial.

Tanto en recursos humanos/profesionales como materiales.



TRATAMIENTO FARMACOLOGICO



FÁRMACOS SEROTONÉRGICOS

CLOMIPRAMINA HOLLANDER 1992

FLUVOXAMINA HOLLANDER 1998; HOLLANDER 2000

PAROXETINA KIM 2002

CITALOPRAM ZIMMERMAN 2002

ESCITALOPRAM GRANT 2006

ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO

LITIO MOSKOWITZ 1980

CARBAMACEPINA HALLER 1994

LITIO. VALPROATO PALLANTI 2002

NUEVOS ESTABILIZADORES

TOPIRAMATO

DANNON 2005

ANTAGONISTAS OPIOIDES

NALTREXONA

CROCKFORD EL-GUEBALY 1998

KIM 1998

KIM Y COLS 2001

NALMEFENO

GRANT 2006

ANTIDEPRESIVOS DOPAMINÉRGICOS

BUPROPION

DANNON 2005

TRATAMIENTO PSICOLOGICO



ABORDAJE COGNITIVO-CONDUCTUAL

**El objetivo es NO JUGAR
Pero llevando una “vida normal”**

**Aunque existen unas pautas teóricas:
ha de ser flexible, individualizado, y creativo**

- Presentación de programa terapéutico**
- Control de estímulos**
- Evitar situaciones de riesgo**
- Disminución progresiva de control de estímulos**
- Desensibilización progresiva in situ**
- Prevención de recaídas**

✓ **Intervención en crisis: Familiar, pareja, laboral, económico**

✓ **Actividades placenteras alternativas**

✓ **Técnicas cognitivas: Balance decisional**

✓ **Entrenamiento en habilidades sociales: Asertividad**

✓ **Técnicas de resolución de problemas**

✓ **Análisis de situaciones de riesgo y estrategias de afrontamiento**

LA FAMILIA

Exponer la situación. Explicar el trastorno.

Explicar el plan de tratamiento.

Ofrecer apoyo y tratamiento si precisa.

Abordar situaciones de recaída/juego

Posponer decisiones trascendentes (separación,...)

SITUACIÓN ECONÓMICA

Deudas

Atención a las **DEUDAS OCULTAS**: Pueden generar una situación de crisis cuando todo parece ir bien.

Ofrecer asesoramiento: Abogado COM

GRUPOS DE AUTOAYUDA

- ✓ Indicados cuando son útiles para el paciente
- ✓ Posible puerta de entrada
- ✓ Posibilidades de coordinación
- ✓ No rechazo psicofármacos

Importante conocer los grupos de la zona



COMISIÓN NACIONAL DEL JUEGO

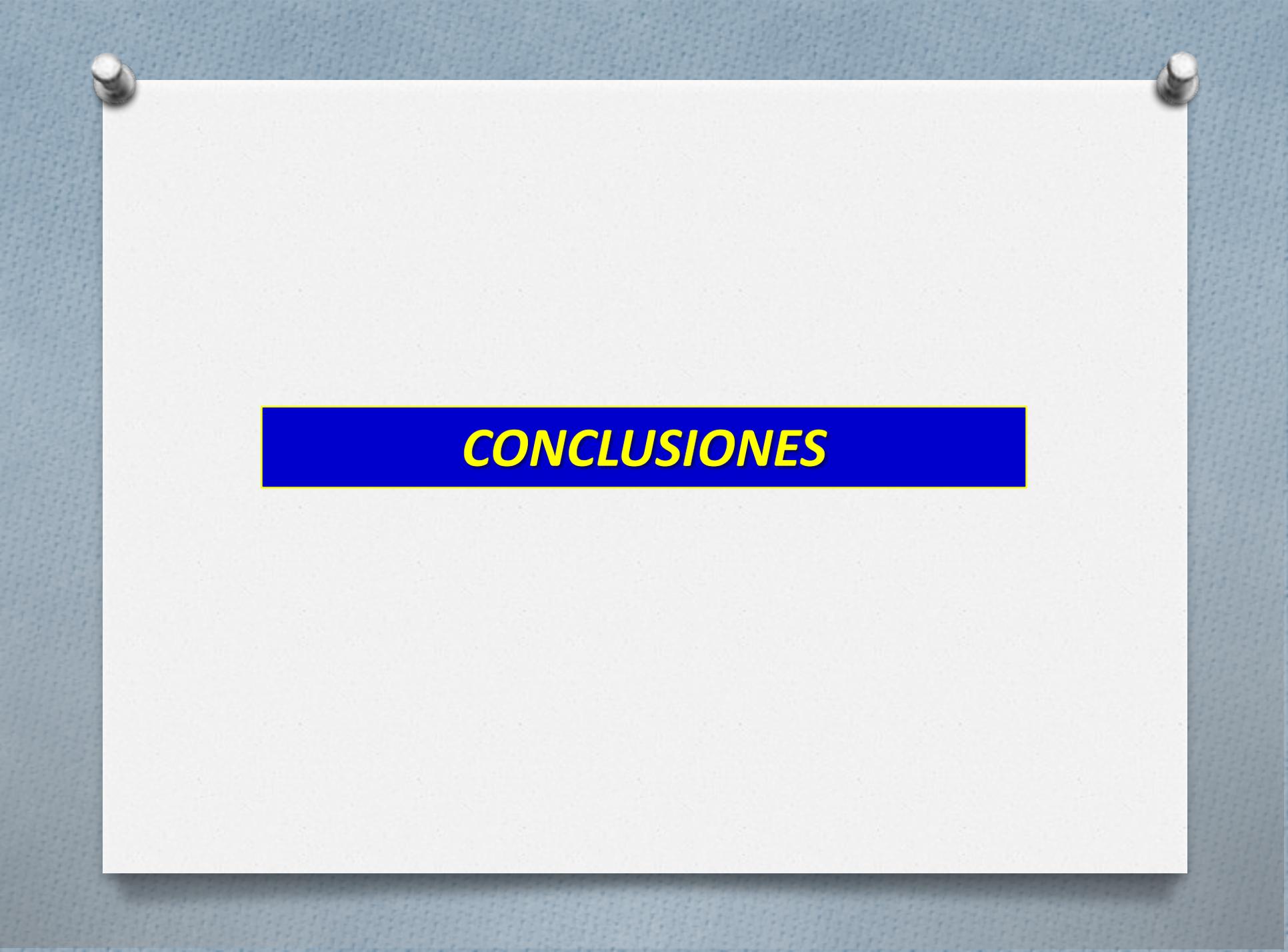
Ministerio del Interior

C/ Cea Bermúdez, 35. 28003 Madrid

Tel.: 915 372 589

Horario: L a V de 9 a 14 h

En estos servicios existe un registro en el que **voluntariamente** las personas que tienen problemas con el juego, pueden inscribirse para que **les impidan el acceso a bingos, casinos y salas de juego.**



CONCLUSIONES

CONCLUSIONES FORO 1: “ABORDAJE DESDE EL PAIME DE PATOLOGIAS PSIQUIÁTRICAS RELACIONADAS CON FENÓMENOS EMERGENTES: AGRESIONES LABORALES, ACOSO, ADICCIONES SIN SUSTANCIA, ETC...”

(Dr. Eugeni Bruguera y Dr. Bartolomé de la Fuente)

II JORNADAS CLÍNICAS PAIME



Madrid, 28 y 29 de noviembre de 2014

Sede del Ateneo de Madrid
c/ Prado 21, 28014 – Madrid



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

ADICCIONES SIN SUSTANCIAS:

- ✓ Pasan más inadvertidas que las adicciones con sustancia, ya que son procesos de uso habitual e incluso necesario en muchos niveles laborales (ej. adicción a nuevas tecnologías). Son más aceptadas socialmente, pero provocan cambios conductuales.
- ✓ La comorbilidad con las enfermedades mentales es frecuente y éstas pueden ser previas o consecuencia de la adicción. Las más frecuentes son la depresión, los trastornos de personalidad y trastorno por uso de sustancias (alcohol).
- ✓ Abordar en el PAIME, aunque se debe personalizar en función del entorno y del tipo de adicción, siendo de vital importancia la entrevista clínica y el acuerdo terapéutico. Tratar las enfermedades asociadas si existen (sobre todo depresión). Apoyo psicológico desde el PAIME y a veces puede ser necesario derivar a grupos de autoayuda para entender y modificar las causas que han llevado a la adicción.



Trastornos de la personalidad



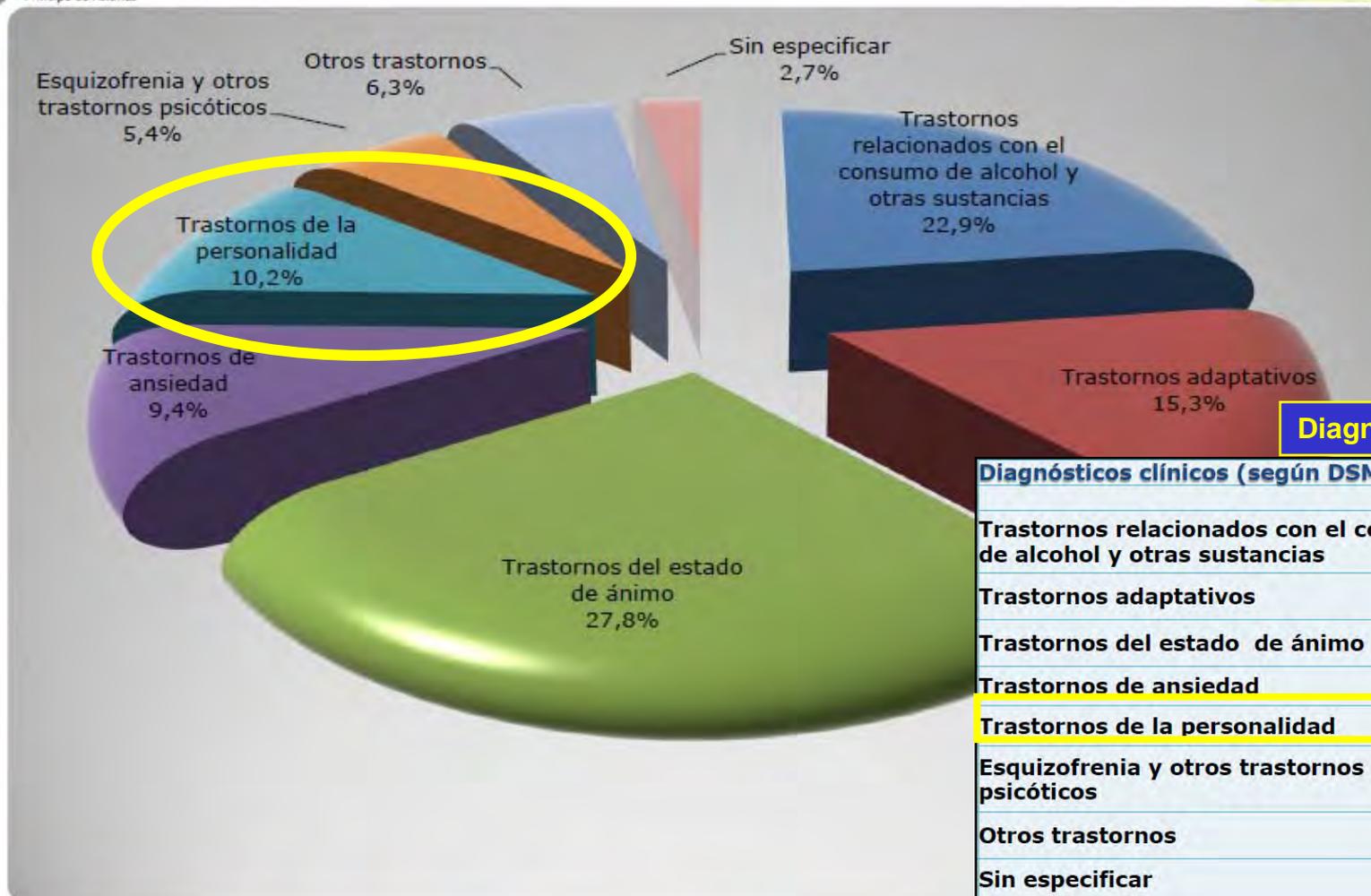
Bartolomé de la Fuente
Cáceres 17 abril 2015



Pacientes atendidos en PAIME nacional hasta 2012



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



Diagnóstico principal

Diagnósticos clínicos (según DSM-IV R)	
Trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias	22,9%
Trastornos adaptativos	15,3%
Trastornos del estado de ánimo	27,8%
Trastornos de ansiedad	9,4%
Trastornos de la personalidad	10,2%
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	5,4%
Otros trastornos	6,3%
Sin especificar	2,7%

Diagnósticos clínicos (según DSM-IV R)

La personalidad



- Es la manera en que el individuo percibe las cosas, piensa, se relaciona con los demás.

Nos hace a cada uno diferente de los otros
e iguales a nosotros mismos a lo largo del tiempo



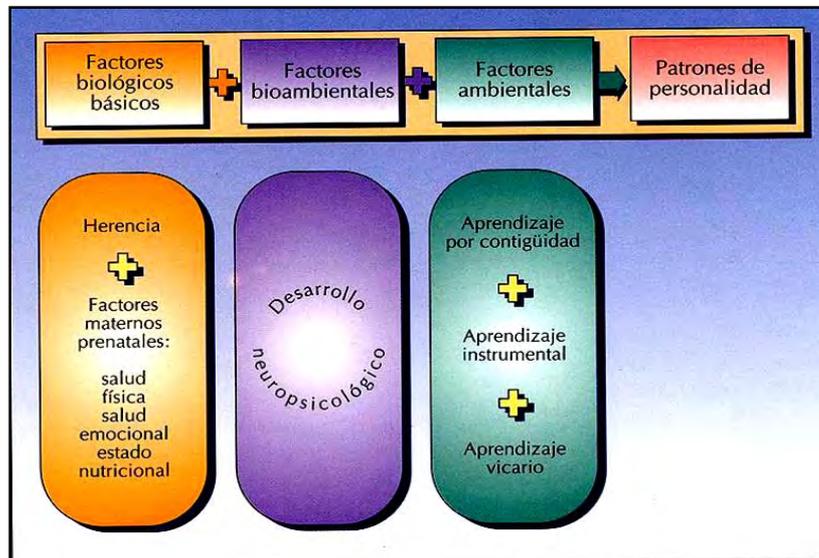
- Patrón profundamente incorporado de **rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos**, que persisten por largos periodos de tiempo

- Depende de factores: genéticos,
psicológicos
sociales.



La personalidad

- Surge de la interacción entre
 - **Temperamento: material biológico** en bruto desde el cual la personalidad empezará a formarse
 - **Carácter: influencia ambiental.**
Una persona se ajusta y manifiesta según los valores y costumbres de la sociedad en que vive
Características adquiridas durante el crecimiento

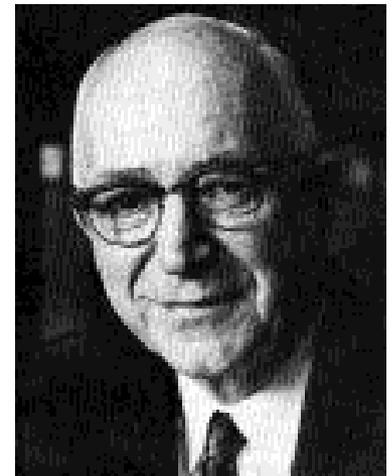


Modelo de rasgos

concepto dimensional de la personalidad

- **Los rasgos son los elementos básicos de la personalidad**
- Patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se ponen de manifiesto en contextos sociales y personales
- Los sujetos se sitúan a lo largo de unos rasgos continuos:
 - *Disregulación emocional* (neuroticismo) vs *estabilidad emocional*
 - *Extroversión* vs *introversión*
 - *Afiliación* vs *dureza*
 - *Impulsividad* vs *control*
 - *etc.*

Teoría de los Rasgos
de Allport, 1961



LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

- Son la expresión de características extremas en una o varias de estas dimensiones
- **Desviaciones extremas o significativas de estas formas de percibir su entorno**

En casos

encontramos algunos **rasgos característicos de determinados tipos de personalidad**, pero no de tal intensidad que se les pueda considerar como trastorno de personalidad

Diagnóstico: "**personalidad con rasgos**" de tal o cual tipo

Personalidad **normal** vs *anormal*

	NORMAL	<i>ANORMAL</i>
capacidad de relacionarse con el entorno	flexible y adaptativa	<i>inflexible y desadaptativa</i>
percepciones características del individuo de sí mismo y del entorno	son fundamentalmente constructivas	<i>son autofrustrantes</i>
Los patrones de conducta manifiesta predominantes son promotores	de salud	<i>perniciosos</i>

Trastornos de personalidad (TP). Criterios diagnósticos generales DSM-V



- A. Un **patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas** de la cultura del sujeto, en dos o más:
- Cognición
 - Afectividad
 - Actividad interpersonal
 - Control de los impulsos
- B. Este patrón persistente **es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales**
- C. Este patrón persistente **provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral** o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
- D. El patrón es **estable y de larga duración** y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta
- E. El patrón persistente **no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental**
- F. El patrón persistente **no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica**

Trastornos de personalidad en DSM V



❑ **Cluster A** (raro-excéntrico-extravagante):

- Paranoide
- Esquizoide
- Esquizotípico

❑ **Cluster B** (dramático-emocional-voluble):

- Límite o *borderline*
- Histriónico
- Narcisista
- Antisocial

❑ **Cluster C** (ansioso-temeroso):

- Obsesivo compulsivo
- Dependiente
- Evitativo

- ❑ Se mantiene igualmente una categoría residual, el **trastorno de personalidad no especificado**, que incluiría trastornos mixtos o aquellos en investigación

El diagnóstico
es clínico

Trastornos de personalidad Vicente Rubio

Unidad Psiquiatría Hospital Provincial Zaragoza



❑ Cluster A

“RAROS DE COJONES”



❑ Cluster B

“NOS TIENEN
HASTA LOS COJONES”



❑ Cluster C

“ACOJONADOS”



Trastornos de personalidad en sanitarios

- **En el lugar de trabajo**

se hacen patentes las relaciones interpersonales entre los trabajadores,

se expresan las subjetividades de cada individuo,

se toman decisiones influenciadas por estilos personales, estilos de liderazgo, etc.

- **TODO EN EL TRABAJO ES “PERSONAL”**

- **Cuando ese trastorno de personalidad se hace patente en el lugar de trabajo**

se ve afectada la calidad del mismo

así como

la salud individual

y colectiva de los trabajadores



GRUPO A (Raros o excéntricos)

- Paranoide de la personalidad
- Esquizoide
- Esquizotípico

Trastorno Paranoide



- **Conducta aparente:** Impresiona de vigilante, desconfiado
- **Conducta interpersonal:** Frecuentes quejas, hipersensible a la crítica (de compañeros y supervisor)
- **Estilo cognitivo:** Suspicaz, conspirador (en las relaciones laborales interpersonales)
- **Percepción de sí mismo:** Incapacidad de percibir los propios errores (son los demás)

En algunos casos de percepción de acoso laboral (**FALSO MOBBING**)

Trastorno Esquizoide



- **Conducta aparente:** Apática, baja de energía, perezosa en el trabajo, reservada
- **Conducta interpersonal:** Distanciamiento de las relaciones sociales, aislamiento social del grupo de trabajo, restricción de la expresión emocional
- **Estilo cognitivo:** Empobrecido, mínimamente introspectivo
- **Percepción de sí mismo:** Pueden variar desde complacientes a faltos de vitalidad en casos extremos

el **DESAPEGO** hará que prefieran **PUESTOS DE TRABAJO AISLADOS**, sin tareas de trabajo en equipo y con escasa interacción personal.

Trastorno Esquizotípico

- **Conducta aparente:** Excéntrica o extravagante
- **Conducta interpersonal:** Aislamiento social, ansiedad ante desafíos sociales
- **Estilo cognitivo:** Desde rumiador a desconcertado
- **Percepción de sí mismo:** Desamparado, con falta de sentido en el trabajo y en la vida



conductas de AISLAMIENTO SOCIAL,
el trabajador además
SE COMPORTA DE MANERA EXTRAÑA



GRUPO B (Emotivos y dramáticos)

- Histriónico
- Narcisista
- Antisocial
- Límite de la personalidad

Trastorno Histriónico



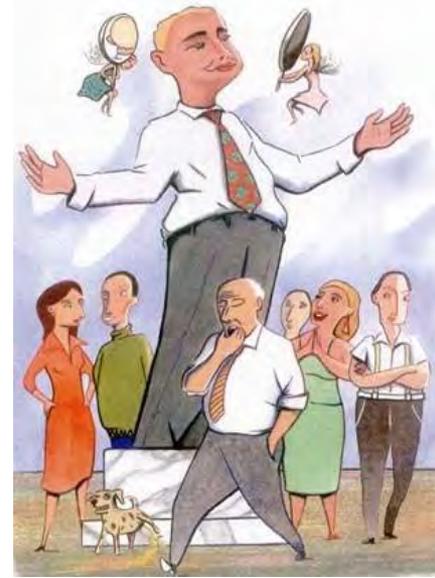
- **Conducta aparente:** Afectada, teatral
- **Conducta interpersonal:** Sociables pero dependientes del refuerzo ajeno
Demandantes de atención, seductores
- **Estilo cognitivo:** Caprichoso, centrado en el detalle externo, no en el fondo
- **Percepción de sí mismo:** Sociable



dificultades de interacción con el equipo de trabajo,
LA TEATRALIDAD de su conducta **puede convertir hechos triviales** de la cotidianidad laboral (positivos o conflictivos) **en acontecimientos de gran relevancia**

Trastorno Narcisista

- **Conducta aparente:** Arrogante, pomposo
- **Conducta interpersonal:** Manipulador, explotador
- **Estilo cognitivo:** Atención a las obligaciones del otro
- **Percepción de sí mismo:** Exageración de las propias habilidades



puede dificultarles

el trabajo en solitario, la apatía y el aburrimiento pueden hacer mella,

prefiriendo, frecuentemente,

el trabajo con al menos un grupo de personas de los que RECIBIR ATENCIÓN

Trastorno Antisocial

- **Conducta aparente:** Impresiona de valiente y/o temerario
- **Conducta interpersonal:** Beligerante, hipersensible a la crítica, provocador
- **Estilo cognitivo:** Implicado o incluso fanático. Patrones rígidos
- **Percepción de sí mismo:** Competitivo, dominante



desencadenantes o facilitadoras de
CONFLICTOS INTERPERSONALES,
SITUACIONES DE ACOSO,
INCREMENTO DEL ESTRÉS PSICOSOCIAL,
mala distribución del trabajo, evitación de responsabilidades, etc

Trastorno Límite



- **Conducta aparente:** Impulsivo, caótico, desorganizado
- **Conducta interpersonal:** Vulnerabilidad a la opinión ajena, comportamiento impredecible, manipulativo
- **Estilo cognitivo:** Patrón de frecuentes cambios
- **Percepción de sí mismo:** Inquieto, conflictivo



Cambios bruscos y dramáticos en los objetivos, valores y aspiraciones profesionales.

Inestabilidad de sus trastornos de identidad, siendo
DIFÍCIL DIRIGIR SU PROPIA VIDA E INTERESES LABORALES.

GRUPO C (Ansiosos o temerosos)

- Dependiente
- Por evitación
- Obsesivo-compulsivo

Trastorno Dependiente

- **Conducta aparente:** Incompetente, desamparado, vulnerable
- **Conducta interpersonal:** Sumisión, dependencia
- **Estilo cognitivo:** Crédulo, ingenuo
- **Percepción de sí mismo:** Inepto, inadecuado



prefieren trabajos en los que tienen que realizar **TAREAS PARA OTRAS PERSONAS,** en los que puedan **EVITAR RESPONSABILIDADES Y TOMA DE DECISIONES.**

evita iniciar nuevos trabajos y tareas fuera de la rutina normal o que conlleven un esfuerzo considerable.

Trastorno Evitativo

- **Conducta aparente:** Cauteloso, alerta, tímido
- **Conducta interpersonal:** Aislamiento socio-profesional
- **Estilo cognitivo:** Distraído, indeciso
- **Percepción de sí mismo:** Rechazado



EVITACIÓN DE POSIBLES MOMENTOS DE SOCIALIZACIÓN LABORAL.
dificultad para la toma de decisiones laborales (**baja autoestima y autoeficacia**)

→ una adecuada definición de funciones y objetivos del puesto de trabajo puede funcionar como una **guía de actuación que facilite la tarea** al trabajador.

Trastorno Obsesivo

- ***Conducta aparente:*** Disciplinado, perfeccionista, tenaz, meticuloso en su trabajo
- ***Conducta interpersonal:*** Respetuoso, recto, normativo
- ***Estilo cognitivo:*** Esquemas mentales rígidos, inflexibilidad ante el cambio
- ***Percepción de sí mismo:*** Escrupuloso, ordenado, auto-exigente



TRABAJADOR RÍGIDO en sus esquemas mentales, inflexible ante el cambio y que puede sentirse **MOLESTO SI LA RUTINA SE VE ALTERADA** debido a su obsesión por el orden.

Comorbilidad de trastornos de personalidad con otros trastornos mentales

T.personalidad	T.Afect. Depresiv	T. Afect. Distimia	T. Maniacos	T. Esquizofr.	T. Ansiedad	T. Fóbicos	T. Obs-comp	T. Disociativo	T: Somatom.	Abuso Tóxicos
Paranoide	++			++	+		+			++
Esquizoide			++	+++	+		+	++	+	+
Esquizotípico				+++						++
Antisocial					+					+++
Límite	+++			+	++			+	+	+++
Histriónico	+				+	++	++		+++	+++
Narcisista	+++			+	+				+++	+
Evitativo	+	+++		+	+++	+	++	+	++	++
Dependiente	+++			+	+	++	+	+	++	+
Obs-comp.	+++			+	+		+++	++	+++	+

+++

++

+



Epidemiología

Prevalencia de los trastornos de personalidad a nivel comunitario

ESTUDIO

PREVALENCIA (%)

- Zimmerman y Coyrel 1989 14,3
- Maier *et al* 1992 10,0
- Black *et al* 1993 22,3
- Moldin *et al* 1994 7,3
- Klein *et al* 1995 14,8
- Lezenweger *et al* 1997 6,7
- Torgesen *et al* 2001 13,4
- Samuels *et al* 2002 9,0
- Coid *et al* 4,4

oscila entre
4,4%
y
22,3%,

PREVALENCIA MEDIA

11,3 %

GÉNERO, (Prototipo, relacionado con cambios sociales y roles)

- los trastornos de personalidad **narcisista y antisocial** son más frecuentes en **hombres**
- los de tipo **límite e histriónico** en **mujeres**.

Trastornos de Personalidad en Adicciones Estudios Españoles

	Cervera.97	Gutiérrez.98	San Narciso.98	F.Miranda.00
Paranoide	18.4%	13%	43%	7.7%
Esquizoide		4%	11.4%	7.7%
Esquizotípico		3%		
Disocial	53.1%	24%	14.1%	25.6%
Impulsivo			17.1%	5.1%
Límite	32.6%	15%	5.7%	12.8%
Histriónico		1%	8.5%	2.6%
Narcisista	14.2%	4%		
Ansioso		16%	8.5%	5.1%
Dependiente	18.4%	2%	5.7%	7.7%
Anancástico	12.2%	4%	4.3%	0%

La necesidad de conocer mejor los TP surge por cuatro razones fundamentales:

1. Se trata de **trastornos frecuentes** en la comunidad, y **se detectan en medios socioculturales distintos**
2. el **daño o perjuicio que suponen** para el individuo que los padece, la familia y la sociedad en general,
3. la evidencia de que son una **variable importante para la evolución y el pronóstico** de las enfermedades mentales, así como para **el resultado del tratamiento**.
4. La importancia de la **detección temprana e intervención**, esencial, tanto para el propio trabajador como para su entorno, clima laboral y funcionamiento de la organización; así como para la sociedad en general.

Tratamiento

- Debe abordarse cuando afecta gravemente a la vida diaria del paciente o a la vida de las personas de su entorno.
- Tratamiento difícil por la **escasa colaboración del individuo y del medio**.
- No siempre hay una conciencia permanente de anomalía caracterial (**Egosintónica**)
- **Los psicofármacos** son un recurso para **normalizar la psicopatología** del sujeto y **potenciar su estabilidad emocional**.
- La presencia del **terapeuta atenúa los perfiles psicopatológicos** del paciente y reduce su conflictividad con el medio.
- **Múltiples modalidades:** psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia de apoyo, terapia grupal, terapia familiar, terapia ambiental, hospitalización y farmacoterapia.
- **Si se normalizan los factores socioambientales**, la evolución será más favorable.
- El **abandono de consumo de drogas**, alcohol...hará disminuir su impulsividad.

Detección

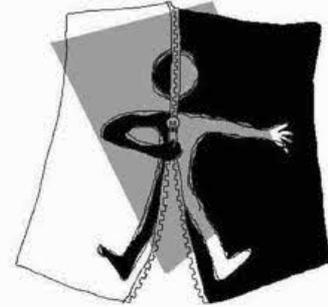


- **Servicios de Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales** tendrán un papel fundamental, ya que a través de la detección de conflictos laborales e intervención sobre los mismos, tienen un lugar privilegiado de diagnóstico clínico, siendo para ello esencial la dotación adecuada en personal de estos servicios, así como la formación en salud mental de los equipos.
- En ocasiones, para la posibilidad de detección de estos trastornos es necesaria la estrecha colaboración con **Servicios de Salud Mental, Adicciones y programas PAIME**

Intervención

❑ Sólo con la colaboración entre las diferentes entidades implicadas:

- Direcciones y Gerencias de las Organizaciones,
- Departamentos de Recursos Humanos,
- Servicios de Prevención, Servicios de Salud Mental y Adicciones
- PAIME



➤ y con una **PERSPECTIVA MULTIDISCIPLINAR**, podremos trabajar en la **detección, ayuda e integración sociolaboral** de las personas con un trastorno de la personalidad



Gracias



barti.delafuente@ipbscordoba.net

 VI Congreso **PAIME**
Cáceres, 16 y 17 de Abril de 2015
Complejo Cultural San Francisco



Cuidando de ti,
Cuidando de todos



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



**MESA REDONDA: REPERCUSIONES
MEDICO-LEGALES DEL MÉDICO ENFERMO**



PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO

DATOS DE EVOLUCIÓN 1998-2014

Total de casos atendidos 1998 - 2014

Nº de casos	3.810
--------------------	--------------

Evolución de nº casos

1998 - 2010	2011	2012	2013	2014
2415	351	313	374	357



**DATOS PAIME
1998-2014**

**COMUNIDADES
AUTONOMAS**

Nº DE CASOS POR COMUNIDADES AUTONOMAS

	HASTA 2010	hasta 2014
ANDALUCIA	384	622
ARAGON	24	60
ASTURIAS	3	6
BALEARES	13	31
CANARIAS	23	41
CANTABRIA	27	46
CASTILLA LA MANCHA	62	109
CASTILLA LEON	56	120
CATALUÑA	1343	1830
CEUTA Y MELILLA	8	23
EXTREMADURA	3	21
GALICIA	12	43
LA RIOJA	1	3
MADRID	340	547
MURCIA	0	15
NAVARRA	4	32
PAIS VASCO	104	194
VALENCIANA	8	67
	2415	3810

RANKING DE CASOS POR COMUNIDADES AUTONOMAS HASTA 2014

	HASTA 2010	hasta 2014
CATALUÑA	1343	1830
ANDALUCIA	384	622
MADRID	340	547
PAIS VASCO	104	194
CASTILLA LEON	56	120
CASTILLA LA MANCHA	62	109
VALENCIANA	8	67
ARAGON	24	60
CANTABRIA	27	46
GALICIA	12	43
CANARIAS	23	41
NAVARRA	4	32
BALEARES	13	31
CEUTA Y MELILLA	8	23
EXTREMADURA	3	21
MURCIA	0	15
ASTURIAS	3	6
LA RIOJA	1	3
	2415	3810

Nº DE CASOS COMUNIDADES AUTONOMAS POR MIL COLEGIADOS

	hasta 2014	ingresos por cada 1000 colegiados
ANDALUCIA	622	17,15
ARAGON	60	7,37
ASTURIAS	6	0,99
BALEARES	31	5,93
CANARIAS	41	4,24
CANTABRIA	46	13,71
CASTILLA LA MANCHA	109	12,77
CASTILLA LEON	120	8,55
CATALUÑA	1830	49,76
CEUTA Y MELILLA	23	38,33
EXTREMADURA	21	4,02
GALICIA	43	3,27
LA RIOJA	3	1,93
MADRID	547	13,6
MURCIA	15	2,25
NAVARRA	32	8,25
PAIS VASCO	194	15,06
C. VALENCIANA	67	2,69
TOTAL	3810	11,45

Nº DE CASOS COMUNIDADES AUTONOMAS POR MIL COLEGIADOS

	ingresos por cada 1000 colegiados
CATALUÑA	49,76
CEUTA Y MELILLA	38,33
ANDALUCIA	17,15
PAIS VASCO	15,06
CANTABRIA	13,71
MADRID	13,6
CASTILLA LA MANCHA	12,77
CASTILLA LEON	8,55
NAVARRA	8,25
ARAGON	7,37
BALEARES	5,93
CANARIAS	4,24
EXTREMADURA	4,02
GALICIA	3,27
VALENCIANA	2,69
MURCIA	2,25
LA RIOJA	1,93
ASTURIAS	0,99

DATOS DE PREVALENCIA



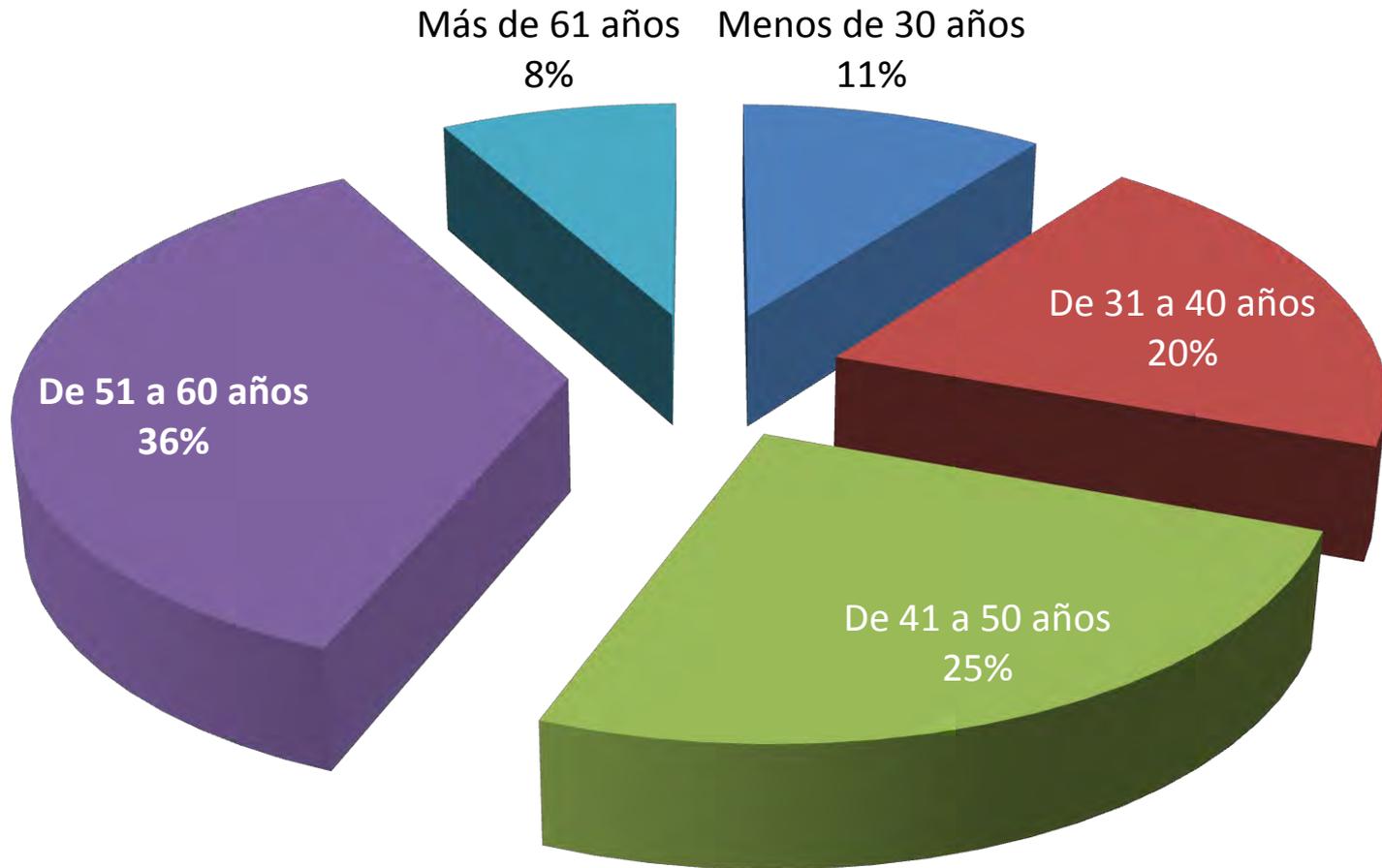
**DATOS PAIME
2010-2014**

EDAD

Distribución por edades de nuevos casos: 2010-2014

Edad	2011	2012	2013	2014
Menos de 30 años	33	22	30	37
De 31 a 40 años	56	56	49	79
De 41 a 50 años	70	83	82	64
De 51 a 60 años	101	127	93	106
Más de 61 años	20	28	19	28

Nº DE CASOS POR EDADES : 2010-2014



DISTRIBUCIÓN del NUMERO DE CASOS ATENDIDOS POR EL NUMERO DE COLEGIADOS 2010-2014

Edad	Casos atendidos 2011-2014	colegiados 2014	%
Menos de 30 años	122	18.392	0,66
De 31 a 40 años	240	39.120	0,61
De 41 a 50 años	299	41.526	0,72
De 51 a 60 años	427	63.257	0,67
Más de 61 años	95	44.923	0,21

DISTRIBUCIÓN del NUMERO DE CASOS ATENDIDOS POR NUMERO DE COLEGIADO 2014

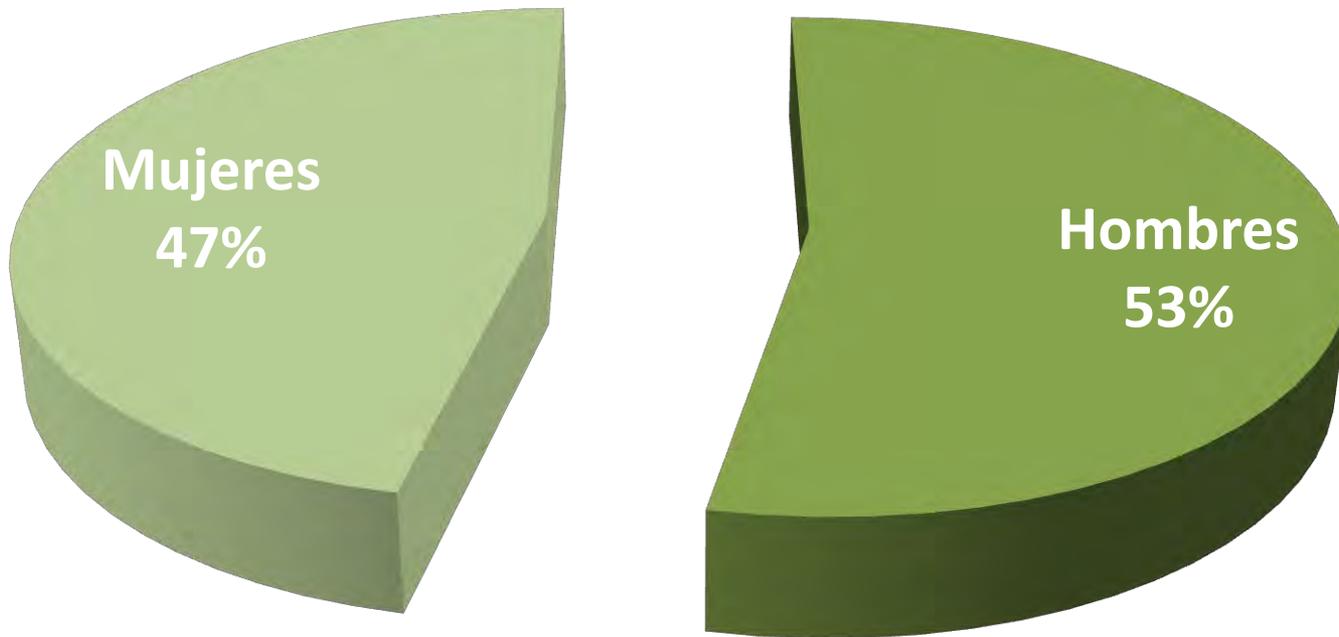
Edad	Casos atendidos colegiados		%
	2014	2014	
Menos de 30 años	37	18.392	0,20
De 31 a 40 años	79	39.120	0,20
De 41 a 50 años	64	41.526	0,15
De 51 a 60 años	106	63.257	0,16
Más de 61 años	28	44.923	0,06



**DATOS PAIME
2010-2014**

SEXO

DISTRIBUCIÓN POR SEXO: 2010-2014





Martín - 2007

**DATOS PAIME
2010-2014**

ESTADO CIVIL

Estado civil	2011	2012	2013	2014
Soltero	73	75	90	90
Casado	107	142	120	131
En pareja	9	24	15	21
Separado	17	19	19	22
Divorciado	24	48	22	23
Viudo	3	8	5	6

Estado civil

	2011	2012	2013	2014	media
Soltero	31,30%	23,70%	33,20%	31,00%	29,80%
Casado	45,90%	44,90%	44,50%	44,80%	45,03%
Pareja de hecho	3,90%	7,60%	5,50%	7,10%	6,03%
Separado	7,30%	6,00%	6,90%	7,40%	6,90%
Divorciado	10,30%	15,20%	8,00%	7,70%	10,30%
Viudo	1,30%	2,50%	1,80%	2,00%	1,90%

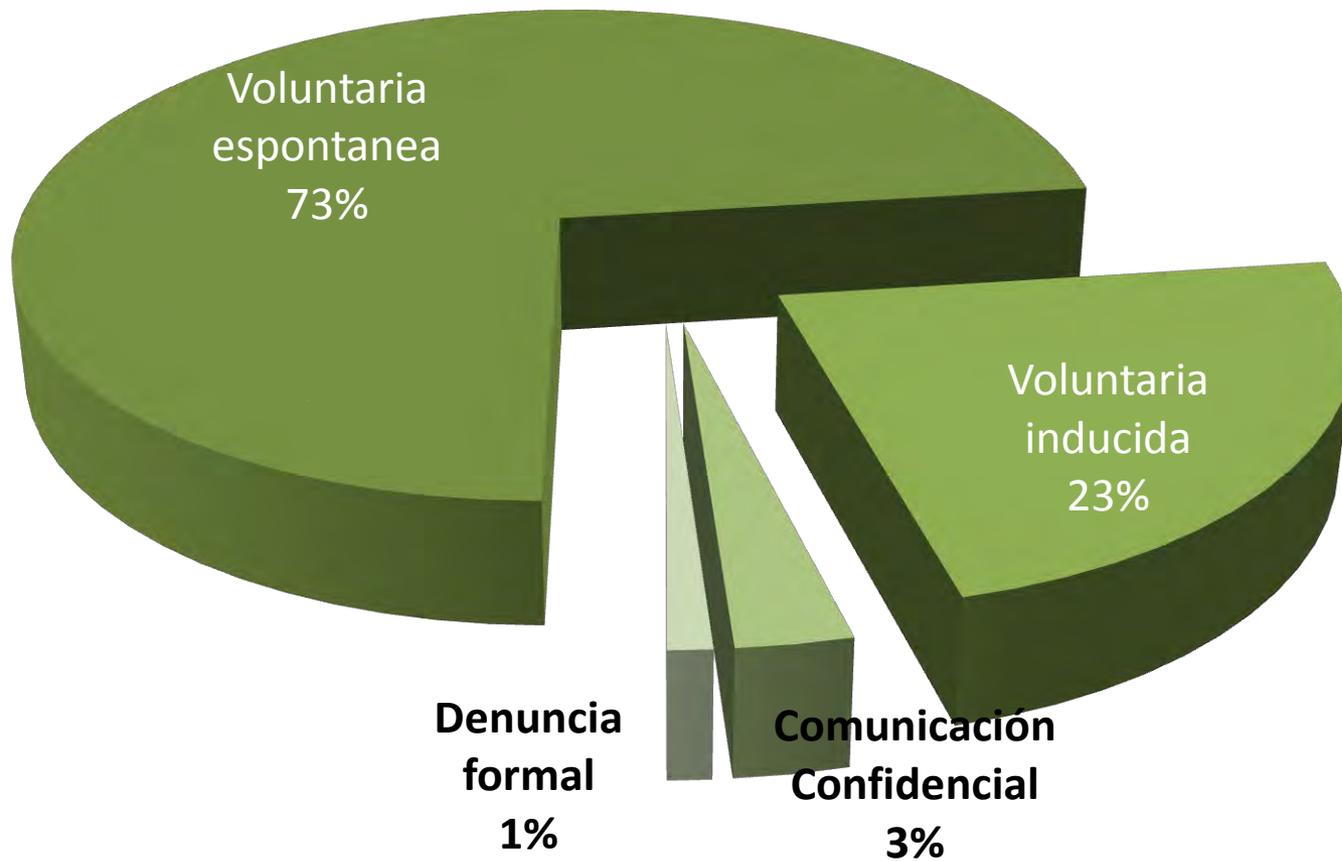


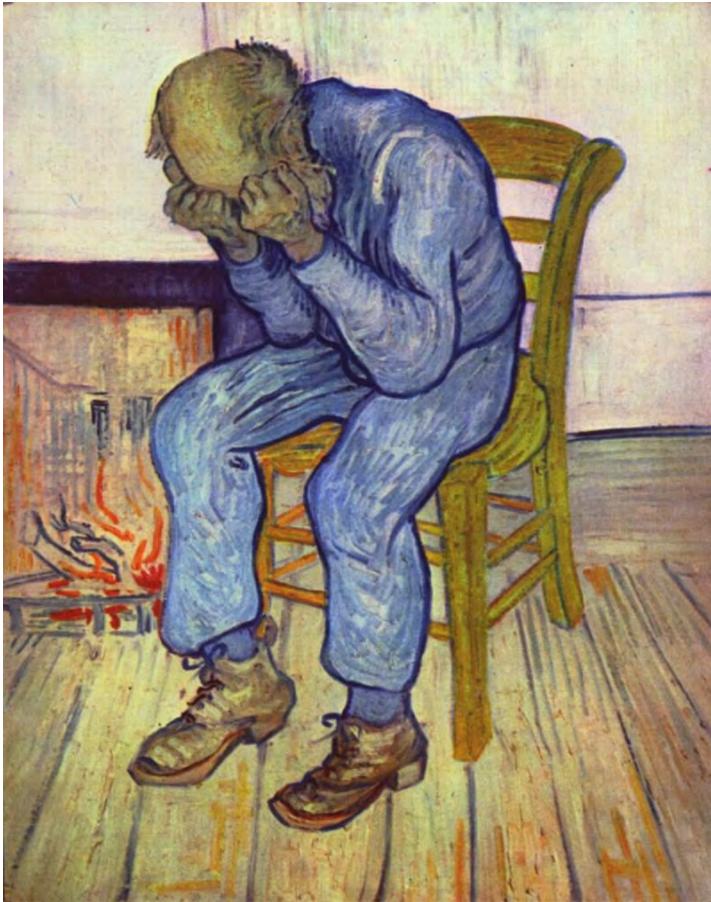
**DATOS PAIME
1998-2014**

VIAS DE ENTRADA

Vías de acceso al Programa	hasta 2010	2011	2012	2013	2014
Voluntaria espontanea	78,5%	76,7%	69,0%	72%	49,7%
Voluntaria inducida	17,1%	20,2%	23,4%	26%	49,2%
Com. Confidencial	3,3%	2,7%	5,9%	1%	0,5%
Denuncia formal	1,2%	0,3%	1,7%	1%	0,7%

Vías de acceso al Programa: 1998-2014



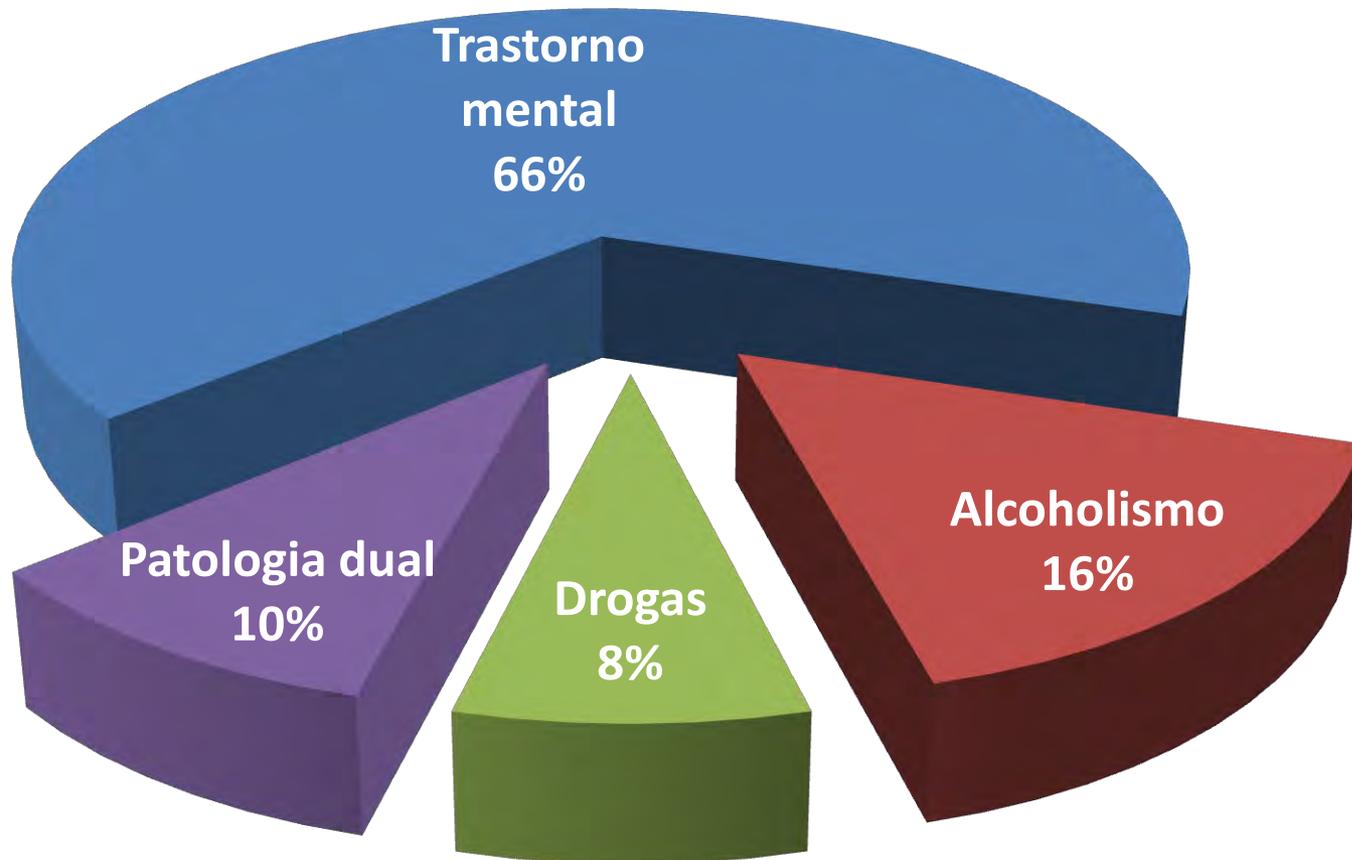


**DATOS PAIME
1998-2014**

**MOTIVOS DE
DEMANDA**

Motivos de demanda	hasta 2010	2.011	2.012	2013	2014
Trastorno mental	67,8%	57,9%	68,3%	58,2%	63,9%
Alcoholismo	15,3%	19,3%	16,5%	18,8%	15,6%
Drogas	7,7%	7,1%	3,9%	10,8%	9,2%
Patología dual	9,2%	15,8%	11,4%	12,3%	11,3%

MOTIVOS DE DEMANDA 1998-2014



Diagnósticos clínicos (según DSM-IV R)

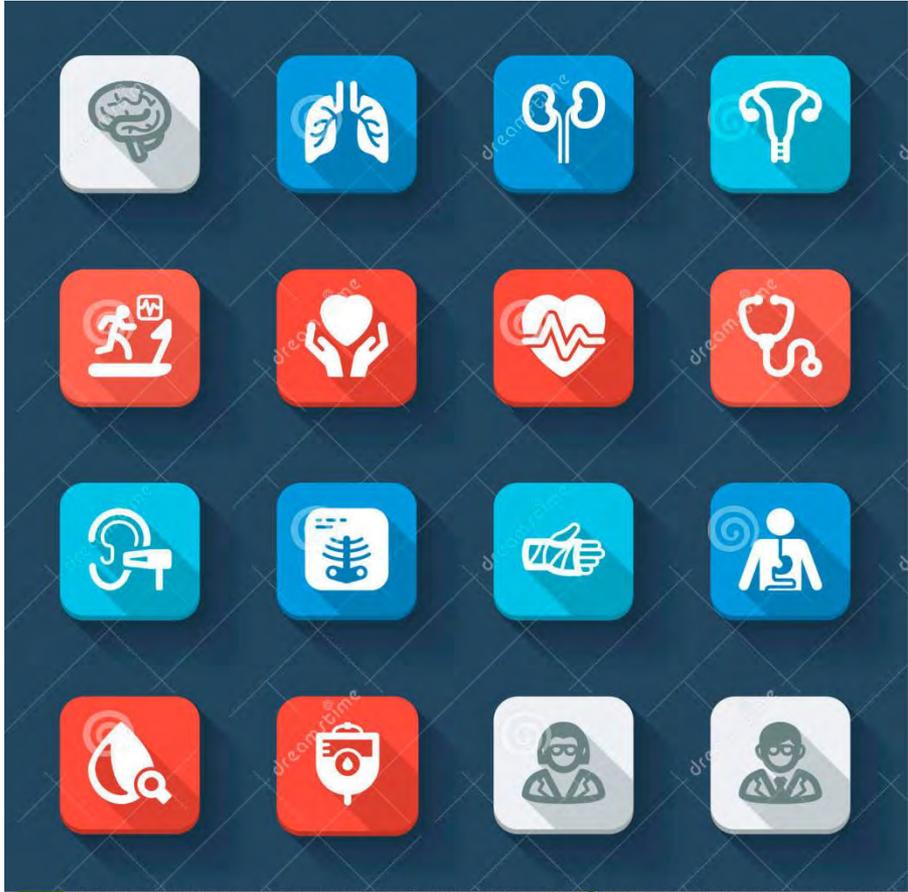
	2010-2011	2013	2014	promedio
Trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias	15,3%	27,8%	26,1%	23,1%
Trastornos adaptativos	15,5%	15,3%	19,9%	16,9%
Trastornos del estado de ánimo	30,8%	25,4%	25,1%	27,1%
Trastornos de ansiedad	8,3%	11,9%	11,2%	10,5%
Trastornos de la personalidad	13,1%	9,1%	8,2%	10,1%
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	5,2%	4,3%	3,6%	4,4%
Otros trastornos	9,7%	4,9%	3,6%	6,1%
Sin especificar	2,0%	1,3%	2,2%	1,8%



**DATOS PAIME
1998-2014**

¿QUIEN DERIVA?

Quién deriva los casos	hasta 2010	2.011	2.012	2013	2014
Colega	28,0%	13,6%	14,7%	16,3%	11,3%
Superior	8,5%	5,5%	2,8%	4,8%	12,6%
Familiar	18,6%	18,2%	12,9%	7,8%	12,9%
Riesgos laborales	6,2%	3,0%	4,9%	7,1%	4,5%
Otros	38,6%	59,7%	64,7%	8,2%	3,9%
Psiquiatra				2,4%	3,6%
Gerencia				0,0%	0,0%
Iniciativa propia				53,4%	51,1%



Download from
Dreamstime.com
This watermarked comp image is for previewing purposes only.

ID 38053454
Spiralmediastudio | Dreamstime.com

DATOS PAIME 2010-2014

ESPECIALIDADES MEDICAS

Especialidad médica de los médicos incorporados al PAIME

	2011	2012	2013	2014
Medicina Familiar y Comunitaria	38,2%	41,5%	51,5%	50,0%
Medicina Interna	6,4%	3,6%	2,6%	3,0%
Pediatría	6,0%	4,9%	6,3%	7,8%
Psiquiatría	5,6%	5,2%	3,4%	3,7%
Anestesia	4,4%	4,9%	6,3%	5,2%
Traumatología	3,6%	2,3%	1,5%	3,0%
Ginecología	3,6%	6,2%	3,0%	1,5%
Cirugía General	2,4%	1,6%	0,4%	3,0%
Otras	29,7%	29,7%	25%	22,9%



**DATOS PAIME
2010-2014**

RELACIÓN LABORAL

Tipo de relación laboral

	2011	2012	2013	2014
Contrato fijo	59,0%	62,1%	60,5%	53,8%
Contrato temporal	29,5%	21,6%	29,9%	34,3%
Ejercicio libre	8,7%	7,8%	6,8%	5,4%
Contrato laboral + Ejercicio libre	2,7%	8,6%	2,7%	6,5%

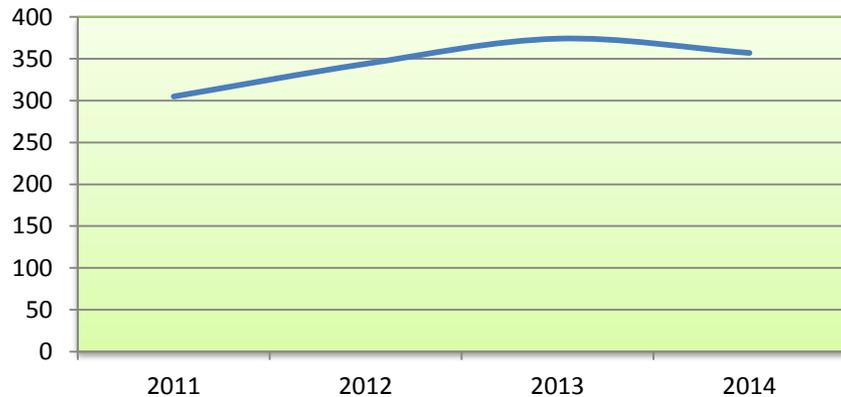


**DATOS PAIME
2010-2014**

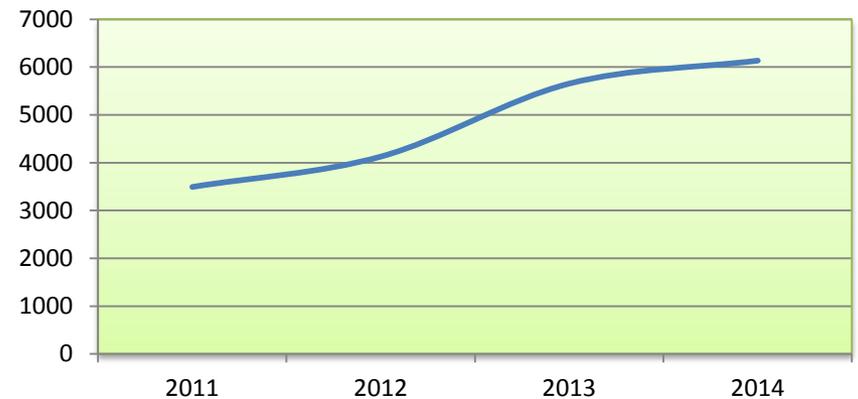
ACTIVIDAD ASISTENCIAL

	2011	2012	2013	2014
Nº Primeras visitas	351	313	374	357
Nº Revisiones	3494	4128	5654	6134

Nº Primeras visitas



Nº Visitas sucesivas



Nº derivaciones para ingreso hospitalario	A unidad PAIME de Barcelona	A otros centros
2011	143	10
2012	96	9
2013	71	9
2014	69	9

Estancia media de días de ingreso en las Unidades de Internamiento

2011	38,1
2012	31,7
2013	23,4
2014	31,7

Cambios en la situación laboral de los pacientes del total de casos atendidos

	2011-2012	2013	2014
Nº de pacientes en bajas laborables (ILT desde 1 de enero al 31 de diciembre)	87	90	103
Duración media de las ILT en cada caso	168,6	149,31	91,05



**DATOS PAIME
2010-2014**

**EL PACIENTE
DIFÍCIL**

Casos complicados

	Nº de casos con riesgo para la praxis	Nº de casos con conflictos en el entorno laboral	Nº de casos que han cambiado de centro de trabajo
2011-2012	29	22	5
2013	20	35	6
2014	36	30	8



**DATOS PAIME
2010-2014**

**DATOS
ECONOMICOS**

Coste tratamiento ambulatorio PAIME (en €)

	2011	2012	2013	2014
Coste de primeras visitas (Media 60 E)	21.060	18.780	22.440	21.420
Coste seguimiento (Media 40 E)	127.560	151.360	211.200	231.080
TOTAL				252.500.-€

Nº derivaciones para ingreso hospitalario		coste
2011	153 x 6608	1.011.024 Euros
2012	105 x 6608	693.848 Euros
2013	80 x 6608	528.640 Euros
2014	78 x 6608	515.424 Euros

Estancia media de días de ingreso en las Unidades de Internamiento		Coste de cada ingreso
2011	38,1	8.063.9.- €
2012	31,7	6.709.3.- €
2013	23,4	4.952.6.- €
2014	31,7	6.709.3.- €

(El precio actual por día de estancia en la Clínica Galatea es de 211,65€)

Aportación de la FPSOMC al coste de los ingresos hospitalarios PAIME

PERIODO ANUAL	COSTE /€
2011	136.903,00.-€
2012	154.677,80.-€
2013	307.506,87.-€
2014	188.537,80.-€
TOTAL	787.625,47.-€

Aportación económica de las Comunidades Autónomas al PAIME



SIN SUBV.
SUB.TOTAL
SUB. PARCIAL

*De los convenios indicados con subvención, ésta puede recaer sobre los ingresos en clínica PAIME, sobre los tratamientos ambulatorios que se dispensa desde los clínicos PAIME de los colegios o sobre ambas modalidades.

VI Congreso PAIME

Cáceres, 16 y 17 de Abril de 2015

Complejo Cultural San Francisco



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

OMC



Organización Médica Colegial
Defensa de los Derechos de los Médicos



Cuidando de ti,
Cuidando de todos



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

La gestión del PAIME en la situación actual de crisis

La experiencia de la Galatea

Antoni Arteman Jané

VI Congreso PAIME

Cuidando de ti, cuidando de todos

Cáceres, 16 y 17 de Abril de 2015

Cuestiones previas

Desde los inicios del PAIMM en 1998

- El motivo principal, la razón de ser del programa es la protección de la salud de la población general.
- No fuera sólo para los colegiados de Barcelona si no para todos los de Catalunya.
- No fuera sólo para médicos, si no para todos los profesionales sanitarios.
- Gestión separada de la del COM.
- Evaluación máxima continua.

Difusión en España y el extranjero

Cuanto más extenso, más fuerte

- Presentación en la Asamblea de Presidentes de la OMC y en el Consejo Interterritorial en 1999.
- Visitas informativas a casi todas las CCAA:
 - Baleares 2000, Bilbao 2004, Ciudad Real 2002, Córdoba 2001, Madrid 2001, Pamplona 2000, Pontevedra 2001, Santander 2005, Valencia 2001, Zaragoza 2002...
- Participación activa en los congresos nacionales.
- Presencia en congresos internacionales.

Cierta consistencia del proyecto

A mediados – finales de los 2000

- Hasta aquel momento:
 - La Generalitat subvencionaba una gran parte del proyecto y los Colegios Profesionales el resto.
 - Al principio del acuerdo era 80% – 20%.
 - Pero gradualmente se ha pasado a un 60% – 40%.
- Cuando la actual crisis estalló de lleno, el gran peligro era la subvención de 1.366.765'19 € que corría el riesgo de desaparecer.

El Decreto de creación del SISCAT

La unificación de las cuatro redes de servicios

- El Decreto 196/2010 de creación del Sistema Integrado de Servicios de Salud de financiación pública integró:
 - La XHUP, red de hospitales generales.
 - La APS, atención primaria de salud.
 - La red de salud mental y atención a las drogodependencias.
 - La red socio-sanitaria.
- Los servicios privados concertados de internamiento hospitalario de utilización pública no salieron a concurso y fueron integrados mediante contratos temporales en años posteriores.

El contrato con el CatSalut (1)

Los requisitos para el acuerdo

- Que el importe final no superara el de la subvención.
- Que los precios a aplicar fueran los públicos para los servicios de salud mental.
- Que atendiera a los profesionales sanitarios cuyos colegios profesionales se comprometieran al control del ejercicio de los casos difíciles o complejos.
- Que se aplicara gratuitamente sólo a los profesionales sanitarios de la comunidad autónoma.

El contrato con el CatSalut (2)

Las peculiaridades del acuerdo

- Los servicios serían suprasectoriales, es decir para todo el territorio de Cataluña.
- Los pacientes podrían acceder:
 - Directamente a través de la FG.
 - Derivados por cualquier centro o servicio sanitario de Cataluña, público o privado.
- Se revisarían las medidas de protección de los datos personales y de la confidencialidad de la información clínica para aplicar los requisitos de facturación del CatSalut.

El contrato con el CatSalut (3)

Tres líneas de servicio y 2 programas especiales

- Internamiento: 9 camas de Patología Dual.
- Hospitalización Parcial: 15 plazas de Hospital de Día de Salud Mental.
- Atención ambulatoria: 1 Centro de Salud Mental de Adultos.
- 2 Programas Especiales:
 - Atención a los Trastornos Mentales Graves, para nosotros serian los casos difíciles o complejos de riesgo para el ejercicio profesional.
 - De reinserción laboral y social de los profesionales sanitarios enfermos complejos.

El contrato con el CatSalut (4)

La evaluación

- Cumplimiento de los parámetros de compra.
 - 90 % de la tarifa.
- Cumplimiento de los Objetivos de Salud del contrato específicos para cada centro:
 - 10 % restante de la tarifa pagadero al finales de año.
 - Gestión de los casos difíciles.
 - Bajas de los programas por jubilación y incapacidad permanente.
 - Adecuación de Objetivos Generales del CatSalut:
 - Receta electrónica.
 - Historia Clínica Compartida.
 - Código Riesgo Suicidio:

Otras aportaciones económicas (1)

Las donaciones a la FG

- En 2014 los colegios profesionales presentes en la FG donaron a la misma 439.547' - €.
- Además, otras dos entidades sin afán de lucro de ámbito catalán y presentes en el Patronato de la FG también donaron:
 - Mutual Médica de Cataluña y Baleares: 40.000' - €
 - Asistencia Sanitaria Colegial: 37.882' - €.
- Un 60 % es éstas donaciones se destinaron a la CG para complementar la calidad asistencial de todos sus servicios en general.

Otras aportaciones económicas (2)

La venta de servicios de la CG

- Servicios de Internamiento de hasta un total de 6 camas de la CG para los médicos enfermos de los PAIME de otras CCAA gracias al último convenio firmado con la FPHMPSPA el año 2011.
 - Aplicando los mismos programas clínicos que los PSE de Cataluña.
- Servicios de Internamiento en hasta un total de otras 6 camas para aquellos profesionales que accedan a la CG por vía privada:
 - P. Sanitarios: aplicando los mismos programas clínicos que los PSE de Cataluña y resto de CCAA.
 - P. no sanitarios (jueces, pilotos, deportistas de élite, religiosos...): aplicando programas clínicos diferenciados, propios y específicos.

¡MUCHAS GRACIAS!

PROGRAMA PAIME [HTTP://PAIMM.FGALATEA.ORG/ES/HOME_CAST.PHP](http://PAIMM.FGALATEA.ORG/ES/HOME_CAST.PHP)
FUNDACIÓN GALATEA [HTTP://WWW.FGALATEA.ORG/CAST/HOME_CAST.PHP](http://WWW.FGALATEA.ORG/CAST/HOME_CAST.PHP)
CLÍNICA GALATEA [HTTP://WWW.CLINICA-GALATEA.COM/ES/](http://WWW.CLINICA-GALATEA.COM/ES/)

TELÉFONO: **902 362 492**



ESTRATEGIAS DE CONSOLIDACIÓN Y EXTENSIÓN DEL PAIME

VI CONGRESO NACIONAL DEL PAIME

CACERES 2015

Serafín Romero Agüit





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



FILOSOFICO CONCEPTUAL

ORGANIZATIVO

DIFUSIÓN

EL PAPEL DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS

CIENTIFICO-TECNICO

FINANCIACIÓN



FILOSOFICO CONCEPTUAL

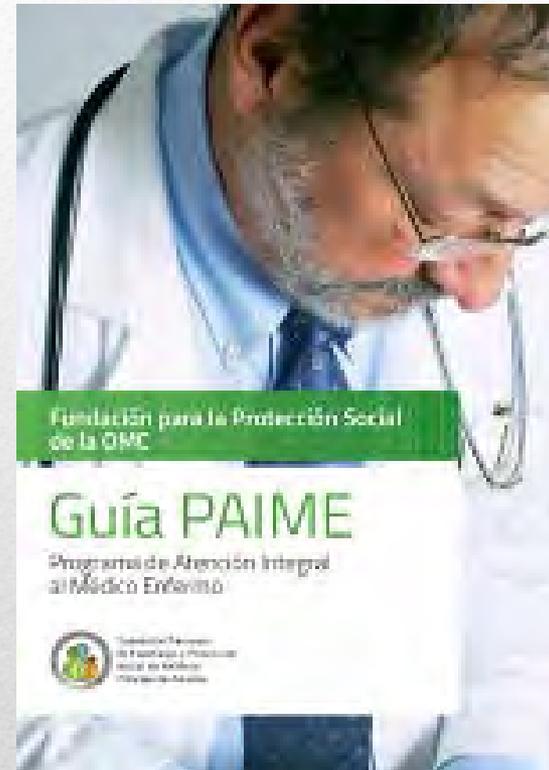


- **Programa de los Colegios de Médicos.**
- **Para el cumplimiento de deberes deontológicos.**
- **Muestra de nuestra responsabilidad social.**
- **Justificación incontestable de la necesidad de la colegiación universal.**
- **Único y pionero en nuestro entorno profesional y referente para otras profesiones.**

FILOSOFICO CONCEPTUAL

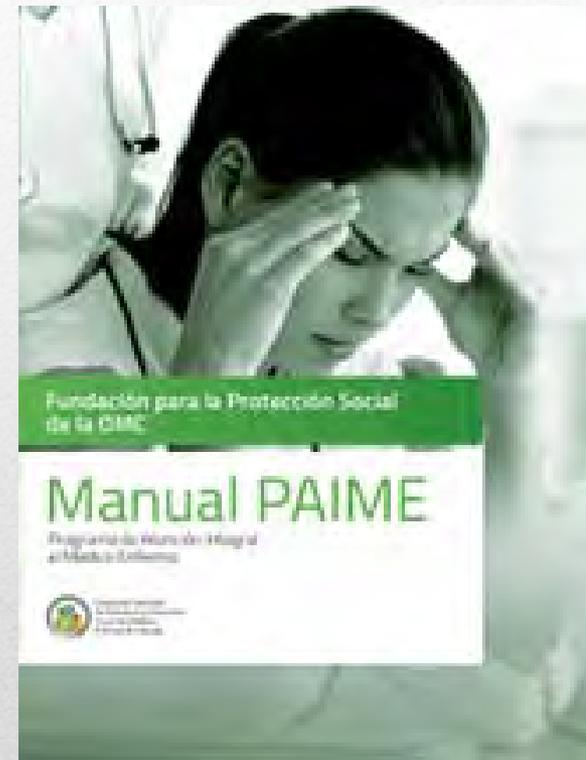


- **GUIA DEL PAIME**



FILOSOFICO CONCEPTUAL

- **MANUAL DEL PAIME**



FILOSOFICO CONCEPTUAL

ORGANIZATIVO



- **COLEGIOS DE MEDICOS**
- **CONSEJOS AUTONOMICOS**
- **COMISIÓN NACIONAL DEL PAIME**

ORGANIZATIVO



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



ORGANIZATIVO



- **Desarrollar los criterios que permitan una estandarización consensuada de la actividad y de la calidad de la misma, así como de los diferentes Programas existentes, y establecer de forma transparente unos criterios comunes de homologación y registro sistemático de los datos de todos los PAIME**

**ORGANIZATIVO.
COMISION NACIONAL**



- **Sistematizar respuestas ante situaciones de riesgo y en casos de pacientes difíciles.**
- **Peritaciones cruzadas entre Colegios de Médicos.**

**ORGANIZATIVO.
COMISION NACIONAL**



- **Promover actividades encaminadas a mantener y mejorar la financiación del programa y de sus actividades.**
- **Promover la formación medica en aspectos relacionados con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mental y/o adictiva en el medico. Impulsar la investigación**

ORGANIZATIVO.
COMISION NACIONAL



DIFUSIÓN



OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA
COLEGIAL



DE ESPAÑA

DIFUSIÓN INTERNA



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

- **A nuestra propia organización.**
- **A nuestros colegiados**



DIFUSIÓN. INTERNA



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

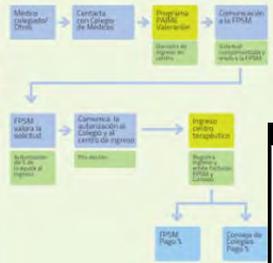


Asistencia sanitaria, atención social, apoyo legal y asesoramiento laboral

CUIDAR LA SALUD DEL MÉDICO ES CUIDAR LA SALUD DE TODOS

Se calcula que uno de cada diez médicos sufre, o puede sufrir, algún episodio relacionado con enfermedades producidas o agravadas activas a lo largo de su carrera profesional. La repercusión en su día a día, tanto a nivel social como profesional, es muy negativa. El PAIME es un programa de médicos para médicos, basado en una amplia experiencia internacional sobre el tema, creado para superar los problemas que los médicos ven como pacientes y facilitarlo para ayudar cuando detectan un problema en la capacidad de juicio o en la habilidad técnica. Cuenta con apoyos terapéuticos, metodológicos de actuación y asesoramiento legal.

PARTICIPACIÓN DE LA FUNDACIÓN EN EL PAIME



Fundació GALATEA



PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO (PAIME)

consulte sus características en la página <http://www.colegiosmedicoscastillayleon.com/>

UNICO TELÉFONO PARA TODA LA COMUNIDAD
628 79 37 93

CONSEJO DE COLEGIOS MÉDICOS DE CASTILLA Y LEÓN



Junta de Castilla y León



EL PACIENTE ERES TÚ

El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) se dirige a médicos colegiados en activo con patologías de tipo psíquico y/o afectivo. Es un programa colegial que se fundamenta en los contenidos del Código de Deontología Médica de la OMC Julio 2011 que en su Capítulo IV de la Calidad de la Atención Médica, Artículo 22, garantiza la buena praxis profesional. Ofrece asistencia sanitaria, atención social, apoyo legal y asesoramiento laboral con objeto de favorecer su rehabilitación y ayudarle a desarrollar su profesión en las mejores condiciones para él y las máximas garantías para sus pacientes.

Fundación para la Protección Social de la OMC

Solidaridad y ayuda para los médicos y sus familias

Desde 1913 la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias, sercop de la protección social de sus socios doctores y sus familias, tanto médicos colegiados como personal de los Colegios Provinciales de Medicina y del CCQM.

Bajo el patronato de la OMC y tutelada por el Protectorado que aprueba el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Fundación ofrece al profesional diferentes prestaciones recogidas en su catálogo anual. Hay más de 3.000 beneficiarios distribuidos de ellas.



Fundación para la Protección Social de la OMC

PAIME/ Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

De médico a médico



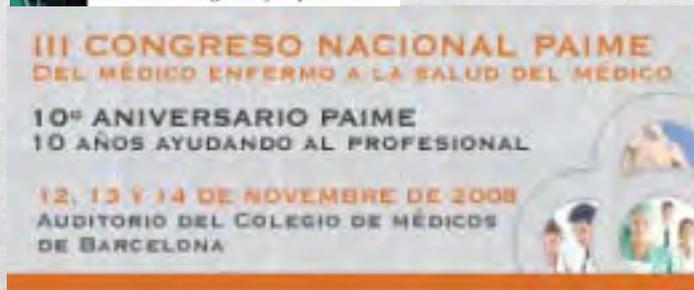
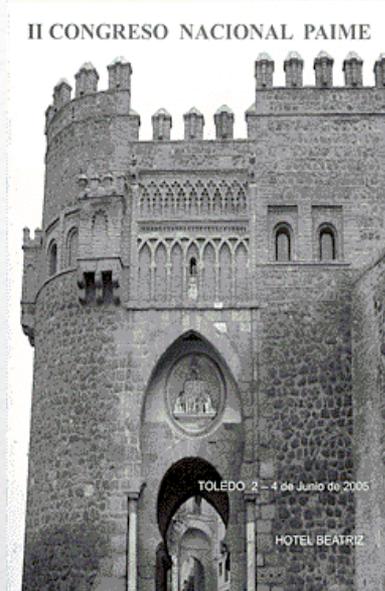
PAIME CLM

PLAN DE AYUDA INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO DE CASTILLA LA MANCHA

DIFUSIÓN. Marketing



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



DIFUSIÓN. Congresos



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



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



Servicio Andaluz de Salud
**CONSEJERÍA DE IGUALDAD,
SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES**

~~DIFUSIÓN EXTERNA~~



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

- **Gobiernos y Administraciones Sanitarias.**
- **Ámbitos europeos e internacionales**
- **Profesiones**
- **Asociaciones de pacientes.**
- **Sociedad**

DIFUSIÓN. EXTERNA



- **El PAIME atiende patologías no cuantitativamente importantes, pero si cualitativamente, por las consecuencias derivadas de su no atención**

DIFUSIÓN. Puntos fuertes



- **La integridad del PAIME, no solo es un programa asistencial, sino que se sustenta en la prevención, la promoción y, lo que es mas importante, en la rehabilitación y reincorporación, si es posible, del profesional a su puesto de trabajo.**

DIFUSIÓN. Puntos fuertes



- **El PAIME nace desde la profesión médica, que asume su responsabilidad emanada de nuestro propio Código de Deontología Médica.**

DIFUSIÓN. Puntos fuertes



- **El PAIME tiene como objetivo final garantizar la buena praxis, garantizando el mejor estado de salud del medico.**

DIFUSIÓN. Puntos fuertes



- **El PAIME tiene como características imprescindibles la confidencialidad, la especificidad y el anonimato de sus intervenciones.**

DIFUSIÓN. Puntos fuertes





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



FIEM Foro Iberoamericano de Entidades Médicas

Confemel Conferencia Médica Latinoamericana y del Caribe

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL

INICIO **CONFEMEL** **CGCOM** **Ordem dos Médicos** **Encuentros FIEM**

Menú Principal

- Países Miembros
- Documentación
- Noticias
- Galería
- Agenda

Events

« Abril 2015 »

Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
		1	2	3	4
6	7	8	9	10	11
13	14	15	16	17	18
20	21	22	23	24	25
27	28	29	30		

Inicio

Aprobadas por unanimidad las propuestas presentadas por la OMC en el FIEM

Mayo 13th, 2013 | adminFIEM

Las propuestas de la Organización Médica Colegial (OMC) relativas a la elaboración de una Guía de Ética Médica para Iberoamérica; la implementación en países iberoamericanos de programas de atención integral al médico enfermo; y la creación de un observatorio internacional sobre "Tráfico de menores y adopciones ilegales" han sido aprobadas por unanimidad durante el VI Encuentro del Foro Iberoamericano de Entidades Médicas (FIEM)

Buscar en este sitio:

Buscar

Certificado de idoneidad. PROPUESTA DE MODELO

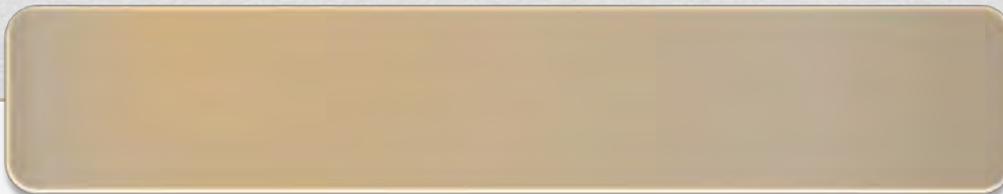
"PROPUESTA DE MEDIDA DE CERTIFICACIÓN DE SOLIDARIDAD PROFESIONAL EN FAVOR DE OROSCO"

Visualizar aquí.



DIFUSIÓN. Ámbito Internacional

EL PAPEL DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS



- **Las Administraciones Publicas deben garantizar a los profesionales de la Sanidad el acceso a estos servicios, asegurando la confidencialidad.**

EL PAPEL DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS



- **Es imprescindible en el marco de negociación con las Administraciones Públicas incluir la creación de la Comisiones de Seguimiento de Casos PAIME que deberían estar formadas por responsables de los Gabinetes de Salud Laboral, IT y técnicos del PAIME**

EL PAPEL DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS



- **Dentro del acuerdo colaborativo con las Administraciones Públicas se deben incluir el apoyo a estudios de investigación en el ámbito de la salud de los profesionales sanitarios, formación medica continuada para casos en rehabilitación y políticas de recursos humanos específicas.**

EL PAPEL DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS



- **La financiación de los programas PAIME debería corresponder en su mayor parte a las Administraciones Públicas, ya que el objetivo del programa no solo es mejorar la salud del médico, sino también la calidad de los servicios sanitarios y, sobre todo, proteger la salud de los ciudadanos**

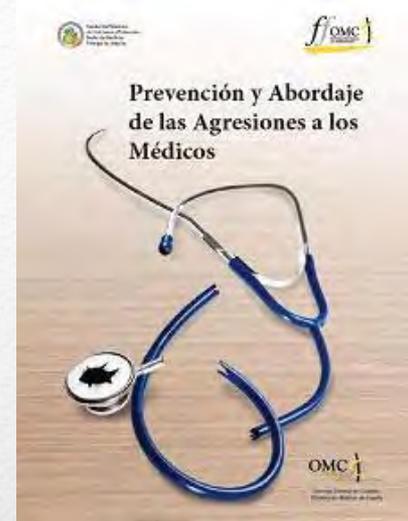
EL PAPEL DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS



CIENTIFICO-TECNICO



- **El PAIME tiene que seguir afianzando sus acciones de promoción y protección de la salud del medico, así como en la investigación**



CIENTIFICO TECNICO



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

- **Etapas como el grado y la formación MIR, la mujer médico, la prejubilación, las características de algunas especialidades, etc. deben ser áreas especiales de atención e investigación.**

CIENTIFICO TECNICO



I JORNADAS CLÍNICAS PAIME



Madrid, 25 y 26 de enero de 2013

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



II JORNADAS CLÍNICAS PAIME



Madrid, 28 y 29 de noviembre de 2014

Vista del Comercio de Madrid
y Plaza EL 28004 - Madrid



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

CIENTIFICO TECNICO



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

FINANCIACIÓN



- **La financiación de los programas PAIME debería corresponder en su mayor parte a las Administraciones Públicas, ya que el objetivo del programa no solo es mejorar la salud del médico, sino también la calidad de los servicios sanitarios y, sobre todo, proteger la salud de los ciudadanos**

FINANCIACIÓN.

ADMINISTRACIÓN SANITARIA





FINANCIACIÓN. ADMINISTRACIÓN SANITARIA



- **Colegios de Médicos.**
- **Consejos Autonómicos de Colegios de Médicos.**
- **CGCOM. Fundación de Protección social de la OMC.**

FINANCIACIÓN. COLEGIOS



- **Colegiados**
- **Mecenas**
- **Convenios otras profesiones sanitarias y no sanitarias**
- **Derivados de la actividad formativa específica y/o investigadora**

FINANCIACIÓN. OTROS





- LUGAR DE CELEBRACIÓN: Complejo Cultural San Francisco



Ubicado en el antiguo conventual de San Francisco, sus instalaciones acogen las dependencias de la Institución Cultural “El Brocense”, destinadas principalmente a la realización de congresos y actividades culturales. El inicio de este magnífico edificio data de 1472.

El complejo arquitectónico se estructura entorno a cuatro claustros y una importante iglesia de dimensiones catedralicias que hoy alberga el auditorio, sala principal del complejo.

El Complejo está completamente adaptado con las últimas tecnologías para la celebración de todo tipo de eventos, dispone de 5 salas de reuniones, incluido el Auditorio, con una capacidad total de 1.220 personas. Cuenta además con un amplio aparcamiento para coches y autobuses.





VI Congreso
PAIME
Cáceres, 16 y 17 de Abril de 2015



-  H. Extremadura
-  H. Ágora
-  CC San Francisco
-  COM Cáceres

**CIUDAD
MONUMENTAL DE
CÁCERES,
PATRIMONIO DE LA
HUMANIDAD**



CENTRO DE CIRUGÍA DE MÍNIMA INVASIÓN JESÚS USÓN



El Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón (CCMIJU) de Cáceres es una institución dedicada a la formación e investigación de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas. Sus fines primordiales son la promoción de la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico en ámbito sociosanitario.

El 7 de julio de 1986 se celebra el concurso a la Cátedra de Patología Animal de la Universidad de Extremadura que obtiene brillantemente el Dr. Usón, entonces Profesor Titular de Cirugía de la Universidad de Zaragoza. El hecho de abrir al público un Servicio de Cirugía Veterinaria, sin contar con infraestructura física representaba ya un considerable desafío. Se comenzó con dos cursos de ámbito nacional, uno de microcirugía y endoscopia y un curso práctico de anestesia en équidos, orientados a los especialistas de cirugía humana que precisaban entrenamiento y enseñanza de técnicas especiales.

De aquí cobró fuerza la idea de promover en Extremadura un centro de enseñanza e investigación como el que proponía el Dr. Usón y en 1995 fue construido el primer Centro de Cirugía de Mínima Invasión dotado del equipamiento requerido, pero insuficiente para el crecimiento que experimentaría en pocos años. De ahí que en 1998 se proyectara la construcción de un segundo edificio de mayores dimensiones y con más capacidad, donde se trabaja actualmente.

Con una superficie de 20.200m², el CCMIJU, se divide en cuatro zonas diferenciadas: área quirúrgica, área administrativa, zona de eventos y congresos, y área residencial.





 VI Congreso **PAIME**
Cáceres, 16 y 17 de Abril de 2015
Complejo Cultural San Francisco



Cuidando de ti,
Cuidando de todos



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



**TALLER 1: *Implementación PAIME
colegial***



VI Congreso PAIME

Cáceres, 16 y 17 de Abril de 2015

Complejo Cultural San Francisco

Cuidando de ti,
Cuidando de todos



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



Consejo General de Colegios
Oficiales de Médicos de España



ASOCIACIÓN DE MÉDICOS
DE ESPAÑA

TALLER

IMPLEMENTACIÓN DEL PAIME COLEGIAL

Ponentes



J.J. Aliende Miranda
Coordinador PAIME
Castilla-León



Carmen Bule Arbiol
PAIME Clínica
Galatea



Evelio Robles Agüero
Coordinador PAIME
COM Cáceres



1. CONCEPTUALIZACIÓN

2. ORGANIZACIÓN DE UNIDAD PROVINCIAL

3. ORGANIZACIÓN DE UNIDAD AUTONÓMICA

4. DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN

5. COORDINACIÓN

6. CASOS CLÍNICOS

7. CONCLUSIONES

Implementación
PAIME colegial

1. CONCEPTUALIZACIÓN

FINALIDAD

CARACTERÍSTICAS

ESTRUCTURA

Finalidad

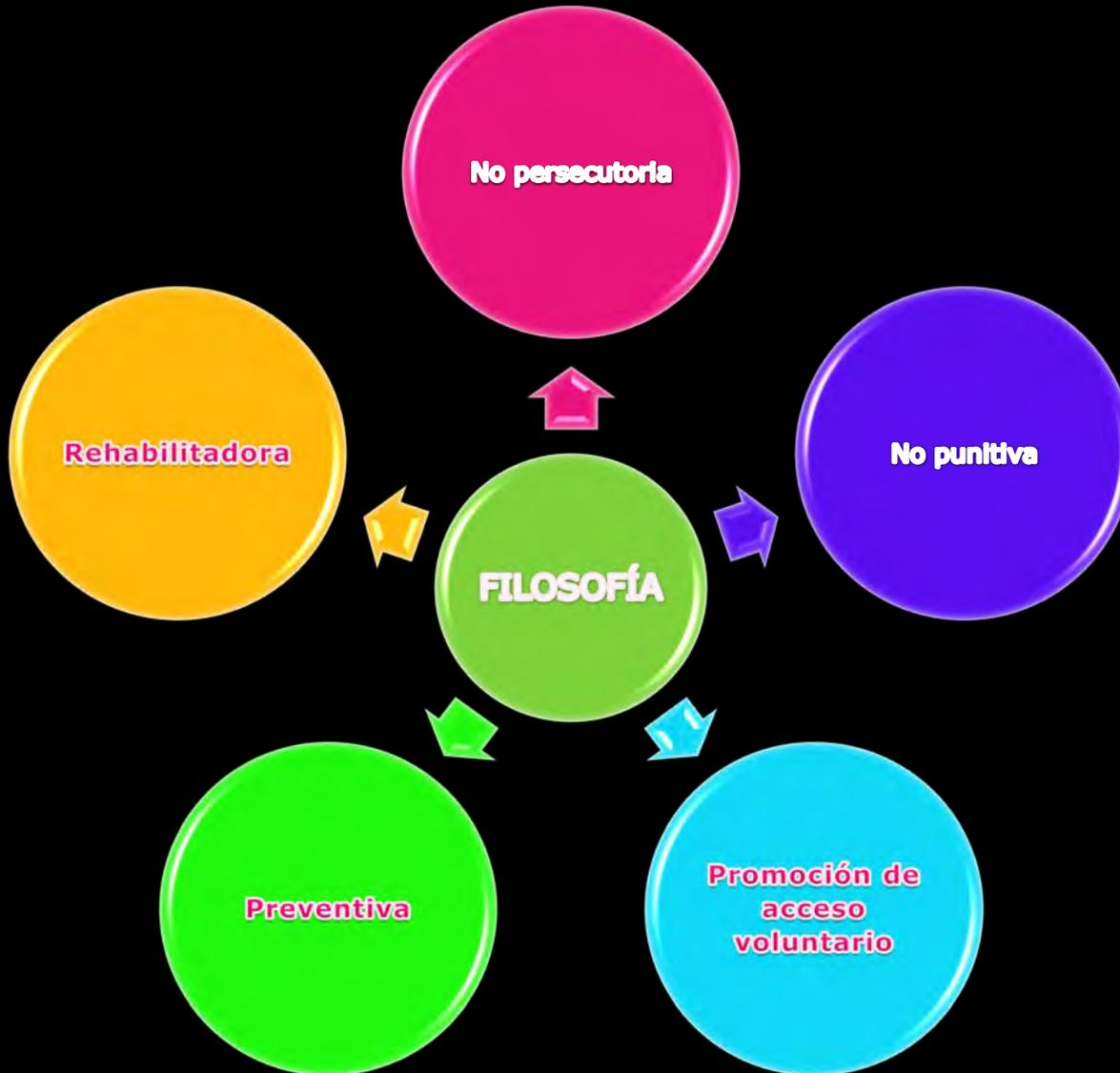
Asistir integralmente a los médicos que padecen problemas psíquicos y/o conductas adictivas



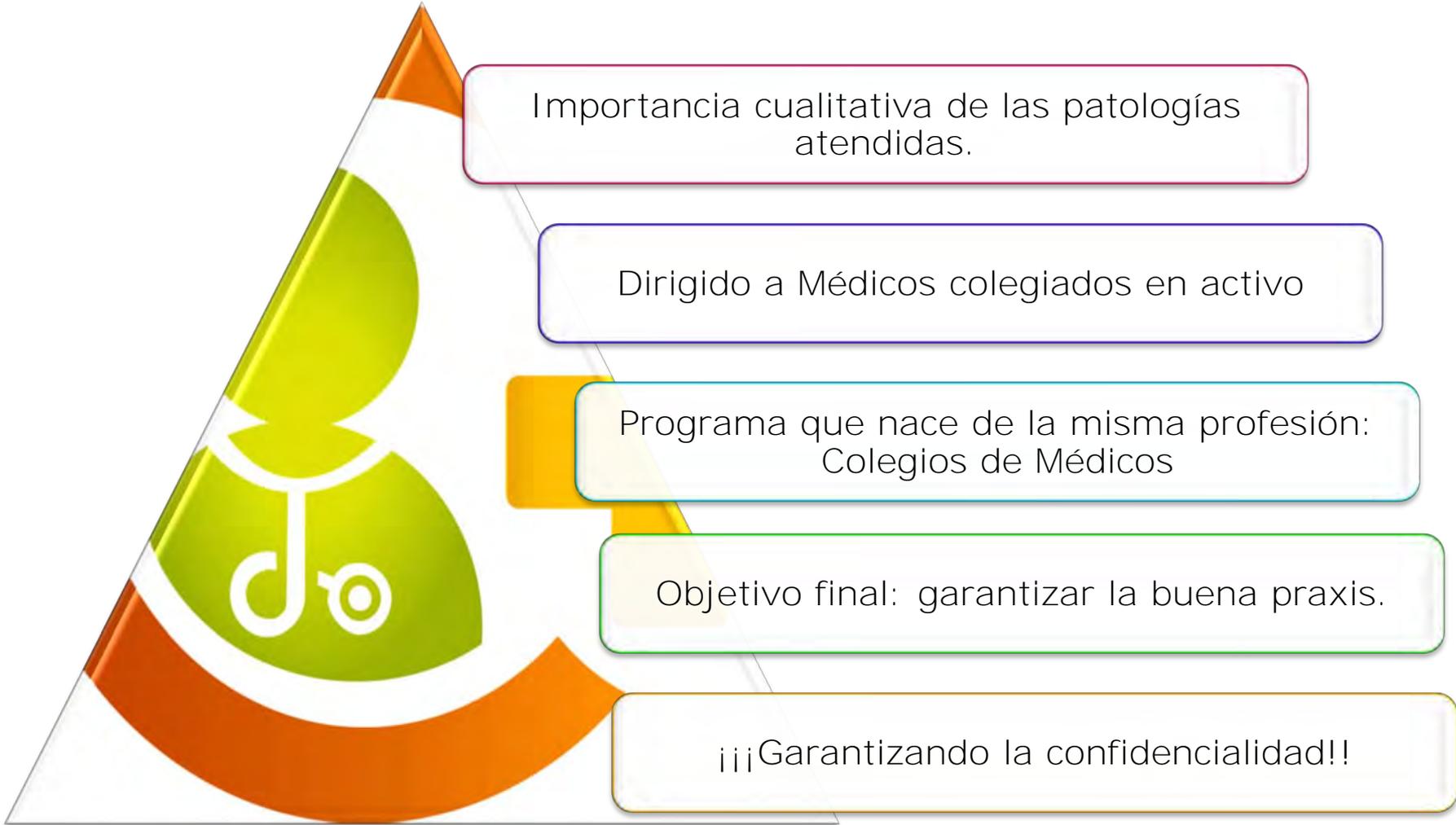
Asegurar que reciban el tratamiento necesario, y puedan ejercer la medicina en las mejores condiciones



Garantizar a la población general la buena praxis de los profesionales médicos



Características



Importancia cualitativa de las patologías atendidas.

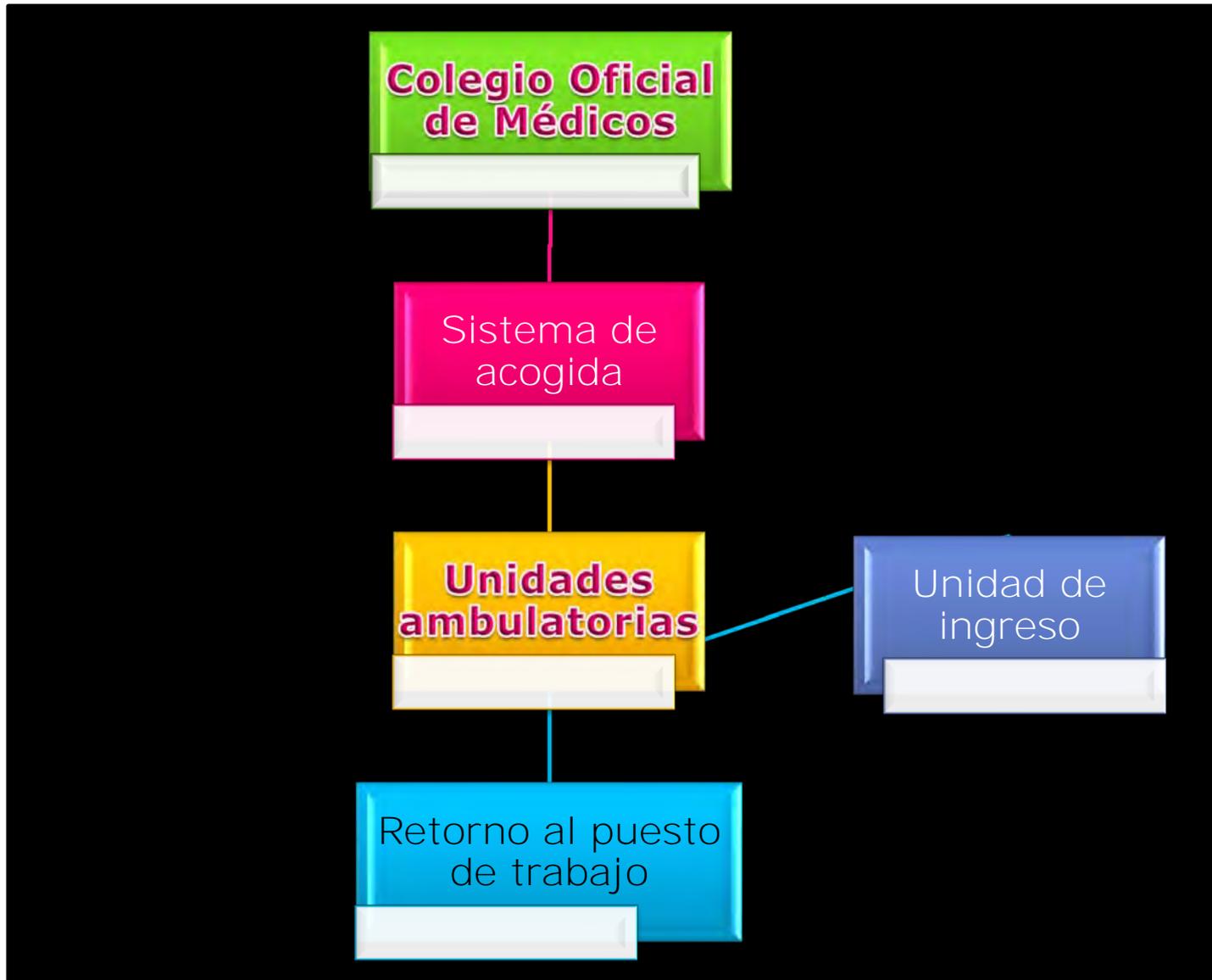
Dirigido a Médicos colegiados en activo

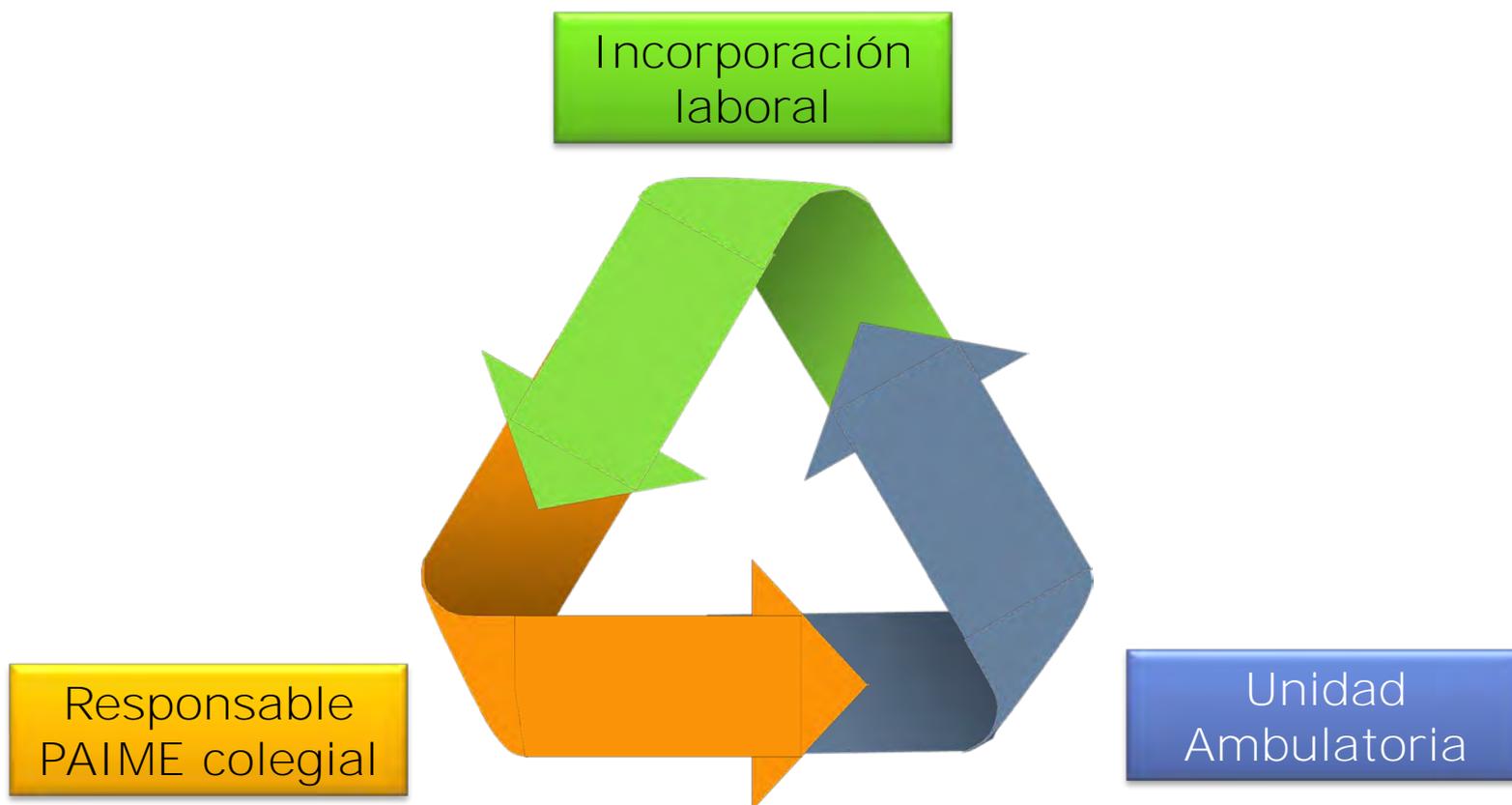
Programa que nace de la misma profesión:
Colegios de Médicos

Objetivo final: garantizar la buena praxis.

¡¡¡Garantizando la confidencialidad!!

Estructura del programa





2. ORGANIZACIÓN DE UNIDAD PROVINCIAL



Punto de asistencia



Difusión del Programa



Gestión de 1ª llamada



2. ORGANIZACIÓN DE UNIDAD PROVINCIAL



Punto de asistencia



Difusión del Programa



Gestión de 1ª llamada



Punto asistencia

Utilización de la red asistencial privada

Selección de psiquiatras y psicólogos con experiencia en adicciones

Atención en horario de máxima privacidad

Relación/convenio con Colegio y Administración

Gestión de ingresos coordinado con responsable de Colegio

Seguimiento y evaluación conjunta con responsable de Colegio

Oferta actividad asistencial

Tratamiento ambulatorio

- Primeras visitas.
- Revisiones
- Ttos farmacológicos
- Ttos psicológicos

Controles toxicológicos

- Si procede

Criterios y protocolo de derivación

- Clínica Galatea
- Unidad de Agudos
- Comunidad terapéutica

Esquema de funcionamiento

Entrada

Teléfono
Secretario/O.M.

Demanda
voluntaria

Equipo
Unidad Ambulatoria
PAIME

Médico
enfermo:
-Tr. Mental
-Tr. adictivo

Comunicación
Confidencial
3ª persona

Detección en
lugar de trabajo

Denuncia
formal.
-Secretario COM

Tratamiento

Entrevista
acogida

Implicaciones
laborales

Información
del programa

Consentimiento
informado

*Confidencialidad

Tratamiento y
seguimiento ambulatorio
-derivación a psicólogo

Posibilidad de derivación a
Unidad de internamiento
PAIME Barcelona
CLÍNICA GALATEA

Salida

Alta administrativa:
-ILP
-Inhabilitación
-Jubilación
-Cambio domicilio
-Expulsión

Derivación
a otros
recursos

Alta médica:
-Curación
-Derivación a otro dispositivo
-Alta voluntaria

Alta con seguimiento

Abandono

RETORNO
AL PUESTO
DE TRABAJO

Comisión de seguimiento de casos

2. ORGANIZACIÓN DE UNIDAD PROVINCIAL



Punto de asistencia



Difusión del Programa

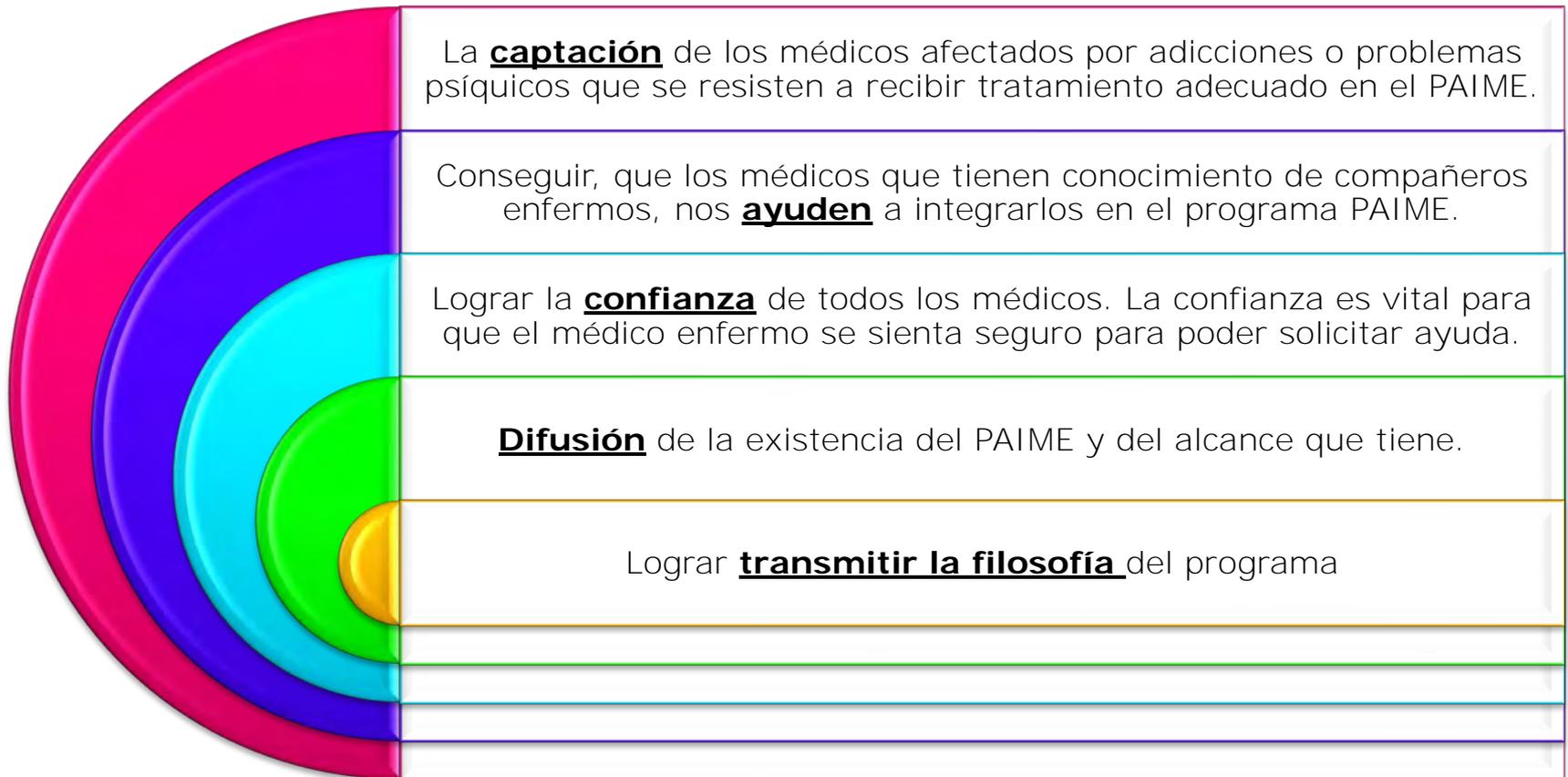


Gestión de 1ª llamada



Difusión del programa

¡¡ Los RETOS del PAIME!!!



Difusión del programa



Presentación del Programa en centros de salud, hospitales, mutuas



Edición y envío de un **folleto informativo**



Información en **boletines y revistas colegiales**.



Información en la **Web** del Colegio, Consejos Autonómicos, OMC y Consejerías de salud.



Relación con **otros dispositivos** (Psiquiátricas y de Drogodependencias, Servicios de Salud Laboral, Unidades Docentes, etc.)

Difusión del programa

Fundación para la Protección Social de la OMC

Solidaridad y ayuda para los médicos y sus familias

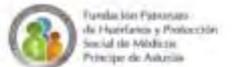
Desde 1917 la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias, se ocupa de la protección social de sus socios donantes y sus familias, tanto médicos colgados como personal de los Colegios Provinciales de Médicos y del CCGCOM.

Bajo el patrocinio de la OMC, y tutelada por el Protectorado que ejerce el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Fundación ofrece al profesional diferentes prestaciones recogidas en su catálogo anual. Hoy más de 3.800 beneficiarios disfrutan de ellas.



Fundación para la Protección Social de la OMC

PAIME/ Programa de Atención Integral al Médico Enfermo
De médico a médico



Calle Castellana, 10,
28014 Madrid
Tel. 91 431 72 80
patronato.huermanos@fphomc.es

www.fphomc.es
@fphomc



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

PAIME CLM

PLAN DE AYUDA INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO DE CASTILLA LA MANCHA

En general, los médicos no somos muy buenos pacientes. Nos cual sea el problema de salud que padecemos, pero en estos casos aún es más difícil que la relación médico-paciente funcione como es debido. Muy a menudo se dan casos de visitas de pasillo o de teléfono, incompetencias e inconsulta, incumplimientos de prescripciones y muchas otras vicisitudes que imposibilitan que el tratamiento sea eficaz.

Cuando los médicos enfermos no acceden al sistema como el resto de la población.

Si a este fenómeno le añadimos además que el problema de salud es de tipo mental y/o adictivo, entonces, de manera sistemática, estos enfermos ocultan el problema, no piden ayuda e intentan seguir trabajando como si nada sucediera.

Esto hecho repercute dramáticamente en su entorno familiar y profesional, generando negligencias y mala praxis, con el evidente riesgo para la salud de la población atendida por estos profesionales, y con un mayor número de quejas, denuncias y conflictos laborales.

Es por tanto una obligación de los Colegios Profesionales establecer procedimientos de control profesional que aseguren que estos casos reciban la ayuda pertinente y no representen ningún riesgo para la salud de la población atendida por ellos, protegiendo al máximo la confidencialidad.

¿Qué es PAIME?

El programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) es un programa para profesionales sanitarios, con problemas psicológicos y/o conductas adictivas que puedan interferir en su práctica profesional.

Es un programa orientado a la asistencia sanitaria y a la recuperación de estos médicos para que puedan volver a ejercer la medicina en óptimas condiciones para con sus pacientes.

Se trata de un programa de ayuda, tratamiento, rehabilitación e integración. Está subvencionado y garantiza una ABSOLUTA CONFIDENCIALIDAD. El programa consta de un sistema de acogida y seguimiento de los casos, en condiciones de confidencialidad.

Lo integran unos servicios ambulatorios de psiquiatría específicos para médicos enfermos.

Finalmente, y sólo en los casos necesarios de un sistema de derivación de ingreso hospitalario en la Unidad PAIME de Barcelona.



¿Cuáles son los servicios del Programa?

Los servicios son íntegros y subvencionados para los médicos de Castilla La Mancha son: Asistencia sanitaria, Atención social, Soporte legal y asesoramiento laboral.

La asistencia médica se lleva a cabo en las consultas destinadas al PAIME, situadas en un entorno confidencial, que tan sólo se comunican a los usuarios en el momento que precisan acceder a las mismas. El acceso a estos servicios se realiza con un nombre supuesto diferente del verdadero. La confidencialidad está siempre garantizada.

¿Qué debo hacer al yo tengo el problema?

Ponerse en contacto cuanto antes con el programa, llamando al teléfono 651 555 256, que dispone de un contestador automático de uso exclusivo por el coordinador del programa.

A partir de la recepción de la llamada, se corresponde a un problema PAIME, se programa una primera visita con quien será tu médico especialista.

¿Qué debo hacer si el problema lo tiene un/a compañero/a?

Aconsejarse que se ponga cuanto antes en contacto con el teléfono confidencial 651 555 256. Explícite que el PAIME es un programa creado precisamente para ayudar en estos casos, tanto desde el punto de vista médico, como en el de apoyo y discreción.

¿Qué debo hacer cuando el médico enfermo no quiere recibir la atención correspondiente?

Si a pesar de estas sugerencias, el médico enfermo no se pone en manos de un especialista y puede comportar un cierto riesgo de mala praxis, el médico conocedor del problema tiene el deber deontológico de comunicarlo al Colegio de Médicos.

¿Qué debo hacer cuando soy el médico de un médico enfermo y estoy en un calligón sin salida?

Si no te hace caso, si hay incumplimiento terapéutico, si no progresa, si la relación es más de compañía que profesional... el PAIME puede ser una alternativa en la solución del problema del paciente.

Folletos informativos

Difusión del programa

 **Escuela médica** 
Revista de la Fundación del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cáceres



Noviembre n.º 44 - 2014

Revistas colegiales

PAIME

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

Si padeces o estás en riesgo de padecer un problema de adicciones o trastorno mental no dudes en ponerte en contacto directo y exclusivo con la Secretaría del Colegio de Médicos de Cáceres. e-mail: eveliobles@comeca.org

VI Congreso
PAIME

Difusión del programa



Web colegiales y de Consejos Autonómicos

Organigrama

El Organigrama del Consejo de Colegios Médicos Oficiales de Castilla y León consta de varios cargos encargados de la correcta Gestión del Organismo con el objetivo primordial de coordinar todas las actividades entre sus diferentes Colegios Médicos de Castilla y León.

Será la vía de comunicación entre sus diferentes Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León, y resolverá las acciones conjuntas necesarias para la buena práctica de la profesión médica.

Formulario de Agresiones a Médicos
Re llena el formulario pulsando aquí

Validación Periódica de la Colegiación

PAIME-CYL
(628 793 793)
El Médico Enfermo

Manual de Ética Médica

Noticias

Consulte las Noticias del CCOMCYL

Manténgase informado en todo momento.

Dr. Medico LUISA: "Objetivo, C. ética, profesionalidad y actitud ante el paciente"

¿Existe el derecho de los pacientes a conocer sus datos de salud?

Leer todas las noticias

medicos enfermos
seg. V. Consejo General

SECRETARÍA DEL CONSEJO AUTÓNOMO DE MÉDICOS DE CÁDIZ

Fundación Red de Colegios Médicos Oficiales

OMC
CODIGO DE ÉTICA DE LA PROFESIÓN MÉDICA

Sede de la Presidencia

Colegio de Médicos de León
Vila de Salamanca, 5 24003
Teléfono: 987 20 55 01
Fax: 987 20 55 02
www.colegiomédicosleón.es
medicosleon@colegioleon.com

Sede de la Secretaría

Colegio de Médicos de Doña
Av. de Meliana Vialto, 31,
40003
Teléfono: 979 23 23 26
Fax: 979 21 17 21
www.colegiomdca.es
comarca@colegio.es

Sede de la Tesorería

Colegio de Médicos de Zamora
Teléfono: 923 22 44 04
Teléfono: 980 03 16 20
Fax: 980 03 92 78
www.colegiomza.com
colegio@colegio.es

Ilustre COLEGIO OFICIAL de MÉDICOS de CÁCERES

¿Necesita un local para su consulta?

¿Aún no tienes PAGINA WEB?

Programa PAIME

El **PAIME** es el Programa de Atención al Médico enfermo, creado por el Colegio Oficial de Médicos de Cáceres bajo el auspicio de la Organización Médica Colegial, y en colaboración con la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura. Su finalidad es atender a los médicos que padezcan problemas psíquicos, y/o conductas adictivas con el fin de asegurar que reciban el tratamiento necesario y puedan ejercer la medicina correctamente.

El objetivo de este programa es garantizar la confidencialidad de los médicos que son tratados, que permita pedir ayuda profesional sin miedo a las posibles consecuencias de ser reconocido públicamente como médico enfermo.

La asistencia médica se lleva a cabo en la Unidad Clínica del PAIME, situada en un entorno confidencial, que tan sólo es accesible a los usuarios en el momento que precisan acudir a la misma.

Cuando un colegiado, familiar o compañero considere que tiene que ponerse en contacto con el Programa PAIME, puede contactar directamente con el Secretario General del Colegio de Médicos de Cáceres o a través del Oficial Mayor para concertar una cita personalizada, privada y confidencial. En el supuesto caso de tener conocimiento de que un compañero médico puede estar en estas circunstancias y puede comportar un cierto riesgo de mala praxis, deberá convencerse de la imperiosa necesidad de ponerse en tratamiento con un compañero especializado en estos problemas, bien sea a través del PAIME o privado. Si a pesar de esto el médico enfermo no se pone en tratamiento, el médico conocedor del problema tiene el deber deontológico de comunicarlo al Secretario General de su Colegio de Médicos.

D. Evaristo Flores Agüero
Secretario General del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cáceres

Se adjunta documento completo con más información sobre el Programa PAIME para su consulta.

2. ORGANIZACIÓN DE UNIDAD PROVINCIAL



Punto de asistencia



Difusión del Programa



Gestión de 1ª llamada



Gestión de 1ª llamada

¿Cómo contactar con el Programa?



E-mail



Teléfono



Atención
directa

Gestión de 1ª llamada

Entrevista de acogida: telefónica / personal



3. ORGANIZACIÓN DE UNIDAD AUTONÓMICA

Gestión inicial

Difusión del programa

Gestión de 1ª llamada

Financiación

Documentación

Relaciones PAIME

3. ORGANIZACIÓN DE UNIDAD AUTONÓMICA

Gestión inicial

Difusión del programa

Gestión de 1ª llamada

Financiación

Documentación

Relaciones PAIME

Gestión inicial

1 Acuerdo junta del Consejo Autonómico.

2 Redacción del documento del convenio.

3 Firma del convenio con la Consejería o Gerencia Regional de Salud.

4 Nombrar coordinador colegial y director técnico.

5 Crear puntos de asistencia ambulatoria.

6 Convenio con F. Galatea como unidad de ingreso.

3. ORGANIZACIÓN DE UNIDAD AUTONÓMICA

Gestión inicial

Difusión del programa

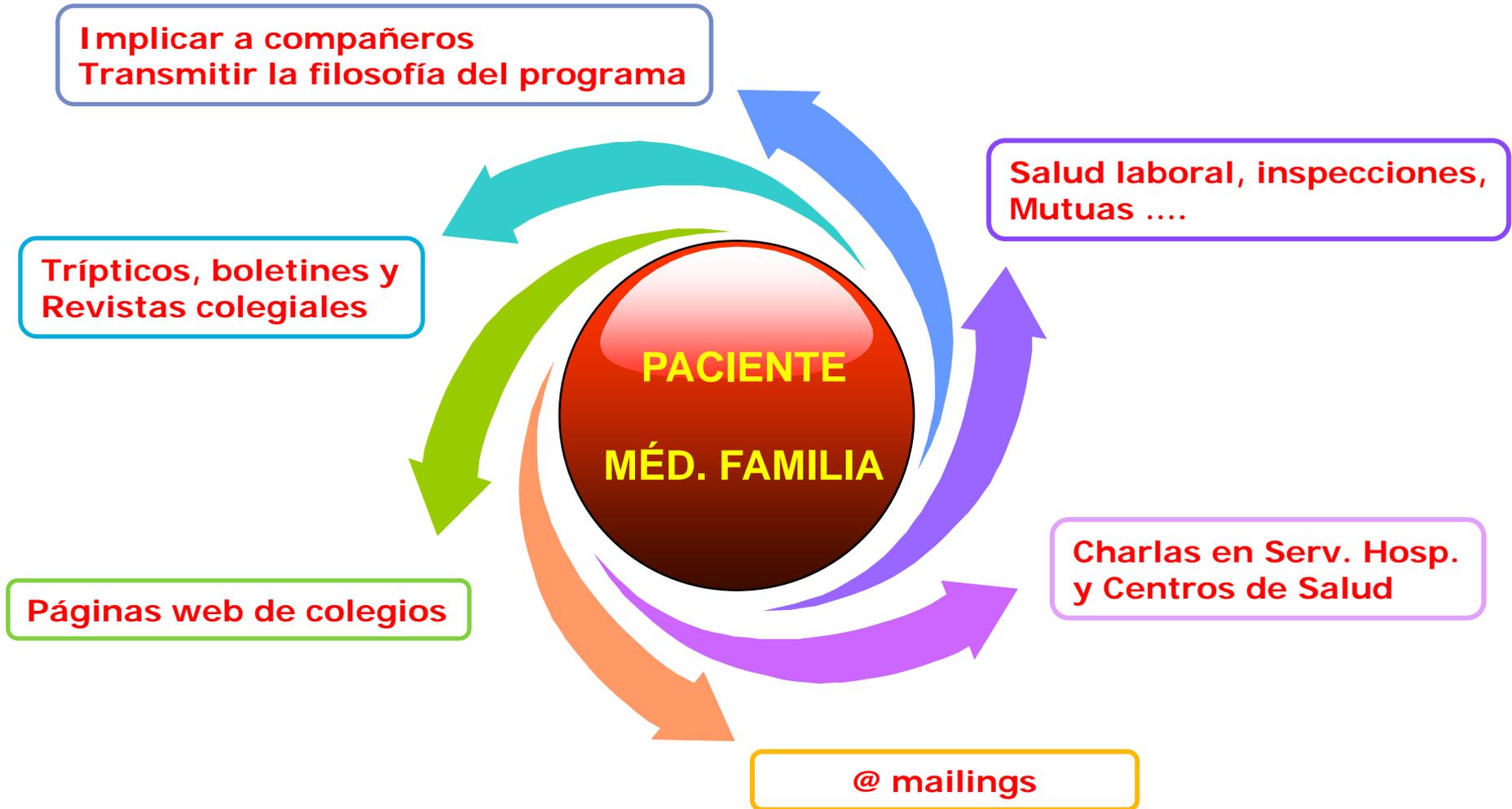
Gestión de 1ª llamada

Financiación

Documentación

Relaciones PAIME

Difusión del Programa



3. ORGANIZACIÓN DE UNIDAD AUTONÓMICA

Gestión inicial

Difusión del programa

Gestión de 1ª llamada

Financiación

Documentación

Relaciones PAIME

Gestión de 1ª llamada



Teléfono exclusivo con buzón de voz



Atendido por el director técnico (médico)



Página web del propio PAIME



A través de los Colegios de Médicos

3. ORGANIZACIÓN DE UNIDAD AUTONÓMICA

Gestión inicial

Difusión del programa

Gestión de 1ª llamada

Financiación

Documentación

Relaciones PAIME

Consejería/Gerencia Regional de Salud
Comisión Mixta de seguimiento



Fundación
Patronato

Consejo
Autonómico

3. ORGANIZACIÓN DE UNIDAD AUTONÓMICA

Gestión inicial

Difusión del programa

Gestión de 1ª llamada

Financiación

Documentación

Relaciones PAIME

-
- Primera llamada
 - Ficha de seguimiento
 - Aceptación de entrada en el Programa
 - Contrato terapéutico

3. ORGANIZACIÓN DE UNIDAD AUTONÓMICA

Gestión inicial

Difusión del programa

Gestión de 1ª llamada

Financiación

Documentación

Relaciones PAIME

Relaciones PAIME

No necesaria en la mayoría de Casos: DVE.

Seguimiento de los casos difíciles: contrato terapéutico.

Para ingreso a cargo Fundación Patronato.

Colegio --→ PAIME
si hay com. o denuncia en el COM

Propuesta sanción disciplinaria con informe de la comisión deontológica.

**Relación con
Junta Directiva –
Com. Deontológica**

Relaciones PAIME

Unificar criterios ante el irregular desarrollo de los distintos PAIMES:

- Comité técnico nacional PAIME
- Reuniones responsables PAIMES
- Recogida estandarizada de datos
- Guía y manual PAIME

Impulsar colaboración Colegio/Consejo con la Administración Sanitaria

Proyectos de Formación, Estudios e Investigación

**Relación con
Fundación
Patronato**

Relaciones PAIME

Patronato:

Protección y ayuda a los médicos y sus familiares bajo el principio de la solidaridad.

Gastos de hospitalización:

Partida de ayuda y prestaciones destinadas a la promoción, prevención y protección de la salud del médico.

**Relación con
Fundación
Patronato**

4. DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Contrato terapéutico

Comisión de casos difíciles

4. DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Contrato terapéutico

Comisión de casos difíciles

Contrato terapéutico

¿CT?

- Es el reflejo documental de un compromiso asumido por los firmantes.

Objetivo fundamental

- La rehabilitación del paciente (ME), de manera que éste pueda retornar a su trabajo en óptimas condiciones.

Contrato terapéutico

El CT no sólo es un compromiso entre las partes implicadas (ME, terapeuta, tutor y Secret) para el cumplimiento del tto. Ha de servir como una herramienta de control de la praxis.

SIEMPRE !!!

Cuando la vía de acceso al PAIMM sea por denuncia, comunicación confidencial o por demanda voluntaria inducida

Cuando se sospeche un probable riesgo para la praxis.

En pacientes con recaídas frecuentes y tendencia negativa del proceso

Contrato terapéutico

TIPO I

- Entre terapeuta y médico enfermo (CT-T).

TIPO II

- Entre terapeuta, médico enfermo y COM (CT-COM).
- Es también aconsejable que aparezca en la firma de este tipo de CT la figura del tutor.
- En algunos casos, participa también un responsable asistencial de la entidad donde trabaja el médico enfermo.

Contrato terapéutico

CARACTERÍSTICAS

Duración: de 6 meses a 1 año. Al final de este período se da por concluido o se procede a la firma de un nuevo CT.

Para la firma del CT se utiliza el nombre real del paciente.

Las condiciones terapéuticas y de ejercicio profesional consignadas en el CT vienen determinadas por el COM.

Informe de seguimiento de CT: es complementado regularmente por psiquiatra y tutor.

Cláusula de posible inhabilitación del ejercicio profesional en casos de manifiesto incumplimiento del CT.

No se puede dar el alta médica a un paciente con un CT-COM sin finalizarlo oficialmente.

4. DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Contrato terapéutico

Comisión de casos difíciles

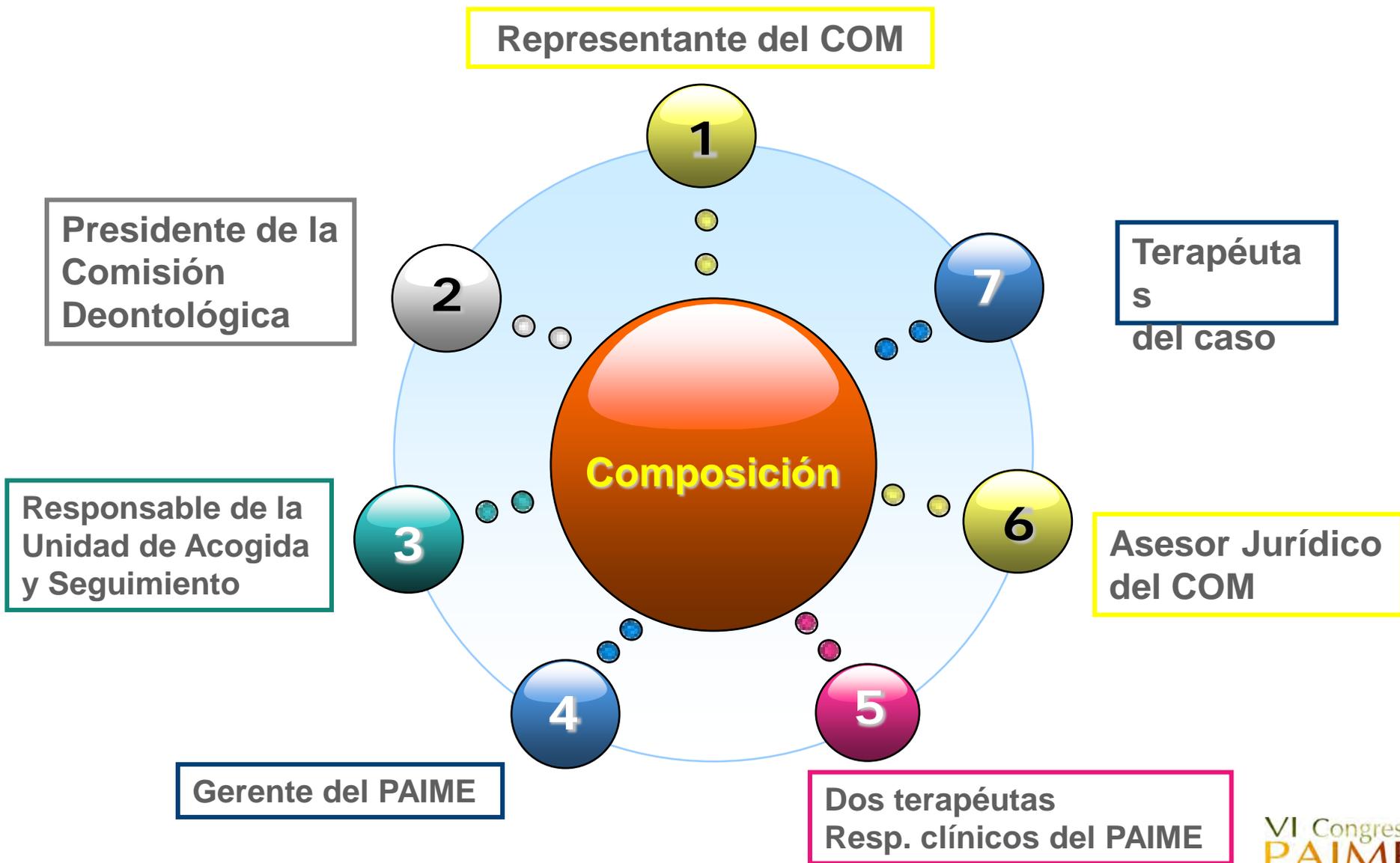
Comisión de Casos Difíciles

Estudio y valoración de los casos del PAIME que desde la UASP o a propuesta del terapeuta le sean encomendados por su especial complejidad, y traslado, si fuera necesario, a la Junta de Gobierno del COM de la propuesta de medidas de control del ejercicio correspondientes

De los casos que se deciden llevar a la Comisión, el terapeuta deberá de aportar toda la información necesaria de manera anónima (sin facilitar nombre ni alias) para que ésta elabore una estrategia de actuación.

Supervisar el cumplimiento de los protocolos del PAIME (asistenciales y de funcionamiento) y al mismo tiempo proponer las modificaciones o actualizaciones que sean necesarias.

Comisión de Casos Difíciles



Comisión de Casos Difíciles

ALGUNOS RESULTADOS DE LAS DECISIONES DE LA COMISION DE CASOS DIFICILES

1

16 reuniones en 4,5 años

2

45 pacientes revisados (26 H, 19 M)

3

- 53% por comunicaciones y quejas de compañeros, Superiores y/o familiares.

- 33 por recaídas frecuentes en el consumo

4

- 49% han firmado CT.

- 9 casos COMB ha efectuado limitación de la praxis

5. COORDINACIÓN

Relaciones con



SNS



Clínica Galatea



5. COORDINACIÓN

Relaciones con



SNS



Clínica Galatea



Coordinación SNS

1

Debe existir la **plena implicación de la administración pública sanitaria**

2

Es fundamental porque se trata, de un problema de Salud Pública y un problema laboral de las instituciones sanitarias, además de las implicaciones personales y socio-familiares.

3

Programa de **protección a la población y de ayuda a los profesionales**

FINANCIACIÓN

Firma de un **Convenio de Colaboración** con la Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo.

Participación en el Convenio del Servicio Regional de Salud.

La **dirección y gestión del Programa** debe correr a cargo del **Colegio de Médicos** o del **Consejo Regional de Colegios de Médicos**.

PAIME y administraciones sanitarias han de ir de la mano en la **reinserción laboral del médico enfermo**

Coordinación SNS



La gestión a cargo de los Colegios Médicos, garantiza el anonimato de los profesionales médicos y de sus patologías.



Mapa muy variado en lo que se refiere a la colaboración de las Administraciones Sanitarias en todo el territorio nacional.



¿Todas las Comunidades Autónomas tienen convenios de colaboración con los Consejos Autonómicos o Colegios de Médicos para el desarrollo del PAIME?



Diferencias en los Convenios: Hay comunidades en las que el convenio con la Administración implica tratamiento de salud mental y adicciones y otras en las que solo implica tratamiento de adicciones.

Coordinación SNS



Asegurar la disponibilidad de **recursos suficientes**.



Fomentar las actividades preventivas dirigidas a los médicos para evitar o disminuir la aparición de las patologías mas prevalentes atendidas en el PAIME, implicando en ello a los centros de trabajo (directivos, compañeros, R.R.H.H. SPRL)



Es una corresponsabilidad y juntos se obtienen mejores resultados.



Trabajo conjunto de la Comisión Ejecutora del Convenio y del Comité Técnico Asesor.

5. COORDINACIÓN

Relaciones con



SNS



Clínica Galatea



Coordinación Clínica Galatea

El terapeuta del ME comunicará la necesidad de ingreso al coordinador PAIME del Colegio de Médicos o Comunidad Autónoma correspondiente.

El coordinador PAIME contactará con la UASP (Unidad de acogida y seguimiento de procesos) de Barcelona para solicitar el ingreso. El paciente será anotado en la lista de espera.

El terapeuta del ME deberá rellenar la “Hoja de derivación para ingreso PAIME” y enviarla por mail a la UASP de Barcelona.

Simultáneamente, el coordinador PAIME deberá enviar la solicitud de ayuda al Patronato de Huérfanos en aquellos casos financiados por éste, para que se pueda proceder a la aprobación de la misma o bien solicitar el permiso del Servicio Regional de Salud correspondiente cuando exista con éste un convenio de colaboración.

Coordinación Clínica Galatea

La UASP de Barcelona notificará la fecha de internamiento al terapeuta que deriva al ME con la mayor brevedad posible.

Posteriormente la responsable de la UASP contactará con el ME para rellenar la ficha de filiación, comunicar la dirección del centro y aclarar las dudas del paciente con respecto a las características del ingreso y las normas del centro.

Entre 48 y 72 horas antes del ingreso, la supervisora de enfermería de la Clínica Galatea contactará con el paciente para resolver las dudas que pudiera tener sobre las pertenencias permitidas o no en el centro.

Coordinación Clínica Galatea

Propuesta de Derivación para Ingreso PAIME



Propuesta de Derivación para Ingreso PAIME

Nombre del paciente:

Edad:

Teléfono:

Nombre familiar de contacto:

Teléfono:

Motivo del ingreso:

Antecedentes psiquiátricos:

Antecedentes médicos:

Diagnóstico principal:

Diagnósticos secundarios:

Tratamiento actual:

Objetivos del ingreso:

Reingreso: SI NO Nº de reingreso:

Fecha reingreso anterior:

Fecha de la propuesta:

Con conocimiento del Colegio Oficial de:

Médico responsable de la propuesta:

6. CASOS CLÍNICOS



Caso Clínico I

Motivo de consulta:

Médico R3, 27 años

- El médico del SPRL contacta con la UASP del PAIMM para derivar a este paciente con conductas inapropiadas que repercuten en el ámbito laboral (ausencias injustificadas al trabajo, faltas de puntualidad, discusiones con compañeros en las guardias...)
- Des de la UASP se contacta con el ME y éste explica una visita previa con una psiquiatra privada que le sugirió una baja laboral para poder someterse al tratamiento adecuado. El ME rechazó la posibilidad de coger la baja laboral y abandonó las visitas.
- El ME explica consumos de diferentes tóxicos y OH. El paciente minimiza estos consumos y habla de abuso y cree que son debidos a su impulsividad.
- Explica una importante actividad nocturna que propicia los consumos.

Primera visita:

- Una vez realizada la historia clínica, el psiquiatra detecta:
 1. Criterios de abuso y dependencia de sustancias.
 2. Vigoréxia.
 3. Posible TDAH.
- Se procede a confirmar la baja laboral que ya le había indicado el responsable del SPRL.
- Diseño del plan terapéutico.

Evolución:

- El paciente inicia el programa intensivo de Hospital de Día, completando las 4 semanas (16 sesiones) con una adecuada motivación, correcta conciencia de enfermedad y buen mantenimiento de la abstinencia.
- Paralelamente es derivado al Programa de TDAH (RVH).
- Finalizada la terapia intensiva de Hospital de Día el paciente continúa seguimiento psiquiátrico en CCEE, terapia grupal de seguimiento una vez por semana y psicoterapia individual.
- Reinicia su actividad laboral 4 meses después, habiéndose firmado previamente un CT Colegial con tutoría.

Después de un año y medio:

- El paciente continúa abstinentes y con buena conciencia de enfermedad.
- Continúa asistiendo a terapias de grupo de seguimiento y a las consultas con su psiquiatra.
- Reincorporado a la residencia con buen rendimiento.
Rasgos caracteriales de la personalidad.
- Buen cumplimiento de las condiciones establecidas en el CT.
- Recién firmado un nuevo CT para asegurar la consolidación del éxito terapéutico.



Caso Clínico II

**Médico Hospitalario,
54 años**

Motivo de consulta:

- El probable ME telefona al PAIMM porque su superior lo citó en su despacho para comunicarle que sus compañeros y él mismo “no lo veían bien”. Le “recomendaban” visitarse en el Programa.
- Explica que unos dos años antes le sugirieron lo mismo porque les parecía que estaba “hipertímico”, pero la psiquiatra que lo atendió descartó el diagnóstico de bipolaridad.
- El paciente solicita día y hora de visita porque aunque cree que no tiene ningún problema, no quiere enfrentarse con superiores y compañeros.

Evolución (I):

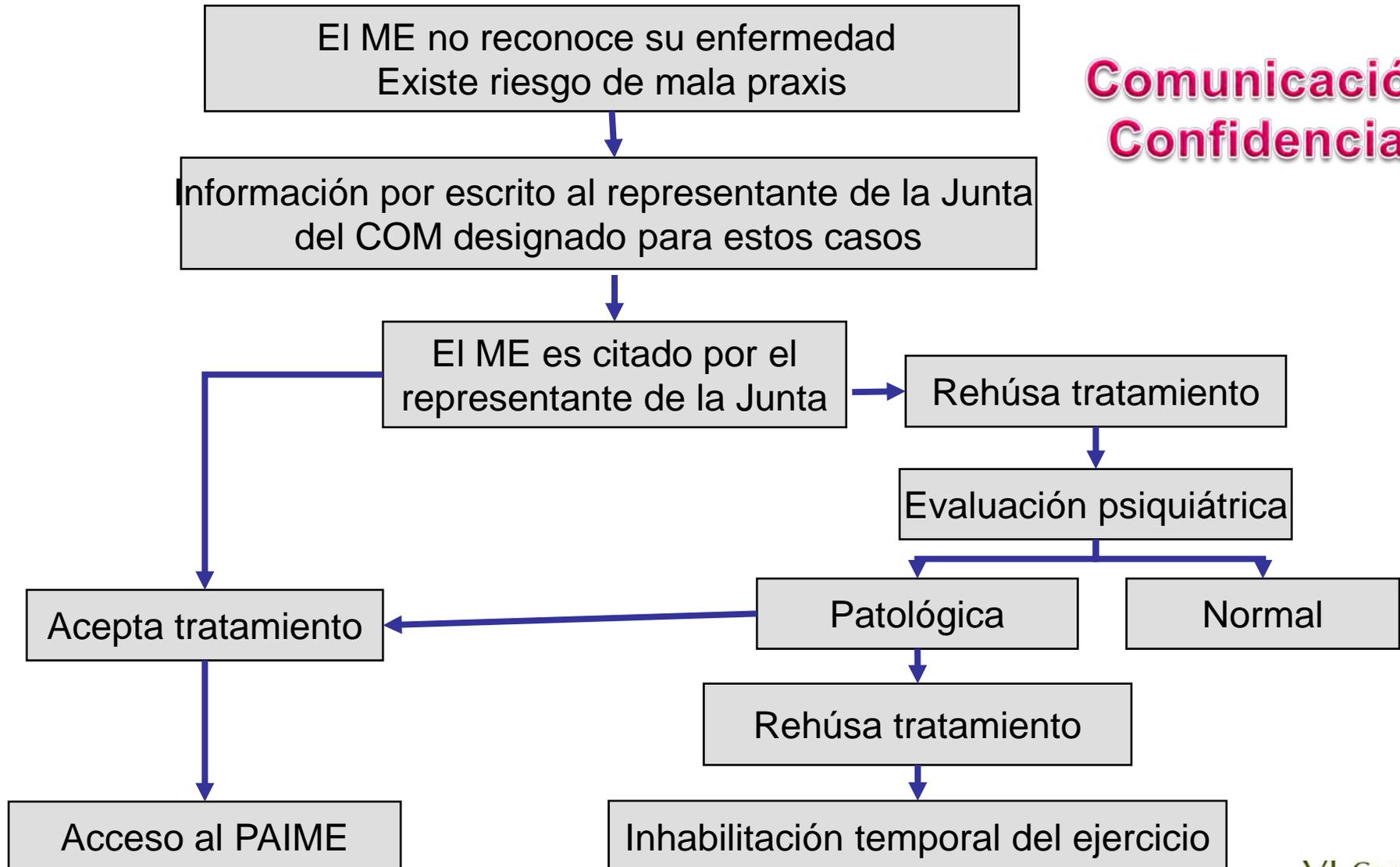
- El ME es visitado en 5 ocasiones entre enero y mayo de 2012.
- Se le programan y realizan psicometría y estudio neuropsicológico que son informados como normales.
- Se concluye que el paciente no presenta ningún tipo de psicopatología.

Evolución (II):

- El mes de julio llegan quejas y comentarios de que este médico no está bien al Vicepresidente del COMB .
- Durante el periodo de vacaciones del ME, superiores y compañeros contactan con el PAIMM solicitando que el COMB actúe. Se les comunica que es imprescindible que hagan llegar una comunicación por escrito (*)
- Cuando el ME regresa de sus vacaciones, la gerencia le comunica que no se puede incorporar a su lugar de trabajo y que se le concede un permiso retribuido, con una nueva orden de visitarse de nuevo en el PAIMM.

Caso clínico II

**Comunicación
Confidencial**



Evolución (III):

- El Vicepresidente del COMB (Coordinador del PAIMM) se reúne con el ME y acuerda con él la realización de un dictamen psiquiátrico por parte de un perito que posteriormente emitirá un informe pericial.
 - A finales de agosto y principios de septiembre se realizan las distintas visitas que comprende la peritación.
- A mediados de septiembre, el SPRL se pone en contacto con el PAIMM para solicitar que este compañero sea incluido en el Programa y que se haga un informe sobre su idoneidad o no para efectuar su trabajo profesional. La UASP sugiere al SPRL que se coordine con los superiores del ME.
- Resultado del dictamen: Ausencia de patología psiquiátrica que pueda interferir en la praxis médica.

Caso Clínico III

Motivo de consulta:

Preparando MIR

- Paciente mujer de 27 años, derivada por su psiquiatra y psicólogo del CAP para ingreso por dependencia a benzodiacepinas de 7 años de evolución y a metilfenidato los 3 últimos años.
- Marcados rasgos de personalidad clúster A y C
- Preparando el examen MIR, ya suspendido en una primera ocasión.
- Escaso soporte socio-familiar: Padre de 50 años, politoxicómano con adicción a la heroína hasta los 44 años. Madre politoxicómana, adicta a la heroína y con SIDA, fallecida a los 35 años por neoplasia de mama.
- Únicamente un tío y abuela implicados en la terapia

Evolución (I):

- Ingreso en la Unidad Clínica del 30/12/13 al 11/02/14.
- Resultado del examen MIR una semana después: suspenso que provoca recaída.
- Nuevo ingreso para parar el consumo del 18/03/14 al 28/03/14.
- Nueva recaída y nuevo ingreso de 3 semanas en mayo de 2014
- Revisión del caso en la reunión de la comisión de casos difíciles. Se acuerda firma de CT
- Firma de CT en mayo de 2014, actuando como tutor el tío de la ME.

Evolución (II):

- 15 días después la paciente empieza a faltar a las terapias y controles toxicológicos, a veces disculpándose con excusas y otras sin siquiera contestar el teléfono cuando se la llama.
- Nuevos consumos de benzodiazepinas y metilfenidato intentando justificar el hecho y con muy poca consciencia de enfermedad.
- El caso pasa por una nueva CCDP.
- Se acuerda que el secretario del COMB se reunirá con ella y le comunicará su última oportunidad para retomar el tratamiento de forma correcta o se procederá a sanción.

Resolución:

- Durante el verano la ME acude de manera irregular a los controles toxicológicos que siguen positivos a benzodiazepinas.
- La CCDP pone el caso en conocimiento de la Junta de Gobierno del COMB.
- La Junta de Gobierno, en virtud de su potestad sancionadora atribuida por el artículo 80 de los Estatutos, incoa expediente disciplinario y se comunica a la ME la sanción de un periodo de suspensión del ejercicio profesional.



Caso Clínico IV

Ginecólogo 61 años

Motivo de consulta:

- Paciente varón de 61 años, especialista en ginecología, derivado al PAIME en febrero de 2005 por una psiquiatra de su hospital con el diagnóstico de abuso y dependencia de OH, que siempre ha minimizado.
- El paciente inició los consumos de OH a raíz del fallecimiento de su esposa que padecía un tumor cerebral

Evolución (I):

- En junio de 2006, debido a la tórpida evolución del caso y a la nula conciencia de enfermedad del paciente, se firmó un CT en el que actuaba como tutor su hijo de 21 años.
- Durante el verano el ME sufre un accidente de moto, siendo positivo el control de alcoholemia, con fractura de ambos pies, lo que le impide acudir a las visitas durante un periodo de más de 3 meses.

Evolución (II):

- El ME abandonó el tratamiento un año más tarde, no teniendo noticias del mismo hasta 4 años después (junio 2011) al llegar al COMB una comunicación por escrito de los socios de la privada, evidenciando los signos de intoxicación alcohólica objetivables en el mismo.
- El ME fue obligado a ingresar en la Clínica Galatea durante un periodo de 5 semanas, con un requerimiento colegial con la prohibición de ejercer hasta que el COMB lo autorizase.

Evolución (III):

- El ME estuvo en situación de ILT durante 8 meses. Un mes antes de su reincorporación laboral firmó un nuevo CT. Esta vez ejercieron de tutores 2 socios de la privada y una compañera del Hospital.
- El ME mantuvo la abstinencia durante casi 3 años, renovándose el CT un par de ocasiones más.

Evolución (IV):

- A primeros de mayo de este año el ME es parado a la 1:15 minutos de la madrugada para serle practicado un control de alcoholemia.
- En principio se niega al control identificándose como médico i argumentando que venia de atender un parto de riesgo.
- Finalmente accede al control dando una tasa de 0,86mg/l. La guardia urbana notifica este hecho al COMB.

Resolución:

- La CCDP traslada el caso a la Junta de Gobierno del COMB que acuerda la firma de un nuevo CT, reforzando la toma de medicación que será administrada por la tutora de dicho Contrato.
 - Se acuerda asimismo que los controles toxicológicos los marcará el COMB de manera consensuada con los terapeutas debiendo ser informado del resultado de los mismos.
- Se comunica al paciente que la próxima recaída en el consumo dará lugar la sanción de un periodo de suspensión del ejercicio profesional



Caso Clínico V

Motivo de consulta:

Psiquiatra 61 años

- Paciente mujer de 62 años, especialista en psiquiatría que accedió por primera vez al Programa en el año 2000 por una dependencia al alcohol, precisando un ingreso hospitalario.
- Posteriormente, en el año 2005 requirió un nuevo ingreso, esta vez debido a un síndrome ansioso depresivo .
- La paciente se mantuvo en remisión parcial y dejó de visitarse hace 8 años.

Evolución (I):

- En marzo de este año accede de nuevo al Programa inducida por su hijo, con escasa conciencia de enfermedad, presentando una dependencia al alcohol y benzodiazepinas.
- Es ingresada en mayo y al alta se niega a seguir el tratamiento indicado, recayendo a los pocos días, siendo ingresada de nuevo durante el mes de agosto.
- La paciente solicita un alta voluntaria a las 3 semanas, iniciando su actividad laboral (práctica privada) el 1 de septiembre, desobedeciendo una vez más las órdenes terapéuticas.

Evolución (II):

- A mediados de septiembre el resultado del estudio neuropsicológico efectuado durante el ingreso muestra un deterioro cognitivo que puede generar grandes interferencias en su actividad laboral.
- Se indica mantenimiento de la abstinencia y repetir el estudio en 6 – 12 meses, dependiendo de la evolución del proceso.

Resolución:

- El caso es llevado a la CCDP y se acuerda su traslado a la Junta de Gobierno con la propuesta de requerir a la paciente que se abstenga de trabajar hasta que lo autorice el equipo terapéutico y previa firma de un CT.
- La paciente está en la actualidad de baja laboral y periódicamente envía al secretario del COM el parte de confirmación de la ILT.

7. CONCLUSIONES

Mensajes a recordar

Muchas gracias por su atención!

Estas han sido nuestras reflexiones.....

...pero siempre hay otras formas de mirar las cosas....

 VI Congreso **PAIME**
Cáceres, 16 y 17 de Abril de 2015
Complejo Cultural San Francisco



Cuidando de ti,
Cuidando de todos



TALLER 2: Estrategias Externas

PAIME



VI Congreso PAIME

Cáceres, 16 y 17 de Abril de 2015

Complejo Cultural San Francisco

Estrategias en Relaciones Externas del PAIME

M^a DOLORES CRESPO HERVAS
Coordinadora PAIME - Madrid

ANGEL ALAYO URRUGAETA
Coordinador PAIME – País Vasco

JESUS SANTOS VELASCO
Vocal Sociedades Científicas I Co Me Ca



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



Consejo General de Colegios
Oficiales de Médicos de España

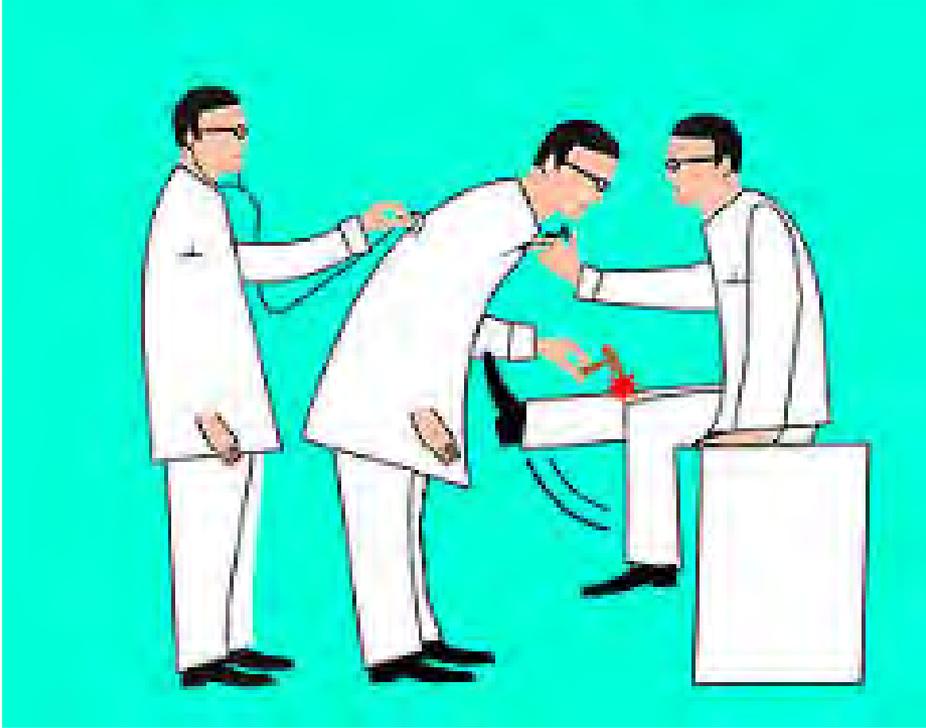


ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE CÁCERES

Cuidando de ti,
Cuidando de todos



10 - 12 %

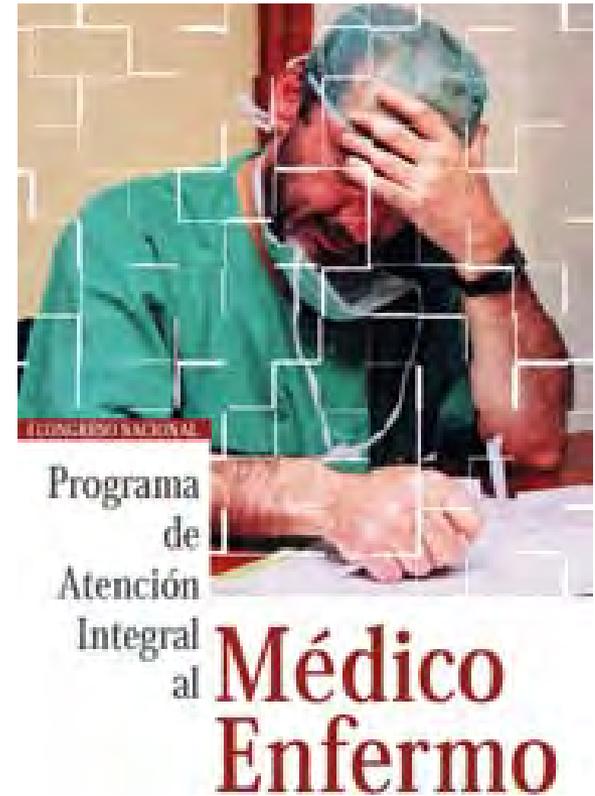


**Transtorno
mental
Adicciones**



Código de Ética y Deontología Médica

Artículo 19, apartados 2 y 3



17
años

3810

87 %



Trastornos adaptativos con ansiedad y/o depresión

Problemas de depresiones profundas



Los relacionados con el consumo de alcohol y psicofármacos



El PAIME, programa de ayuda al médico enfermo pionero en Europa, fue creado por los Colegios de Médicos para

GARANTIZAR LA ATENCIÓN SANITARIA A LOS CIUDADANOS

mediante la **atención a los médicos** afectados de trastornos mentales y/o conductas adictivas, evitando así los problemas derivados de una **incorrecta praxis** y favoreciendo su **recuperación** para la práctica profesional.



El Programa PAIME da sentido al compromiso de salvaguarda y garantía de la **buena praxis** que los Colegios de Médicos tienen con la sociedad
Al mismo tiempo para las Administraciones sanitarias representa un **garante de la calidad** asistencial.



desequilibrio entre
las expectativas y la
realidad

organización
del sistema

crisis y los
recortes

Coordinación del PAIME con los elementos clave del Sistema de Salud:

***Servicios de Prevención de Riesgos Laborales,
Atención Primaria, inspección Médica***



VI Congreso PAIME

Cáceres, 16 y 17 de Abril de 2015

Complejo Cultural San Francisco

Estrategias en Relaciones Externas del PAIME

M^a DOLORES CRESPO HERVAS
Coordinadora PAIME - Madrid

ANGEL ALAYO URRUGAETA
Coordinador PAIME – País Vasco

JESUS SANTOS VELASCO
Vocal Sociedades Científicas I Co Me Ca



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



Cuidando de ti,
Cuidando de todos

Estrategias en relaciones externas del PAIME

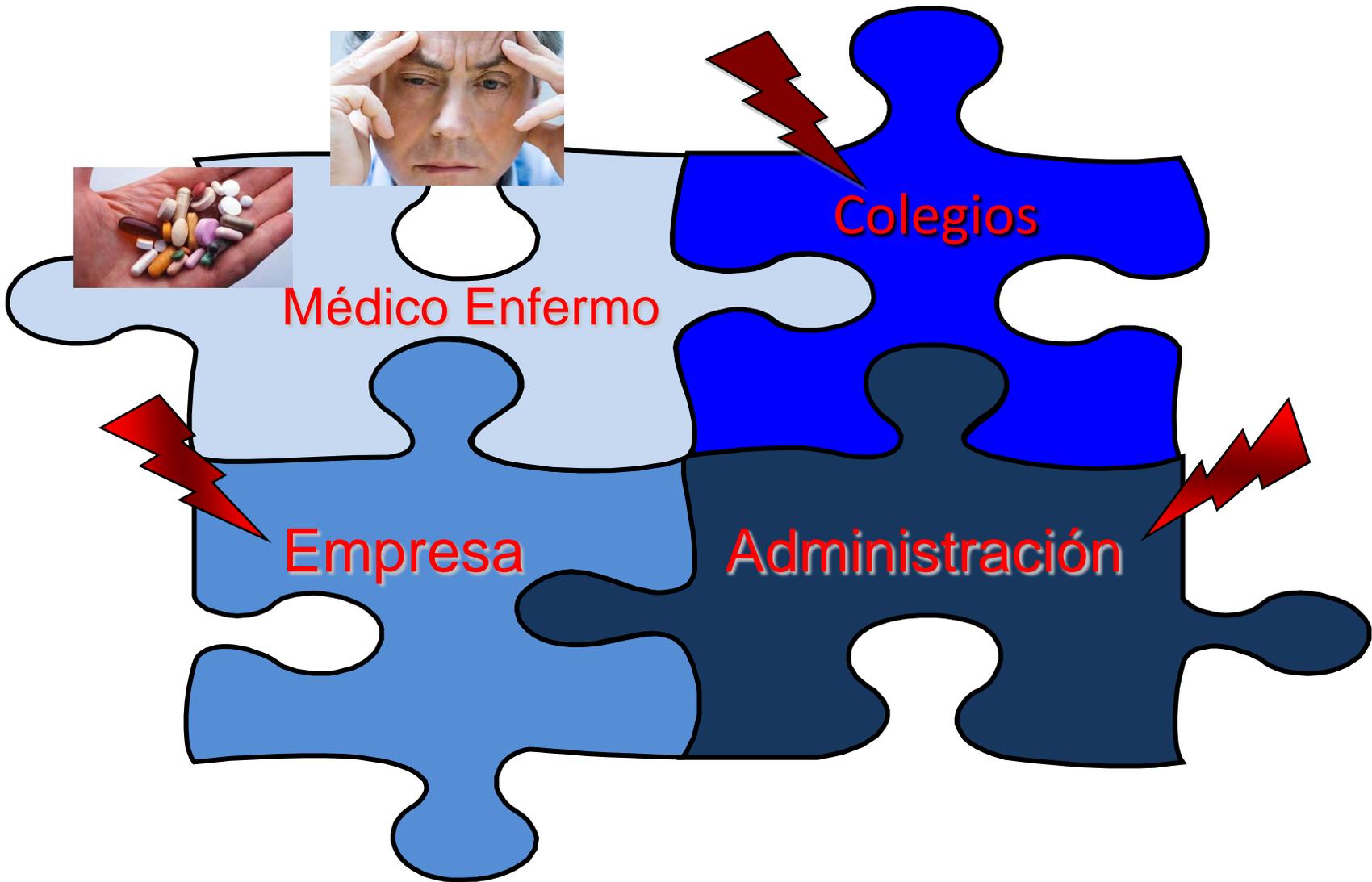


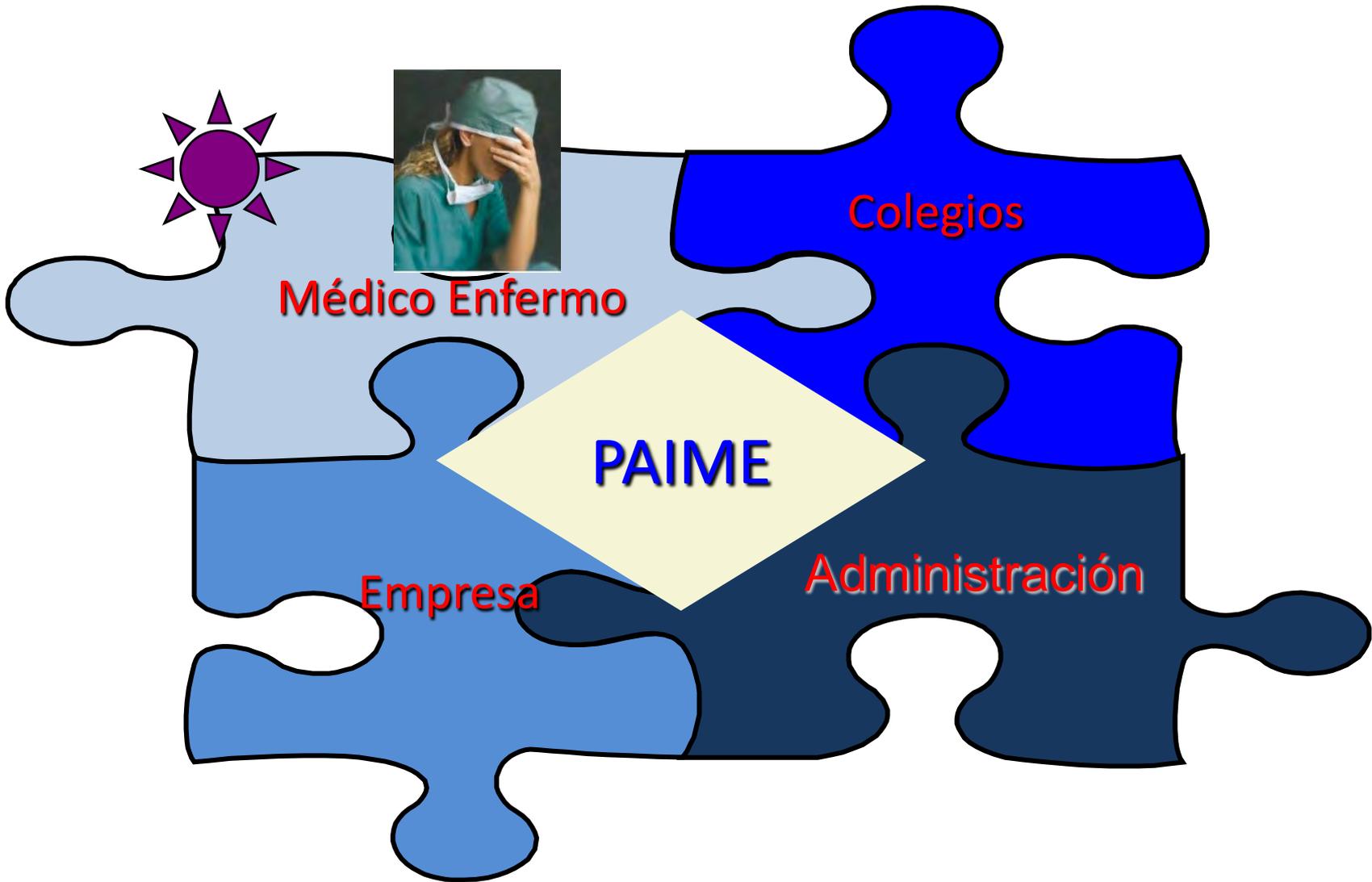
Dr Angel Alayo Arrugaeta
Coordinador de Sendagile Artean-PAIME CAPV

PAIME
PAIME



**Asistencia sanitaria, atención social,
apoyo legal y asesoramiento laboral**



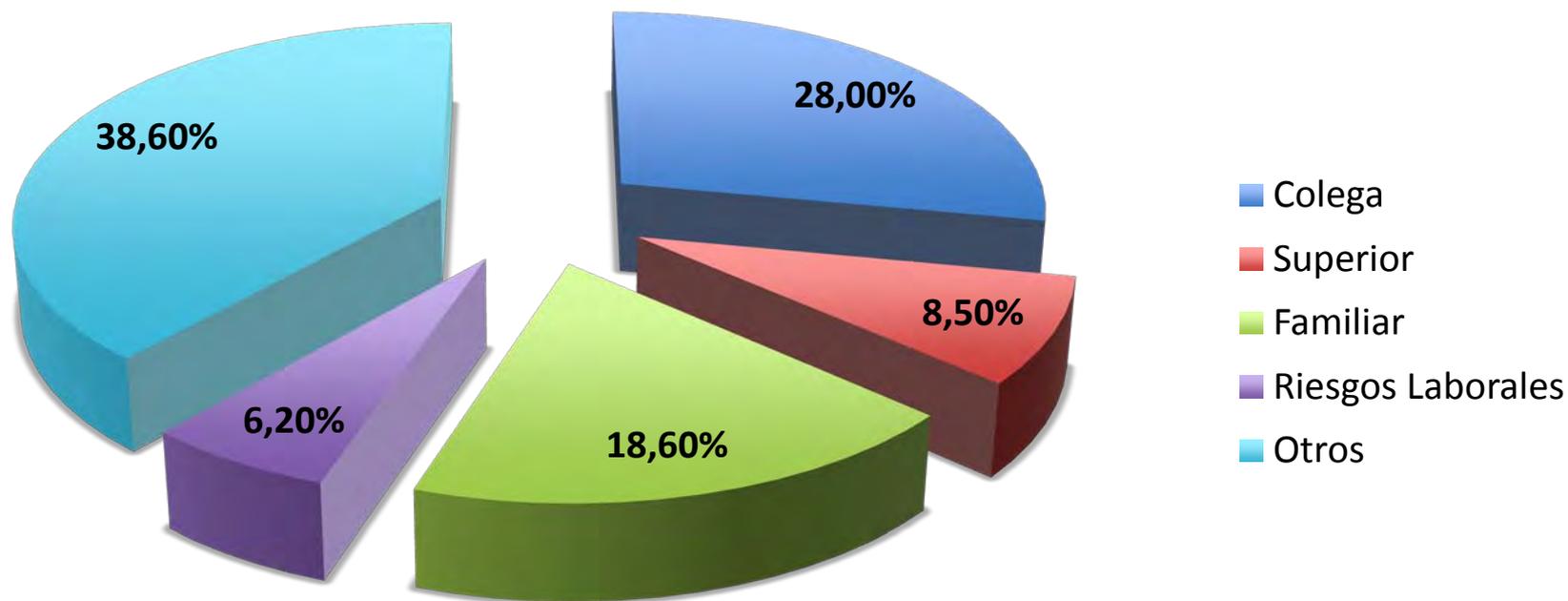


Salud Laboral - Residentes

Guruzetako Unibertsitate Ospitalea
Hospital Universitario Cruces



Quien deriva los casos



QUIEN DERIVA LOS CASOS

	Hasta 2010	2011	2012
Colega	28,00%	13,60%	14,70%
Superior	8,50%	5,50%	2,80%
Familiar	18,60%	18,20%	12,90%
Riesgos Laborales	6,20%	3,00%	4,90%
Otros	38,60%	59,70%	64,70%

Gestión de la ILT



- Atención Primaria
- Salud Laboral
- Inspección Médica
- INSS

Conflictos en el entorno laboral



- 55 casos /3099
- 13 cambios de centro de trabajo

Ingresos hospitalarios







Ingresos urgentes

Medidas de contención

- Red pública de Salud Mental
- Centros Privados

Comisión de caso difícil



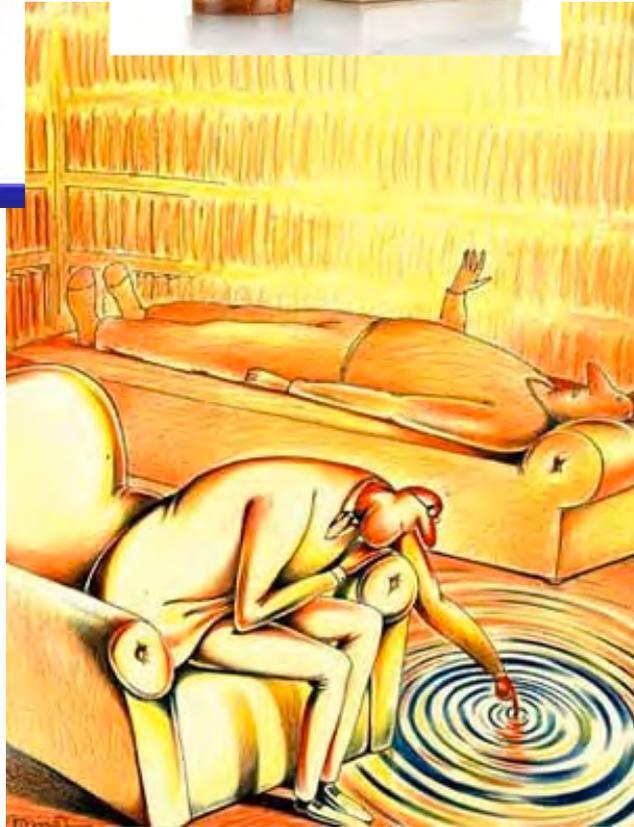
- Terapeuta
- Coordinador del PAIME
- Secretario del Colegio
- Presidente de la Comisión de Deontología
- Servicios jurídicos

Salud Laboral - Residentes

Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea
Hospital Universitario Cruces



U. Básica Prevención -Salud Laboral. HU. Cruces



Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España



Buen viento y buena mar !!!



 VI Congreso **PAIME**
Cáceres, 16 y 17 de Abril de 2015
Complejo Cultural San Francisco



Cuidando de ti,
Cuidando de todos



TALLER 3: Seguimiento Paciente Difícil

Seguimiento del paciente difícil

Dr. Ignacio Martínez Hens
Dra. Felisa Corbacho Simón
Dr. Angel Luis Blanco González

VI Congreso PAIME



CÁCERES, ABRIL 2015

DEFINICIÓN

- Enfermo que, por sus peculiaridades clínicas, psicológicas, de personalidad o de creencias, exige mucha más dedicación del equipo sanitario que el paciente normal.
- Es aquella persona que provoca de forma habitual una sensación de angustia. Distrés y/o rechazo en el profesional.
- Pacientes con los que al profesional le es complicado establecer una relación terapéutica adecuada.

¿ES EL MEDICO PACIENTE DIFICIL?:

- Nivel cultural elevado
- Conocimiento parcial y sesgado de la patología.
- Mayores preocupaciones hipocondriacas o sobrevaloradas
- Utilización de mecanismos de negación más frecuentes.
- Relación más difícil:
 - Tendencia al “colegueo”
 - Mayores exigencias

FACTORES RELACIONADOS CON FACTORES DE PERSONALIDAD

- PARANOIDE
- NEGATIVISTA
- INCUMPLIDOR
- FALSARIO
- HOSTIL/AGRESIVO.
- PASIVO/DEPENDIENTE
- PASIVO-AGRESIVO
- AUTODESTRUCTIVO
- EMOTIVO-SEDUCTOR
- MANIPULADOR

RELACIONADOS CON LA PATOLOGIA.

- COMORBILIDAD MÉDICA.
- COMORBILIDAD PSIQUIATRÍCA.
- PATOLOGIA DUAL.

RELACIONADOS CON DIAGNÓSTICO

- Trastornos de la personalidad.
- Trastorno psicóticos.
- Adicciones.

RELACIONADOS CON EL ENTORNO.

- **Problemática legal**
 - Presencia de delitos asociados
 - Peritaciones de derecho familiar
 - Malos tratos.
- **Familia complicada**
 - AUSENTE
 - DEMASIADO PRESENTE Y
 - DEMANDANTE.
- **Problemática laboral asociada**
- **Valoración de la competencia para el ejercicio de la profesión.**
- **Pacientes que se ven “forzados” a acudir a la consulta.**

Cuestiones

- ¿Hasta donde aplicamos el contrato terapéutico?
- ¿Cuál debe de ser el grado de implicación en la problemática del paciente?
- ¿Cuándo rompemos la relación terapéutica?
- ¿Es más importante salvaguardar a nuestro paciente (médico enfermo) o proteger a sus pacientes de un profesional no competente. ?
- ¿Quién y cuando se toma la decisión de inhabilitación?

Entrega de Premios PAIME



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







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





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





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





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



OMC
ORGANIZACIÓN
MÉDICA
COLEGIAL
DE ESPAÑA
Consejo General de Colegios
Oficiales de Médicos de España





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





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





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











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





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





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



OMC
ORGANIZACIÓN
MÉDICA
COLEGIAL
DE ESPAÑA
Consejo General de Colegios
Oficiales de Médicos de España



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



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