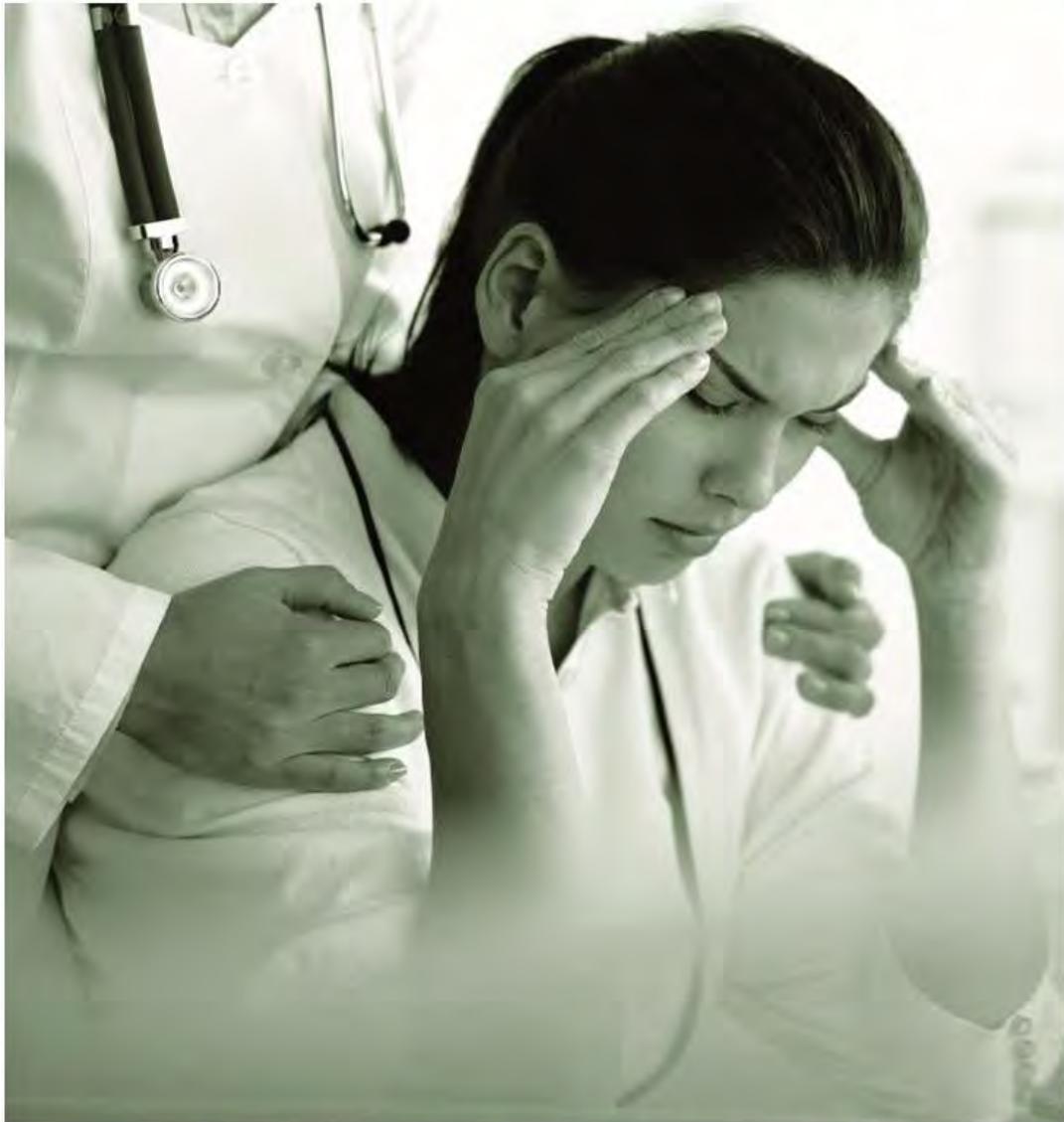


# II JORNADAS CLÍNICAS PAIME



**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





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

## INDICE DE CONTENIDOS.

Pág.

1. Ponencias.	
1.1. Coordinación del PAIME con los elementos clave del Sistema de Salud: servicios de prevención de riesgos laborales, atención primaria, inspección médica.....	8
2. 1.2. El entorno personal y social del médico enfermo como predictor de éxito.....	95
3. Foros de debate:	
3.1. Abordaje desde el PAIME de patologías psiquiátricas relacionadas con fenómenos emergentes: agresiones laborales, acoso, adicciones sin sustancia, etc.....	134
3.2. Formador de formadores en Resiliencia.....	248
3.3. Coordinación entre los colegios y los clínicos PAIME ante un paciente difícil. Toma de decisiones.....	354
4. Coloquio – Debate: Abordaje y gestión jurídica de los casos difíciles.	506
5. Programa de las II Jornadas Clínicas PAIME 2014.....	548
6. Evaluación de las Jornadas.....	554



# PONENCIAS



## Ponencia I

Coordinación del PAIME con los elementos clave del Sistema de Salud: Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, Atención Primaria, Inspección Médica



## PONENCIA 1

# Coordinación del PAIME con los elementos clave del Sistema de Salud: Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, Atención Primaria, Inspección Médica

## 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

- Dr Angel Alayo  
Coordinador de Sendagile Artea-PAIME CAPV  
- Dra Dolores Crespo  
Coordinadora del PAIME Madrid

La coordinación del PAIME con muchos de los elementos clave del Sistema de Salud, como pueden ser los servicios de prevención de riesgos laborales, atención primaria, inspección médica, INSS, servicios psiquiátricos hospitalarios, colegios de médicos (junta directiva, asesoría jurídica, comités de ética), etc. ocupa la centralidad del PAIME, es decir, representa la I del Programa de Atención Integral del Médico Enfermo, es la integralidad como característica fundamental del programa.

El PAIME no solo consiste en tratar médicamente al médico enfermo, sino que trata de ayudarlo en los problemas laborales, familiares e incluso jurídicos que por su enfermedad pudiera tener, para que de este modo se restablezca y reincorpore lo más pronto posible a su actividad, si esto es factible, como así sucede en el 90% de los casos. Para poder llevar a cabo esta labor, a veces el Coordinador y/o el terapeuta que atiende al paciente, coordinándose ambos en todos los casos, han de contactar con distintas instituciones entre las que destacan las ya citadas, no olvidándose en ningún momento de guardar la confidencialidad.

La experiencia acumulada durante los 16 años de existencia del PAIME, nos ha demostrado que una buena relación con los servicios de prevención de riesgos laborales es fundamental. Esta relación se basa además en los criterios de ayuda mutua entre ambos organismos ó servicios, es decir: el PAIME ayuda a los servicios de prevención de riesgos laborales y éstos le ayudan al PAIME.

En la estadística del PAIME a nivel nacional correspondiente a los años 1998 – 2012, presentada en el V Congreso Nacional del PAIME celebrado en Burgos, en donde se registraron un total de 3.099 casos, se puede observar que el 6% de los casos derivados, los realizan los servicios de prevención de riesgos laborales. Es decir: los

servicios de riesgos laborales son los que detectan muchas veces al médico que tiene problemas de salud mental, y dentro de las ofertas que le hacen para seguir el tratamiento está la del PAIME. Lo mismo podríamos decir de los médicos de atención primaria o de psiquiatría, que son los que en más ocasiones inducen a los pacientes a solicitar ayuda al PAIME.

Otras veces, siempre con el consentimiento del paciente, es el PAIME el que se tiene que poner en contacto con los servicios de riesgos laborales para extender una baja, alargar la misma, o impedir que un médico que no esté bien recuperado pueda reincorporarse a su puesto de trabajo. La mayoría de los pacientes no suelen necesitar la Incapacidad Laboral Transitoria, pero cuando se necesita el tiempo medio de baja es de 168,6 días.

La Atención Primaria también suele jugar un papel parecido en muchas ocasiones, cuando es el médico de AP quien además de inducir a su compañero a consultar con el PAIME, es quien le extiende la baja,...

Al paciente en ocasiones, por mor de su propia enfermedad, se le olvida a veces pasar la pertinente revisión en la Inspección Médica, la Mutua o en el INSS, por lo que le pueden extender el alta por incomparecencia. Aquí también hay que ponerse en contacto con el servicio y la persona pertinente para anular ese alta dada prematuramente.

Desgraciadamente no todos los casos tienen final feliz, en un 10% aproximadamente de los mismos, bien sea por la gravedad de la enfermedad, o por los daños cerebrales irreversibles que ha causado la cronicidad de ésta, el paciente ha de solicitar la Incapacidad Laboral Permanente, aquí nuevamente hay que ponerse en contacto con los servicios de prevención de riesgos laborales, inspección médica, asesoría jurídica, etc.

No es extraordinario, y así ha ocurrido en 55 ocasiones, que el paciente tenga conflictos en su entorno laboral, por lo que tenga que intervenir aquí también el servicio de prevención de riesgos laborales. A veces, y esto se ha dado en 13 casos, por razones de mooving o de deterioro grave de las relaciones con sus compañeros, el paciente ha necesitado un cambio de centro de trabajo, en estas situaciones la intervención de salud laboral es fundamental.

Un capítulo a parte es el manejo de los casos complicados, que aún siendo poco frecuentes existen, 127 sobre un total de 3099 de casos atendidos en estos años, y que requieren un tratamiento especial multidisciplinar. Por caso difícil entendemos el del médico afecto de alguna patología mental y/o adicción grave de la que no es consciente y que afecta gravemente al ejercicio de la profesión, negando su existencia. En estos casos lo habitual es hacer una comisión del caso, en la que participan como miembros de la misma: el terapeuta que atiende al paciente, el coordinador del PAIME autonómico o provincial, el secretario del Colegio de Médicos, el presidente de la comisión de ética del colegio y un miembro de los servicios jurídicos del colegio.

A Inspección Médica también acudimos en los raros casos en que se prescriben estupefacientes, para hacer borrar el rastro de las recetas especiales que precisan estas medicaciones.

Una mención especial merece nuestras relaciones con el resto de los Servicios Psiquiátricos, tanto públicos como privados. Porque no solo los hemos de considerar como inductores para que nuestros compañeros necesitados acudan al PAIME, en este punto destacaría actitudes como la de la Dirección de Asistencia Psiquiátrica de Bizkaia

de Osakidetza, en la que en su documento de relación con la Atención Primaria recomienda, cuando el paciente sea médico, derivarlo al PAIME, reconociendo así al PAIME, o mejor dicho a sus psiquiatras, como verdaderos especialistas en tratar al médico enfermo. También en ocasiones hemos de valernos de sus servicios cuando la necesidad lo requiere.

Evidentemente aquí hemos de hacer mención a la Fundación Galatea de Barcelona, que tan buenos servicios nos viene prestando cuando nuestros pacientes precisan de ingreso hospitalario, pues es allí donde los derivamos de un modo preferente. Pero en ocasiones esto no es posible, y ejemplos de ello hay muchos. Quizás el más típico sea el del paciente en fase maníaca, que precisa de medidas de sujeción y además de un modo urgente. El PAIME aunque en principio no está pensado para la realización de una asistencia urgente, cuando esta se presenta se hace todo lo posible para dar cumplida cuenta de ella. En estos casos de pacientes maníacos agudos, no nos es posible derivarlos a la Fundación Galatea, pues allí no disponen de las medidas de contención que se precisan, por lo que nos es obligatorio o bien derivarlos a una clínica privada, o bien ingresarlos en la red pública. En caso de utilizar ésta última, se procura trasladar al paciente de provincia, para evitar en la medida de lo posible el que sea reconocido; así mismo debido a la dificultad de mantener la confidencialidad al utilizarse la historia clínica informatizada en todos nuestros hospitales y consultas, tratamos de borrar todo rastro de ingreso de su historia. Hasta la fecha, en nuestra experiencia, los compañeros psiquiatras de los distintos servicios de psiquiatría de los distintos hospitales del País Vasco a los que hemos acudido en solicitud de ayuda, han respondido de un modo magnífico.

En definitiva y resumiendo un poco, podemos decir que si bien la unidad asistencial básica del médico enfermo lo constituye su psiquiatra y/o su psicólogo, para llevar a cabo de un modo eficaz y eficiente el cometido del programa, nos hemos de poner en contacto y colaborar, siempre de un modo discreto y guardando la confidencialidad, con una serie de elementos clave del Sistema de Salud, como son: servicios de prevención de riesgos laborales, servicios de psiquiatría hospitalaria, atención primaria, inspección médica, INSS, servicios jurídicos, etc.

# Coordinación del PAIME con los elementos clave del Sistema de Salud: Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, Atención Primaria, Inspección Médica

## II JORNADAS CLÍNICAS PAIME

**Madrid, 28 y 29 de noviembre de 2014**

**Sede del Ateneo de Madrid**

**c/ Prado 21, 28014 – Madrid**



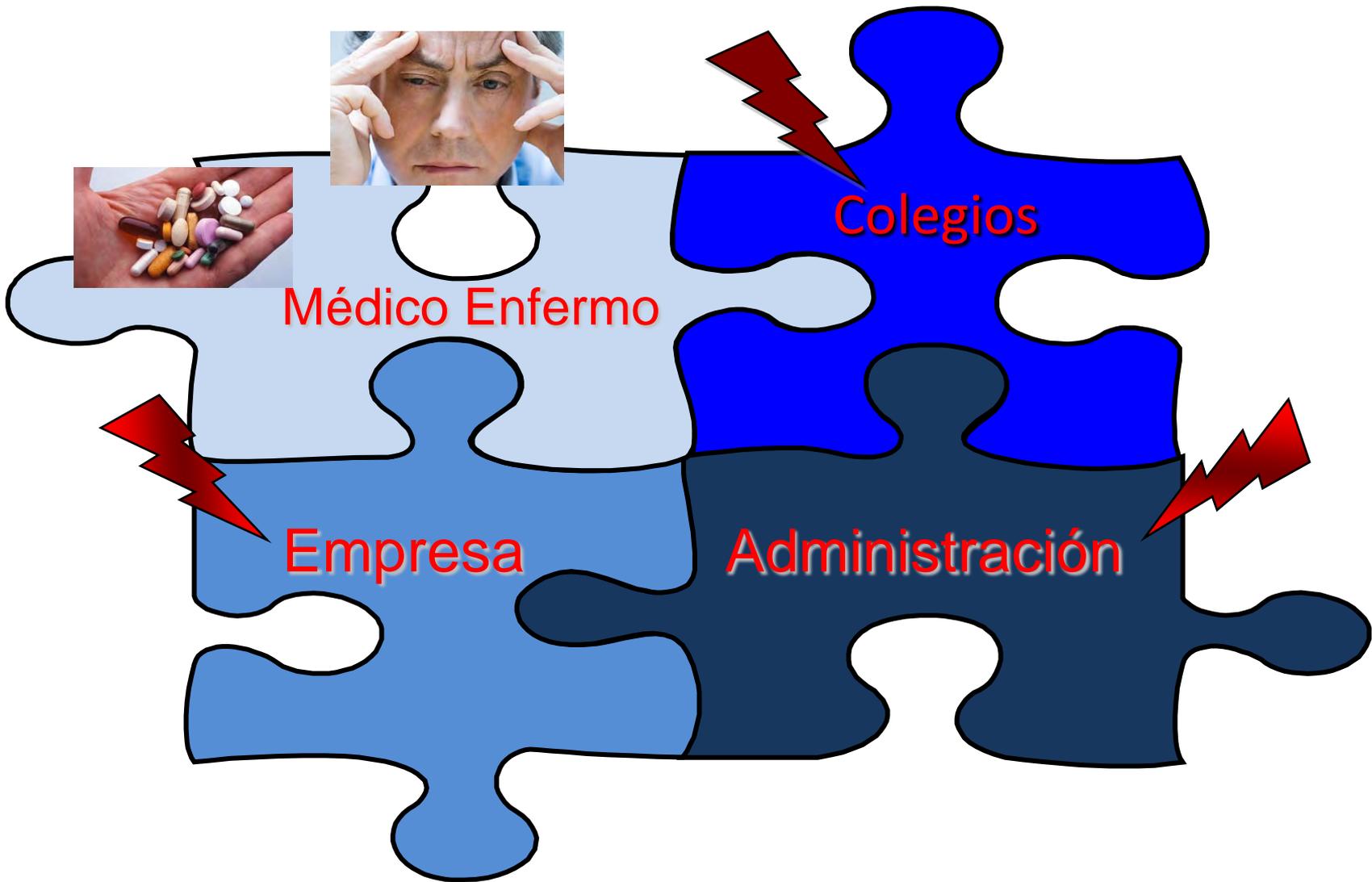
Fundación Patronato  
de Huérfanos y Protección  
Social de Médicos  
Príncipe de Asturias

- Dr Angel Alayo  
Coordinador de Sendagile Artean-PAIME CAPV  
- Dra Dolores Crespo  
Coordinadora del PAIME Madrid

PAIME  
PAIME



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





Médico Enfermo

Colegios

PAIME

Empresa

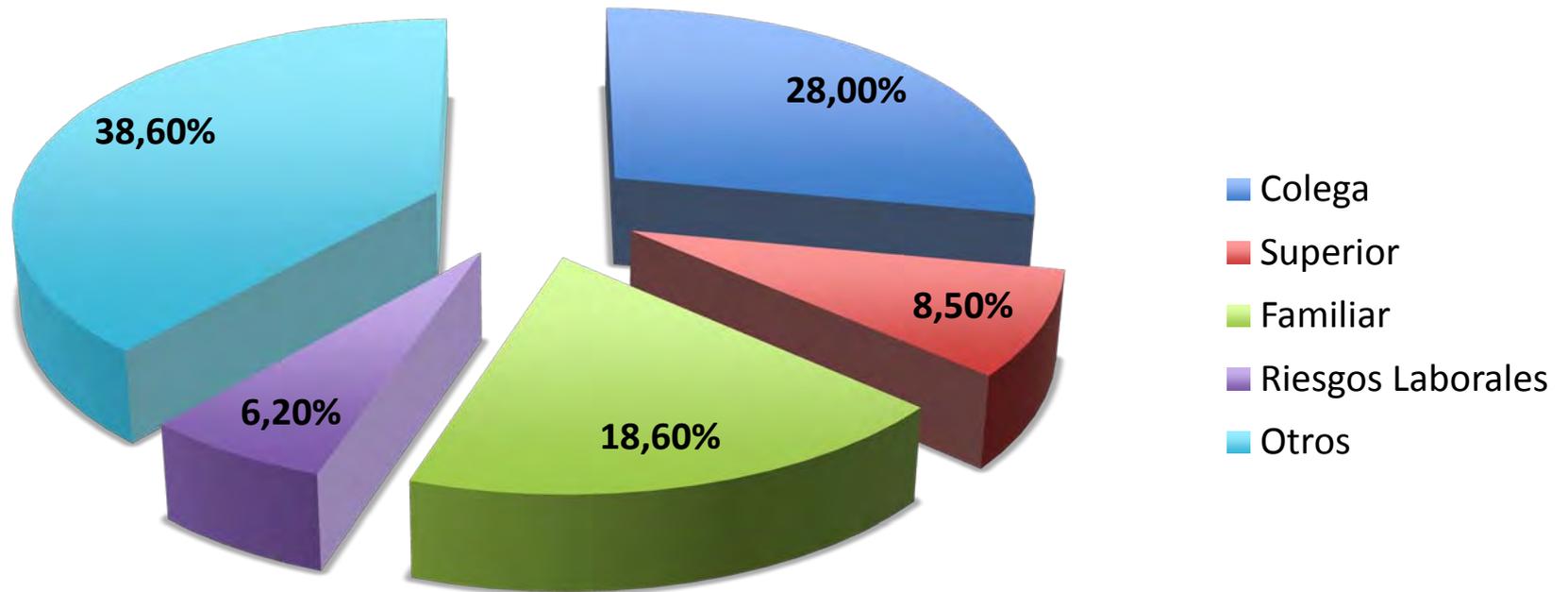
Administración

# Salud Laboral - Residentes

**Guruzetako Unibertsitate Ospitalea**  
Hospital Universitario Cruces



# Quien deriva los casos



# QUIEN DERIVA LOS CASOS

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



Clínica  GALATEA



**Ingresos urgentes**

**Medidas de contención**

- Red pública de Salud Mental
- Centros Privados

# Comisión de caso difícil



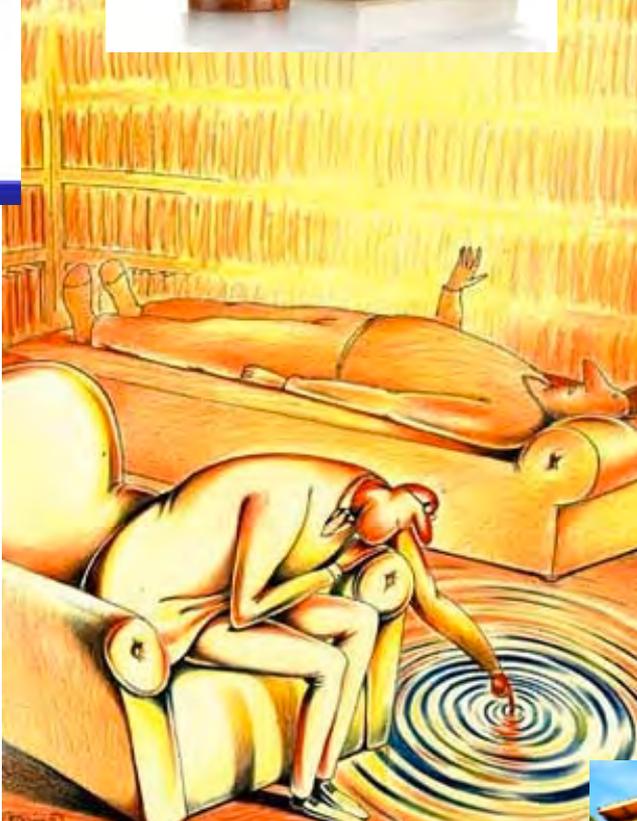
- Terapeuta
- Coordinador del PAIME
- Secretario del Colegio
- Presidente de la Comisión de Deontología
- Servicios jurídicos

# Salud Laboral - Residentes

Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea  
Hospital Universitario Cruces



U. Básica Prevención -Salud Laboral. HU. Cruces



Buen viento... y muchas gracias



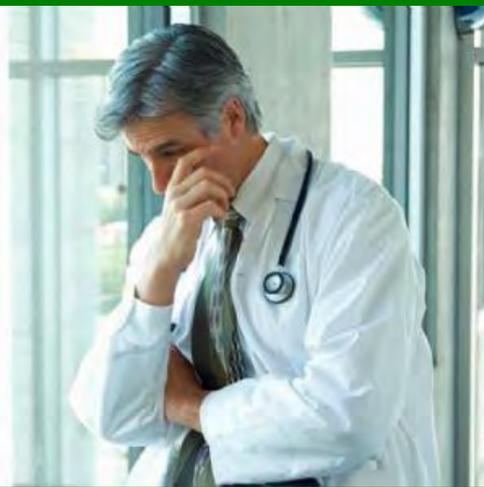


## II JORNADAS CLINICAS PAIME

MADRID, 28 Y 29 DE noviembre 2014

Coordinación del PAIME con los elementos clave del Sistema de Salud. Servicios de prevención de riesgos laborales, Atención Primaria, Inspección médica

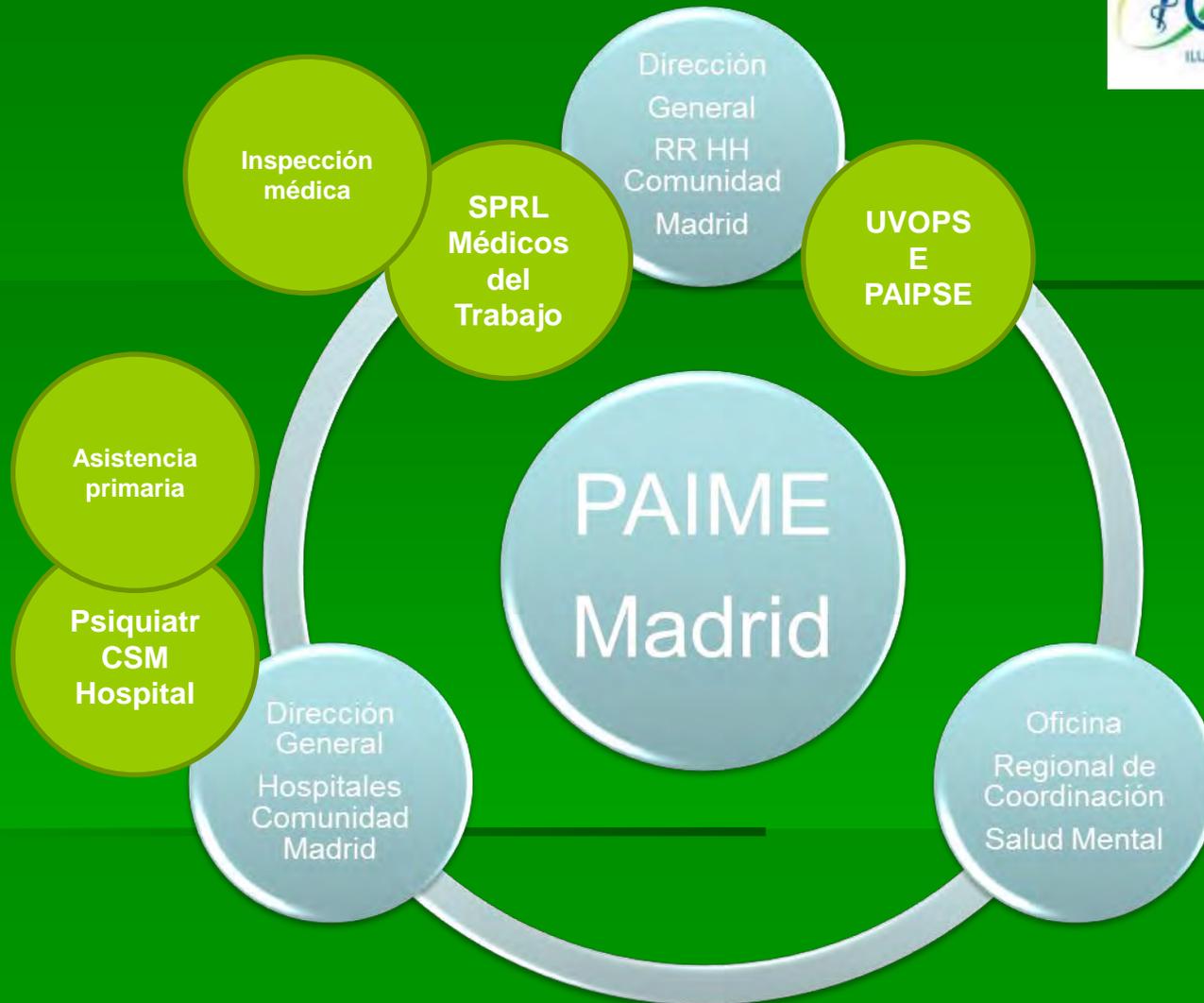
Dra. Dolores Crespo  
Directora del Programa Paime  
ICOMEM  
Psiquiatra. Madrid



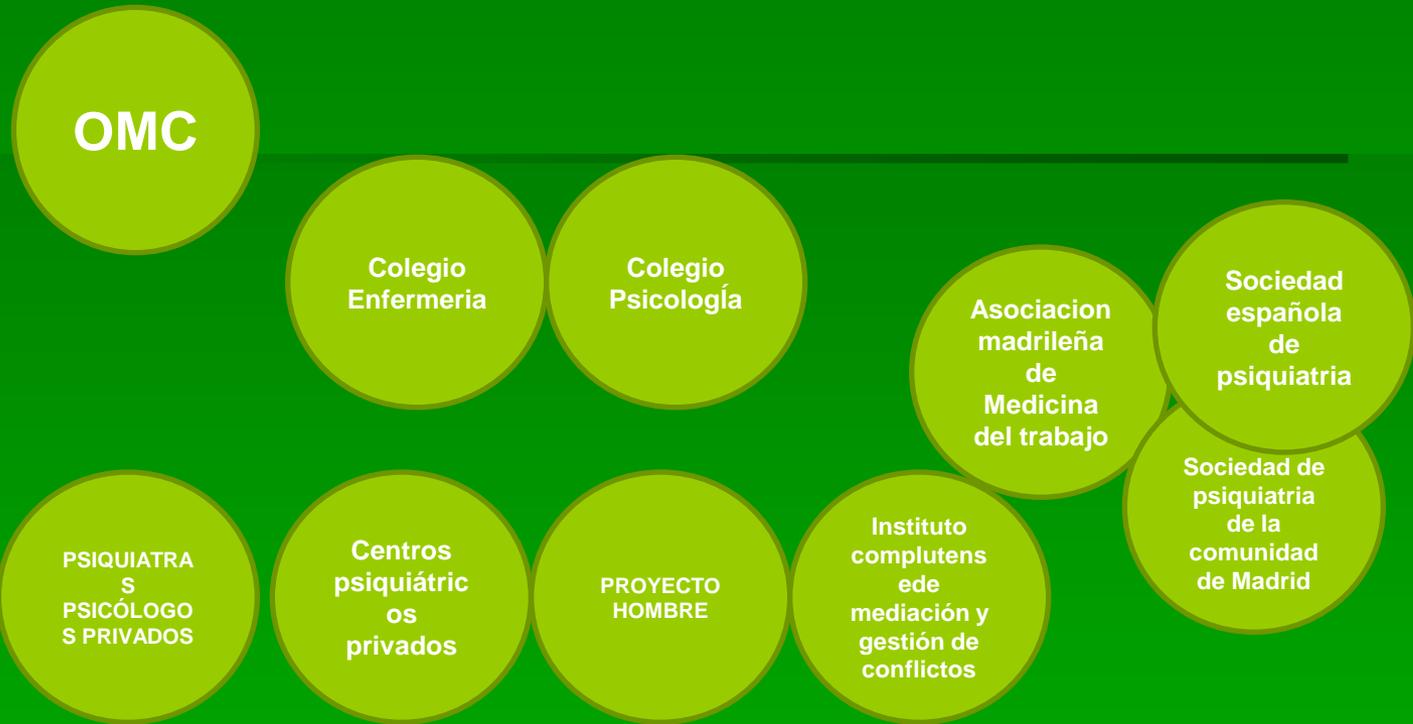
# Introducción



Las relaciones institucionales llevadas a cabo por el Paimé Icomem, han seguido diferentes líneas, dependiendo, en gran parte, de las relaciones políticas y sociales de las sucesivas Juntas directivas del Icomem. Pretendo exponerlas ,a continuación ,con el fin de contribuir a la continuidad y mantenimiento del programa PAIME



**Interrelación del PAIME ICOMEM  
con diversas Organizaciones públicas**



**Interrelación del PAIME ICOMEM  
con Organizaciones privadas**

# El rol de las instituciones y organizaciones sanitarias en la promoción, protección y prevención de la salud de los médicos

## PAIME-ICOMEM Iniciativas y Experiencias en la Comunidad de Madrid



# Iniciativas de la Comunidad de Madrid Consejería de Sanidad(2001-2013)



- Aplicación de la Orden 1436/2006 del Consejero de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid por la que se aprueba el **Plan de Atención Integral al profesional sanitario enfermo** en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de la CM (PAIPSE)
- 2006, Se crea la “Unidad de valoración y orientación al profesional sanitario enfermo” (UVOPSE)
- **Comité Técnico Asesor** Un especialista designado por el Colegio de Médicos

# Iniciativas para la salud de los médicos en Madrid ICOMEM(2001-2014)

- 2001 ICOMEM, Crea “la Comisión de vigilancia de la salud de los médicos” para dar respuesta a los problemas de salud de los médicos (incluye salud en general, mental y acoso moral)
- 2006 ICOMEM Crea “la Comisión de atención y prevención del médico (CAYPAM) en sustitución de la anterior
- 2012 Sustitución del CAYPAM por PAIME
- 2013-2014 Adecuación Paime-Icomem OMC
- 2014 Reestructuración PAIME





# PAIME ICOMEM

## Misión

- Ayudar al médico enfermo proporcionando asistencia y favoreciendo su rehabilitación como profesional
- Contribuir a la seguridad y calidad de la prestación asistencial
- Contribuir a que las condiciones de trabajo del médico no perjudiquen su salud o agraven problemas previos

## Valores

- Conocimiento por parte de los integrantes del grupo de los problemas reales de salud del médico, fundamentalmente por parte de los médicos del trabajo, de los integrantes de la UVOPSE y de la experiencia de la red de psiquiatras que colaboran

## Visión

- Completar el enfoque asistencial con:
- Orientación a la Atención Social
- Intervenciones preventivas tanto de prevención primaria como secundaria

# Iniciativas ICOMEM 2001

## Comisión de Vigilancia de la Salud



- Grupo de trabajo constituido por la Junta directiva del Colegio de médicos de Madrid en 2001, abierto y estable
- Compuesto por médicos de diversas especialidades,
  - Mayoritariamente especialistas en Medicina del Trabajo, y Psiquiatría (centros públicos y privados)

# Iniciativas Icomem 2012 PAIME

## Profesionales implicados



- Secretaría general, Asesoría jurídica y Comisión Deontológica del Icomem
- Médicos del Trabajo de los Servicios de Prevención de riesgos laborales de los Hospitales de Madrid
- Equipo de la Uvopse
- Psiquiatras de Centros de Salud mental y Hospitales públicos de Madrid
- Psiquiatras privados y Hospital Ntra Sra de la Paz
- Consultores-Asesores especializados
- Comisión de Atención asistencial
- Comisión Asesora
- Equipo de investigación en violencia interna
- Equipo de investigación en prevención del suicidio
- Médicos formados en mediación de conflictos(16)

Agradecimiento a todos por su labor



# Iniciativas ICOMEM 2006

## Comisión de Atención y Prevención al Médico

### Subgrupos de trabajo en:

- ❑ Acoso moral
- ❑ Estrés laboral
- ❑ Patología Psiquiátrica
- ❑ Adicciones
- ❑ Enfermedades cardiovasculares
- ❑ Estudios epidemiológicos de salud y condiciones de trabajo
- ❑ Convenio Clínica psiquiátrica Ntra.Sra de La Paz



Dr.V.Arias

# Iniciativas Icomem PAIME 2013



- Mediación sanitaria: Instituto Complutense de Mediación y gestión de conflictos
- Programa alcoholismo: Proyecto Hombre
- Consulta en la sede del Icomem con médicos del trabajo y psiquiatras
- Programa MIR
- Programa prevención del suicidio

# Programas Clínicos PAIME ICOMEM



- Trastornos mentales
  - Trastornos afectivos
  - Trastornos de ansiedad
  - Trastornos psicóticos
  - Trastornos de somatización
- Patologías duales
- Trastornos adictivos
  - Libres de drogas
  - Mantenimiento (Agonistas / Antagonistas)
  - Prevención de las recaídas
  - Exposición a estímulos
  - Habilidades sociales
- Patología Psicosocial (Acoso / Burnout/ Agresiones físicas)
- Médicos Internos Residentes
- Alcoholismo
- Mediación Sanitaria

# Programas de investigación y prevención PAIME ICOMEM

Estudio del nivel de salud y de la Situación socio-laboral de los profesionales médicos 2002-2003

Violencia externa

**Plan de Prevención y Atención frente a potenciales Situaciones Conflictivas con los ciudadanos**

Violencia Interna

Prevención de la Violencia Interna en las Instituciones Sanitarias 2009-2010 ORCSM  
Estudio de la violencia interna en las instituciones



# Comisión de vigilancia de la salud del médico-ICOMEM



Estudio del nivel de salud y de la Situación  
socio-laboral de los profesionales médicos  
2002-2003

Muestra de 1554 médicos que remiten voluntariamente  
el cuestionario insertado en la revista Madrid Médico



## Violencia externa

### Plan de Prevención y Atención frente a potenciales Situaciones Conflictivas con los ciudadanos

# **Orden 212/2004, de 4 de marzo del Consejero de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid**

1. Directrices para elaboración de PLANES DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en Instituciones sanitarias públicas
2. Contempla:
  1. **Prevención de potenciales situaciones conflictivas:**
    - 1.1. Reforzando las garantías en la prestación de los Servicios Sanitarios.
    - 1.2 Reforzando la seguridad pasiva y activa en los lugares de trabajo
    - 1.3 Impulsando la formación de los profesionales en el manejo de situaciones conflictivas.
  2. **Actuación ante incidentes (Procedimiento)**
  3. **Asesoramiento y apoyo jurídico al personal afectado**

# Actuación ante Violencia Externa

## Procedimientos Actuación ante Incidentes

## Formulario de Registro Centralizado

**Incidentes con los Ciudadanos**

Procedimiento de actuación de los trabajadores del Área 7 Atención Especializada

**SaludMadrid** Hospital Clínico San Carlos  
Comunidad de Madrid  
Atención Especializada. Área 7

**FORMULARIO DE REGISTRO DE SITUACIONES CONFLICTIVAS CON CIUDADANOS EN LOS CENTROS E INSTITUCIONES SANITARIAS ADSCRITOS O DEPENDIENTES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD**

### Alta del Incidente

Nº Registro: \_\_\_\_\_ Fecha del incidente (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_ Hora del incidente (hh:mm): \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ NIF/NIE: \_\_\_\_\_  
 Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
 Área: Centro de Trabajo \_\_\_\_\_ Servicio o Unidad: \_\_\_\_\_  
 Categoría: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

**UBICACIÓN**  
 Centro habitual trabajo Centro de trabajo no habitual  
 Desplazamiento en jornada  
 In itinere (Únicamente relacionado con la Actividad Asistencial) Lugar donde se produce el incidente

**DATOS DEL AGRESOR**  
 Rango de Edad del Agresor: \_\_\_\_\_  Paciente hospitalizado  Familiar o acompañante de paciente  
 Sexo del Agresor \_\_\_\_\_  Paciente no hospitalizado  Desconocido  
 Otros: \_\_\_\_\_

(\*) Estos datos han sido recogidos mediante información directa del agredido, y no habiéndose utilizado para ello ningún registro oficial

Agresión Física  Amenazas  Coacciones  Daños materiales  
 Insultos, injurias, vejaciones Otros: \_\_\_\_\_

Descripción del incidente: \_\_\_\_\_  
 Causas del incidente: \_\_\_\_\_

Tipo de intervención durante el conflicto:  Seguridad Pública  Seguridad Privada  Compañeros  Otros: \_\_\_\_\_  
 Existencia de conflictos previos al incidente, indicar: \_\_\_\_\_

Lesiones  Parte de Lesiones  Precisa apoyo psicológico  Baja Laboral  Denuncia  Fecha de Baja \_\_\_\_\_  
 Gravedad: \_\_\_\_\_ Fecha de denuncia: \_\_\_\_\_  
 Localización: \_\_\_\_\_  
 Descripción de las Lesiones: \_\_\_\_\_  
 Medidas tomadas por la Gerencia: \_\_\_\_\_

**TESTIMONIOS**  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Seguimiento del Incidente** Fecha de alta (si procedió IT): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMIENTO ABREVIADO**  
 ARCHIVO: Fecha del archivo: \_\_\_\_\_  Por Renuncia  Por Decisión Judicial  
 JUICIO DE FALTAS: Fecha de la sentencia: \_\_\_\_\_  Sentencia Absolutoria  Sentencia Condenatoria  
 PROCEDIMIENTO ABREVIADO: Fecha de la Sentencia: \_\_\_\_\_  Sentencia Absolutoria  Sentencia Condenatoria

El consentimiento de depósito de este documento en el archivo de registro de incidentes de violencia externa de los centros sanitarios adscritos o dependientes del Servicio Madrileño de Salud, implica la aceptación de su uso para fines estadísticos, de control de gestión y de investigación científica, así como la autorización de su publicación en los medios de comunicación de masas, siempre que no se mencione el nombre del interesado y se garantice la confidencialidad de los datos personales que se aporten. El consentimiento no implica la cesión de los datos personales a terceros ni la explotación de los mismos para fines distintos a los mencionados.



## **Violencia Interna**

**Plan de Prevención de la Violencia Interna  
en las Instituciones Sanitarias**



# Proyecto :Prevención de la Violencia Interna en las Instituciones Sanitarias



Ayuda del Ministerio de Sanidad y Política Social de los fondos de Cohesión de las CC AA para la Estrategia de Salud Mental 2010

# Equipo de Trabajo



- Investigadora Principal: ORCSM Dra. D. Crespo
- Servicios de Prevención de los Hospitales:
  - Hospital Universitario Gregorio Marañón (Dr. Arias),
  - Hospital Infanta Leonor (Dra. Sánchez-Uriz),
  - Hospital Clínico Puerta de Hierro (Dra. Rodríguez de la Pinta)
  - Hospital Clínico San Carlos (Dra. Caso Pita)
- U.V.O.P.S.E.:(Dr. Mingote, Dr. Del Pino, Dra.Gálvez,Dr,Vega)
- Personal becario: psicólogos (Rosa Esteban, Javier Rodríguez) y administrativa(Carmen Moyano)

# Objetivos



- Primario: Prevenir la violencia interna en las instituciones sanitarias de la C.M. mediante:
  - Elaboración de dos Documentos de Política preventiva:
    - Basados en la evidencia científica
    - De apoyo y guía para las Instituciones Sanitarias de la CM
  - Código de Conducta ó Código de Buenas prácticas  
Procedimiento de actuación ante conflictos y acoso psicológico***
  - Elaboración de estrategias de información-formación y sensibilización
- Secundario
  - Mejorar la atención sanitaria a los pacientes evitando la repercusión que sobre la salud tiene la violencia en el trabajo

# Código de Conducta



- Declaración expresa de la política, los valores o los principios que inspiran el comportamiento de una organización en relación con el desarrollo de sus recursos humanos, su gestión medioambiental y/o a su interacción con los usuarios, los gobiernos y las comunidades en las que desarrolla su actividad  
(OIE, 1999)
- Expresa actuaciones que inciden favorablemente en la cultura y el clima organizacional

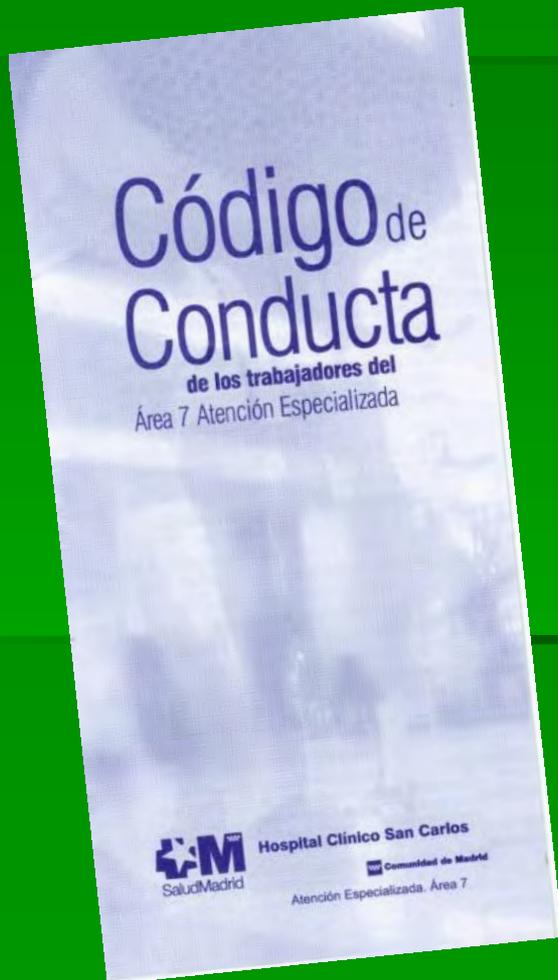
# Contenidos del Código de Conducta



1. Identificación y reconocimiento del problema de la violencia interna, incluyendo definición conceptual clara
2. Declaración de Principios sobre los que asienta
3. Ámbito de aplicación (personas y entidades)
4. Pautas generales de conducta
  - Conductas a promover en el lugar de trabajo
  - Conductas no permitidas en el lugar de trabajo
5. Aceptación y divulgación del código
6. Entrada en vigor y modificaciones



# Código de Conducta ó Código de buenas prácticas



Una de las principales objetivos de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, es el **preservar y proteger la salud de los trabajadores**.

El presente Código de Conducta tiene como finalidad la **prevención de comportamientos o actitudes inadecuadas** y situaciones de conflicto en el lugar de trabajo.

El Comité de Seguridad y Salud del Área 7, Atención Especializada, con el asesoramiento técnico del Servicio de Prevención, elabora el siguiente **Código**, a fin de establecer un marco de regulación de las relaciones dentro de la Organización, basado en el respeto mutuo y la mejora de la comunicación.

## Objetivos

- Impulsar un **clima de trabajo adecuado** a través del cumplimiento de cuantas directrices de buena práctica laboral y personal se diseñen.
- Lograr que estas buenas prácticas formen parte de los **valores y la cultura** de nuestra Organización.
- Conseguir que este cambio en las **condiciones psicosociales de trabajo** repercuta tanto en la satisfacción de los profesionales, como en la calidad asistencial.

El presente Código de Conducta es de aplicación a todo el personal del Área 7 de Atención Especializada de Madrid, en sus relaciones con el resto de los trabajadores y los usuarios del Sistema de Salud.

Por extensión, deberá ser asumido por todos los trabajadores que, sin pertenecer a la Institución, desarrollen su actividad en nuestros centros de trabajo.



# Procedimiento de Intervención ante Conflictos y Acoso Psicológico

El Procedimiento completo estará a vuestra disposición en la intranet, en las distintas Jefaturas y en el Servicio de Prevención.

Podéis solicitar información en:

- Las Jefaturas de personal
- El Servicio de Prevención
- Los Delegados de Prevención de los distintos sindicatos.

El presente procedimiento se basa en dos premisas:

- El compromiso de la Dirección de garantizar un entorno de trabajo libre de violencia.
- La responsabilidad de toda la Organización en el logro de este objetivo.

**Trabajemos juntos para que estas buenas prácticas pasen a formar parte de la cultura y valores de nuestra Organización**

**PROCEDIMIENTO para la Resolución de Conflictos y Acoso Psicológico en el entorno laboral**  
Área 7, Atención Especializada

**Comité de Seguridad y Salud**  
Grupo de trabajo de Riesgos Psicosociales  
Junio 2010

**ACTUACIONES CONTEMPLADAS POR EL PROCEDIMIENTO DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS Y ACOSO PSICOLÓGICO EN EL LUGAR DE TRABAJO**

I) Fase de detección del conflicto y presentación de Queja

El procedimiento se inicia mediante presentación de Queja dirigida a la Subdirección General de Recursos Humanos (quién a su vez lo notificará al Servicio de Prevención), en el formulario incluido en el ANEXO I del procedimiento.

**GARANTÍA DE CONFIDENCIALIDAD Y NO RESPUESTA**

II) Fase de intervención

Según el tipo de conflicto y la implicación del mando en el mismo, se establecerá el nivel jerárquico del responsable que intervendrá en el proceso y el tipo de intervención a desarrollar:

- Información y evaluación de la situación
- Análisis del problema
- Resolución e Informe
- Derivación a instancia superior, en caso de no solución

Posibles actuaciones del Área de Psicología del Servicio de Prevención:

- Evaluación psicosocial
- Mediación
- Intervención psicológica, etc.

III) Fase de información, Seguimiento y Control

De las acciones preventivas y/o correctoras establecidas y del mapa general de estos riesgos.

© Hospital Clínico San Carlos. Todos los derechos reservados.



Hospital Clínico San Carlos



Madrid



**Gracias por su atención**

**[dcrespo.psi@gmail.com](mailto:dcrespo.psi@gmail.com)**



## Ponencia II

El entorno personal y social del médico enfermo como productor de éxito.



## PONENCIA 2

El entorno personal y social del médico  
enfermo como predictor de éxito.

## 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

- D. Miquel Gusart Ponsa  
Especialista en terapia familiar e intervención  
con pacientes difíciles.

## II JORNADAS CLÍNICAS PAIME

Madrid, 28 y 29/11/2014

El entorno personal y social del  
médico como predictor de éxito

Miquel Gusart i Ponsà  
Psicólogo. Terapeuta Familiar

Una mirada a la complejidad de la situación considerando las necesidades de los distintos miembros de la familia, distinguiendo sin reparar lo cual es distinto al aislamiento de variables.



Avanzar más allá del síntoma y de la enfermedad para acercarnos al paciente dentro de su contexto.



Las familias son sistemas con historia y que crean historia dentro del tiempo de sus sucesos (o procesos) y del legado de sus relaciones (o estructura).



# II JORNADAS CLÍNICAS PAIME

Madrid, 28 y 29/11/2014

El entorno personal y social del  
médico como predictor de éxito

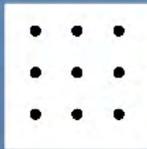
Miquel Gusart i Ponsà

Psicólogo. Terapeuta Familiar

Las familias son como cajas de resonancia; nada sucede dentro de ellas que no influya en sus miembros



La familia ya ha hecho sus intentos para hallar la solución pero siempre desde su visión. La solución está fuera de los límites de la familia.



El microscopio es un instrumento preciso que nos amplía los detalles



El telescopio es un instrumento que nos amplía las relaciones



El más allá del sistema y entre los miembros para entenderlo al paciente y entenderlo como objeto en su contexto

Síntoma

20/80



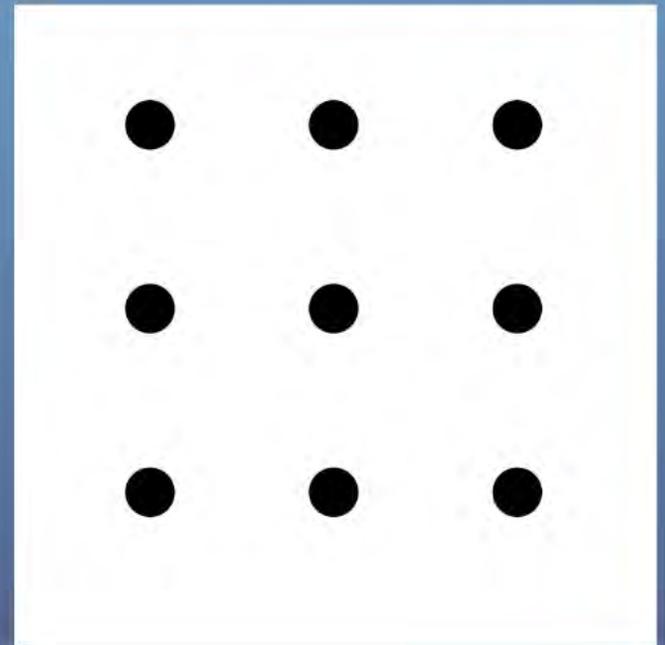
Y...en la constante búsqueda sólo podremos encontrar si acudimos al lugar que nos tiente.

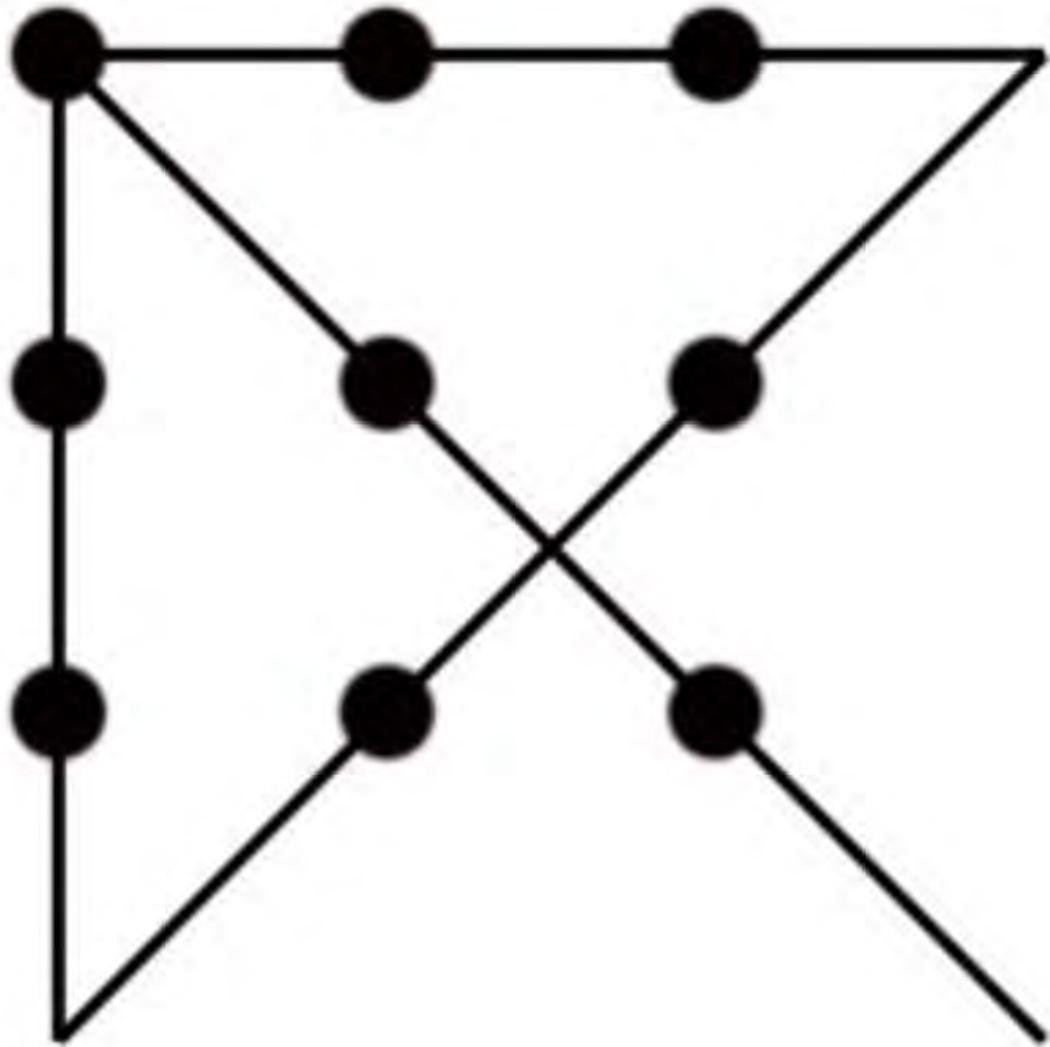
Las familias son como  
cajas de resonancia;  
nada sucede dentro de  
ellas que no influya en  
sus miembros



La familia ya ha hecho sus intentos para hallar la solución pero siempre desde su visión.

La solución está fuera de los límites de la familia.





**El microscopio es un  
instrumento preciso  
que nos amplia los  
detalles**



**El macroscopio es un  
instrumento que nos  
amplia las relaciones**

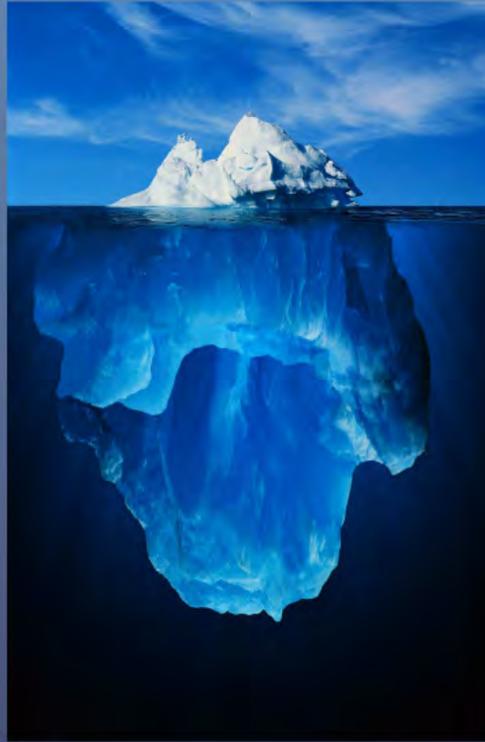




Ir mas allá del síntoma y de la enfermedad para acercarnos al paciente y explorarlo como sujeto en su contexto

# Síntoma

20/80



# CLÍNICAS PAIME

28 y 29/11/2014

o personal y social del  
como predictor de éxito

uel Gusart i Ponsà

go. Terapeuta Familiar

Una mirada a la complejidad de la situación considerando las necesidades de los distintos miembros de la familia, distinguiendo sin separar lo cual es distinto al aislamiento de variables.



Avanzar más allá del síntoma y de la enfermedad para acercarnos al paciente dentro de su contexto.



Las familias con sistemas con historia y que crean historia dentro del tiempo de sus sucesos (su proceso) y del espacio de sus relaciones (su estructura).



Una mirada a la complejidad de la situación considerando las necesidades de los distintos miembros de la familia, distinguiendo sin separar lo cual es distinto al aislamiento de variables.



FreakingNews.com

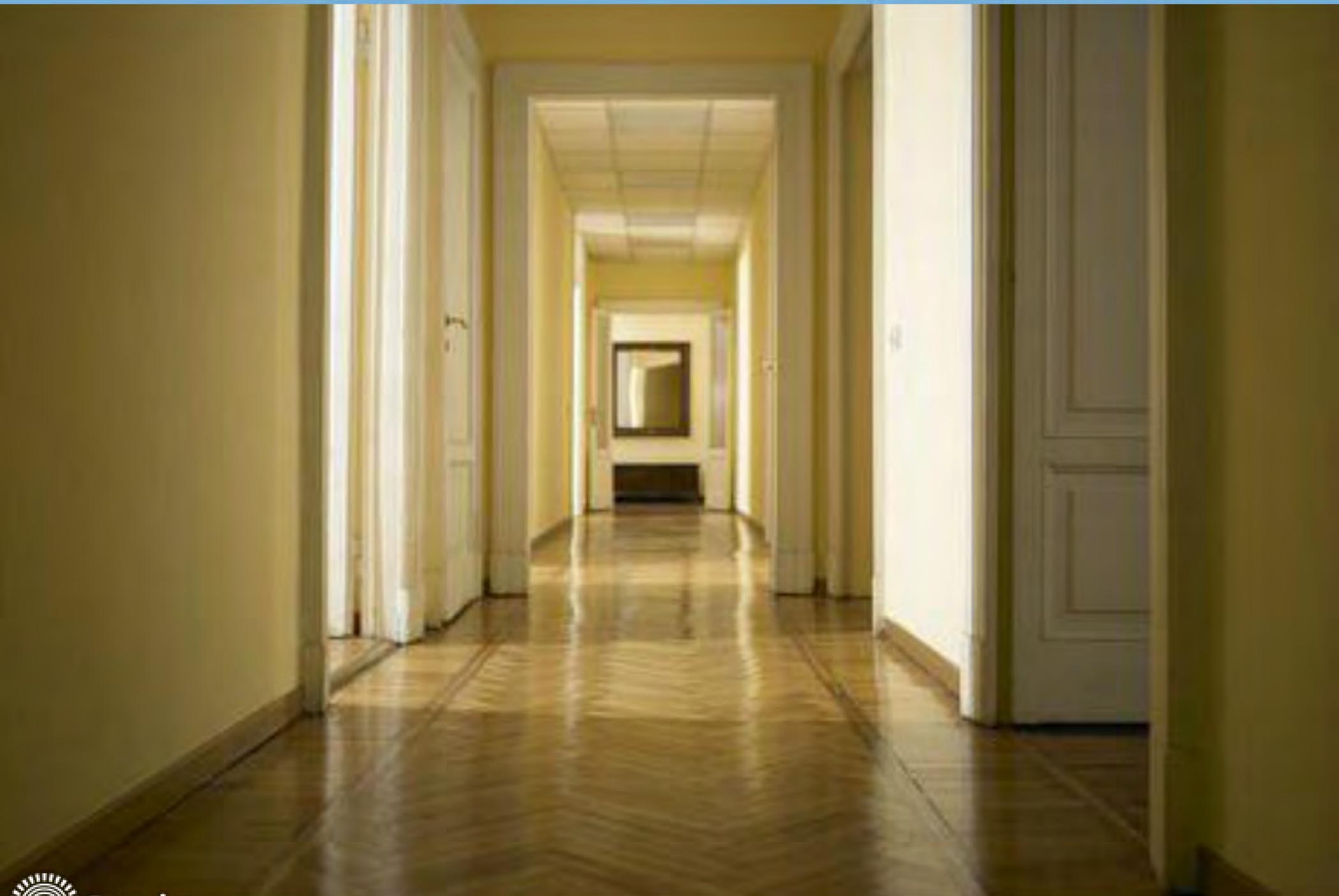
Avanzar más allá del síntoma y de la enfermedad para acercarnos al paciente dentro de su contexto





Las familias son sistemas con historia y que crean historia dentro del tiempo de sus sucesos (su proceso) y del espacio de sus relaciones (su estructura)







Las familias son sistemas con historia y que crean historia dentro del tiempo de sus sucesos (su proceso) y del espacio de sus relaciones (su estructura)



Y...en la constante búsqueda  
sólo podremos encontrar  
si acudimos al lugar  
que nos tiene.



## **FOROS DE DEBATE Y CONSENSO**



## Foro 1

Abordaje desde el PAIME de patologías psiquiátricas relacionadas con fenómenos emergentes: agresiones laborales, acoso, adicciones sin sustancia, etc.



# FOROS DE DEBATE Y CONSENSO

## Conclusiones para la acción.

### Foro 1:

**Abordaje desde el PAIME de patologías psiquiátricas relacionadas con fenómenos emergentes:  
agresiones laborales,  
acoso,  
adicciones sin sustancias,  
etc..**

**Eugeni Bruguera. Clínico PAIME – Fundación Galatea**  
**Bartolomé de la Fuente. Coordinador PAIME – Andalucía**

#### 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

# OBJETIVOS:

- Crear y generar debate para propuestas de intervención.
- Determinar ¿qué es un fenómeno emergente en el PAIME?
- Expresar experiencias en los equipos de atención PAIME
- Implicación de estos fenómenos en la salud mental.
- Implicación de estos fenómenos en la praxis médica
- Prioridades en la atención desde el PAIME.
- Actuaciones y responsabilidad de los Colegios de médicos

# FÉNOMENOS EMERGENTES

## ¿cómo actuar desde el PAIME?

### Acciones asistenciales y preventivas

#### 1. AGRESIONES LABORALES

- Influencia sobre médico agredido.
- Posibilidad de relación entre médicos agredidos y médicos atendidos (hipótesis).

#### 2. BURNOUT

- Implicación en salud mental y praxis médica.
- Prevención

#### 3. ACOSO LABORAL. MOBBING

- Como afecta al acosado.
- Protocolo de mobbing en los centros sanitarios.

#### 4. ADICCIONES SIN SUSTANCIA

- Implicaciones en la praxis médica.
- Comorbilidad

#### 5. OTROS: .....

## 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



# Agresiones a sanitarios

# La violencia en el lugar de trabajo

- **«Cualquier acto que conlleve abuso verbal, físico, amenazas o cualquier comportamiento intimidatorio cometido por un paciente, familiar o acompañante contra un profesional médico en el ejercicio de su función causándole un daño físico o psicológico».**
- La OMS y la OIT denuncian que casi un 25% de todos los incidentes de violencia en el trabajo se producen en el sector sanitario.
- Afecta igual a los países desarrollados que a los más pobres.
- Estudios limitados e insuficientes

# Las dimensiones del problema

- Las tasas en el Reino Unido se situaron en el período 2001-2002 en torno a 14 incidentes al mes por cada 1.000 trabajadores sanitarios.
- La *Australian Patient Safety Foundation* (APSF) registró 3.621 agresiones físicas o verbales en el medio sanitario durante el trienio 2000-2002, un 28% de ellas en Unidades de salud mental y un 16% en urgencias.
- En Usa se registraron incidentes en asistencia sanitaria general de 6,5 por cada 1.000 trabajadores (10,1 para los médicos y 8,1 para los enfermeros), mientras que en salud mental la tasa ascendía a 20,5 incidentes por 1.000 trabajadores (2005 a 2009, el *Bureau of Justice* de Estados Unidos)

# Las dimensiones del problema

- un tercio de los médicos referían haber experimentado algún episodio violento durante su carrera profesional, siendo más frecuentes las agresiones verbales (44%) que las físicas (28%) y las amenazas (26%) y con predominio en los servicios de urgencias (**COMB 2004**).
- un 11% de los profesionales sanitarios sufren agresiones físicas y un 64% sufren violencia psicológica. En los Servicios de Urgencias y Psiquiatría las cifras ascendían al 38 y 26,9% respectivamente para la violencia física y el 70,5 y 51,6% para la violencia psicológica (**Aragón y Castilla-La Mancha por Martínez-Jarreta et al. (2006)**).
- 451 agresiones a médicos colegiados durante 2010. **Observatorio de Agresiones del Consejo General de Colegios de España, 2011**

## **Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España)**

**Martinez Leon et al . Revista española de Medicina Legal. 2012**

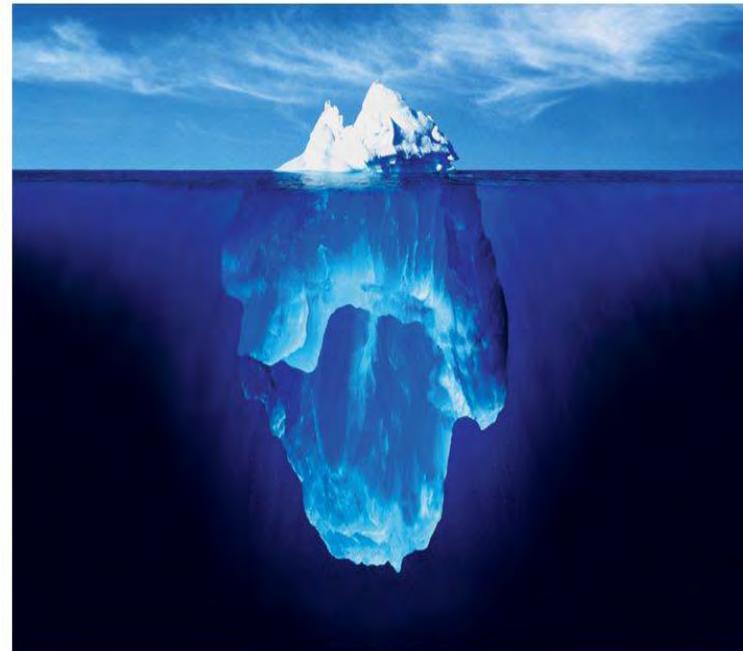
Estudio observacional en que se analizan las agresiones contra profesionales sanitarios registradas en el Observatorio de Agresiones de la CCL entre el 1 de julio de 2008 y el 30 de junio de 2009.

La gran mayoría de las agresiones producidas (65%), han sido **agresiones verbales**, los servicios de **psiquiatría** es donde se produjeron más frecuentemente y el **agresor fue el paciente** en el 70% de las ocasiones. Se **denunciaron solo el 9,8%** de las agresiones.

Los profesionales sanitarios denuncian únicamente los incidentes graves en los que se producen lesiones que requieren atención médica, lo que impide el conocimiento de la realidad de las agresiones contra los profesionales sanitarios. Las Administraciones Sanitarias han de instaurar las medidas preventivas, administrativas y legales para frenar estas agresiones.

# Las agresiones a profesionales sanitarios

- 70% de las agresiones no se denuncian.
- solo un 3,7% de las agresiones físicas fueron denunciadas y en ningún caso de amenazas o insultos se interpuso denuncia (Martínez-Jarreta et al. 2006)





ELSEVIER  
DOYMA

## REVISTA ESPAÑOLA DE MEDICINA LEGAL

[www.elsevier.es/mlegal](http://www.elsevier.es/mlegal)



### EDITORIAL

## Las agresiones a profesionales sanitarios

### Aggressions to health workers

Esperanza L. Gómez-Durán<sup>a,b,c,\*</sup>, Miguel Gómez-Alarcón<sup>a</sup> y Josep Arimany-Manso<sup>a,b</sup>

- La violencia en el trabajo no es un problema individual, sino estructural y estratégico que implica factores sociales, económicos, organizativos y culturales, por lo que exige un enfoque integral

# Situaciones y factores que pueden generar agresividad

## Organización. Del lugar de trabajo

- **Estructurales.** Acceso, aparcamiento, comodidad de las salas de espera, temperatura e iluminación
- **De la atención.** Información insuficiente, deficiencias en el trato, masificación, sobrecarga de trabajo en el equipo, cambios de médico, descoordinación, interferencias en las visitas, demora en las visitas

# Situaciones y factores que pueden generar agresividad

## De los profesionales

- Deficiencias en las habilidades de comunicación
- Prepotencia, insensibilidad, “no escuchar”, negación no razonada
- Condiciones laborales que causan insatisfacción laboral. Mobbing, burning
- Desconocimiento de la organización, circuitos, descoordinación
- Trastornos mentales

# Situaciones y factores que pueden generar agresividad

## De la población atendida

- Frustración
- Falta de receptividad ante altas, no prescripción
- Simulador
- Paciente psiquiátrico: T.P., somatomorfos, psicóticos, deterioro cognitivo y adicciones

# Las agresiones a profesionales sanitarios

- Problema grave y de importantes consecuencias. Hasta hace muy poco prácticamente desconocido.
- No se trata de hechos aislados, sino algo que se repite con demasiada frecuencia en Urgencias (45%) y en Centros de Atención Primaria (28,6%).
- La violencia ocupacional es un **fenómeno emergente** en los riesgos laborales y específicamente en el sector sanitario.

## Efectos de la violencia contra el personal sanitario

### • Efectos sobre la persona

- Disminución de la motivación, implicación y rendimiento laboral
- Disminución de la autoestima
- Despersonalización
- Síntomas psicósomáticos
- Alteraciones emocionales
- Pensamientos negativos sobre sí mismo, la profesión y la organización
- Afectación de los rendimientos cognitivos
- Conductas de evitación en el trabajo
- Afectación a la realización profesional y personal
- Afectación de las relaciones personales y sociales

### • Efectos sobre la organización

- Incremento del absentismo laboral y pérdida de horas de trabajo
- Descenso de la calidad de la asistencia
- Deterioro del ambiente laboral
- Deterioro de la imagen institucional
- Incremento de los costes por medicina defensiva
- Insatisfacción de usuarios y profesionales
- Deterioro de la relación entre profesionales y usuarios
- Conflictos laborales

# Recomendaciones

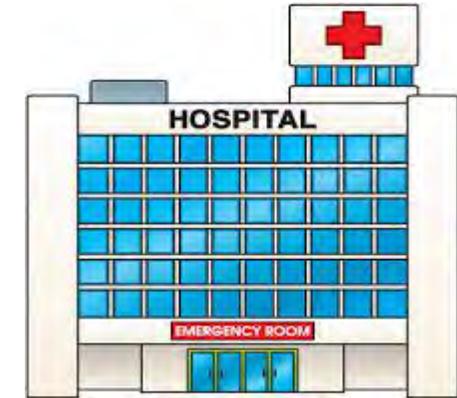
## Al personal sanitario



- Mejorar la comunicación
- Formación para identificar y gestionar situaciones de riesgo
- Tolerancia cero
- Informar a los responsables del centro, COM y si procede denunciar

# Recomendaciones

## A la organización



- Planes de formación para la mejora de las habilidades de comunicación y de manejo de situaciones de riesgo.
- Protocolo de actuación.
- Creación de una comisión de seguimiento en el centro
- Mejora de los factores de riesgo propios de la organización
- Apoyo al agredido
- Considerar la agresión a un médico como un «delito de atentado a funcionario público».

# Recomendaciones

## A los COM



- Fomentar los planes de formación de prevención de la violencia entre los médicos.
- Supervisar y sugerir modificaciones en las medidas de prevención de la violencia en los centros. Aplicar el protocolo pertinente.
- Cumplimentar el registro de agresiones.
- Seguro de asistencia.
- Colaborar con fiscalía y judicatura.
- Ofrecer máxima ayuda al agredido.



La Organización Médica Colegial ha creado el

**«Observatorio de Agresiones de la Organización Médica Colegial»**

en el ámbito sanitario para contribuir a dar respuesta y soluciones

# Discusión

- Existe la percepción de fenómeno emergente?
- Experiencias propias en los Paimes
- Implicaciones del fenómeno en la salud mental
- La atención desde el Paime
- Actuaciones y responsabilidad de los COM



# Burnout

## II JORNADAS CLÍNICAS PAIME



Madrid, 28 y 29 de noviembre de 2014

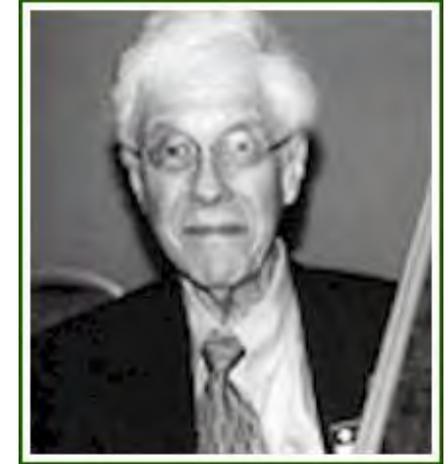
Sede del Ateneo de Madrid  
c/ Prado 21, 28014 - Madrid



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

# “Síndrome burnout”

acuñado originalmente por el psiquiatra psicoanalista norteamericano: **Freudenberger** (1974)



Fué **Cristina Maslach** (1976) quien primero empleó públicamente este término:

Una situación cada vez más frecuente entre trabajadores de los servicios humanos que por la naturaleza de su trabajo debían mantener un contacto directo y continuado con la gente

"quemándose" profesionalmente después de meses o años de dedicación

## TRABAJADORES DE:

- Sanidad
- Enseñanza
- Servicios sociales
- Policía
- Bomberos....

## EXIGEN:

- Vocación
- Implicación
- Servicio a los demás

# Síndrome de burnout

- Respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico  
-Resulta de discrepancia entre los ideales individuales y la realidad de la vida ocupacional diaria  
cuyos rasgos principales son:
- **AGOTAMIENTO EMOCIONAL (CE):**  
Vivencia de estar exhausto a nivel emocional por las demandas de trabajo
- **DESPERSONALIZACIÓN (DP):**  
Reconocimiento en uno mismo de actitudes de frialdad y distanciamiento relacional
- **REALIZACIÓN PERSONAL (RP):**  
Sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo  
Inadecuación para las tareas que se han de realizar

- Entre el **10 y el 20%** del personal sanitario español sufre desgaste profesional,

Fundación Prevent

- El **20%** de los médicos presenta el síndrome del quemado, una enfermedad estigmatizante que lleva a muchos profesionales al temor de ser identificados y perder el prestigio profesional delante de sus pacientes, el respeto de sus colegas e, incluso, el trabajo.

Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista

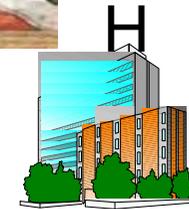
## ¿Por qué afecta a ese tipo de profesiones?

- Una persona que ha hecho medicina, durante el estudio de su carrera suele tener idealizada lo que será su futura labor:

✓ La ayuda a los demás de una forma muy humana.



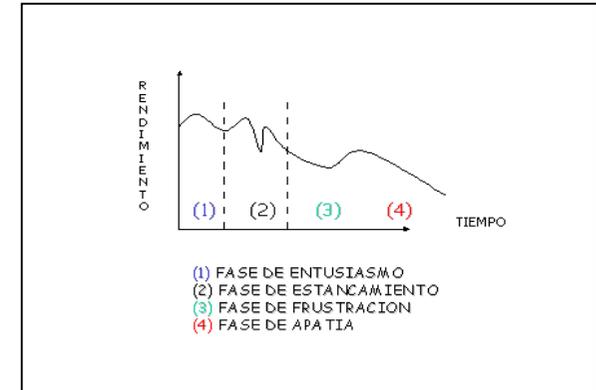
✓ Cuando se incorpora a un hospital, centro de salud, etc. choca inevitablemente con una realidad diferente, en la que su ocupación se ve condicionada por muchas razones, sobre todo del propio sistema sanitario, que hacen que aquella parezca menos humana y más despersonalizada.



✓ **Esta falta de correspondencia entre lo que se piensa y lo que es, hace que se desarrolle estrés en este tipo de profesionales.**

# Burnout como respuesta al estrés

- Se trataría de un conjunto de **conductas**:
  - el deterioro del rendimiento
  - la pérdida de responsabilidad
  - actitudes pasivo-agresivas con los pacientes
  - pérdida de la motivación, entre otros



en las que se implicarían tanto **factores**:

- **internos**  
(valores individuales y sociales, rasgos de personalidad)
- **externos**  
(organizacionales, laborales, grupales).

# ¿Cómo influye la personalidad?

- **Es un factor importante aunque no el fundamental.**
- **Sí es cierto que hay personas que son más vulnerables que otras:**
  - A mayor implicación y motivación mayor probabilidad de sufrir burnout.
  - Pensamientos poco realistas con relación a la profesión.
  - Baja tolerancia a la frustración.
  - Necesidad de competir, de conseguir objetivos de forma urgente y de que se reconozca la labor realizada.
- **También habría una personalidad resistente a este tipo de estrés:**
  - La persona asume ciertas tareas como propias y se define a través de ellas, es decir, tienen un significado y valor para sí mismo y los demás.
  - Busca situaciones de cambio, nuevas experiencias.
  - Tiene certeza de **poder controlar el curso de los acontecimientos.**

## Se ha podido comprobar que:

- el empleo de **estrategias de control o centradas en el problema** **previene** el desarrollo del síndrome de burnout
  - Además, permite ayudar a los sujetos a que utilicen estas estrategias en las situaciones laborales, reduciendo la ambigüedad, la sobrecarga laboral, etc.
- mientras que el empleo de **estrategias de evitación, de escape y centradas en la emoción** **facilita** la aparición del síndrome.

- Habitualmente el **burnout** se destapa en su estado máximo, cuando la baja laboral es incuestionable:
  - Negación que el propio paciente hace de sus síntomas
  - Estigma del padecimiento de una alteración psicológica

## Síndrome de burnout

- Ha adquirido una alta prevalencia en el sistema sanitario público

### IMPORTANTE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Pudiendo llegar a considerarse como enfermedad profesional

- Debe obligar a tomar medidas:
  - Para mejorar la situación
  - Para prevenirlo
  - **Atención a los médicos con burnout**



# ANTE CRISIS

## □ VULNERABILIDAD:

- responder a las crisis con distress

## □ RESILIENCIA:

- responder a las crisis saliendo fortalecido

Las **acciones terapéuticas** serían más eficaces si pudiéramos actuar en un estadio previo.

➤ De ahí las ventajas de una buena **prevención**.

## Teniendo en cuenta el impacto personal, familiar y social del burnout

- Es cada vez más necesario adoptar intervenciones sistemáticas para promover la salud en el lugar de trabajo, tales como
  - las medidas organizativas,
  - retroalimentación y apoyo de los supervisores,
  - aclaración del rol profesional,
  - cultura de equipo,
  - y estrategias de afrontamiento

Gómez-Gascón et al, 2013;. Kristensen, 2000; Martínez García-Olalla, 2004; Ruotsalainen, Serra, Marina, y Verbeek, 2008

## 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

# MOBBING



- Años 80 **Leyman**. To mob: atacar, acosar, maltratar.  
“ situación en la que una persona o grupo ejercen una violencia psicológica extrema, sistemática y recurrentemente sobre una o más personas con el objetivo de destruir la reputación de la víctima perturbándola hasta acabar abandonando su lugar de trabajo”



**Marie France Hirigoyen**. 1999 “ ...conducta abusiva que atenta repetidamente la dignidad y integridad psíquica de alguien degradando el ambiente de trabajo.”

**Davenport** (1999) ... Intento perverso de forzar a una persona a abandonar su trabajo con acusaciones falsas, humillación, abuso emocional o terror”

DAVENPORT, N.; SCHWARTZ, R. D., y ELLIOT, G. P. (1999): Mobbing. Emotional abuse in the american work place.

Incidencia desconocida. 10 % sector sanitario (encuesta eurofound 2012. U.E)



## El acoso psicológico en el trabajo

- “Mantenimiento persistente e intencional de pautas de maltrato psicológico, que tienen lugar de manera injusta y desmedida, sin posibilidad de escape ni defensa, favorecidas o permitidas por el entorno y cuya finalidad última es eliminar al acosado o destruir su salud y sus capacidades”.
- Aunque cada incidente aislado de acoso no tiene entidad suficiente para generar el síndrome traumático, "su acumulación sí, y acaba por sobrepasar la capacidad de procesamiento cerebral del acosado".
- Tras un tiempo, el cuadro clínico tiende a estabilizarse entrando en una **fase de cronificación**.

# MOBBING: Diagnóstico

Criterios indispensables. Cuando :

- El **hostigamiento o maltrato psicológico** se produce de **forma continuada**. Intencionalidad. Objetivo de perjudicar y desestabilizar
- Al menos durante **seis meses**.
- Provoca en la “**víctima**” un perjuicio mental, psicosomático y social

# MOBBING

- Se trata, según el código penal de un **delito** que comporta una sanción penal. ( España 2010)
- El acoso en el lugar de trabajo implica una actividad de agresión principalmente psicológico, sostenida en el tiempo, que busca la humillación de la víctima con la intención de destruir su autoestima y dejar el trabajo. Ocurre generalmente por un superior a un subordinado, pero también se produce entre pares.
- Las víctimas de acoso puede terminar con daños psicológicos y morales, tienen menor rendimiento de empleo y más absentismo. Además de los daños a las víctimas, los casos de acoso en el lugar de trabajo en las instituciones de salud implican daño a los compañeros de las víctimas y al prestigio y la credibilidad de la institución.

# MOBBING: Diagnóstico.

## Qué no es mobbing

### 1. No son víctimas de mobbing

- a) La mala tolerancia al ejercicio de la autoridad ( cambios organizativos, sobrecargas...)
- b) Determinadas enfermedades mentales ( paranoia)
- c) Falsas víctimas ( venganza)
- d) Estrés laboral
- e) Burnout

### 2. Tampoco son acusadores, aquellos que sin una clara intención de causar daño, tratan sin respeto, con agresividad sin continuidad y sin selección específica de una víctima. El ejercicio inadecuado de la autoridad es igualmente inaceptable.

### 3. Casos de malentendidos o errores en la gestión de personal o conflictos generalizados laborales.

## Tipo de manifestaciones de acoso laboral

- Atentados contra las condiciones de Trabajo
- Aislamiento
- Atentados contra la dignidad
- Violencia contra tu persona

# Causas del acoso laboral

- Individual, del equipo de trabajo, de la organización y de la sociedad
- **Factores de la organización**
  - ✓ Liderazgo inapropiado
  - ✓ Cambios de la organización
  - ✓ Culturas organizativas con elementos perversos
  - ✓ Rigidez jerárquica
  - ✓ Estrés laboral elevado
  - ✓ Conflictos interpersonales

## Consecuencias personales del acoso

- Gravedad proporcional a la intensidad y duración del acoso. El aislamiento y la falta de soporte aumentan la vulnerabilidad.
- Las reacciones emocionales son la humillación y la indefensión. Mina la autoestima y el sentido de autoeficacia. La rabia que aparece puede agravar la situación si no se canaliza.

## Consecuencias personales del acoso

- Trastornos adaptativos
- Trastornos psicósomáticos
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastornos adictivos
- Suicidio
- Menor calidad laboral
- Consecuencias familiares

# Los actores

- **Organización sanitaria**

Falta de políticas de rechazo al acoso y de gestión de los conflictos, promoción de mandos sin liderazgo, rigidez laboral, pactos de silencio.

- **Acosador.** Bossing y mobbing horizontal

Falta de comunicación, falta de recursos para el mando: inseguros, la envidiosos y controladores.

- **La víctima.** No perfil definido

Los que destacan, los vulnerables ,los rígidos, los ineficaces, los idealistas...

## Qué hacer. La víctima

- ❖ Confrontar con el acusador
- ❖ Recoger pruebas
- ❖ Establecer alianzas
- ❖ Soporte psicológico
- ❖ Denunciar -Cuándo?
  - A quien? SPRL o RRHH
  - Como? Por escrito aportando documentación

## Qué hacer. La organización

- Procedimiento: Protocolo de actuación.
- Comisión de investigación interna: Formada por RRHH, SPRL, unidad afectada.
- Emisión de un informe:
  - conflicto laboral interpersonal
  - conflicto laboral de acoso
  - falso caso de acoso

## Qué hacer. El Colegio

- El acoso incumple el **juramento hipocrático** que insta a tratar con respeto a maestros, hijos y discípulos de forma fraternal
- En el código de deontología del consell de Col·legis de Metges de Catalunya dedica un capítulo a **deberes y derechos hacia los compañeros**.
- Establece el **respeto, el derecho a la discrepancia, evitar el desprestigio del compañero** y la responsabilidad del Colegio en velar por un trabajo en condiciones de dignidad.
- Es por tanto **responsabilidad del Colegio establecer mecanismos de vigilancia y colaboración** con responsables de centros y de los Servicios de salud laboral **para la prevención del acoso**.

- Qué hacer. El Paimé

## 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

## 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

# Trastornos adictivos

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

Echeburua

- El elemento esencial de todos los trastornos adictivos es la **falta de control**, es decir,
  - el descontrol de la persona afectada sobre determinada conducta,
    - que al comienzo le es placentera
    - pero que luego va ganando terreno entre sus preferencias hasta llegar a dominar su vida.

## En el momento actual está claro

- **Que las adicciones**  
no se limitan a las conductas generadas por el consumo incontrolable de sustancias (cannabis, anfetaminas, cocaína, opiáceos, alcohol, 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 afectadas

## Los síntomas principales de una adicción conductual son:

- **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.
- **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.

## Dentro de muchas adicciones conductuales, las más frecuentes o conocidas:

- **Trastorno por Juegos de Apuestas** (Ludopatía o Juego Patológico)

Es la adicción sin sustancia más extendida y una de las que conlleva consecuencias más graves para el individuo y la familia. (En España, aproximadamente entre un 2-3 por ciento de la población padece ludopatía)

- **Adicción a Internet** y a las nuevas tecnologías virtuales.

- **Compras compulsivas** (Oniomanía)

- **Adicción al Sexo**

- **Adicción al Trabajo (10%)**



**Según la Organización Mundial de la Salud,**  
una de cada cuatro personas sufre trastornos de la conducta relacionados con las adicciones sin sustancia

**Incluida hasta ahora en DSM-III y IV, CIE-10**

➤ como un trastorno en el control de los impulsos

## DSM-5

### “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.
- Lamentablemente no ha sido incluida la “**Adicción a Internet**”, pese a su enorme y creciente importancia mundial.

## 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).
  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.

- **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 más de 12 meses.

- **-Nivel de severidad:**

- **Leve** (reúne 4 a 5 de los 9 criterios)

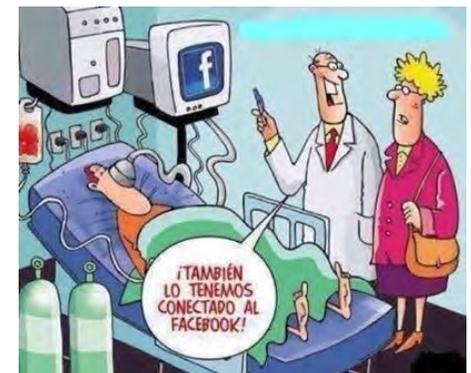
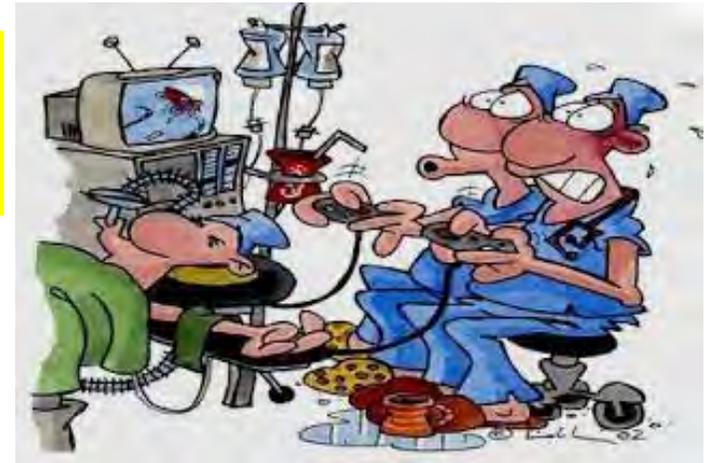
- **Moderado** (reúne de 6 a 7 criterios )

- **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.

## Estas nuevas adicciones

- pasan más **inadvertidas**
- **Son procesos de uso habitual e incluso necesario** en muchos niveles laborales.
- **Son más aceptadas socialmente** porque, en el caso de las nuevas tecnologías, es una cuestión solo de tiempo dedicado:  
la mayor parte de **la gente usa Internet o móviles**, **el adicto “solo lo usa mucho más tiempo”, pero le provoca cambios conductuales.**



**Entre los rasgos específicos de la personalidad que condicionan al futuro adicto sin sustancia se encuentran**

- la **impulsividad** disfuncional
- **baja autoestima**, con frecuencia asociada a carácter neurótico, con inseguridad, hipersensibilidad, timidez y tendencia a fobias sociales
- **introversión**, asociada a síntomas ansiosos.
- **La comorbilidad con las enfermedades mentales es frecuente** y pueden ser previas o consecuencia de la adicción.
- la más frecuente es la depresión y el t. de personalidad.
- trastorno por uso de sustancias (alcohol).

# El tratamiento

- Se debe **personalizar** en función del entorno y del tipo de adicción, siendo de vital importancia la entrevista clínica y el acuerdo terapéutico.
- Al comienzo del tratamiento, el paciente puede negar su problema o no reconocer la gravedad del mismo.

El tratamiento adecuado pasa por una serie de premisas

1. Reconocer la existencia del problema.
2. Tratar las enfermedades asociadas si existen (sobre todo depresión).
3. Reducir progresivamente el tiempo dedicado a administrarse el proceso.  
(El objetivo del tratamiento sería adaptarse a un uso adecuado y no la abstinencia completa)
4. Apoyo psicológico y/o grupos de autoayuda para entender y modificar las causas que han llevado a la adicción (rasgos de personalidad, sucesos vitales, presión del entorno).
5. Pueden ser necesarias ayudas farmacológicas para facilitar el control de la adicción.

## **CONCLUSIONES FORO 1.**

**Abordaje desde el PAIME de patologías psiquiátricas relacionadas con fenómenos emergentes: agresiones laborales, acoso, adicciones sin sustancias, etc..**

Sesiones del 28 y 29 de noviembre 2014

Directores:

Eugeni Bruguera

Bartolomé de la Fuente

### **AGRESIONES LABORALES:**

La violencia en el trabajo no es un problema individual, sino estructural y estratégico que implica factores sociales, económicos, organizativos y culturales, por lo que exige un enfoque integral.

Importancia de tener casuística real: Observatorio de Agresiones del Consejo General de Colegios de España.

Tolerancia 0 a las agresiones.

Planes de formación para la mejora de las habilidades de comunicación y de manejo de situaciones de riesgo. Realizados tanto desde la Administración como desde OMC y/o colegios de médicos

Plataforma online :curso realizado desde la OMC en año 2014 y previsto nuevo curso en año2015.

Protocolo de actuación ante agresiones. Supervisar y sugerir modificaciones en las medidas de prevención de la violencia en los centros.

Efectos de la agresión sobre el médico (emocionales y postraumáticos): necesidad de apoyo desde le Colegio de Médicos y tratamiento en el PAIME de aquel que lo precise.

Estudio de Colegio de Málaga: se ha pasado un cuestionario a colegiados, sobre aspectos de su salud, y entre otros se preguntaba sobre agresiones sufridas.

Comentan el incremento de agresiones entre propios compañeros, como otro fenómeno.

### **BURNOUT:**

Ha adquirido una alta prevalencia en el sistema sanitario público, siendo un importante problema de salud pública.

Importancia del desencanto en el medio laboral en la génesis del burnout.

Se deben tomar medidas para mejorar la situación, prevenirlo y atención a los médicos con burnout.

Las acciones terapéuticas serían más eficaces si pudiéramos actuar en un estadio previo.

El grupo es uno de los factores de mayor protección. Propuestas de realizar grupos en el entorno laboral de salud para "trabajar las emociones y el estrés".

Importancia del equilibrio entre la vida laboral y familiar. Recuperar el ocio.

## **MOBBING, ACOSO LABORAL:**

Procedimiento ante sospecha de caso de acoso: Protocolo de actuación.

Comisión de investigación interna (Importancia de recopilación de pruebas del acoso documentadas por parte del acosado): Formada por RRHH, SPRL, unidad afectada.

Emisión de un informe, valorando las posibles situaciones: conflicto laboral interpersonal, conflicto laboral de acoso, o falso caso de acoso

Es responsabilidad del Colegio de médicos establecer mecanismos de vigilancia y colaboración con responsables de centros y de los Servicios de salud laboral para la prevención del acoso. Importancia del papel del servicio jurídico del Colegio de médicos para canalizar demandas de acoso.

Las víctimas de acoso puede terminar con daños psicológicos y morales. Además de los daños a las víctimas, los casos de acoso en el lugar de trabajo en las instituciones de salud implican daño a los compañeros de las víctimas y al prestigio y la credibilidad de la institución.

Las víctimas de acoso que tengan repercusiones en su salud mental, deben ser apoyadas por el Colegio de médicos y tratadas en el PAIME:

## **ADICCIONES SIN SUSTANCIA:**

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.



Foro 2:

Formador de Formadores en Resiliencia.



# TALLER "FORMADOR DE FORMADORES EN RESILIENCIA"



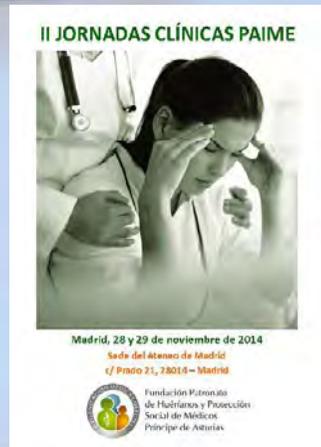
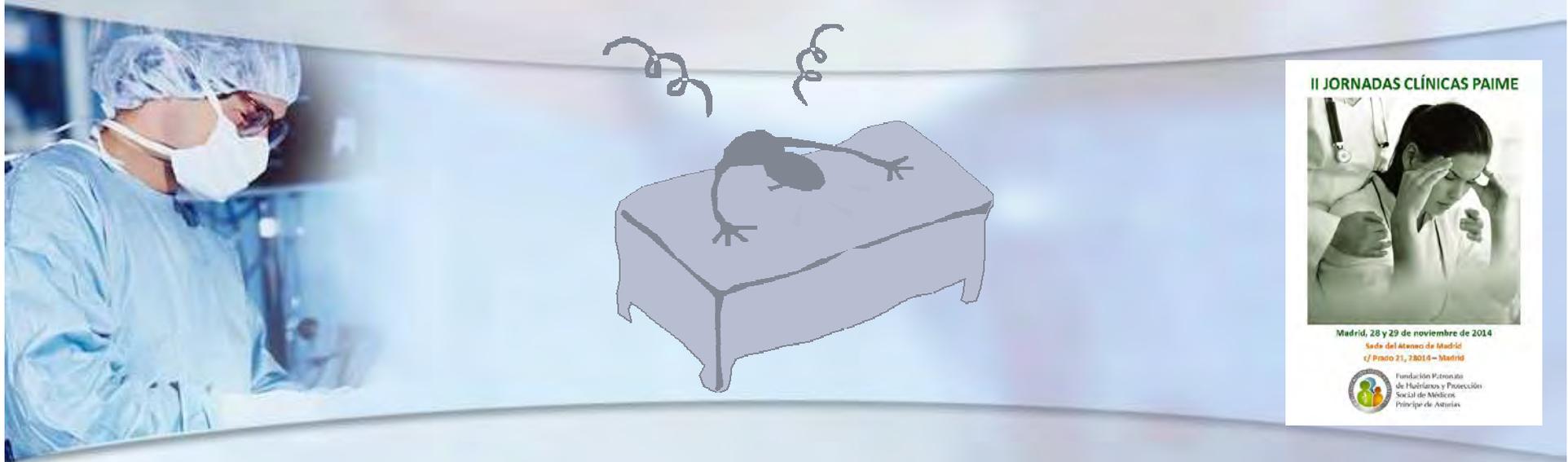
Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias





## **DRA. CARMEN MARROQUÍ LÓPEZ-CLAUERO**

**COORDINADORA SPRL GAI DE CIUDAD REAL Y GAI VALDEPEÑAS  
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL  
SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA LA MANCHA**



**DRA. MARIA DEL MAR SÁNCHEZ FERNÁNDEZ**  
**COORDINADORA PAIME CASTILLA- LA MANCHA**  
**COORDINADORA UNIDAD CONDUCTAS ADICTIVAS.**  
**SERVICIO DE PSIQUIATRIA. H.G.U.C.R.**



# METODOLOGIA DEL TALLER

II JORNADAS CLÍNICAS PAIME



Madrid, 28 y 29 de noviembre de 2014

Sede del Ateneo de Madrid  
c/ Príncipe 21, 28015 - Madrid



Fundación Española  
de Nutrición y Protección  
Social de Médicos  
Príncipe de Asturias



- **PRESENTACION DEL GRUPO**
- **INTRODUCCION/ JUSTIFICACION**
- **DEFINICION DE RESILIENCIA**
- **¿COMO HACER EL TALLER?**
- **CONTENIDO**

# Presentación del Grupo

II JORNADAS CLÍNICAS PAIME



Madrid, 28 y 29 de noviembre de 2014

Sede del Ateneo de Madrid  
c/ Príncipe 21, 28015 - Madrid



Fundación Española  
de Nutrición y Protección  
Social de Médicos  
Príncipe de Asturias

# Introducción/ Justificación

II JORNADAS CLÍNICAS PAIME



Madrid, 28 y 29 de noviembre de 2014

Sede del Ateneo de Madrid  
c/ Príncipe 21, 28015 - Madrid



Fundación Española  
de Nutrición y Protección  
Social de Médicos  
Príncipe de Asturias



Hay momentos en la vida o en el trabajo que afectan de manera traumática a las personas, afectan a las decisiones y generan estrés.

Aquellas **personas** que **logran recuperarse** fácilmente de los problemas y mantienen un **espíritu de esperanza** frente a las adversidades se las considera **RESILIENTES**

# Definición de Resiliencia

II JORNADAS CLÍNICAS PAIME



Madrid, 28 y 29 de noviembre de 2014

Sede del Ateneo de Madrid  
c/ Príncipe 21, 28015 - Madrid



Fundación Española  
de Nutrición y Protección  
Social de Médicos  
Príncipe de Asturias



# DEFINICIÓN DE RESILIENCIA

- Capacidad para soportar las crisis y adversidades de forma positiva, afrontar de manera efectiva situaciones de estrés, ansiedad, duelo y depresión.
- Capacidad de adaptarse de manera inteligente a los cambios surgidos, resistir y sobrellevar los obstáculos en situaciones de incertidumbre, crear procesos individuales, grupales y familiares logrando recuperarse para continuar el proyecto de vida.



# ¿Cómo hacer el taller?





## ■ **¿COMO HACER EL TALLER?**

- ☞ **¿Quién?**
- ☞ **¿A quién va dirigido?**
- ☞ **Peculiaridades M. privada/ M. Pública**
- ☞ **¿Con quién coordinarse?**
- ☞ **¿En qué horario?**
- ☞ **¿En qué escenario?**
- ☞ **Sesiones, duración, periodicidad**

**¿QUIÉN?**

✓ COM

✓ SPRL

✓ COM- SPRL





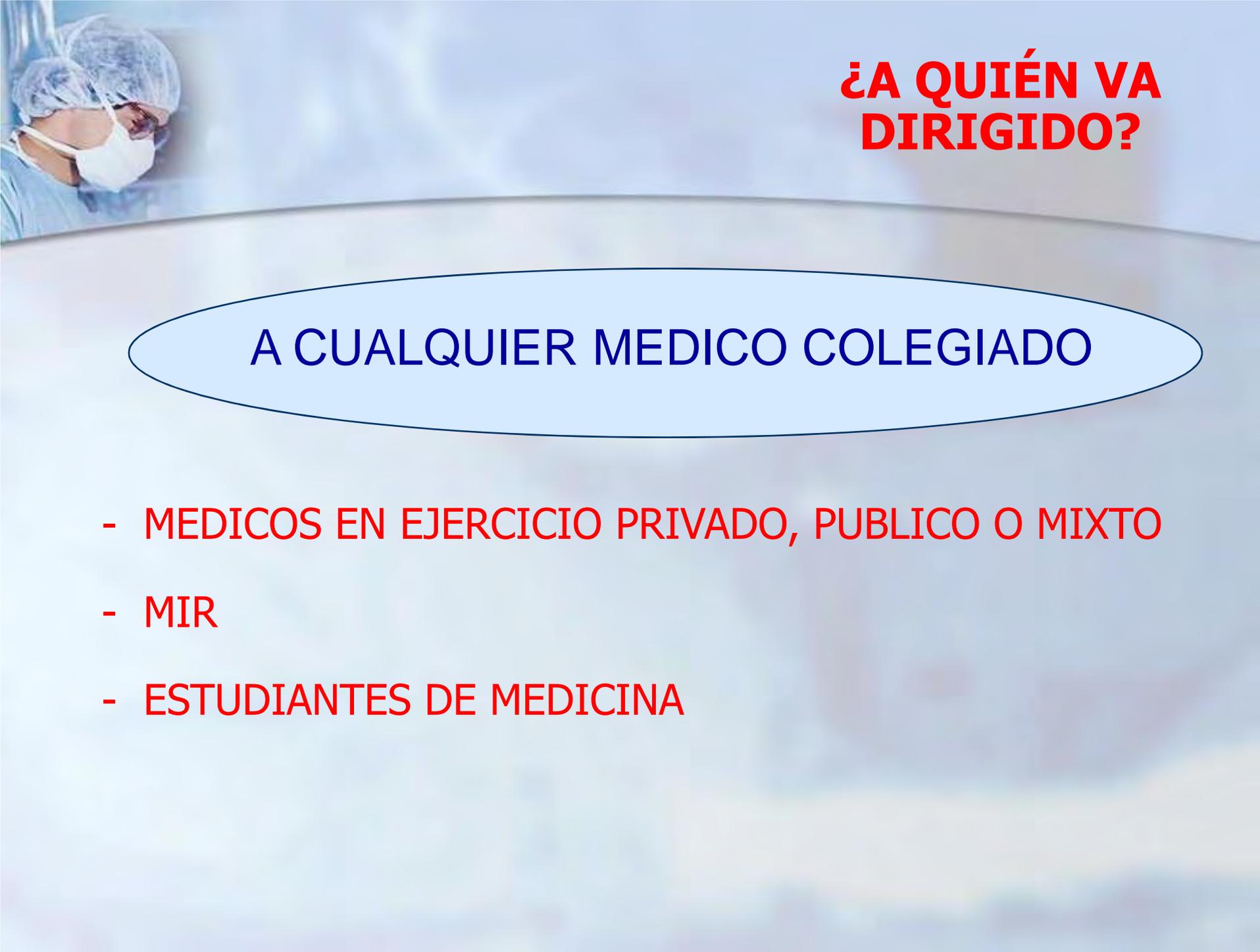
**¿QUIÉN?**

## DISTINTOS TIPOS DE COLEGIADOS

**ASISTENCIA  
PUBLICA**

**ASISTENCIA  
PRIVADA**

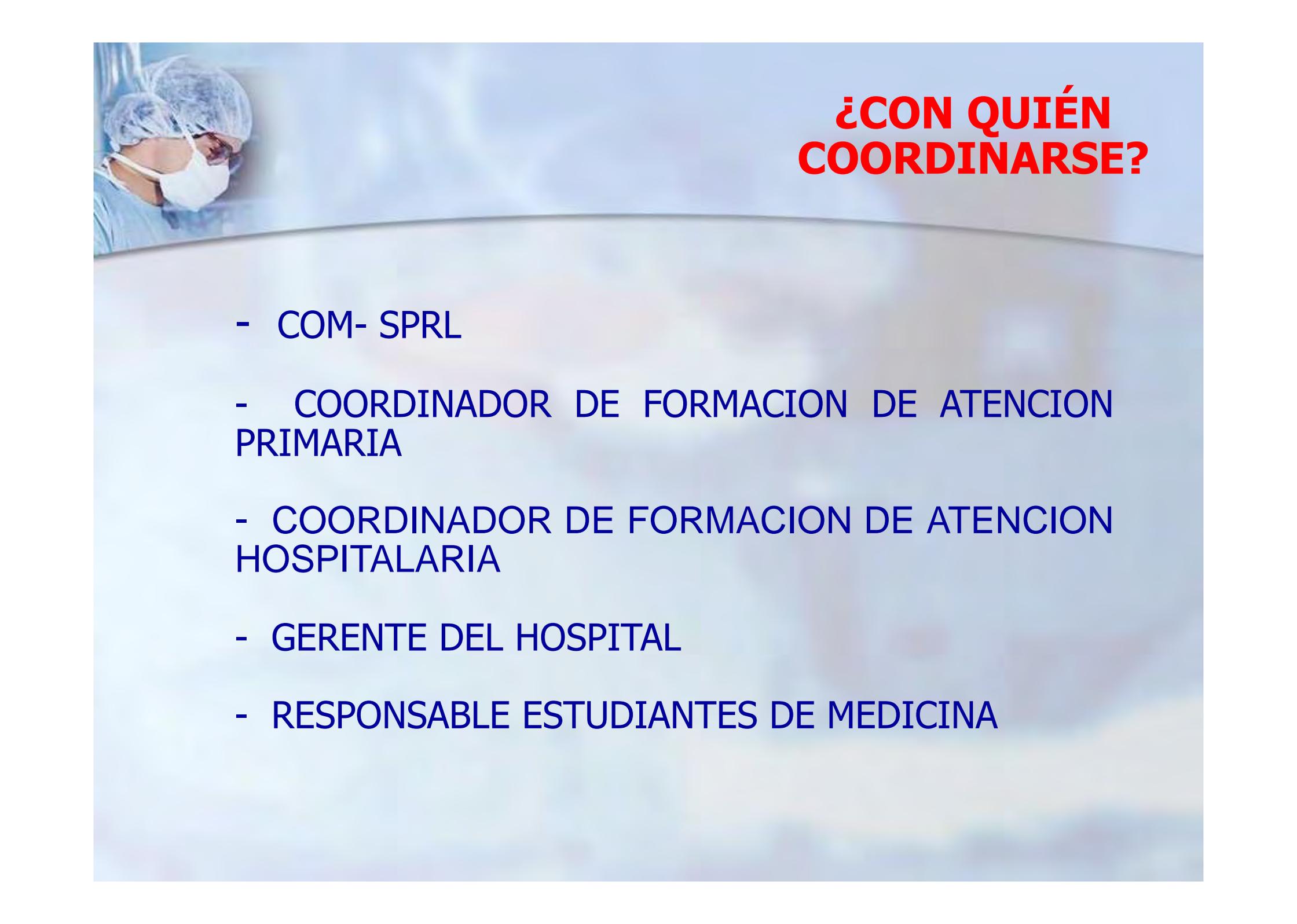
**ASISTENCIA  
MIXTA**



**¿A QUIÉN VA  
DIRIGIDO?**

**A CUALQUIER MEDICO COLEGIADO**

- **MEDICOS EN EJERCICIO PRIVADO, PUBLICO O MIXTO**
- **MIR**
- **ESTUDIANTES DE MEDICINA**



## ¿CON QUIÉN COORDINARSE?

- COM- SPRL
- COORDINADOR DE FORMACION DE ATENCION PRIMARIA
- COORDINADOR DE FORMACION DE ATENCION HOSPITALARIA
- GERENTE DEL HOSPITAL
- RESPONSABLE ESTUDIANTES DE MEDICINA

# ¿EN QUÉ HORARIO?

- FACULTATIVOS

- RESIDENTES



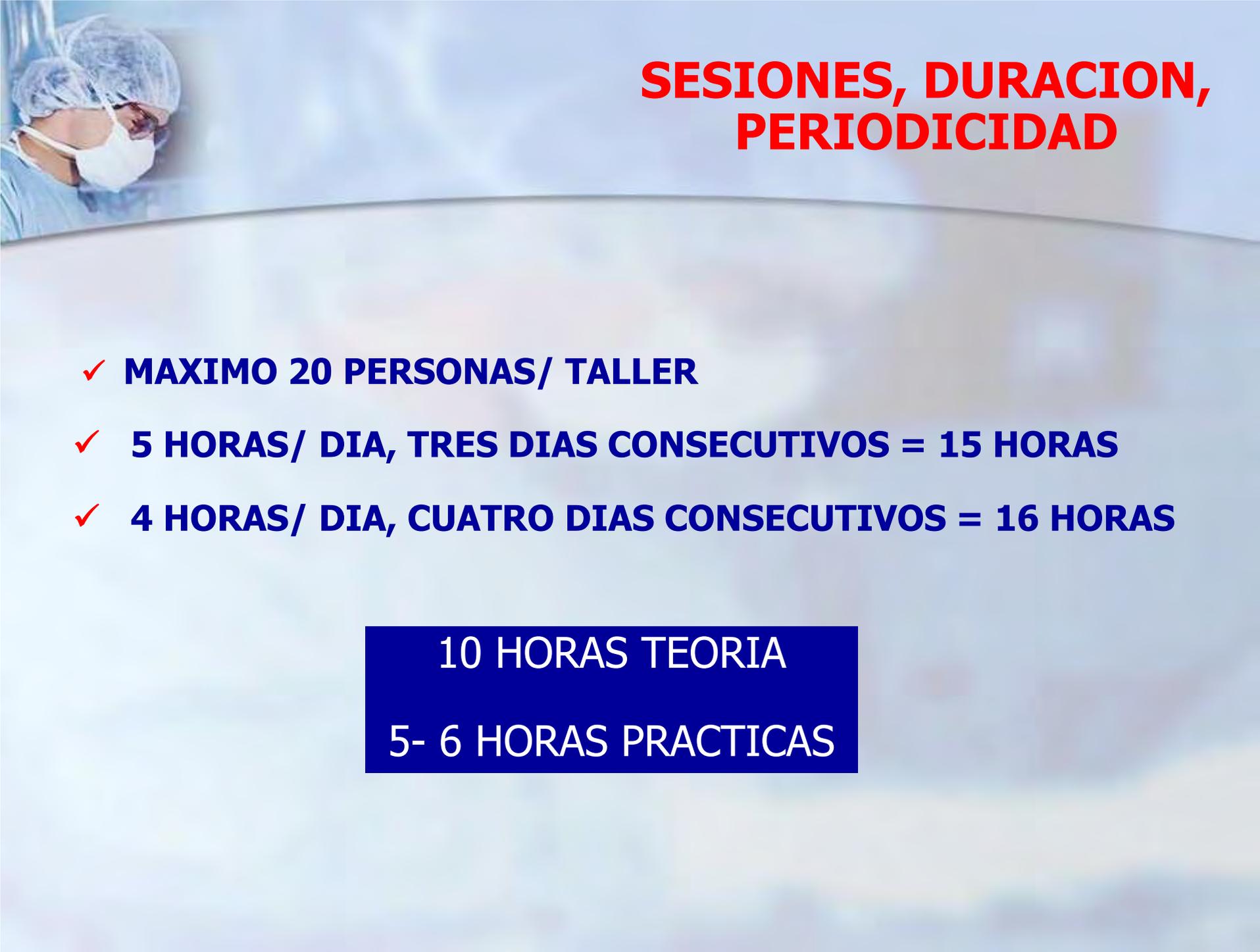
# ¿EN QUÉ ESCENARIO?

👉 **HOSPITALARIO**

👉 **GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA**

👉 **COM**





## **SESIONES, DURACION, PERIODICIDAD**

- ✓ **MAXIMO 20 PERSONAS/ TALLER**
- ✓ **5 HORAS/ DIA, TRES DIAS CONSECUTIVOS = 15 HORAS**
- ✓ **4 HORAS/ DIA, CUATRO DIAS CONSECUTIVOS = 16 HORAS**

**10 HORAS TEORIA**

**5- 6 HORAS PRACTICAS**



# **OBJETIVO DE UN CURSO DE ESTRÉS**

- 1. CONCIENCIAR SOBRE LA IMPORTANCIA Y GRAVEDAD DEL ESTRÉS: EVOLUCIÓN NATURAL A LA DEPRESIÓN**
- 2. APRENDER A DETECTAR EL ESTRÉS Y SUS MANIFESTACIONES EN UNO MISMO**
- 3. DAR MENSAJES POSITIVOS:**
  - + SE PUEDE CURAR. RESPONDE MUY BIEN AL TRATAMIENTO**
  - + SE PUEDE IMPEDIR SU EVOLUCIÓN SI SE COJE A TIEMPO**
  - + SE PUEDE PREVENIR. ENSEÑAR COMO**

# Contenido del taller

II JORNADAS CLÍNICAS PAIME



Madrid, 28 y 29 de noviembre de 2014

Sede del Ateneo de Madrid  
c/ Príncipe 21, 28015 - Madrid



Fundación Española  
de Nutrición y Protección  
Social de Médicos  
Príncipe de Asturias



# **CONTENIDO DE UN CURSO DE ESTRÉS**

- 1. DEFINICIÓN Y TIPO DE ESTRÉS**
- 2. ETIOLOGÍA. FACTORES DE RIESGO**
- 3. FISIOPATOLOGÍA**
- 4. ALTERACIONES CEREBRALES**
- 5. CLÍNICA**
- 6. EVOLUCIÓN**
- 7. TRATAMIENTO DEL ESTRÉS**
- 8. HERRAMIENTAS DE CONTROL DE ESTRÉS**
- 9. MÉTODO ENTRENAMIENTO DE ESTRÉS**
- 10. MATERIAL DE TRABAJO**



# CURSO DE ESTRÉS

## CONTENIDO

1. **DEFINICIÓN Y TIPOS DE ESTRÉS**
2. ETIOLOGÍA. FACTORES DE RIESGO
3. FISIOPATOLOGÍA
4. ALTERACIONES CEREBRALES
5. CLÍNICA
6. EVOLUCIÓN
7. TRATAMIENTO DEL ESTRÉS
8. HERRAMIENTAS DE CONTROL DE ESTRÉS
9. MÉTODO ENTRENAMIENTO DE ESTRÉS
10. MATERIAL DE TRABAJO

## OBJETIVO

- SABER QUE ES EL ESTRÉS
- QUE LE SUENEN LOS TÉRMINOS Y PUEDA PROFUNDIZAR EN SU CONOCIMIENTO
- HABLAR DEL BURNOUT
- HABLAR DEL ESTRÉS POSITIVO: Estrés necesario para crecer como persona y llevar una vida saludable.



# CURSO DE ESTRÉS

## CONTENIDO

1. DEFINICIÓN Y TIPO DE ESTRÉS
2. **ETIOLOGÍA. FACTORES DE RIESGO**
3. FISIOPATOLOGÍA
4. ALTERACIONES CEREBRALES
5. CLÍNICA
6. EVOLUCIÓN
7. TRATAMIENTO DEL ESTRÉS
8. HERRAMIENTAS DE CONTROL DE ESTRÉS
9. MÉTODO ENTRENAMIENTO DE ESTRÉS
10. MATERIAL DE TRABAJO

## OBJETIVO

- DEMOSTRAR QUE TODO PUEDE PRODUCIR ESTRÉS PORQUE DEPENDE DE LA INTERPRETACIÓN

ENTENDEREMOS LA GRAN FRECUENCIA E INCIDENCIA DEL ESTRÉS



# CURSO DE ESTRÉS

## OBJETIVO

## CONTENIDO

1. DEFINICIÓN Y TIPO DE ESTRÉS
2. ETIOLOGÍA. FACTORES DE RIESGO
3. **FISIOPATOLOGÍA**
4. ALTERACIONES CEREBRALES
5. CLÍNICA
6. EVOLUCIÓN
7. TRATAMIENTO DEL ESTRÉS
8. HERRAMIENTAS DE CONTROL DE ESTRÉS
9. MÉTODO ENTRENAMIENTO DE ESTRÉS
10. MATERIAL DE TRABAJO

- CONOCER POR QUÉ NOS CUESTA TANTO RESPONDER DE UNA FORMA TRANQUILA.
- SABER QUE **NO** RESPONDEMOS DE FORMA **ARBITRARIA**.
- CONOCER QUE ENTRAN EN FUNCIONAMIENTO **VARIOS CIRCUITOS NEURONALES A LA VEZ.**
- ENSEÑAR QUE **INFLUYE** : Cultura, familia, inconsciente, vivencias primeros años de vida, etc.....

ENTENDEREMOS POR QUÉ ES TAN DIFÍCIL LLEGAR AL ORIGEN Y TRATAR EL ESTRÉS



# CURSO DE ESTRÉS

## CONTENIDO

1. DEFINICIÓN Y TIPO DE ESTRÉS
2. ETIOLOGÍA. FACTORES DE RIESGO
3. FISIOPATOLOGÍA
4. **ALTERACIONES CEREBRALES**
5. CLÍNICA
6. EVOLUCIÓN
7. TRATAMIENTO DEL ESTRÉS
8. HERRAMIENTAS DE CONTROL DE ESTRÉS
9. MÉTODO ENTRENAMIENTO DE ESTRÉS
10. MATERIAL DE TRABAJO

## OBJETIVO

- CONOCER QUE SE PRODUCEN CAMBIOS EN ESTRUCTURAS CEREBRALES POR ESTRÉS
- QUE LOS CAMBIOS SON IRREVERSIBLES
- DAÑA IGUAL ESTRÉS VERDADERO QUE EL IMAGINARIO.

ENTENDEREMOS LAS ALTERACIONES COGNITIVAS DEL ESTRÉS



# CURSO DE ESTRÉS

## CONTENIDO

1. DEFINICIÓN Y TIPO DE ESTRÉS
2. ETIOLOGÍA. FACTORES DE RIESGO
3. FISIOPATOLOGÍA
4. ALTERACIONES CEREBRALES
5. **CLÍNICA**
6. EVOLUCIÓN
7. TRATAMIENTO DEL ESTRÉS
8. HERRAMIENTAS DE CONTROL DE ESTRÉS
9. MÉTODO ENTRENAMIENTO DE ESTRÉS
10. MATERIAL DE TRABAJO

## OBJETIVO

- CONOCER SINTOMATOLOGÍA DEL ESTRÉS
- SABER QUE TODO SINTOMA PUEDE SER DEBIDO AL ESTRÉS Y PENSAR EN EL SIEMPRE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



# CURSO DE ESTRÉS

## CONTENIDO

1. DEFINICIÓN Y TIPO DE ESTRÉS
2. ETIOLOGÍA. FACTORES DE RIESGO
3. FISIOPATOLOGÍA
4. ALTERACIONES CEREBRALES
5. CLÍNICA
6. **EVOLUCIÓN**
7. TRATAMIENTO DEL ESTRÉS
8. HERRAMIENTAS DE CONTROL DE ESTRÉS
9. MÉTODO ENTRENAMIENTO DE ESTRÉS
10. MATERIAL DE TRABAJO

## OBJETIVO

- SABER QUE EL ESTRÉS SIN TRATAMIENTO EVOLUCIONA SIEMPRE A DEPRESIÓN
- CONOCER QUE SI PRODUCE ENFERMEDAD ORGÁNICA, ESTA QUEDA INSTAURADA AUNQUE DESAPAREZCA EL ESTRÉS



# CURSO DE ESTRÉS

## CONTENIDO

1. DEFINICIÓN Y TIPO DE ESTRÉS
2. ETIOLOGÍA. FACTORES DE RIESGO
3. FISIOPATOLOGÍA
4. ALTERACIONES CEREBRALES
5. CLÍNICA
6. EVOLUCIÓN
7. **TRATAMIENTO DEL ESTRÉS**
8. HERRAMIENTAS DE CONTROL DE ESTRÉS
9. MÉTODO ENTRENAMIENTO DE ESTRÉS
10. MATERIAL DE TRABAJO

## OBJETIVO

- SABER QUE SE CURA
- SABER COMO SE CURA
- SABER QUE CUANTO ANTES SE DIAGNOSTICA E INSTAURE TRATAMIENTO MEJOR RESPONDE



# CURSO DE ESTRÉS

## OBJETIVO

Dotar de Destrezas y habilidades para el afrontamiento y control de situaciones potencialmente

## CONTENIDO

1. DEFINICIÓN Y TIPO DE ESTRÉS
2. ETIOLOGÍA. FACTORES DE RIESGO
3. FISIOPATOLOGÍA
4. ALTERACIONES CEREBRALES
5. CLÍNICA
6. EVOLUCIÓN
7. TRATAMIENTO DEL ESTRÉS
8. **HERRAMIENTAS DE CONTROL DE ESTRÉS**
9. MÉTODO ENTRENAMIENTO DE ESTRÉS
10. MATERIAL DE TRABAJO

- ENSEÑAR TÉCNICAS DE CONTROL CONDUCTUAL: **ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO Y ASERTIVIDAD**
- ENSEÑAR TÉCNICAS DE **RELAJACIÓN** (urgencia y no tanta urgencia),
- DAR NOCIONES DE **INTELIGENCIA EMOCIONAL y COMUNICACIÓN.**
- Explicar Métodos de detección de pensamientos e ideas irracionales: **MODIFICACIÓN DEL PENSAMIENTO**
- ENSEÑAR **HABILIDADES PARA LA RESOLUCION DE CONFLICTOS,**
- ELEGIR SIMPLICIDAD



# CURSO DE ESTRÉS

## OBJETIVO

## CONTENIDO

1. DEFINICIÓN Y TIPO DE ESTRÉS
2. ETIOLOGÍA. FACTORES DE RIESGO
3. FISIOPATOLOGÍA
4. ALTERACIONES CEREBRALES CLÍNICA
5. EVOLUCIÓN
6. TRATAMIENTO DEL ESTRÉS
7. HERRAMIENTAS DE CONTROL DE ESTRÉS
9. **MÉTODO**  
**ENTRENAMIENTO DE**  
**ESTRÉS**
10. MATERIAL DE TRABAJO

- EXPLICAR QUE NUNCA RESPONDEREMOS DE FORMA ADECUADA SI NO HEMOS PRACTICADO ANTES.
- ENSEÑAN A DETECTAR SÍNTOMAS DE ESTRÉS EN UNO MISMO Y PRACTICAR TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.
- APRENDER A RELAJARSE CON FACILIDAD.
- PRACTICAR DURANTE UNOS DÍAS LA TÉCNICA QUE PREFIERA HASTA CONSEGUIR DOMINARLA.



# CURSO DE ESTRÉS

## CONTENIDO

1. DEFINICIÓN Y TIPO DE ESTRÉS
2. ETIOLOGÍA. FACTORES DE RIESGO
3. FISIOPATOLOGÍA
4. ALTERACIONES CEREBRALES
5. CLÍNICA
6. EVOLUCIÓN
7. TRATAMIENTO DEL ESTRÉS
8. HERRAMIENTAS DE CONTROL DE ESTRÉS
9. MÉTODO ENTRENAMIENTO DE ESTRÉS
10. **MATERIAL DE TRABAJO**

## OBJETIVO

- CONOCER LAS FUENTES PRINCIPALES DE ESTRÉS Y APRENDER A DETECTAR SUS SÍNTOMAS.
- UNA MISMA PERSONA TIENE SIEMPRE LOS MISMOS SÍNTOMAS Y LOS MISMOS EFECTOS POR ESTRÉS CON EL MATERIAL PODRÁ DETECTARLOS



## EJEMPLO DE ESTRÉS INDUCIDO

### SITUACIÓN PLANTEADA

Estamos en un atasco. Miramos la larga fila de coches parados que tenemos delante. Los de otro carril parecen avanzar un poco, pero el nuestro no se mueve.



## EJEMPLO DE ESTRÉS INDUCIDO

- Miramos el reloj y PENSAMOS “Dios mio que tarde”
- Nos IMAGINAMOS la cara de enfado del jefe
- Imaginamos que NOS DIRÁ “Estas no son horas” “A ver si madrugamos más”
- Elaboramos un DIÁLOGO INTERNO “Me va a matar”
- Nos despierta SENTIMIENTOS de ansiedad y de impotencia
- Nuestra CONDUCTA SE DESORGANIZA “Tocamos el claxón, insultamos por la ventanilla”
- El estrés por nosotros provocado pone en marcha PENSAMIENTOS de frustración con explosiones de ira e impaciencia y nos estresamos más



**PENSAR EN UNA SITUACIÓN ESTRESANTE  
PARA VOSOTROS Y ESTABLECER:**

- 1. LO QUE IMAGINAÍS EN ESE MOMENTO**
- 2. COMO OS SENTÍS**
- 3. EL DIÁLOGO INTERNO,**
- 4. QUE PENSAÍS EN ESE MOMENTO**
- 5. LA CONDUCTA QUE PRODUCE**



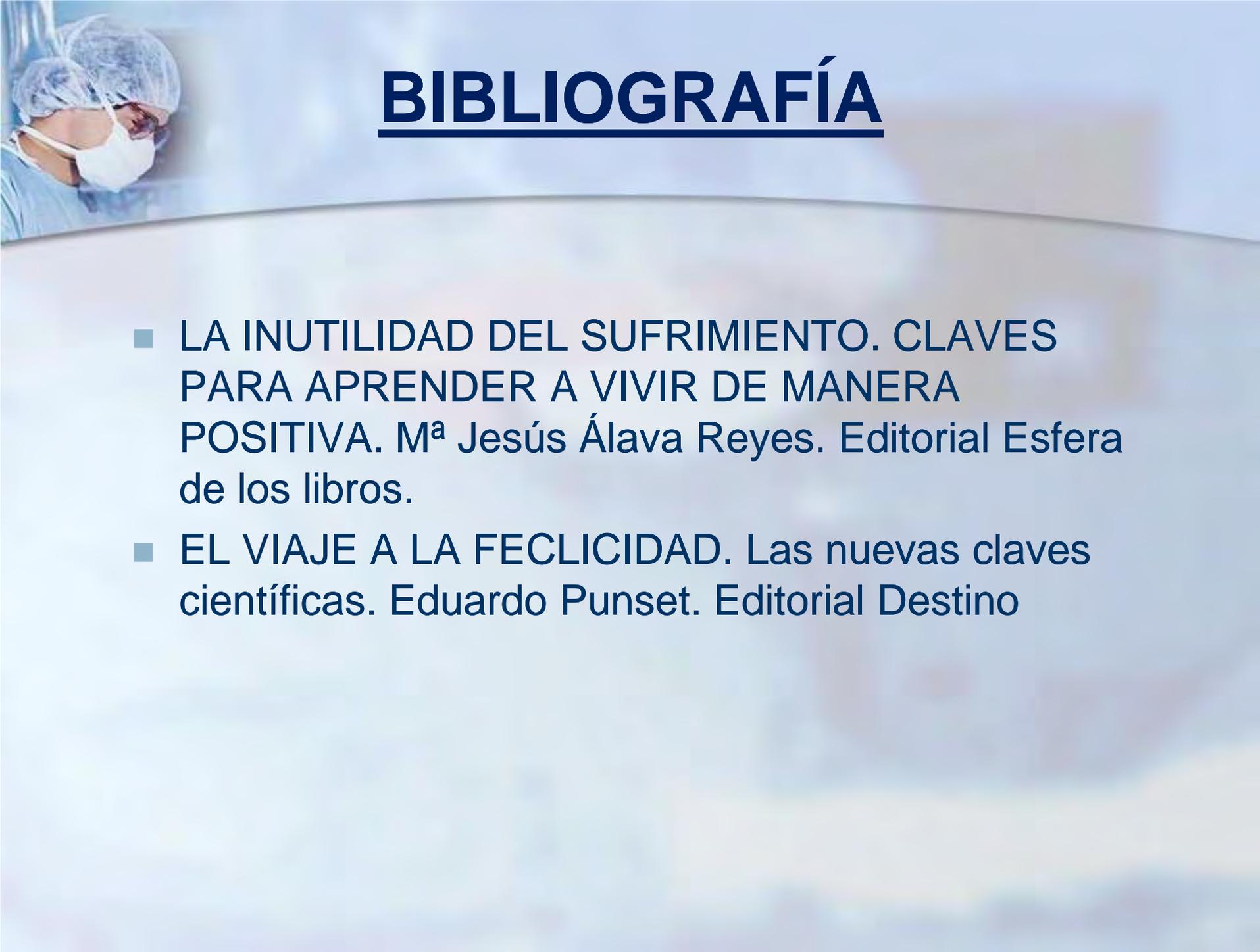
# **BIBLIOGRAFÍA**

- **INVENTARIO DE EXPERIENCIAS RECIENTES THOMAS HOLMES** (Probabilidad de sufrir efectos del estrés)
- **REGISTRO DE SÍNTOMAS MC KAY Y FANNING**
- **TEST DE EVENTOS VITALES:** Para establecer perfil de estímulos, perfil de respuesta y perfil de consecuencias.
- **PLAN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES**



# **BIBLIOGRAFÍA**

- **TEST DE CREENCIAS BÁSICAS** (Adaptado de Jeffrey Young). Sirve para descubrir pensamientos tóxicos muy inconscientes y arraigados.
- **MÉTODO DE ENTRENAMIENTO EN TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO DE ESTRÉS.**  
Desarrollado por Wolpe y Meichembaum y Cameron.
- **MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS.**  
Lazarus y Folkman (1986).



# **BIBLIOGRAFÍA**

- **LA INUTILIDAD DEL SUFRIMIENTO. CLAVES PARA APRENDER A VIVIR DE MANERA POSITIVA.** M<sup>a</sup> Jesús Álava Reyes. Editorial Esfera de los libros.
- **EL VIAJE A LA FELICIDAD. Las nuevas claves científicas.** Eduardo Punset. Editorial Destino

# MUCHAS GRACIAS



[cmarroqui@sescam.jccm.es](mailto:cmarroqui@sescam.jccm.es)  
[marcolegiocr@gmail.com](mailto:marcolegiocr@gmail.com)



## **CONCLUSIONES DEL FORO 2: FORMADOR DE FORMADORES EN RESILIENCIA**

DRA MAR SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

DRA CARMEN MARROQUÍ LÓPEZ-CLAVERO

Durante el foro celebrado en las II Jornadas Clínicas PAIME 2014, dentro del foro de formador de formadores en resiliencia, se llegaron a las siguientes conclusiones:

1. La importancia de que los médicos sean resilientes. De esta manera, estarán mejor preparados para poder afrontar las situaciones vitales, personales y laborales que les sucedan, de la mejor manera posible, y reducirán la aparición de trastornos adaptativos que suponen en este momento un gran número dentro de las patologías diagnosticadas y tratadas en el PAIME.
2. Que la resiliencia no es algo que se tenga o no se tenga, sino que se trata de una serie de conductas y formas de pensar que cualquier persona puede aprender y desarrollar.
3. Que también es importante ser resiliente, porque uno de los requisitos para ser feliz es el control de la propia vida, tener el sentimiento de que lo que estás haciendo vale la pena, y controlarlo, y las personas más resilientes tienen mayor equilibrio emocional frente a las situaciones de estrés y soportan mejor la presión, lo que les permite una sensación de control de los acontecimientos y una mejor capacidad para afrontarlos.

En resumen, ser resiliente sería la llave para poder afrontar todas las situaciones vitales de la mejor manera posible. Permite una sensación de control de los acontecimientos y una mejor capacidad para afrontarlos, con el mínimo de afectación para la integridad física y psíquica.



### Foro 3.

Coordinación entre los colegios y los clínicos PAIME ante un paciente difícil. Toma de decisiones.



# Coordinación entre los colegios y los clínicos PAIME ante un paciente difícil. Toma de decisiones

Dr. José Carlos Mingote Adán

Médico psiquiatra

Madrid 28-29 de Noviembre de 2014

## **¿Puede ejercer la profesión un médico-enfermo (ME) mental?**

Concepto de Trastorno Mental (T.M.), distinto de enfermedad médica (e.)

Competencias propias del rol médico específico en la relación con el enfermo (E.)

Relación Médico-Enfermo (RME) en la actualidad

Importancia creciente de los factores organizacionales, económicos, sociales y biogénicos

En los últimos años se ha exagerado la prevalencia de trastornos adictivos en la profesión médica, que es similar a la de la P.G. (8-15%), salvo para trastornos por consumo de alcohol, analgésicos opiáceos y tranquilizantes, con un menor uso de drogas ilícitas y un mayor riesgo de suicidio, y **hemos tomado conciencia de la necesidad de mejorar la formación en abuso de sustancias y gestión del sufrimiento humano y del estrés de los estudiantes de Medicina y de los médicos en ejercicio.**

Boyd y Night, 2008.

Hasta la creación del PAIME, la depresión, la dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas, y la suicidabilidad asociada en los médicos, ha recibido escasa atención, al igual que el estudio y la implementación de intervenciones de prevención y mejora de su salud.

**Lusilla, Gual 2007.**

En profesiones de alta fiabilidad y seguridad los errores humanos pueden tener consecuencias muy negativas para la vida de las personas, por lo que deben desarrollarse sistemas de control de riesgos, mejora de la seguridad, la calidad y el bienestar basados tanto en la mejora de los medios, los procedimientos y la selección de los operadores mejor cualificados, más resistentes al estrés y para la toma de decisiones de alta efectividad, sobre todo en situaciones críticas relacionadas con la salud, responsabilidad estatutaria del Colegio de Médicos.

# DIFICULTADES CLÍNICAS

1. EN EL **PROCESO DIAGNÓSTICO**: DIAG. DIFERENCIAL, DIAG. INTEGRADO (COMORBILIDADES MÚLTIPLES, “n” FACTORES DE RIESGO): CASO CLÍNICO COMPLEJO, PAT. DUAL,...
2. EN EL ESTABLECIMIENTO Y MANTENIMIENTO DEL **PROCESO TERAPÉUTICO**, desde el E paciente a AGENTE RESPONSABLE DEL CUIDADO DE LA PROPIA SALUD, .
3. EN LA **REINCORPORACIÓN LABORAL** Y EL SEGUIMIENTO CLÍNICO.
4. EN LA COLABORACIÓN EFECTIVA Y EL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES ESTATUTARIAS POR EL **COLEGIO DE MÉDICOS**.

## DERIVACIONES DE E. CON TM:

1. INVOLUNTARIAS, SEA PARA HOSPITALIZACIÓN O PARA TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO: CASO de MÓNICA.
2. VOLUNTARIAS INDUCIDAS POR LA DIRECCIÓN/GERENCIA: CASOS de JOSÉ, MARIA LUISA, ANTONIO y MARGARITA.
3. VOLUNTARIAS: CASOS de GLORIA y de PALOMA.
4. CAMBIO DE SITUACIÓN Y RIESGO PARA TERCEROS.

**La RME** ha cambiado en los últimos 30 años más que en los 30 últimos siglos de la humanidad: desde el paternalismo del M a la autonomía del E, que en la actualidad ha pasado a poder decidir sobre las intervenciones que se realizan en la gestión de su cuerpo, su salud, su sexualidad, su vida y su muerte. En particular en nuestro país desde la Ley 41/2002.

Tirso Ventura y Mercedes Navío, 2014.

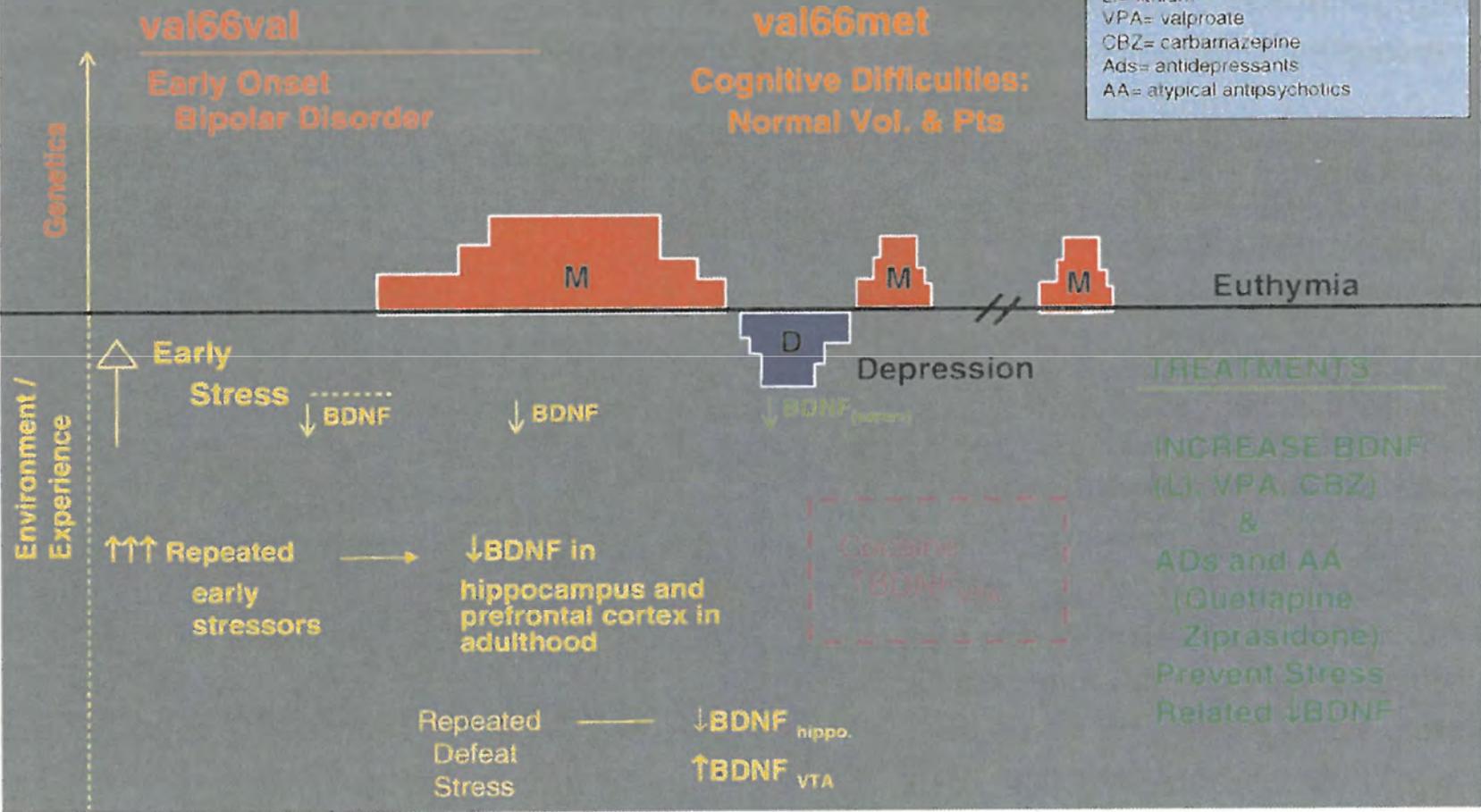
“Manual de consulta en valoración de la capacidad” Ed. Panamericana.

Pero es evidente también la importancia del reconocimiento temprano, el tratamiento efectivo y la prevención de nuevos episodios afectivos, adictivos y psicóticos para mejorar los recursos adaptativos del E., evitar la exacerbación de la e. y la resistencia al tratamiento, de trastornos “mentales” que son graves, potencialmente progresivas e. médicas letales del cerebro y del cuerpo que requieren una cuidadosa evaluación y tratamiento a largo plazo a través de procesos de sensibilización neuronal y conductual.

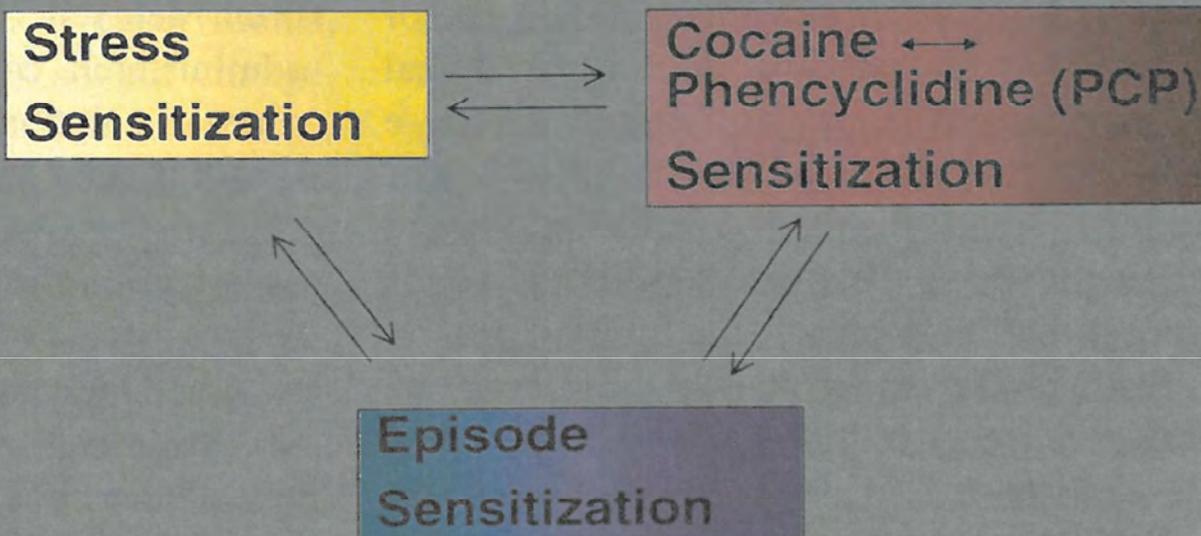
Kendler 2000, Post 2010, Roncero et al. 2012, McGorry 2013.

# BDNF is involved in Onset, Course, and Treatment of Bipolar Disorder

Val66val= val66val allele of proBDNF  
 Val66met= val66met allele of proBDNF  
 M= manic episode  
 D= Depressive Episode  
 VTA= ventral tegmental area  
 Li= lithium  
 VPA= valproate  
 CBZ= carbamazepine  
 Ads= antidepressants  
 AA= atypical antipsychotics



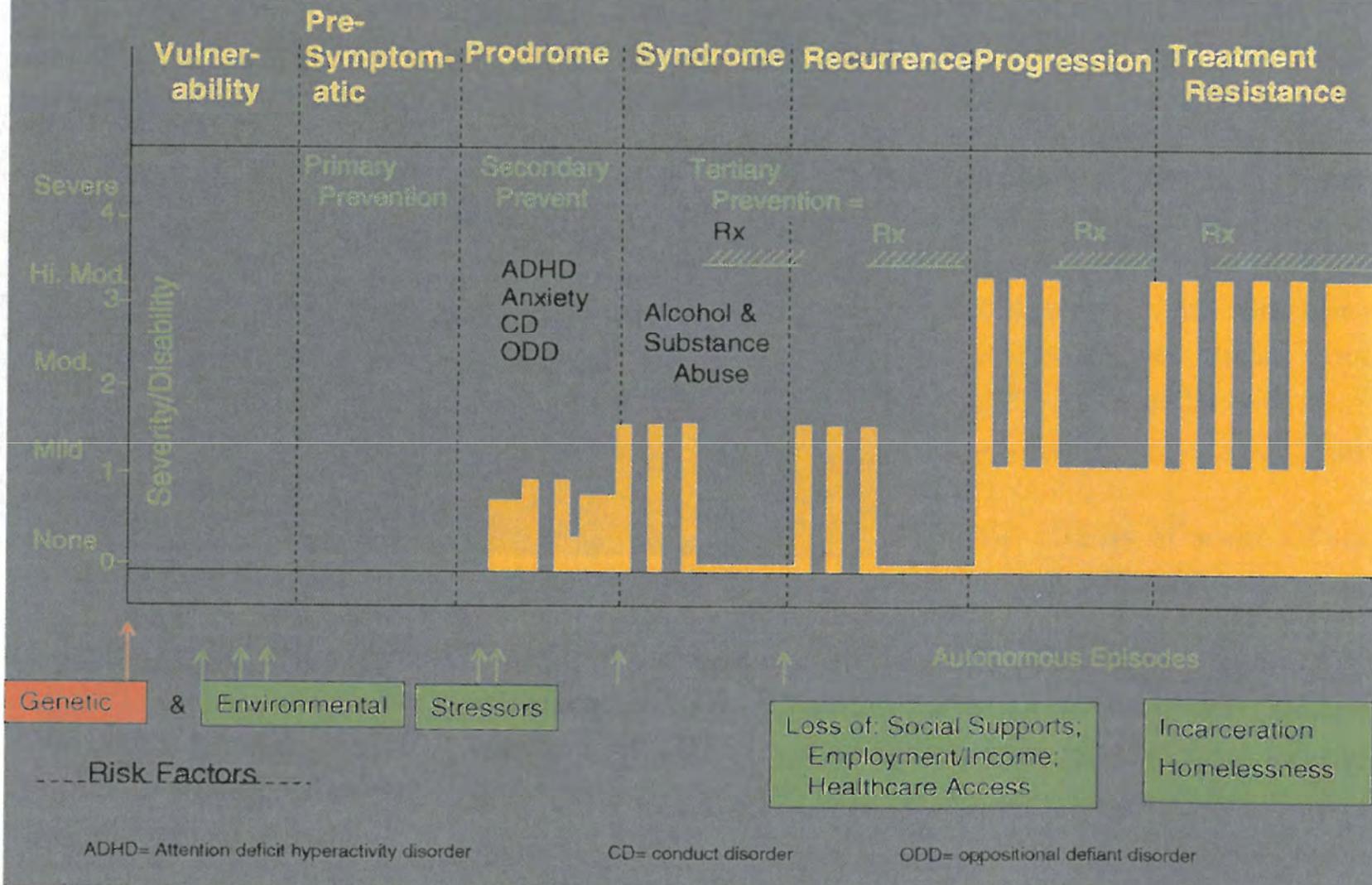
## CROSS SENSITIZATION AMONG STRESSORS, DRUG OF ABUSE AND EPISODES

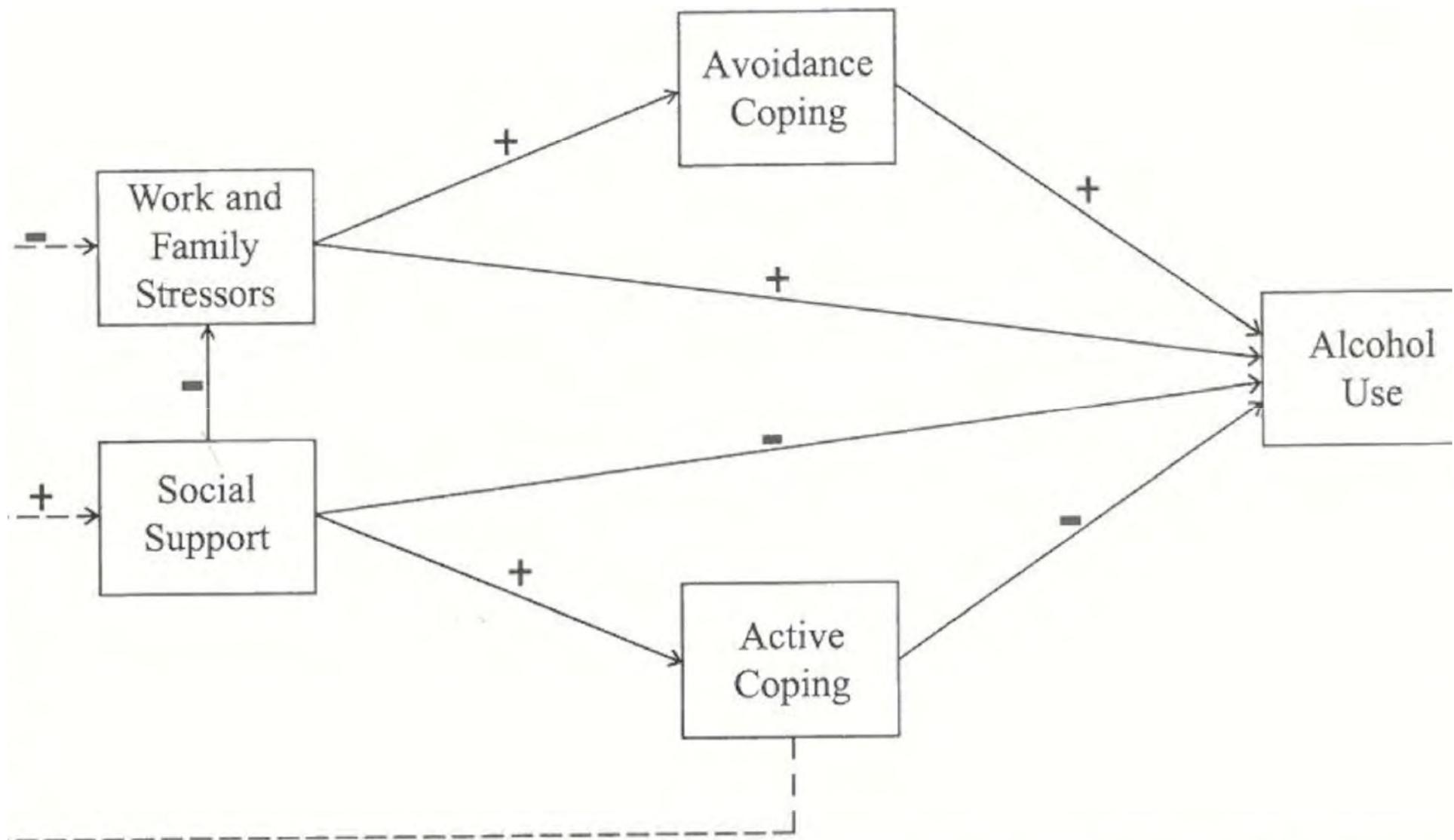


Repetition of Each Increases Responsivity

Both to Itself and the Others

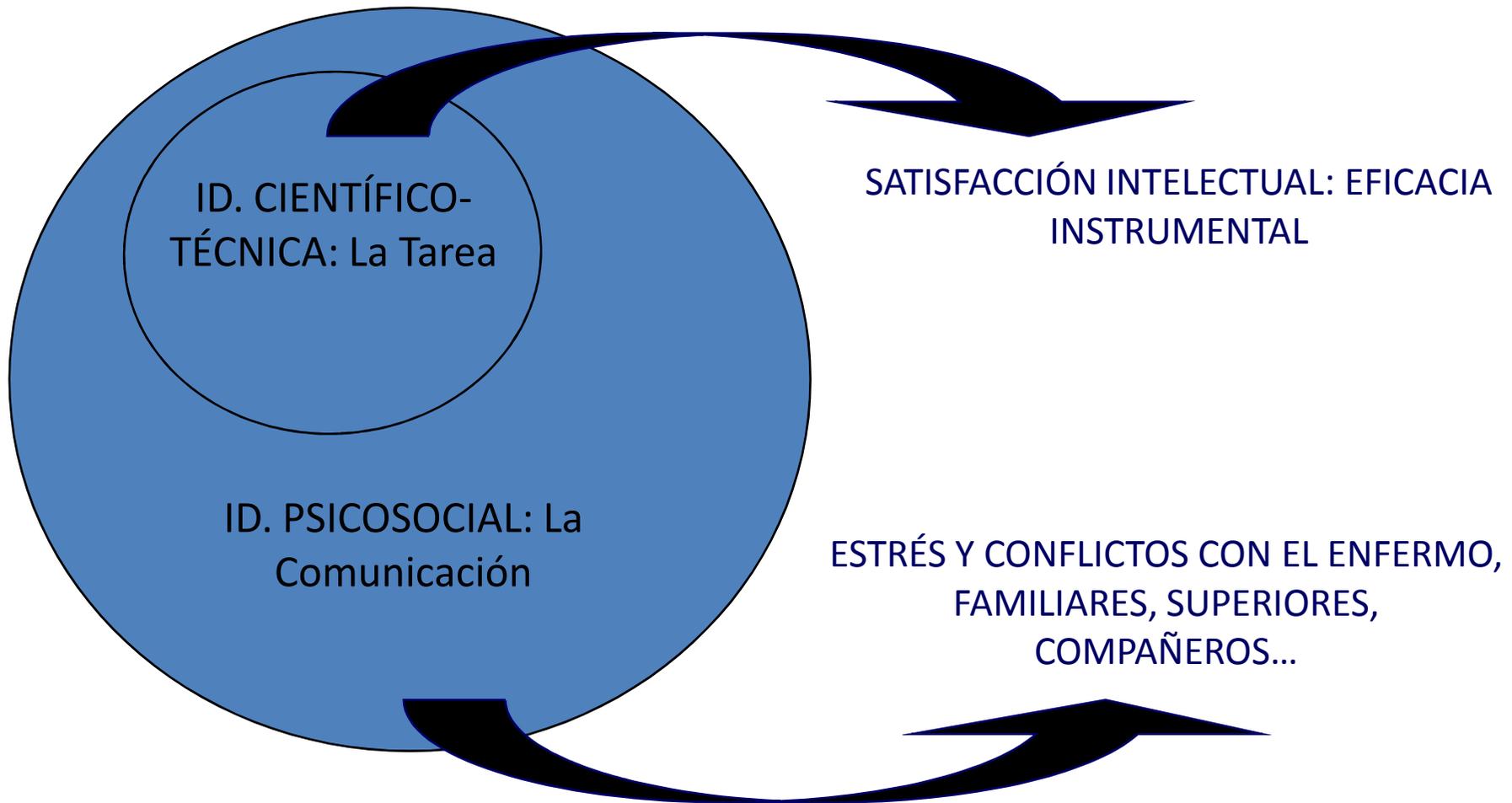
# Stages of Bipolar Illness Evolution





A stress-social support-coping model for predicting alcohol use.

# COMPONENTES DE LA IDENTIDAD DEL MÉDICO



# **FUNCIONES DE LA RELACIÓN PROFESIONAL:**

1. F. de cuidado y de contención de la ansiedad del E. vulnerable por habilidades psicosociales OK.
2. F. de control y prevención de riesgos previsibles: para construir un entorno sano y seguro.
3. F. de educación sanitaria en el respeto, la cooperación y el entendimiento mutuo.

**DEPENDEN DE FACTORES INDIVIDUALES, GRUPALES Y DEL CONTEXTO ORGANIZATIVO.**

**COMPLEJIDADES DE LA RELACIÓN CLÍNICA**  
**(Laín Entralgo, 1983; Tizón, 1988; Gómez Esteban, 2002)**

- **DIMENSIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA:** la e
- **DIMENSIÓN HUMANA O PSICOSOCIAL:** el E
- **DIMENSIÓN COLEGIADA PROFESIONAL:** garantía de calidad y seguridad
- **DIMENSIÓN ORGANIZATIVA-EMPRESARIAL:** La organización sanitaria
- **DIMENSIÓN ÉTICA-DEONTOLÓGICA**

## MODELO PSICOPATOLÓGICO ANTROPOLÓGICO DE PELEGRINA CETRÁN(2006):

- **Dimensión Social**, interactiva, comunicativa y cultural: Somos una “persona” que despliega diversos roles sociales.
- **Dimensión Biológica**: Objeto del trabajo médico
- **Dimensión Biográfica o Histórica**: Se desarrolla de forma gradual a lo largo del ciclo vital.
- **Dimensión Psicológica** de “uno mismo” como existencia construida de forma autónoma, con capacidad de “dar sentido” y con “un modo de ser”.
- **Dimensión Ética o Moral**, según los valores, normas y deberes morales asumidos.

Ma 200

MANO



Modelo que permite un enfoque pragmático y de gran utilidad clínica para la prevención de las conductas de riesgo como el abuso de sustancias en los profesionales sanitarios, que por definición y responsabilidad deben trabajar en un entorno saludable y seguro para los usuarios y para ellos mismos como agentes proactivos en la gestión del estrés inherente a la práctica clínica, a través de los PAIME de los diferentes Colegios de Médicos.

# Aspectos del self

**self cognitivo:** CORTEZA PREFRONTAL MEDIA:  
AUTOCONCEPTO

**self afectivo:** CINGULO ANTERIOR: AUTOESTIMA  
IMPLÍCITA

**self ejecutivo:** CORTEZA PREFRONTAL:  
AUTOREGULACIÓN COGNITIVO-AFECTIVA-  
CONDUCTUAL: AUTONOMIA, COMPETENCIA Y  
RELACIÓN SATISFACTORIA (DECY, RYAN 2000)

En términos clínicos, la gravedad se define a partir de tres elementos (Bulbena 1997) : la presencia de una cantidad de síntomas, la presencia de cierta cualidad de síntomas y finalmente, la repercusión de dichos síntomas sobre el funcionamiento vital, social y ocupacional del paciente.

La repercusión funcional, sobre la autonomía del individuo y su capacidad de relacionarse con los demás, depende también de las demandas y de las tareas propias de la actividad laboral.

## **VARIABLES DEL T.M.**

- GRAVEDAD INTRÍNSECA, CRONICIDAD, COMORBILIDAD y RECURRENCIA
- ESTADIO EVOLUTIVO...hasta hacerse REFRACTARIO
- CONCIENCIA DE ENFERMEDAD
- DIAGNÓSTICO TEMPRANO
- CALIDAD DEL TRATAMIENTO, ADHERENCIA, SEGUIMIENTO Y CONTROL EFICAZ
- SATISFACCIÓN DEL E. CON EL M.

El grado de **complejidad del caso clínico** se asocia con gravedad, comorbilidades múltiples, mayor tiempo de evolución y demora del tratamiento eficaz, deterioro funcional, bajo nivel de autocuidado y de apoyo familiar, elevado riesgo de problemas de comportamiento y de relación, así como necesidad de más recursos asistenciales y tiempo de tratamiento y de prevención de recaídas.

En general, los sanitarios no somos conscientes de los riesgos laborales inherentes a la actividad clínica, ni de la importancia del adecuado afrontamiento de las dificultades y conflictos propios de la actividad clínica.

**Heim 1991.**

En el caso de las profesiones sanitarias, **una inadecuada gestión de los riesgos psicosociales en el trabajo constituye un grave problema de salud pública**, ya que no solo afecta a la salud del trabajador expuesto (accidentes, enfermedades, despidos, incapacidades) y a la “salud de la organización” (empresas con índices altos de absentismo, conflictividad interna y externa, baja eficiencia y calidad), sino que suponen un problema social importante (“salud social”).

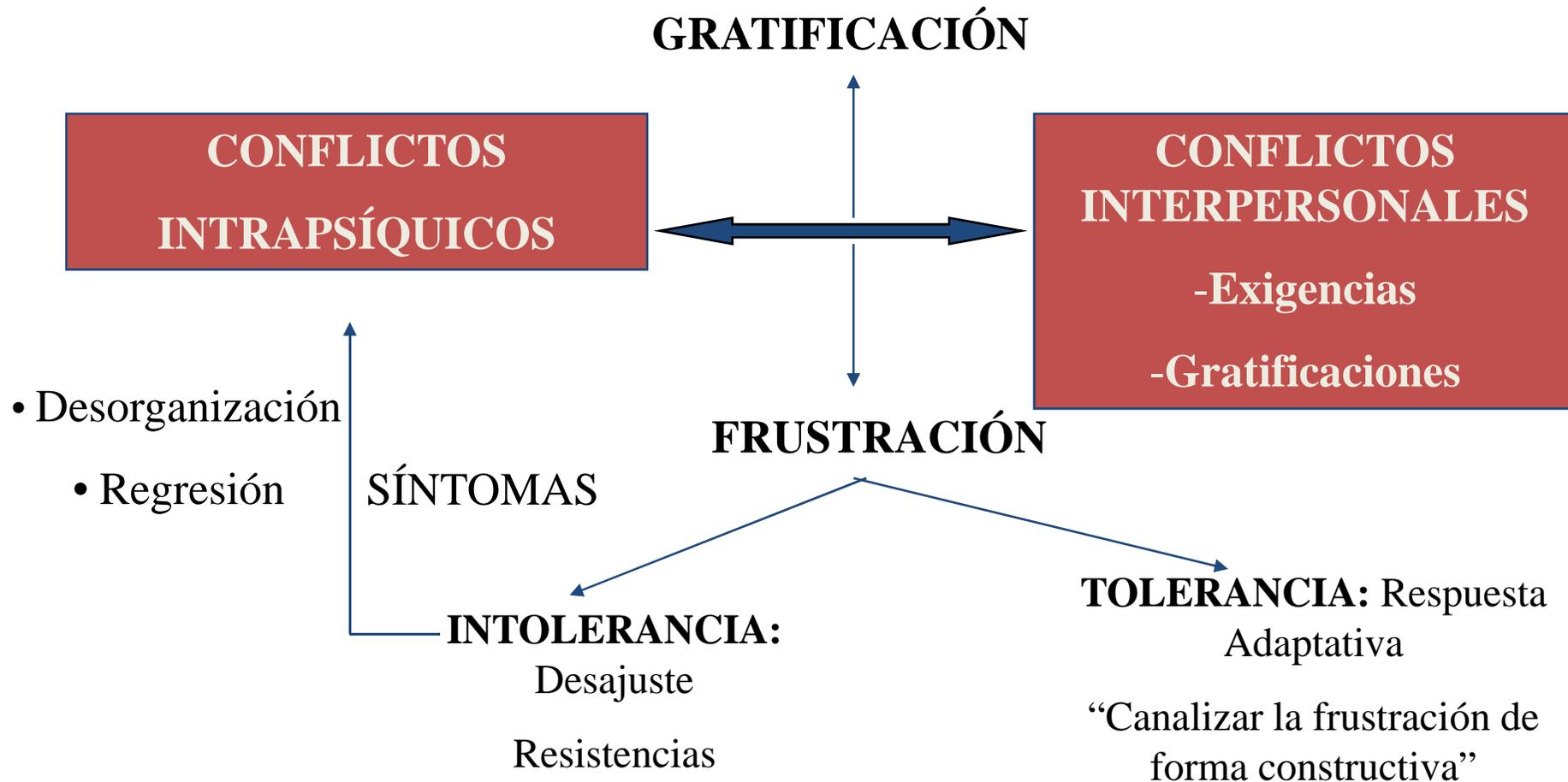
En el caso del personal sanitario, los riesgos psicosociales del trabajo codeterminan no sólo el daño a su salud, sino la calidad y la seguridad de los pacientes que atienden, según como sean gestionados a nivel individual y organizativo.

Guía de Buenas Prácticas Clínicas para la Prevención de Problemas de Salud Mental en el Ámbito Sanitario (2012).

## Factores psicosociales de riesgo en médicos:

- Exposición y mal afrontamiento de los riesgos psicosociales inherentes a la actividad clínica.
- Especiales dificultades para asumir el rol de enfermo y la autoprescripción/AUTOMEDICACIÓN (Khantzian 1985, Casas 1997).
- Disociación patológica entre el self público y el privado. El mantenimiento del “self público” y la “bata blanca”, puede asociarse a un daño grave en el “self privado”.
- Especiales dificultades del tratamiento de los médicos.
- Litigios por mala praxis.

# INTERACCIÓN INDIVIDUO - MEDIO



Podemos pensar en el beneficio primario (SATISFACCIÓN PROFESIONAL), en los beneficios secundarios (GANANCIAS SUPLEMENTARIAS) y en los costes personales (ESTRÉS INHERENTE A LA PRÁCTICA CLÍNICA Y OTROS EFECTOS SECUNDARIOS) del rol de M, igual que ocurre con el rol de E, roles que además de complementarios no son excluyentes.

Lo cierto es que recuperar la profesión es a menudo el principal factor motivacional para comprometerse en un tratamiento psiquiátrico personal, superior incluso al propio interés, con el apoyo efectivo de compañeros responsables y del Colegio de Médicos.

La responsabilidad profesional es una cadena que empieza en el propio sanitario e ineludiblemente continúa en la responsabilidad profesional corporativa, institucional, administrativa y legal. El Director Médico y el Gerente, como máximas autoridades de la institución sanitaria, son los responsables últimos del correcto funcionamiento asistencial de la misma.



*De que mal morira?*

## **Información al médico con posible riesgo para la praxis y plan terapéutico**

Todos los ME que, a lo largo del proceso de evaluación y/o tratamiento, se califiquen como “*con posible riesgo para la praxis*” serán informados de tal condición.

Cuando se determine que un trabajador presenta un T.M.G. con riesgo para terceros debe ser informado el Servicio de Prevención y el Colegio Profesional para estar alertados sobre este posible riesgo, tomar las medidas preventivas pertinentes y garantizar el cumplimiento del tratamiento .

Si el E acepta dicha condición:

- Firmará un contrato terapéutico comprometiéndose a seguir el plan terapéutico propuesto.
- En el caso de ME con problemas adictivos, dicho plan comportará la realización de un tratamiento de desintoxicación, deshabituación y rehabilitación, con el seguimiento posterior y controles toxicológicos necesarios según criterio clínico.

Si el ME no acepta dicha condición:

- Será dado de alta del Programa y se informará de ello a la unidad derivante del paciente (Colegio Profesional, Servicio de Prevención y a quien corresponda).
- Si se detecta un riesgo grave e inminente para la salud del profesional sanitario y/o para terceros, se informará de forma inmediata al:

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales: A fin de controlar los posibles riesgos que puedan derivarse por sus condiciones de salud. Se deberá considerar la notificación de los hechos a Dirección Médica/Gerencia.

Colegio Profesional: A fin de que el mismo considere la adecuación/inadecuación del profesional sanitario a su correspondiente Código Ético y Deontológico y tome las medidas que considere oportunas al respecto. En este caso, es conveniente que el Colegio Profesional ponga en marcha una evaluación psiquiátrica pericial del caso en una Unidad de Evaluación Independiente.

Si no existe conciencia de e. , las medidas preventivas se podrán tomar en función de diferentes vías, no excluyentes entre sí:

- Ley de Prevención de Riesgos Laborales: Por el posible riesgo para si mismo y/o para terceros en el lugar de trabajo.
- Colegio Profesional: Para la prevención de mala praxis y evaluación deontológica del caso, según el protocolo PAIME.
- Urgencias y comunicación al Juez, si se considera necesaria una intervención clínica involuntaria.

**Información al E. con posible riesgo para si mismo y/o para terceros y plan terapéutico:** Todos los pacientes que, a lo largo del proceso de evaluación y/o tratamiento, se califiquen como *“trastorno mental grave y riesgo para si mismo o terceras personas”* serán informados de tal condición. Si el paciente acepta dicha condición firmará un contrato terapéutico comprometiéndose a seguir el plan terapéutico propuesto, previa valoración de su capacidad (según Documento Sitges 2009). En el caso de pacientes con problemas adictivos, dicho plan comportará la realización de un tratamiento de desintoxicación, deshabituación y rehabilitación, con el seguimiento posterior y controles toxicológicos necesarios según criterio clínico.

**A VECES EL MÉDICO ES UN ENFERMO COMO LOS DEMÁS,  
INCLUSO MEJOR, AUNQUE A MENUDO SE CONSIDERA UN  
ENFERMO ESPECIAL.**

¿EL PACIENTE DIFÍCIL?

¿EL PROFESIONAL DIFÍCIL?

EL ENCUENTRO DIFÍCIL

EL COLEGIO DE MÉDICOS  
DIFÍCIL

Y como en la fábula de  
Esopo, ¿QUIEN LE PONE EL  
CASCABEL AL GATO?





## Utilidad preventiva del constructo "trastorno mental grave" en el ámbito sociosanitario

Preventive usefulness of the concept "serious mental disorder" in social-sanitary area

### José Carlos Mingote Adán

UVOPSE-PAIPSE. Unidad de Valoración y Orientación al profesional sanitario enfermo. Comunidad de Madrid. Madrid. España

### Pablo del Pino Cuadrado

UVOPSE-PAIPSE. Unidad de Valoración y Orientación al profesional sanitario enfermo. Comunidad de Madrid. Madrid. España

### Macarena Gálvez Herrero

UVOPSE-PAIPSE. Unidad de Valoración y Orientación al profesional sanitario enfermo. Comunidad de Madrid. Madrid. España

### M.ª Dolores Gutiérrez García

UVOPSE-PAIPSE. Unidad de Valoración y Orientación al profesional sanitario enfermo. Comunidad de Madrid. Madrid. España

### Raquel Sánchez Alaejos

UVOPSE-PAIPSE. Unidad de Valoración y Orientación al profesional sanitario enfermo. Comunidad de Madrid. Madrid. España

Recibido: 03-12-10

Aceptado: 07-12-10

#### Correspondencia:

José Carlos Mingote Adán.

UVOPSE-PAIPSE

Pabellón n.º 8 Ciudad Universitaria

28040 Madrid. España.

Tfno: 913303926

Fax: 913303903

E-mail: jmingote.hdoc@salud.madrid.org

## Agradecimientos

En la elaboración de este documento se han tenido en cuenta los Protocolos Asistenciales y de Funcionamiento del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, así como las recomendaciones de la Comisión de Ayuda y Prevención al Médico Enfermo (CAYPAM) del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid y los Códigos Deontológicos de los Colegios Profesionales de Enfermería y de Médicos. Nuestro más sincero agradecimiento a todos ellos.

Agradecemos además la revisión de su contenido a: D. Francisco Javier Sánchez Caro (Responsable del Área de Bioética y Derecho Sanitario, Dirección General de Atención al Paciente, Consejería de Sanidad), Dr. Andrés Santiago Sáez (Jefe de Servicio de Medicina Legal del Hospital Clínico San Carlos), Dr. César Borobia (Profesor Titular de Medicina Legal, Ftad. Medicina U.C.M.), Dr. Alfredo Calcedo Ordóñez (Catedrático de Psiquiatría, Co-Director Master Psiquiatría Legal, U.C.M), Dr. Jerónimo Maqueda (Director de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo) y Dra. Rosana Cortés (Jefa de Estudios de la Nacional de Medicina del Trabajo) y al Comité Técnico Asesor de la UVOPSE-PAIPSE.

*"El diagnóstico es pronóstico"*

(Godwin y Guze, 1974)

## Resumen

**Introducción:** El constructo “trastorno mental grave” (TMG) puede ser muy útil en la práctica clínica y no sólo en el ámbito de la gestión de los recursos, al permitir diseñar intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas efectivas, especialmente en el sector servicios y en profesiones de alta fiabilidad y seguridad (sanidad, defensa, transporte, etc.) en las que los errores suelen tener consecuencias directas adversas para la vida de las personas y los que se debe garantizar la máxima calidad y la seguridad de los usuarios.

**Objetivos:** Revisar los principales aspectos a considerar en la elaboración de protocolos de intervención laboral ante trastornos mentales graves.

**Método:** Revisión de la bibliografía disponible.

**Conclusiones:** Se proponen herramientas y procedimientos de utilidad para afrontar los casos clínicos graves en el ámbito laboral sanitario, mejorar la calidad asistencial y contribuir a garantizar la seguridad de los usuarios y de los sanitarios enfermos.

*Med Segur Trab (Internet) 2010; 56 (221): 306-322*

**Palabras claves:** Trastorno mental grave. Criterios diagnósticos. Prevención. Intervención.

## Abstract

**Introduction:** The concept of “serious mental disorder” (SMD) can be very useful in clinical medical practice, not only in the management resources area, allowing to design preventive, diagnostic and therapeutic effective interventions, but also in service area and in high reliability and security professions, such as health, defence, transport and so on. In these cases mistakes use to have direct and adverse consequences for people’s life that is way a maximum quality and safety must be guaranteed for the users.

**Objective:** To check the principal aspects to consider in the production of intervention protocols for mental serious disorders in the workplace.

**Method:** Review of the available bibliography.

**Conclusions:** This article proposes tools and procedures to deal with serious clinical cases in health professional field in order to improve the attendance quality, contributing to the safety of the health workers and users.

*Med Segur Trab (Internet) 2010; 56 (221): 306-322*

**Key words:** Serious mental health. Diagnostic criteria. Prevention. Intervention.

## INTRODUCCIÓN

Dada la actual crisis nosográfica, conviene recordar las advertencias de Jaspers <sup>1</sup>: “...es posible rechazar todos los esfuerzos realizados. Se puede decir: No hay ninguna unidad nosológica, se corrió tras un fantasma”. Esta crisis nosográfica que vive la Psiquiatría como disciplina médica es reflejo de la complejidad constitutiva del ser humano y de la evidencia científica actual, que requiere el empleo de modelos teóricos integradores e instrumentos válidos de medida de la enfermedad que puede padecer una persona en un momento determinado. Casi 100 años más tarde, es preciso reconocer que ha mejorado mucho la fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos cuando se emplean las herramientas apropiadas, para los diferentes síndromes clínicos. La mayor parte de ellos se definen por su principal característica sintomática, que ninguna es específica de un trastorno mental concreto, pero aún no se ha demostrado que sean entidades discretas o categorías nosológicas válidas separadas por límites naturales o verdaderas discontinuidades explicables por la existencia de un sustrato biológico diferente para cada una de ellas.

Actualmente, se propone la clasificación dimensional de los trastornos mentales, separados por límites arbitrarios decididos por consenso de expertos <sup>2</sup>. Otra cosa diferente es la utilidad clínica de un diagnóstico formal concreto, en la medida en que proporciona información valiosa de tipo pronóstico acerca de la respuesta al tratamiento. La utilidad clínica del constructo “trastorno mental grave” (en adelante, TMG) dependerá de su validez predictiva para anticipar la evolución del enfermo y la administración de los tratamientos más efectivos. Pero quedarnos ahí supondría una visión reduccionista, su consideración también puede contribuir a mejorar la seguridad de los usuarios y de los sanitarios, entendida ésta desde una perspectiva sistémica (que incluye la consideración de los medios materiales, los procedimientos técnicos y organizativos, así como la selección y el cuidado de los operadores especialmente cualificados por su resistencia al estrés y la toma de decisiones de alto rendimiento), sobre todo en situaciones de urgencia y de riesgo vital.

La protocolización de la atención a la Salud Mental ha sido abordada recientemente como una herramienta eficaz orientada a la mejora de la calidad y seguridad de la asistencia al usuario, así como a facilitar la práctica del profesional sanitario que de él se ocupa. El objetivo del presente trabajo es analizar el concepto de TMG en relación con el posible deterioro funcional a partir del cual pueda suponer un riesgo para sí mismo o para terceros durante la actividad laboral. Se revisarán los principales aspectos a considerar en la elaboración de protocolos de intervención laboral ante dichos trastornos (principalmente en personal sanitario) y la prevención de sus consecuencias en el medio laboral, concretamente se analizarán aspectos a considerar y definir en un posible protocolo y procedimientos de actuación recomendados.

## ASPECTOS A DEFINIR

### Capacidad y competencia profesional

Una primera cuestión a plantearse ante un posible TMG en el lugar de trabajo es su capacidad y competencia profesional para el desempeño seguro de sus funciones. En nuestro ámbito legal, por el mero hecho del nacimiento en las condiciones establecidas en el Código Civil (artículos 29 y 30) se es persona, esto es, se tiene personalidad y por el mero hecho de ser persona y tener personalidad se es capaz, siendo importante distinguir entre capacidad jurídica y capacidad de obrar:

- **La capacidad jurídica:** Es la abstracta posibilidad de recibir los efectos del ordenamiento jurídico.
- **Capacidad de obrar:** aptitud para ejercer personalmente un derecho y el cumplimiento de una obligación, esto es, la aptitud legal para ser sujeto de derechos y obligaciones.

**La competencia:** Presupone siempre la capacidad de obrar (posibilidad de realizar actos con eficacia jurídica) y añade otros elementos como la preparación profesional o académica adecuada, la idoneidad para dicha profesión en el sentido de que se puede realizar la tarea profesional concreta y habilidades mayores o menores según la circunstancia y técnica concreta.

La **competencia médica** ha sido definida como <sup>3</sup>: *“La capacidad de utilizar de manera habitual y razonable la comunicación, los conocimientos, las habilidades técnicas, la capacidad para la toma de decisiones basadas en la evidencia, las emociones, los valores, y la reflexión en beneficio del individuo y de la comunidad que se atiende”*. Incluye los siguientes aspectos o dimensiones básicas <sup>4</sup>:

1. Cognitivos: Adquirir y utilizar conocimientos.
2. Integrados: Sintetizar datos, razonar y juzgar.
3. Relacionales: Comunicarse con pacientes y colegas.
4. Afectivos/éticos: Demostrar paciencia, voluntad y autoconocimiento.

Además de las capacidades adquiridas a través de la formación continua y la experiencia laboral, la **competencia profesional** también se define por las condiciones de salud del personal que facilitan o interfieren en su puesta en práctica, tal y como señalan los Códigos Deontológicos <sup>5</sup>: *“La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados”*.

Según el Plan de Bolonia para los Estudios de Grado de Medicina <sup>6</sup>, el médico necesitará contar con las suficientes **competencias para su desarrollo profesional** tales como: autocrítica y auto-evaluación, aprendizaje autónomo y cuidado personal; incluyendo ser capaz de atender a su estilo de vida, requerir ayuda y consejo en situaciones difíciles, reconocer los peligros de automedicación y abuso de sustancias, conocer la influencia y prevención de factores relacionados con su trabajo para la salud propia y ajena.

Según el Documento Sitges <sup>7</sup>, la **capacidad de autonomía personal** se puede encontrar limitada tanto por límites “naturales”, como “legales”, entre los que destacan los derechos de los demás y el perjuicio inaceptable de tercero, que condicionan y limitan el marco de las decisiones individuales. Es decir, se deberá tener en cuenta tanto las condiciones necesarias para la toma de decisiones, como la trascendencia individual y/o social de la misma. La toma de decisiones depende especialmente de la disponibilidad de los recursos cognitivos, emocionales y conductuales de cada persona en un momento dado.

En el caso de los sanitarios, con responsabilidad directa o indirecta sobre la vida de terceros, la seguridad (peligrosidad) mencionada anteriormente, constituye un elemento fundamental de su actividad cotidiana. A su vez, los procesos de conflicto interpersonal en el trabajo (con compañeros y/o pacientes) son posibles indicadores de la existencia de un trastorno mental y/o de problemas organizativos que repercuten en la salud de los trabajadores.

## Gravedad de los trastornos y factores de riesgo a controlar

El término gravedad clínica se aplica a enfermedades que ponen en peligro la vida de las personas. Así puede ocurrir por ejemplo, en el caso de una depresión psicótica con intensa impulsión suicida, por la cualidad, intensidad y repercusión de algunos síntomas en la vida del paciente y de otras personas. Los síntomas de los diferentes trastornos mentales se han dividido entre los que producen sufrimiento y dolor, y los que causan pérdida funcional o discapacidad, frente al malestar normal de la vida. El término psicótico es sinónimo de deterioro grave del funcionamiento personal y social, caracterizado por la incapacidad para desarrollar con normalidad los roles familiares y laborales por alteración grave del contacto con la realidad.

La gravedad del trastorno mental actual debe incluir tanto la sintomatología psíquica, como los problemas psicosociales asociados, la sintomatología somática y otros problemas tales como son los conflictos interpersonales en el trabajo y los problemas de adaptación al medio sociolaboral. En general, existe una relación dosis-respuesta entre la gravedad de la enfermedad mental y el grado de incapacidad laboral asociado<sup>8,9</sup>.

Una enfermedad mental grave es un **trastorno con deterioro funcional**<sup>10</sup>, y se define de la siguiente manera:

1. Trastorno: Cualquier trastorno DSM diagnosticado durante un período de 12 meses, excluyendo los códigos V (afecciones no atribuibles a un trastorno mental que son objeto de atención clínica o tratamiento, como los problemas académicos o la simulación), los trastornos por consumo de sustancias (que en el próximo DSM-V se ha propuesto llamarlo “Adicciones y Trastornos Relacionados”, incluyendo juego patológico y adicción a Internet), y los trastornos del desarrollo.

2. Deterioro: Interferencia considerable en al menos una de las principales actividades de la vida que incluyen no sólo las actividades básicas de la vida cotidiana como comer o bañarse, sino también “las habilidades instrumentales (p. ej., mantener un hogar, manejar dinero, desenvolverse en sociedad, tomar la medicación prescrita), y el funcionamiento en el contexto social, familiar y laboral/educativo”.

No existe una definición consensuada sobre el constructo de TMG, éste puede variar según que el objetivo prioritario sea la planificación y gestión sanitaria, la investigación, la intervención clínica, etc., y son numerosas las posibles definiciones que se pueden encontrar al respecto en la bibliografía científica. Una revisión de las mismas<sup>11</sup> indica como elementos comunes la necesidad de prestar atención a tres dimensiones:

- Diagnóstico: Incluyendo, de forma prioritaria, la psicosis y trastornos crónicos.
- Duración: Variable según las diferentes definiciones desde 1 a 5 años desde el inicio del trastorno.
- Discapacidad: Operativizada en función del desempeño de roles sociales, familiares, laborales y de autocuidado. Según estos autores, la efectividad de los Servicios Sanitarios depende tanto de la calidad de la tecnología instrumental como de la tecnología humana (el factor humano), siendo tan importante la competencia científico-técnica personal, como los factores derivados de la actitud y de la personalidad.

Otros autores<sup>12</sup> proponen el sistema definido por las dimensiones *Safety, Informal, Diagnosis, Disability and Duration* (SIDD) como elemento de definición de TMG:

1. Seguridad (peligrosidad). Hacia sí mismo o hacia terceros.
2. Apoyo (soporte): Social e institucional.
3. Diagnóstico: Incluyendo enfermedad psicótica, demencia, enfermedad neurótica grave, trastorno de la personalidad y trastorno del desarrollo.
4. Discapacidad: Con habilidades disminuidas para funcionar eficazmente en la comunidad (trabajo, familia, relaciones interpersonales).
5. Duración: Persistencia de cualquiera de las dimensiones mencionadas (6 meses-2 años).

Según consenso genera l<sup>13</sup> se entiende por TMG el que cumple los siguientes criterios clínicos:

- a) Trastorno mental psicótico (esquizofrenia, paranoia, depresión psicótica, etc.) o adictivo, en especial si es crónico y/o recurrente, y trastornos graves de la personalidad (sobre todo los del Cluster A y B del DSM).
- b) Trastorno que ha requerido un tratamiento prolongado, igual o superior a dos años.

c) Trastorno que se asocia a un descenso en el rendimiento funcional y muestra discapacidad en sus actividades diarias (como en el trabajo y en sus relaciones interpersonales) con una puntuación igual o inferior a 50 en la Escala de evaluación de la actividad global (DSM-IV- TR).

Los **parámetros de gravedad** en adultos a considerar serán <sup>14</sup>:

a) La gravedad diagnóstica (psicosis, depresión mayor, trastorno neurótico severo, crisis adaptativa severa, alcoholismo y adicciones severas, trastornos alimentarios graves) combinada o no con situaciones o grupos de riesgo.

b) Comorbilidad de distintas patologías psíquicas o físicas.

c) Grado de discapacidad producido (en relación con autocuidado y salud, afrontamiento personal y social, autonomía personal y social y tratamiento).

d) Repercusión del trastorno sobre el medio familiar y social (valorando el riesgo de heteropeligrosidad).

e) Autopeligrosidad (riesgo autolítico).

f) Precariedad o agravantes de la red social (soporte social y factores que dificulten la contención y/o obstaculicen el tratamiento).

g) Características de la demanda (voluntaria o involuntaria, nivel de sufrimiento y motivación).

h) Tiempo de evolución del trastorno (agudo o crónico).

i) Complejidad del manejo terapéutico (prestaciones necesarias, trabajo en red y necesidad de coordinación entre diferentes servicios).

j) Aparición de los síntomas en etapas de especial relevancia evolutiva (por ejemplo al inicio de la actividad laboral).

Respecto a los trastornos adictivos, que por definición son también trastornos crónico-recurrentes (caracterizados por el consumo compulsivo, la pérdida de control y la producción de estados emocionales negativos asociado todo ello a un elevado riesgo de estados emocionales negativos, disfunciones cognitivas y conductuales que suponen un alto riesgo de mala praxis), se hace necesario, no solo realizar un tratamiento completo sino controlar el cumplimiento terapéutico y prevenir las posibles recaídas a largo plazo.

Para analizar la gravedad del trastorno relacionado con el abuso de sustancias adictivas, se valorarán los siguientes criterios: cantidad, frecuencia y antigüedad del uso de la sustancia, así como las percepciones del paciente, déficit de control y las repercusiones psicopatológicas, afectivas, cognitivas y conductuales. Para ello se podrán utilizar cuestionarios autoadministrados, pruebas de laboratorio y análisis de sustancias en sangre, orina y cabello (art. 785 Ley de Enjuiciamiento Criminal). Estas pruebas sirven tanto para objetivar el consumo de una sustancia, gravedad del trastorno, cumplimiento terapéutico y grado de abstinencia (siempre salvaguardando la confidencialidad de los resultados).

En resumen, según criterios de gravedad y deterioro funcional expuestos, serán de especial atención los siguientes casos <sup>15</sup>:

1. El trastorno esquizo-afectivo, maniaco-depresivo, autismo, formas graves de depresión mayor, trastorno de angustia o el trastorno obsesivo-compulsivo, puesto que si no se tratan suelen provocar un importante deterioro.

2. En algún momento, durante los últimos 12 meses, el trastorno interfirió considerablemente con la capacidad laboral, causó grandes dificultades interpersonales, o estuvo asociado a un plan o tentativa suicida.

3. En algún momento, a lo largo de los últimos 12 meses, se cumplieron los criterios de deterioro funcional sin que el tratamiento u otros servicios de apoyo fuesen efectivos.

El concepto de discapacidad deberá valorarse en cada caso individual como un desbalance persistente de la interacción entre “la condición de salud” del individuo enfermo y las demandas adaptativas del medio sociolaboral específico <sup>16</sup>. Además, consideramos importante señalar que en caso de TMG se pueden presentar las siguientes características:

1. Carencia de capacidad de adaptación a la realidad y en especial a situaciones estresantes.
2. Inflexibilidad desadaptativa rígida (compulsión de repetición) o claudicación funcional adaptativa grave.
3. Importantes dificultades para aprender de la experiencia y desarrollar nuevas estrategias adaptativas eficaces.
4. Malestar clínicamente significativo.
5. Importante conflictividad interpersonal y/o aislamiento social.

Los déficit cognitivos en los TMG son indicadores diagnósticos de gravedad en varios trastornos mentales que comparten algunos déficit neuropsicológicos característicos, así como biomarcadores neurofisiológicos mediadores cada vez mejor conocidos, como ocurre con los niveles plasmáticos elevados de cortisol y los déficit de memoria que se aprecian en personas con esquizofrenia, depresión, trastorno de estrés postraumático crónico, síndrome de Cushing y demencia. Habitualmente se aprecian déficit en atención sostenida, en el procesamiento de información compleja y en las funciones ejecutivas. Estos déficits neuropsicológicos no difieren significativamente entre pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar psicótico, sino que parecen extenderse a lo largo de todo el espectro psicótico, con diferencias cuantitativas entre unos y otros trastornos <sup>17, 18</sup>. Estos déficit neuropsicológicos parecen ser marcadores de rasgo de los trastornos mentales graves, dependientes de factores genéticos y epigenéticos precoces, más que un déficit específico de un trastorno mental. En todos los casos la presencia de disfunción neuropsicológica tiene una importante significación pronóstica, tanto en cuanto al curso evolutivo clínico como al funcionamiento sociolaboral de personas con un amplio rango de trastornos mentales graves<sup>19</sup>.

Los déficits neuropsicológicos señalados, limitan la capacidad o determinan incapacidad para la introspección y la autorregulación, la inteligencia emocional y social, la toma de decisiones y el procesamiento de información compleja, según un juicio de realidad sano.

Algunos estudios epidemiológicos <sup>20</sup> encuentran que la prevalencia anual de trastornos mentales moderados o graves en población general trabajadora está en torno al 14%, sea por la agravación de cualquier trastorno mental previo en algún momento de su evolución o por la cronificación y la complicación del mismo con trastornos adictivos y con enfermedades médicas graves, con los que presentan una elevada comorbilidad habitual.

Para hacer operativos los criterios de gravedad y deterioro funcional se recomiendan los siguientes cuestionarios de evaluación que pueden ser incluidos en protocolos de prevención y/o procedimientos de actuación:

- Escala de Evaluación del Insight (SAI) <sup>21</sup>.
- Escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica para pacientes ambulatorios (Gep-P) <sup>22</sup>.
- Instrumento Mac Arthur para la Evaluación de la capacidad sobre el tratamiento (Mac Cat-T) <sup>23</sup>.

## PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN

### Evaluación y definición de la población diana

El primer paso de cualquier procedimiento de actuación debe ser la evaluación y definición de la población diana del mismo. Se debe evaluar la gravedad de síntomas tales como delirios y alucinaciones, la ausencia de *insight*, la pérdida de contacto con la realidad y el deterioro del funcionamiento mental. Además, es preciso evaluar el sufrimiento subjetivo, la evolución temporal (cronicidad y recurrencia), la pérdida de función o discapacidad que producen los síntomas, así como el riesgo predecible para la persona enferma y para sus semejantes. Respecto de la función sociolaboral es preciso evaluar la extensión de la alteración en una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales, el cuidado de uno mismo y/o de los demás, etc.<sup>24</sup>

La evaluación psicológica debe incluir:

1. Realización de una historia clínica completa con la evaluación del estado mental actual y los antecedentes psicológicos personales.
2. Evaluación neuropsicológica global.
3. Evaluación de personalidad que incluya motivación y orientación laboral, capacidad para tomar decisiones en situaciones complejas, habilidades sociales y de afrontamiento del estrés por la disponibilidad de los recursos cognitivos, afectivos y conductuales adecuados.

Según la bibliografía revisada en el apartado anterior, se recomienda considerar como población diana de los procedimientos de actuación, los siguientes TMG:

A) Pacientes con los siguientes trastornos mentales y características asociadas:

- Trastorno psicótico endógeno o inducido por drogas.
- Trastorno delirante crónico endógeno o inducido por drogas.
- Trastorno bipolar tipos I, II y III si existe comorbilidad con trastorno adictivo.
- Demencia y deterioro cognitivo de causa psico-orgánica (trastorno mental severo, drogas, etc.)
- Paciente con diagnóstico de trastorno grave de la personalidad, si existe comorbilidad con consumo de drogas (de forma prioritaria en caso de trastorno de tipo límite, antisocial o paranoide).
- Trastorno disruptivo de conducta.
- Trastorno mental grave que precise ingreso psiquiátrico.

B) Pacientes con trastornos adictivos y con las siguientes características:

- Trastorno adictivo y ejercicio de especialidad de riesgo (como anestesia, cirugía, ginecología, urgencias, intensivos, farmacología clínica, farmacia hospitalaria y demás servicios intervencionistas).
- Presencia de patología dual.
- Presencia de consumo durante la práctica profesional y/o en el lugar de trabajo (detectado en anamnesia).
- Fracaso previo en al menos dos tratamientos frente a la adicción.
- Policonsumo.

Una vez establecida la existencia de un TMG se debe evaluar la posible existencia de una restricción funcional significativa secundaria al mismo, en las actividades de la vida diaria, en el trabajo o en el medio familiar, así como la existencia de deficiencias de concentración, persistencia, ritmo de trabajo, etc. que además puede llegar a generarle un estrés laboral que puede descompensarle, además de poder implicar riesgos para terceros. Para ello es preciso realizar el estudio protocolizado de su capacidad funcional en: comprensión, memoria,

atención-concentración, interacción social y disponibilidad de recursos adaptativos adecuados a las demandas del rol profesional específico. Carrasco y Maza <sup>25</sup> recomiendan además, utilizar los criterios del DSM-IV-TR del Eje V y las Escalas de Actividad (Global, Social y Laboral y Relacional) para definir la existencia de *deterioro funcional*.

### Criterios de detección del riesgo para sí mismo o para terceros

Un objetivo prioritario de cualquier procedimiento de actuación ante el TMG en el entorno laboral debe ser la detección del riesgo para sí mismo y/o para terceros. Esto puede ser algo de difícil definición, entre otras cosas porque la mayor parte de las personas con TMG no tienen conciencia de enfermedad mental ni demandan asistencia sanitaria de forma voluntaria, sino que suelen hacerlo inducidos por familiares y allegados, o bien de forma involuntaria <sup>26</sup>.

Durante la evaluación del paciente se recomienda valorar la existencia de riesgo mediante:

- La confirmación del mismo por el propio paciente a lo largo de la entrevista de apertura de historia y/o la entrevista clínica.
- Información al respecto por parte del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales que corresponde al paciente.
- Quejas y/o reclamaciones de pacientes sobre ese profesional recogidas por escrito, que hagan presuponer el riesgo.
- Manifestaciones en este sentido, reiteradas y concretas, de compañeros y/o supervisores.
- Manifestaciones en este sentido por parte de familiares o acompañantes.
- Conocimiento del terapeuta responsable del caso al realizar la evaluación y abordaje del mismo.

Se tendrán en consideración los siguientes elementos:

- Historia psiquiátrica y laboral previa.
- Tipo de diagnóstico/s.
- Gravedad clínica. Identificando la presencia de:
  - Pensamientos de auto / hetero-agresión.
  - Ideación autolítica intensa.
  - Delirios o alucinaciones francas.
  - Cuadro de agitación o pérdida del autocontrol.
  - Patología orgánica grave asociada.
  - Situación de consumo y/o abstinencia de drogas que comporte un peligro para la praxis.
- Especialidad de riesgo (médicos y enfermeros de urgencias, de cuidados intensivos, cirujanos, anestelistas, y/o otros puestos de elevada responsabilidad respecto a terceros).
- Condición de *“trabajador especialmente sensible a determinados riesgos”* informada por su correspondiente Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (en función del Art. 25 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales).
- Condiciones de trabajo de elevado riesgo psicosocial.

Por otro lado, habitualmente serán las personas próximas al trabajador las que con mayor probabilidad detecten las complicaciones asociadas al posible TMG. Las señales de alarma a detectar y el personal implicado en ello serán, principalmente, los siguientes:

- Comportamiento alterado con patrones desadaptativos de conducta e incumplimiento manifiesto de las demandas propias del rol profesional como: Excesiva e inadecuada irritabilidad, apatía, inhibición y falta de responsabilidad en

- el cumplimiento de las tareas propias del rol profesional, aislamiento, problemas de comunicación y/o frecuentes conflictos interpersonales, convenientemente objetivados por varios observadores externos.
- Hiperreactividad al estrés cotidiano con baja tolerancia a situaciones estresantes comunes: como cambios en rutinas laborales, situaciones de incertidumbre y conflictos inherentes a la actividad sanitaria.
  - Incumplimiento de los hábitos básicos de autocuidado: hábitos de salud y aspecto externo.
  - Padecimiento de enfermedades crónicas (como las neurológicas) que impliquen deterioro de la capacidad funcional, necesidad de asumir el rol de enfermo y ausencia de conciencia de enfermedad.
  - Situaciones estresantes específicas graves como la muerte de un familiar próximo, separación de la pareja, situaciones económicas desfavorables.

#### Personal implicado en la detección:

- El propio trabajador: En este sentido, parece que lo expuesto para los profesionales médicos en su Código de Ética y Deontología Médica (Art. 19)<sup>27</sup> puede ser orientativo para la actuación de todos los profesionales sanitarios:
  - a) El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia.
  - b) Si un médico observara que por razón de edad, enfermedad y 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.
  - c) 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<sup>28</sup>.
- El médico de Atención Primaria o de Salud Mental: Es posible que ante el malestar percibido, el propio trabajador consulte en el Sistema de Salud (en Atención Primaria o Especializada). En ambos casos, disponen de los recursos clínicos de actuación empleados en población general ante un caso de trastorno mental grave, que son de igual manera aplicables al personal sanitario enfermo. Esto es especialmente importante ante la evidencia de una alteración grave del comportamiento que suponga un riesgo para sí mismos o para terceros. Es preceptivo, además, ponerlo en conocimiento al Coordinador del Centro o superior jerárquico, así como al centro de trabajo del paciente (Servicio de Prevención de Riesgos Laborales).
- Colegio Profesional: Cuando este organismo tenga conocimiento de un profesional con un posible trastorno mental grave que suponga riesgo para sí mismo y/o para terceros, se facilitará su evaluación psiquiátrica y velará, según sus propios protocolos de actuación, por la responsabilidad deontológica del profesional sanitario.
- Compañeros/as de trabajo y Superiores jerárquicos: Un compañerismo mal entendido puede llevar a la sobreprotección, ocultación o minimización del problema, facilitando con ello su cronificación e incremento de la gravedad. En el caso de los médicos internos residentes, como señala el PAIME<sup>28</sup> “...entre la estigmatización y la inhibición, el tutor y las personas que supervisan más directamente al residente deben encontrar la situación más conveniente”. Se

- sugiere que ante la sospecha o detección de un trastorno mental grave con posible riesgo para sí mismo o para terceros se proceda de la siguiente manera:
- Comunicación verbal con el propio afectado sugiriendo la necesidad de consulta profesional en su S.P.R.L y/o con el superior inmediato del trabajador afectado.
  - El Superior le sugerirá verbalmente la posibilidad de consulta con el S.P.R.L.
    - Si accede: Ver apartado referido al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (S.P.R.L.)
    - Si no accede: Elaboración de un escrito por parte de compañeros y superior, en el que de forma esquemática, fechada y objetiva se señalen conductas disruptivas observadas, conflictos en el lugar de trabajo, sintomatología clínica observada y otros datos de interés. Este escrito se hará llegar al S.P.R.L.
  - Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (S.P.R.L.): A lo largo del ejercicio profesional en el ámbito sanitario son diversos los momentos en los que cobra especial relevancia la vigilancia de la salud en relación con la capacidad profesional (la incorporación al puesto, cambios sustanciales en el puesto de trabajo, cambios sustanciales en el comportamiento del profesional sanitario, etc.) y son los S.P.R.L. las entidades implicadas en dicha valoración.

En lo relativo a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995 y Reglamento 39/1997), según la norma, el reconocimiento es voluntario (es preciso el consentimiento) pero se exceptúan *“los supuestos en que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores, o para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad”* (artículo 22). Además, será necesario prestar protección a los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos (art. 25, Ley 31/1995): se *“garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo”*. Se sugiere para ello:

- Detección o sospecha de trastorno mental grave con riesgo para sí mismo o para terceros durante la vigilancia de la salud en evaluación inicial, en seguimiento o ante petición propia del trabajador. El diagnóstico psiquiátrico se realiza mediante la entrevista clínica y de las pruebas clínicas necesarias, habitualmente por un médico psiquiatra.
- Detección o sospecha de trastorno mental grave con riesgo para sí mismo o para terceros mediante escrito de comunicación por parte de compañeros y superior del trabajador: Citación al trabajador para vigilancia de la salud.
  - Si acude: Proceder como en apartado anterior.
  - Si no acude: Comunicar a Dirección Médica por escrito.
- Dirección/Gerencia: La responsabilidad profesional es una cadena que empieza en el propio sanitario e ineludiblemente continúa en la responsabilidad profesional corporativa, institucional o administrativa. El Director Gerente, como máxima autoridad de la institución sanitaria, es el responsable último del correcto funcionamiento asistencial de la misma. Cuando a través del S.P.R.L. (o por otra vía), tenga conocimiento de la existencia de un trabajador con trastorno mental grave, con riesgo para sí mismo o para terceros, facilitará en la medida de lo posible la exigencia de valoración clínica por un especialista en salud mental. Si no existe conciencia de enfermedad, las medidas preventivas se podrán tomar en función de diferentes vías, no excluyentes entre sí:
  - Ley de Prevención de Riesgos Laborales: Por el posible riesgo para sí mismo y/o para terceros en el lugar de trabajo.

- Inspección Sanitaria: Si existe riesgo de daño.
- Colegio Profesional: Para la prevención de mala praxis y evaluación deontológica del caso.
- Urgencias: A través del SUMMA 112 y comunicación al Juez, si se considera necesaria una intervención clínica no voluntaria.

Existe apoyo legal para todas esas medidas. Por ejemplo, la embriaguez o toxicomanía habitual puede ser causa de despido (art. 54 Estatuto de los Trabajadores, Ley 8/1980 de 10 de marzo) si se trata de una conducta reiterativa y repercute negativamente en el trabajo (quejas de terceros, repercusiones negativas para la organización, ausencias al trabajo, etc.) y es probada objetivamente. Además, según la aplicación del Estatuto Marco [Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, artículos 19.2.m); 21.f); 19.3.m); 27; 72.2. f), g) y u) y artículo 75], entre los deberes del personal está el de cumplir las normas relativas a la seguridad y salud en el trabajo, así como las disposiciones adoptadas en el centro sanitario en relación con esta materia; siendo una causa de extinción de la condición de personal estatutario fijo la incapacidad permanente cuando sea declarada en sus grados, entre otros, de incapacidad permanente total para la profesión habitual; constituyendo falta muy grave el notorio incumplimiento de sus funciones o de las normas reguladoras del funcionamiento de los servicios, así como la desobediencia notoria y manifiesta a las órdenes o instrucciones de un superior directo, mediato o inmediato, emitidas por éste en el ejercicio de sus funciones y la negativa expresa a hacer uso de los medios de protección disponibles y seguir las recomendaciones establecidas para la prevención de riesgos laborales, así como la negligencia en el cumplimiento de las disposiciones sobre seguridad y salud en el trabajo por parte de quien tuviera la responsabilidad de hacerlas cumplir o de establecer los medios adecuados de protección.

Además, como medida cautelar, y durante la tramitación de un expediente disciplinario por falta grave o muy grave o de un expediente judicial, podrá acordarse mediante resolución motivada la suspensión provisional de funciones del interesado, en los términos establecidos en dicho Estatuto.

### Diagnóstico e intervención en el caso del personal con probable trastorno mental grave y posible riesgo para sí mismo o para terceros

Cuando, según los criterios mencionados, se identifique a un trabajador como *posible trastorno mental grave con riesgo para sí mismo o para terceras personas* se agilizará, en la medida de lo posible, la primera visita a un servicio especializado en salud mental para la evaluación del caso. En él se analizará la necesidad de un tratamiento asistencial psicofarmacológico y se recomienda valorar los siguientes aspectos fundamentales:

- Valoración del grado de discapacidad mental y necesidad de incapacidad temporal (en un primer momento) y/o permanente (si se considera oportuno a lo largo del proceso asistencial).
- Conveniencia de intervención médica y psiquiátrica hospitalaria urgente (voluntaria o involuntaria) en su Servicio de Urgencias correspondiente.
- Comunicación con la familia del profesional sanitario con posible trastorno mental grave.
- En caso de médicos internos residentes, comunicación con su tutor de residentes.
- Comunicación con el S.P.R.L. al que esté adscrito el profesional sanitario, a fin de controlar los posibles riesgos laborales que puedan verse incrementados por sus condiciones de salud y valoración del riesgo para sí mismo y para terceros de forma extensible al lugar de trabajo. Es función de este servicio la valoración sobre la aptitud o no del paciente en su puesto de trabajo, su posible consideración como trabajador especialmente sensible y la valoración del riesgo profesional.

- Si el S.P.R.L. lo considera oportuno tras el proceso de vigilancia de la salud y evaluación de *aptitud profesional*, comunicará el riesgo a Gerencia. Si el enfermo no acepta el criterio de *no aptitud para el trabajo*, pero se estima riesgo para terceros, se recomienda notificar esta contingencia a la Inspección Sanitaria (que puede aplicar igualmente la baja laboral por motivos médicos según normativa legal vigente), y por él la Gerencia Sanitaria tiene la responsabilidad sobre el *funcionamiento asistencial* de su entidad sanitaria, por lo que, si lo considera oportuno, comunicará el riesgo para terceros al juez o fiscalía de incapacidades, así como la oportunidad de valorar la *responsabilidad deontológica y posible riesgo de mala praxis* por parte del Colegio Profesional del trabajador enfermo.

### Otras actuaciones:

A lo largo de todo el proceso de detección, evaluación e intervención, pueden ser necesarias otro tipo de actuaciones no mencionadas anteriormente:

1. Aspectos relativos a la incapacidad laboral: En los casos de trastorno mental grave, se valorará la necesidad de gestionar una incapacidad profesional.

- Temporal o transitoria (mediante informe clínico dirigido a su médico de Atención Primaria): cuando se prevea una recuperación en un período de tiempo determinado. Se definirá por:
  - Incapacidad para el trabajo por causa sanitaria.
  - Carácter temporal en función del pronóstico.
- Permanente (mediante informe clínico y psicosocial dirigido a su Equipo de Valoración de Incapacidades): cuando se presente una alteración de la capacidad laboral previsiblemente definitiva. A su vez, ésta puede ser:
  - Invalidez Permanente Parcial: Cuando se ocasiona una disminución no inferior al 33% de su rendimiento normal para su profesión habitual.
  - Invalidez Permanente Total: Inhabilita al trabajador para todas las tareas de su profesión habitual.
  - Invalidez Permanente Absoluta: Inhabilita para toda profesión u oficio.
  - Gran Invalidez: Cuando sea necesaria la asistencia de otras personas para realizar los actos esenciales de la vida.

2. Aspectos relativos a la incapacitación (civil): Es necesario recordar que:

- Nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley.
- Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma.
- Existen diferentes grados de incapacidad. El juez, tras informe del médico forense, valorará el tipo de incapacidad.

Cuando en la valoración y tratamiento del paciente con trastorno mental grave se presente dicha situación, se pondrá en conocimiento del propio paciente y/o familiares del mismo para la gestión del proceso de incapacitación:

- La declaración de incapacidad la promoverán el presunto incapaz, el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable (descendientes, ascendientes, hermanos).
- El Ministerio Fiscal deberá promover la incapacitación si las personas mencionadas en el apartado anterior no existieran o no la hubieran solicitado.
- Según la legislación vigente, cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

### 3. Tratamiento Ambulatorio No voluntario:

Cuando exista falta de capacidad de decisión del paciente y así lo requiera la salud del enfermo, por razón del trastorno psíquico o por necesidad de un periodo de observación para el diagnóstico, se podrá promover la gestión del tratamiento psiquiátrico ambulatorio involuntario:

- Podrán promover este expediente el cónyuge del paciente o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, descendientes, ascendientes, hermanos, tutores, así como el facultativo que atienda al paciente.
- La solicitud de autorización de tratamiento no voluntario se realizará mediante propuesta razonada sobre la situación de incapacidad del paciente, el tratamiento al que está sometido y la situación de incumplimiento del mismo.
- El tratamiento propuesto podrá cesar por prescripción facultativa, comunicándose esta medida al Juzgado de Primera Instancia.
- En el caso de autorización de un periodo de observación para diagnóstico, el informe deberá remitirse al tribunal en el plazo máximo de dos meses, tras los cuales se podrá solicitar, si procede, la autorización de internamiento o tratamiento no voluntario.

### 4. Internamiento Involuntario.

El Consejo de Europa (2004) establece una recomendación (cap. III, art. 17) en el que expone los siguientes criterios normativos para la hospitalización psiquiátrica involuntaria:

- La persona tiene un trastorno mental grave.
- Existe riesgo significativo de daño para su salud o la de otros.
- El ingreso tiene objetivo terapéutico.
- No hay otro medio menos restrictivo de ofrecer la atención apropiada.
- Se tendrá en consideración la opinión de la persona afectada, convenientemente informada.

Cuando durante el proceso de valoración diagnóstica del trastorno mental grave se detecte la necesidad de internamiento en una unidad hospitalaria de forma involuntaria se seguirá el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil sobre internamiento involuntario por razón de trastorno psíquico:

- El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.
- La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en el que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible (plazo de 24 horas).
- En los casos de internamiento urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento.

## Información al paciente con posible riesgo para sí mismo y/o para terceros y plan terapéutico

Todos los pacientes que, a lo largo del proceso de evaluación y/o tratamiento, se califiquen como "*trastorno mental grave y riesgo para sí mismo o para terceras personas*" serán informados de tal condición.

Si el paciente acepta dicha condición:

- Se recomienda que firme un contrato terapéutico comprometiéndose a seguir el plan terapéutico propuesto, previa valoración de su capacidad <sup>7</sup>.

- En el caso de pacientes con problemas adictivos, dicho plan comportará la realización de un tratamiento de desintoxicación, deshabitación y rehabilitación, con el seguimiento posterior y controles toxicológicos necesarios según criterio clínico.

Si el paciente no acepta dicha condición o existe incumplimiento del plan terapéutico:

- Se considerará la necesidad de gestionar el tratamiento novoluntario o el internamiento involuntario mediante solicitud judicial.
- Se informará de forma inmediata a su Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, a fin de controlar los posibles riesgos laborales que puedan verse incrementados por sus condiciones de salud y valoración del riesgo para si mismo y para terceros de forma extensible al lugar de trabajo (será función de este servicio la valoración sobre la aptitud o no del paciente en su puesto de trabajo, su posible consideración como trabajador especialmente sensible y la valoración del riesgo profesional).
- Si el S.P.R.L. lo considera oportuno tras el proceso de vigilancia de la salud y evaluación de *aptitud profesional*, comunicará el riesgo a Gerencia.
- La Gerencia Sanitaria tiene la responsabilidad sobre el *funcionamiento asistencial* de su entidad sanitaria, por lo que, si lo considera oportuno, comunicará el riesgo para terceros al juez y la oportunidad de valorar la *responsabilidad deontológica y posible riesgo de mala praxis* al Colegio Profesional del sanitario enfermo.

## Seguimiento

Los pacientes atendidos podrán ser derivados a las unidades más convenientes del Servicio Madrileño de Salud y/o a los Servicios Asistenciales con los que exista un convenio de colaboración y garantizar así la mejor calidad asistencial, confidencialidad, seguridad y seguimiento compartido del profesional enfermo.

## CONCLUSIONES

El constructo “*trastorno mental grave*” incluye un conjunto de diferentes entidades nosológicas, que se presentan en una persona de forma continua o episódica-recurrente durante unos dos años (de media) y que cumplen unos determinados criterios diagnósticos de gravedad clínica y de evolución crónica; de forma que, para atenderlos, se debe disponer de unos recursos asistenciales adecuados.

Actualmente, hay un amplio acuerdo entre profesionales y gestores acerca de que debe priorizarse la atención en los Servicios de Salud Mental a las personas que padecen un trastorno mental grave, ya que son las que suelen tener una mayor discapacidad derivada del padecimiento del mismo. Por otro lado, es necesario disponer de instrumentos que mejoren el reconocimiento de los casos más graves y ayuden a la toma de decisiones en su derivación<sup>29,30</sup>.

Se debe separar con claridad la *asistencia clínica* a un profesional sanitario enfermo de la *evaluación pericial* sobre su capacidad de ejercicio profesional. Esta última evaluación deberá ser llevada a cabo por un equipo de profesionales independiente, sin posibles conflictos de intereses administrativos y/o clínicos<sup>31</sup>. La competencia profesional del personal sanitario implica aprendizaje y formación continuada, tanto de competencias científico-técnicas como psicosociales; implica la posibilidad de establecer relaciones éticamente adecuadas con los pacientes (donde exista el compromiso de confidencialidad, la búsqueda de la adherencia terapéutica, de las responsabilidades profesionales y la calidad asistencial). Estas obligaciones del personal asistencial requieren de procesos de autorregulación, de identificación, notificación y, sobre todo, ayuda, a los profesionales que no cumplan los estándares de competencia profesional por motivos relacionados con su salud mental.

Como ya se ha señalado a lo largo de este trabajo, el personal sanitario puede resultar no capacitado para el desarrollo de sus funciones asistenciales debido a la existencia de un trastorno mental grave y/o adictivo por su afección de capacidades cognitivas, afectivas y conductuales. La responsabilidad ética, deontológica y legal de comunicar esta situación es universal y debe hacerse llegar a la autoridad médica competente. Desde la doctrina bioética moderna se espera que todos los profesionales sanitarios participemos de forma solidaria y responsable en un proceso autorregulador eficaz, lo que supone la rectificación y la sanción de los profesionales que no sean capaces de cumplir con los estándares de calidad y de competencia profesional esperables.

La complejidad de las relaciones que derivan de la actuación en equipo (unidad básica según la actual Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, de 2003), ha llevado a nuestra jurisprudencia (Tribunal Supremo) a delimitar las diferentes responsabilidades a través de lo que se conoce como "*principio de la confianza*". Consiste en síntesis en que el médico que actúa de forma correcta puede confiar en que los demás miembros del equipo también lo harán de igual forma, salvo que se den circunstancias especiales que hagan pensar en lo contrario. Ahora bien, el principio de la confianza quiebra, esto es, ya no se puede confiar, como puede ocurrir en caso de trastorno mental grave, y hay que hacer algo en defensa del paciente para no incurrir en responsabilidad. Cada uno es, pues, responsable de sus actos, pero está obligado a hacer algo cuando se rompe el principio de la confianza, pues en otro caso todos los que sean conscientes de la situación serán responsables del daño causado al paciente.

Este artículo es resultado del esfuerzo colectivo de esta Unidad, y pretende dar una respuesta a las demandas que plantea el padecimiento de una enfermedad mental por parte de los profesionales sanitarios. Se trata de casos complejos y difíciles de resolver por sus características y circunstancias, de manera que solo la experiencia que se adquiera con la puesta en marcha del presente protocolo será lo que nos indique su valor y posibilidades de mejora.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jaspers, K. Psicopatología General. Primera edición en 1913. Ed. Beta. Buenos Aires, 1963.
2. Kendell, R. Jablensky, A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnosis. *American Journal of Psychiatry* 2003, 160 (1):4-12.
3. Epstein, RM; Hundert, EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002, Jan 9; 287,2: 226-235.
4. Epstein, RM et al. Comprehensive assessment of professional competence: the Rochester experiment. *Teach learn med* 2004; 16 (2): 186-196IR.
5. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico para la Profesión de Enfermería 2006.
6. Nogales, A.; García-Seoane, J.; Calvo, E., y Grupo de Trabajo Para la Definición de Competencias. Competencias para el Grado de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Documento Base. Unión Editorial: Madrid, 2008.
7. Boada, M. y Robles, A. (Eds.). Documento Sitges 2009. Editorial Glosa, S.L.: Barcelona, 2008.
8. Gold, LH. Shuman, DW. Evaluating Mental Health Disability in the Workplace. DSpringer. Londres, 2009.
9. Meyerson, A. Fine, Th. Psychiatric Disability. Clinical, Legal and Administrative Dimensions. American Psychiatric Press. Washington, 2005.
10. Center of Mental Health Services (USA). Substance Abuse and Mental Health Service Administration: Final Notice Establishing Definitions for Children with a Serious Emotional Disturbance and Adults with a Serious Mental Illness. *Federal Register*, 1993; 58 (96): 29422-29425.
11. Thornicroft, G., y Tansella, M. La Matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de servicios. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid: Editorial Triacastela, 2005.
12. Slade, M.; Powell, G. y Strahdee, G. Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry Epidemiology* 1997, 32: 177-184.

13. Ruggieri, M; Leese, M; Thornicroft, G. y cols. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 2000, 177: 149-155
14. Pichot P. Evaluación de los trastornos psiquiátricos graves. En: Diagnóstico y evaluación de los trastornos psiquiátricos graves. Aula Médica. Madrid, 2005.
15. Opler, L.A.; Ramírez, P.M. y Mougios, V.M. Medida de resultados en las enfermedades mentales graves. En: Waguih William IsHak, Tal Burt, Lloyd I. Sederer. Medida de Resultados en Psiquiatría. Una revisión exhaustiva. Ars Medica: Barcelona, 2004.
16. Schinnar, AP; Rothbar, AB; Kanter, R. y cols. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal Psychiatry* 1990, 147: 1602-1608.
17. Addington, J; Addington, D. Attentional vulnerability indicators in schizophrenia and bipolar disorders. *Schizophrenia Research* 1997, 23: 197-204.
18. Tirapu, Ríos y Maestú. Manual de Neuropsicología. Viguera. Barcelona, 2008.
19. Ramírez, M; Enjuto, S; Aldama, A y col. Neuropsicología de los trastornos esquizoafectivos. En: Ciclo vital y trastornos psiquiátricos graves. Ed. Pichot. Aula Médica. Madrid. 2002.
20. Kessler, RC; Berglund, P; Demler, P y col. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005, 62: 593-602.
21. David, AS; Buchanan, A; Reed, A; Almeida, O. Escala de Evaluación del Insight (SAI9. The assessment of insight in psychosis. *British Journal Psychiatry* 1992; 161:599-602.
22. Bulbena Vilarrasa, A; Zúñiga Lagares, A; Martín Carrasco, M; Ballesteros Rodríguez, J. Escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica para pacientes ambulatorios (Gep-P). Gravedad clínica en psiquiatría. Cap. 5 en: Medición clínica en Psiquiatría y Psicología. Antonio Bulbena Vilarrasa, Germán E. Barrios, Pedro Fernández de Larrinoa Palacios. MASSON. Barcelona, 2000.
23. Grisso, T; Appelbaum, PS; Assessing Competent to Consent to Treatment. Oxford University Press. New Cork. 1998. Instrumento Mac Arthur para la Evaluación de la capacidad sobre el tratamiento (Mac Cat-T).
24. Sims, A. Síntomas mentales. Tricastela. Madrid. 2008.
25. Carrasco Gómez, JJ, y Maza Martín, JM. Manual de Psiquiatría Legal y Forense (3.ª Ed.) La Ley: Madrid, 2005.
26. Bravo Ortiz, MF. Rehabilitación psiquiátrica y orientación a la familia. En Manual de Psiquiatría. Tomás Palomo y Miguel Ángel Jiménez Arriero (Eds). Enc. Life Publicidad, S.A., Editores. Capítulo 59:869-885. Madrid, 2009.
27. Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado. Código de Deontología Médica. Consejo General de los Colegios Oficiales Médicos. Madrid, 1985.
28. PAIME. La salud del MIR. Guía para tutores y profesionales de los centros sanitarios docentes. Fundación Galatea. Barcelona, 2008.
29. Moré, MA, Coordinador del Grupo de Trabajo Asociación Madrileña de Salud Mental. Prestaciones básicas y estándares de calidad en los servicios de salud mental. Cuaderno Técnico n.º 1. AMSM: Madrid, 1998.
30. Moré, M.A.; Jiménez, M.A.; Muñoz, P.E.; Muñoz, A., y Zufía, J. Estudio preliminar dirigido a la construcción de un cuestionario de derivación de la atención primaria a los servicios de salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2008; 36(4); 210-217.
31. Sadock, B.J. y Sadock, V.A. Sinopsis de Psiquiatría. Waverly Hispánica, S.A. Barcelona, 2004.



## Especial

## Prevención del suicidio en médicos

### Suicide prevention in doctors

José Carlos Mingote Adán<sup>1</sup>, Dolores Crespo Hervás<sup>2</sup>, Matilde Hernández Álvarez<sup>3</sup>, Mercedes Navío<sup>4</sup>, Consuelo Rodrigo García-Pando<sup>5</sup>

1. *Psiquiatra Coordinador del Programa de Atención Integral al Personal Sanitario Enfermo de la Comunidad Autónoma de Madrid.*
2. *Presidenta del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid.*
3. *Universidad Autónoma de Madrid/Clinica Tavistock de Londres. Responsable de los Programas de Formación sobre Detección y Prevención de la Depresión y el Suicidio para Médicos de Atención Primaria y Profesionales que trabajan con Pacientes Geriátricos de la Comunidad Autónoma de Madrid.*
4. *Directora Asistencial de la oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid.*
5. *Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital Universitario Severo Ochoa.*

Recibido: 12-03-13

Aceptado: 21-05-13

#### Correspondencia

José Carlos Mingote Adán.

Unidad de Coordinación del Programa de Atención Integral al Personal Sanitario Enfermo de la Comunidad Autónoma de Madrid.

PAITSE. Madrid. España.

Tfno. 91 3303926

josecarlos.mingote@salud.madrid.org

## Resumen

Se sabe que la tasa de suicidio en médicos es mayor que en la población general. La salud de los médicos ha recibido escasa atención de sus colegas, a pesar de la considerable y creciente evidencia de que la morbilidad es alta en la profesión. Cuidar de otras personas genera estrés en los cuidadores. El estrés por la incertidumbre clínica y el temor al fracaso son rasgos importantes de la cultura médica. La paradoja es que el cuidado de los pacientes genera estrés pero es también la fuente de gratificación más importante del médico. Se sabe que aquellos que cuidan de los demás a menudo tienen grandes dificultades para buscar y recibir ayuda para ellos mismos. Las tasas de suicidio de los médicos en Estados Unidos, Inglaterra y otros países son más altas que las de la población general y las de otras profesiones. La tasa de suicidio de los médicos es ligeramente mayor que la de la población general, mientras que la de las médicas es claramente superior. Esta tendencia es más pronunciada entre psiquiatras y anestesiólogos. Los médicos tienen unas necesidades asistenciales específicas por sufrir elevados niveles de alcoholismo, dependencia de drogas, rupturas matrimoniales, enfermedad mental y suicidio. La automedicación es muy frecuente entre los médicos, en especial con hipnóticos, antidepresivos y analgésicos opiáceos. Muchas de estas dificultades están relacionadas con el estrés, elevada responsabilidad y tiempo insuficiente para trabajar y vivir conciliando las demandas laborales y familiares. Muchos médicos tienen grandes dificultades para discutir sus problemas con los colegas y se tratan a ellos mismos, de forma notablemente peligrosa. El fácil acceso de los médicos a las drogas implica que el abuso de drogas sea un riesgo ocupacional potencial de hombres y mujeres.

*Med Segur Trab (Internet) 2013; 59 (231) 176-204*

**Palabras clave:** *La salud de los médicos, organización del trabajo, médicos, depresión, adicciones, riesgo de suicidio*

## Abstract

The rate of suicide in physicians is known to be higher than that of the general public. The health of doctors has always received scant attention from their colleagues, in spite of considerable and increasing evidence that morbidity and mortality are high in the profession. Caring for others imposes considerable strains on the careers. The stress by clinical uncertainty and the fear of failure are important parts of the medical ethos. It is recognized that those who do care for others often have great difficulty in asking for, and receiving, care for themselves. Suicide rates for doctors in the United States, United Kingdom and other countries are higher than general population and other professions. The suicide rate of male physicians is slightly higher than that of the general population, while that of their female colleagues is clearly higher. This tendency is most pronounced in female psychiatrist and anesthetists. Doctors have specific needs for health care by suffer abnormally high levels of alcoholism, drug dependence, marital breakdown, mental illness and suicide. The self-medication is common among doctors, particularly sleeping tablets, antidepressants and opiate analgesics. Many of the difficulties are related to stress, high responsibility and insufficient time to do the work and to live reconciling demands between work and family. Many doctors show an increased impediment for discuss their problems with colleagues, and treat themselves, which is notoriously hazardous. Doctors' easy access to drug makes drug abuse a potential occupational hazard for men and women.

*Med Segur Trab (Internet) 2013; 59 (231) 176-204*

**Key words:** *The health of doctors, work organization, physicians, depression, addictions, suicide risk.*

## INTRODUCCIÓN

¿Es posible cumplir esta recomendación de un médico ateniense 2 a. C? : “Estos son los deberes de un médico: Primero... sanar su mente y ayudarse a sí mismo antes de ayudar a nadie”: **¿Pero cómo?**

**“Existe la creencia (*errónea*) de que los médicos lo tienen todo: una profesión, un trabajo estimulante, prestigio, inteligencia, éxito, y sobre todo dinero y apariencias” (Myers 2006).**

**“Tradicionalmente, los suicidios de los médicos son ocultados, negados, motivo de cotilleo, pero no abiertamente tratados de forma colectiva por los colegas. Hoy, con más conocimiento y menos estigma, las comunidades médicas están pudiendo afrontar las muertes trágicas de sus compañeros” (Myers y Gabbard 2008).**

“Como médico y como político, estoy muy preocupado por la cuestión de cómo las enfermedades pueden afectar a la toma de decisiones de los jefes de estado o de gobierno... Propongo que en una democracia deberíamos tomar las medidas necesarias para asegurar que antes de votar a un candidato para la Jefatura del Estado o como Primer Ministro, el electorado debería conocer los resultados de un examen médico actualizado e independiente..., así como a intervalos regulares, teniendo en cuenta las complejidades de la dinámica del gobierno, y las relaciones inciertas entre enfermedad y la capacidad para tomar decisiones” (Owen 2003). De igual modo, es necesario evaluar la salud mental de los profesionales de empleos que requieren una elevada fiabilidad, porque de ellos depende la seguridad de la población, así como tener en cuenta las condiciones en las que realizan su actividad laboral, para que sean las más convenientes para el ejercicio de su actividad profesional y controlar posibles riesgos psicosociales que puedan dificultar su importante misión social y dañar su salud personal.

Si el método científico es un modelo de predicción del comportamiento de la naturaleza, la medicina ha sido considerada como “la ciencia y el arte de manejar la incertidumbre” (Neighbour, 1998). Para lograrlo, el médico precisa de habilidades complejas como las que se requieren para la entrevista clínica, estar en contacto y saber utilizar las propias emociones (“la consulta interior”), técnicas de comunicación y **aprender a cuidar de sí mismo para poder cuidar también de los demás**. Mantener de forma continuada la competencia profesional exige del médico el aprendizaje de nuevos conocimientos y habilidades, tanto de competencias científico-técnicas como psicosociales. Implica la posibilidad de establecer relaciones éticamente adecuadas con los pacientes, en las que se respete el principio de confidencialidad, la búsqueda de la adherencia terapéutica, las responsabilidades profesionales y la calidad asistencial. Estas responsabilidades requieren que los médicos cuenten con los adecuados recursos de autorregulación eficaz, individual y colectiva, así como para la identificación, notificación y ayuda a los médicos que no cumplan los estándares de competencia profesional por motivos relacionados con su salud mental. El médico puede llegar a estar incapacitado para el cuidado de sí mismo y para el desarrollo de sus funciones asistenciales debido a la existencia de un trastorno mental grave y/o adictivo por la afeción de sus capacidades cognitivas, afectivas y conductuales.

## PRIMEROS ESTUDIOS

**“Felipe Trigo (1865-1916), médico y escritor, en su novela *El médico rural* (1912), describe vivencias posiblemente autobiográficas, sobre la ansiedad que vive el joven médico rural por la escasa preparación profesional, la desesperanza e impotencia ante la muerte del enfermo y la aparición de la ideación suicida como solución. En 1916, Trigo se disparó un tiro en la sien” (de la Cruz, Corominas y Sarró 1988).**

Ya en 1947 Dublin y Spiegelman estudian la longevidad y las causas de muerte de una serie de médicos en Estados Unidos y concluyen que: “es notable descubrir que los

hombres y las mujeres de la profesión, dedicados a mejorar la salud de los demás, fracasan en proteger la de ellos mismos". Destacan una mayor tasa de mortalidad cardiovascular prematura en los médicos (un 80% mayor que población general), concluyendo que la enfermedad coronaria era un riesgo ocupacional de estos profesionales.

En 1955 Dowling (citado por King) describió el conocido triple signo de "ignorancia, indiferencia y falta de cuidado" de la propia salud por los médicos. King (1970) estudia las causas de mortalidad en varones de cuatro profesiones (abogados, maestros, médicos y sacerdotes) en varios países europeos y en Norteamérica, y destaca la mayor morbimortalidad por enfermedad coronaria, cerebrovascular y por suicidio en médicos. Este mismo autor propone un modelo teórico, según el cual el nivel de salud de los miembros de una profesión depende de la interacción de tres tipos de factores: los antecedentes individuales, el medio laboral y los hábitos de conducta de salud/enfermedad, como la dieta, el consumo ético y el ejercicio físico.

Desde el editorial en el *British Medical Journal* de 1964, el tópico del suicidio del médico ha sido objeto de numerosos estudios, aunque una cuidadosa revisión de los mismos muestra en ellos varios problemas metodológicos, como incluir muestras pequeñas, breve periodo de tiempo para la recogida de datos, inadecuados controles para edad y sexo, e insuficiente estandarización de los criterios para la muestra y los grupos de referencia.

Craig y Pitts (1968) revisan las tasas de suicidio por especialidades y sugieren que los psiquiatras tienen una tasa más alta que los médicos de otras especialidades, aunque las muestras son tan pequeñas que no permiten sacar conclusiones definitivas. También, Blachly, Disher y Roduner (1968) estiman las tasas de suicidio para las diferentes especialidades, que varían desde 61 por 100.000 para los psiquiatras hasta 10 por 100.000 para los pediatras, igual que en la población general. El momento temporal del suicidio es diferente entre los médicos, que se eleva hacia la edad media de la vida (entre 45 y 64 años) según revisan Steppacher y Mausner (1974). En esta revisión se constata que las médicas, especialmente las más jóvenes tienen un riesgo tres veces mayor que las mujeres en general, hasta igualar las tasas de suicidio de sus colegas varones.

Craig y Pitts (1968) comunicaron una tasa 4 veces mayor que la de mujeres de la población general, atribuida a una elevada prevalencia de trastornos depresivos. Sin embargo en un estudio nacional Rich y Pitts (1979) examinaron 544 médicos suicidas y controles ajustados por edad del periodo 1967-1972 y concluyeron que no existen diferencias entre la tasa de suicidio de médicos varones y controles adecuados en Estados Unidos. Su tasa de 35,7 suicidios por 100.000 médicos no difiere de la de los varones de la población general, que era de 34,6 por 100.000 varones blancos. Según este estudio, los psiquiatras se suicidan el doble de lo esperado. También, Blachly, Disher y Roduner (1968) estiman las tasas de suicidio para las diferentes especialidades, que varían desde 61 por 100.000 para los psiquiatras hasta 10 por 100.000 para los pediatras, igual que en la población general. El momento temporal del suicidio es diferente entre los médicos, y se eleva hacia la edad media de la vida (entre 45 y 64 años) según revisan Steppacher y Mausner (1974). En esta revisión se constata que las médicas, especialmente las jóvenes tienen al menos un riesgo tres veces mayor que las mujeres en general, hasta igualar las tasas de suicidio de sus colegas varones. El método de suicidio más frecuentemente empleado, el envenenamiento, ha sido consistentemente comunicado en todos los estudios.

La subestimación general de las tasas de suicidio ha sido apoyada por los resultados del estudio de Rose and Rosow (1973) realizado sobre una base de 48 suicidios de médicos en California durante un periodo de 3 años. Concluyó que entre los médicos, los psiquiatras tienen las tasas más elevadas de suicidio. Se cree que la tasa de suicidio médico es realmente mayor que el registrado porque con frecuencia puede ser mal codificado deliberadamente en los certificados de muerte como sobredosis accidental, debido al elevado nivel de estigma.

Según los resultados del estudio sobre las causas de muerte entre los médicos ingleses (Registrar General 1978), estos tienen más riesgo de morir por suicidio, cirrosis hepática (un riesgo 3 veces mayor) y accidentes de tráfico (casi el doble), en comparación con población general. El alcoholismo es el trastorno psiquiátrico que más frecuentemente perjudica el cuidado de sus pacientes y les involucra en procedimientos disciplinarios.

Preven (1983) realiza una revisión sistemática de los estudios realizados sobre el suicidio de los médicos y concluye que el suicidio en médicos varones tiene lugar en la misma tasa que sus controles ajustados por edad en Estados Unidos. Igualmente, este mismo autor revisa la cuestión del suicidio de las mujeres médicas y concluye que 3 estudios confirman que la tasa de suicidio de las médicas es 3-4 veces superior a la de los controles no médicos, y con una tasa similar a la de sus compañeros varones. Los psiquiatras parecen estar sobre representados en el porcentaje de médicos que se suicidan. (Preven 1983).

Ducker (1987) revisa los estudios realizados y concluye, a pesar de la controversia existente, que se puede explicar por una elevada tasa de trastornos afectivos no adecuadamente tratados en las médicas.

La revisión bibliográfica de de la Cruz, Corominas y Sarró (1988) concluye que: Los profesionales de la medicina presentan una prevalencia de suicidio superior a la de la población general. El método más usado por los médicos es el empleo de medicamentos que ellos mismos pueden proporcionarse. Los especialistas con elevado riesgo suicida son los psiquiatras, los otorrinolaringólogos, cirujanos, anestesiólogos y dentistas.

Al revisar el tratamiento estadístico de los datos de estos primeros estudios se apreciaron varias debilidades metodológicas, como la presencia de una inadecuada estandarización, el limitado tamaño muestral y la ausencia de grupo control adecuado que limitan su validez, aunque han tenido el mérito de llamar la atención sobre este problema.

## ESTUDIOS POSTERIORES

Posteriormente se han realizado estudios epidemiológicos metodológicamente más válidos, con muestras más amplias, como el de Arnetz et al (1987) siguieron una cohorte nacional de médicos, profesores universitarios y un grupo control por un periodo de 10 años, habiendo identificado todos los casos de suicidio durante el periodo 1961-1970. Los resultados muestran una elevada tasa estandarizada de mortalidad (TEM) por suicidio entre médicas, comparadas con profesoras universitarias y población general. Los médicos muestran una elevada tasa de suicidio en comparación sólo con los profesores de universidad, y sobre todo por cirujanos generales respecto de otros especialistas.

Una revisión sistemática de 14 estudios internacionales en médicos, en artículos publicados desde 1963 hasta 1991, encontró mayores tasas de suicidio en médicos comparadas con las de la población general. El riesgo relativo osciló entre 1,1 y 3,4 en varones y de 2,5 a 5,7 en médicas (Lindeman et al 1996) estos mismos autores revisaron las historias clínicas de médicos, ingenieros y profesores finlandeses que se suicidaron entre 1986 y 1993. Los médicos tienen más diagnósticos somáticos que los grupos de referencia, y la prevalencia del diagnóstico de depresión fue mayor entre las médicas que entre los médicos, como en población general. La depresión fue la causa contributiva de muerte más prevalente en todos los grupos estudiados, aunque la mayoría de los médicos varones no recibían tratamiento. Igualmente revisó las tasas estandarizadas de mortalidad para diferenciar las de varones y mujeres. Concluyó que las médicas presentan un mayor riesgo de suicidio en comparación con la población general y otras mujeres profesionales (Lindeman et al 1997).

Otro gran estudio realizado en Inglaterra y Gales (1979-1995) confirmó la existencia de unas elevadas tasas de suicidio en médicas pero no en médicos (Hawton et al 2001).

En 1999 Frank y Dingle estudiaron la prevalencia-vida de depresión auto identificada y los intentos de suicidio en la muestra del Estudio de Salud de las Médicas mujeres (N=4,501) y estimaron que 1,5% (N=61) de las médicas habían realizado un intento de suicidio, y un 19,5% (N=808) tenían antecedentes personales de depresión u otro trastorno psiquiátrico, lo que se asociaba con insatisfacción profesional, tener poco control sobre el trabajo y padecer un elevado estrés laboral, de forma que mayores niveles de depresión se asocian a un mayor riesgo de realizar intentos de suicidio. La depresión es aproximadamente tan común entre mujeres médicos como entre otras mujeres de Estados Unidos, aunque los intentos de suicidio pueden ser menores. Este mismo grupo realizó un gran estudio de mortalidad proporcional en médicos blancos en 28 estados americanos desde 1984 hasta 1995 y encontraron que, comparados con otros profesionales, su tasa de mortalidad por suicidio fue mayor que por todas las demás causas de muerte. En población general la tasa de suicidio de los varones es 4 veces mayor que la de las mujeres, mientras que entre las médicas es tan alta como la de los médicos (Silverman2000). Una tasa tan alta de suicidios consumados puede resultar del mayor conocimiento de los médicos de toxicología y de acceso a drogas letales, ya que la sobredosis de medicamentos es el principal método de suicidio.

Aasland et al (2001) estudió las tasas de suicidio de los médicos noruegos entre 1960 y 1989 en comparación con otros trabajadores con y sin educación universitaria como controles. Se detectaron 82 suicidios en médicos, de los que 9 son mujeres, 265 personas suicidadas por personas con formación universitaria, y 11.165 por personas sin formación universitaria. La tasa de suicidio es medida por el número de muertes por 100.000 personas año. Las tasas de suicidio son 47,7 (95% CI 37,7-60,4) por médicos varones, 20,1 (17,7-22,9) por otros universitarios, y 22,7 (22,2-23,2) para varones no universitarios. Las tasas de suicidio para las mujeres son: 32,3 (15,8-63,7), 13,0 (8,4-19,8) y 7,7 (7,5-8,0). Las tasas de suicidio de los médicos son significativamente mayores que las de otros universitarios. El riesgo de suicidio de los médicos varones aumentó a medida que aumentaba su edad, sobre todo si permanecía soltero, en una medida 5 veces mayor que sus colegas casados. Para el 52% de los médicos y el 85% de las médicas el método de suicidio fue por envenenamiento, en una medida doble que en la proporción general.

Como la ideación suicida es un significativo factor de riesgo de intentos de suicidio y de suicidio consumado, Hem et al (2000) estudiaron la presencia de ideas de suicidio en una encuesta anónima de una muestra representativa de médicos noruegos (N=1063 de un total de 1.476 médicos noruegos), de los que el 51,1% reconocieron sentimientos y pensamientos de que la vida no merece la pena ser vivida y 1,6% habían realizado algún intento de suicidio. Los factores de riesgo eran ser mujer, vivir sólo y padecer sintomatología depresiva no tratada de modo eficaz. Los pensamientos de suicidio eran rigurosamente atribuidos a sus condiciones laborales, aunque la sintomatología depresiva es la que se asocia fuertemente con la ideación autolítica. Una alta tasa de suicidio y una baja tasa de intentos de suicidio apoyan la hipótesis de que los médicos no piden ayuda, sino que tienden a actuar sus impulsos suicidas. Este mismo grupo comparó las tasas de suicidio según el nivel educativo en Noruega entre los años 1960 y 2000, con inclusión de 46 y 49 millones de personas-años entre hombres y mujeres respectivamente. Los médicos tienen una mayor tasa en comparación con otros graduados y con la población general, tanto entre varones (43,0, 95% intervalo de confianza (CI) 35,3-52,5) y entre mujeres (26,1, 95% CI 15,1-44,9). Las tasas de suicidio aumentaron de forma aguda según se incrementaba la edad entre médicos y otros graduados universitarios, en comparación con los no universitarios.

Posteriormente otros estudios han constatado una elevada prevalencia de ideas de suicidio en médicos, así Gyorffy et al (2005) estudian una muestra de médicos húngaros (N=407, 298 mujeres y 109 varones) y un grupo control de 1754 profesionales de igual nivel. Resultó que un 20,3% de médicas y un 12,15% de médicos tienen reconocen tener ideación autolítica, en mayor medida que el grupo control (12,3% y 7,6% respectivamente). Las médicas tienen una prevalencia significativamente mayor de ideas de suicidio ( $p=0,0058$ ,  $OR=1,901$ ). Las ideas de suicidio se asociaban con estrés laboral relacionado

con: jornadas muy prolongadas de trabajo (>8 horas), ansiedad grave, estrés y conflicto de rol. Igualmente Van der Heijden et al (2008) estudian la prevalencia de burnout y de ideas de suicidio en una muestra representativa de residentes alemanes (N=2115). Resulta que el 20,6% son clasificados como con burnout, el 12% reconocen haber tenido ideas de suicidio alguna vez durante la residencia y un 1% muchas veces. Los pensamientos de suicidio son más prevalentes en los residentes con burnout en comparación con los que no lo tienen (20,5% versus 7,6%,  $p < .001$ ). El conocimiento de esta relación entre burnout e ideas de suicidio puede ser importante para la prevención del suicidio.

Según la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio (2002), los estudios realizados han confirmado que los médicos mueren por suicidio más frecuentemente que otras personas de su misma edad y género de la población general y de otras profesiones. De media, la muerte por suicidio es 70% más frecuente entre médicos varones que en otros profesionales de los Estados Unidos, y 250%-400% mayor entre las médicas. A diferencia de otras poblaciones, en los que los hombres se suicidan cuatro veces más a menudo que las mujeres, los médicos tienen una tasa de suicidio que es muy parecida entre hombres y mujeres. Esta Fundación constituyó un grupo de trabajo de 15 expertos para evaluar el estado del conocimiento sobre la depresión y el suicidio en los médicos, y las barreras que les impide tratarse. Tras la jornada de trabajo concluyeron en el documento de consenso, que la cultura tradicional de la medicina otorga escasa prioridad al cuidado de la salud mental del médico a pesar de la evidencia de que presentan una elevada prevalencia de trastornos del estado de ánimo no adecuadamente tratados. Las barreras para que los médicos busquen ayuda son el temor a daños punitivos como la retirada de la licencia para ejercer la medicina, la pérdida de privilegios y su progreso profesional. Este grupo recomendó cambiar las actitudes profesionales y cambiar las políticas institucionales para animar a los médicos a pedir ayuda cuando lo necesiten y a ayudar a sus compañeros a reconocer y tratarse cuando lo precisen. Los médicos son tan vulnerables a la depresión como la población general, pero buscan ayuda en menor medida y las tasas de suicidio consumado son más altas (Center et al., 2003).

Schernhammer y Colditz (2004) realizaron un meta-análisis de 25 estudios de calidad sobre el suicidio médico y concluyeron que la tasa agregada de suicidio para los médicos varones comparada con la de los varones en la población general, es 1,41: 1, con un 95% y un intervalo de confianza de 1,21 a 1,65. Para las médicas, la ratio fue 2,27: 1 (95% IC=1,90-2,73), en comparación con las mujeres en la población general; que es una tasa muy elevada.

En el estudio de Torre et al (2000) se comparan todas las causas de muerte en una muestra representativa de médicos de Estados Unidos con un grupo ajustado de población general desde 1948 hasta 1998. Resultó que el riesgo de muerte fue 56% menor de lo esperado en los médicos y 26% menor en las médicas, en comparación con sus pares de la población general: La tasa de mortalidad estandarizada fue marcadamente menor para enfermedades asociadas al tabaquismo, como enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer de pulmón. El suicidio fue la única causa de muerte en la que el riesgo fue mayor que en población general.

Los estudios de los factores de riesgo de suicidio consumado suelen ser estudiados a través de la reconstrucción por medio de la autopsia psicológica, por entrevistas semiestructuradas a los informantes claves. En 1986 la Asociación Médica Americana realizó un estudio piloto sobre los médicos que habían consumado el suicidio y encontraron depresión y problemas por uso de sustancias no tratados, además de gran frecuencia de pérdidas personales y profesionales, problemas económicos, una tendencia a trabajar en exceso, elevado estrés e insatisfacción con la profesión. Un porcentaje significativo de médicos no tienen un médico personal y usan menos los servicios médicos preventivos. La cultura de la profesión no anima a los médicos a admitir sus vulnerabilidades ni a buscar la ayuda que necesitan, sobre todo en cuanto a sus problemas de salud mental. Las causas más citadas son la falta de tiempo (48%), la falta de confidencialidad (37%), el estigma (30%), el coste (28%), y el miedo a que conste en su expediente profesional (24%) según la revisión de Center et al (2003). En varios de ellos se constata que ninguno de los

médicos había sido diagnosticado ni tratado correctamente (Lindeman et al 1997). En el estudio de autopsia psicológica de Hawton, Malmberg y Simkin (2004), realizado en 38 médicos que habían muerto por suicidio en Inglaterra y Gales entre enero de 1991 y diciembre de 1993, se constató que el 65% de ellos padecían un trastorno mental, sobre todo depresión y abuso de alcohol o drogas, por el que había consultado en menor medida que las personas de otros estudios análogos en población general. Veinticinco médicos habían comunicado tener importantes problemas laborales, y en menor proporción problemas de relación y económicos. El método más común de suicidio fue la auto-intoxicación con drogas que habían tomado de sus lugares de trabajo.

El proceso suicida ha sido empíricamente estudiado en el estudio prospectivo de una cohorte de estudiantes noruegos de medicina (N=631), primero al final de sus estudios de grado y posteriormente al final del primer y cuarto año de postgrado, con un tiempo medio de seguimiento de 3,6 años. El 6% de ellos comunicaron tener planes de suicidio en los años de postgrado. Los predictores en el momento inicial son neuroticismo (rasgo de vulnerabilidad), síntomas depresivos graves y acontecimientos vitales estresantes negativos. Entre aquellos con ideas de suicidio en el momento inicial, el 8% presentaron planificación suicida en los dos momentos de valoración posterior. Los predictores de transición desde pensamientos a planes de suicidio fueron el rasgo de juicio de realidad débil y la presencia de síntomas depresivos graves, aunque una minoría de los planificadores habían buscado ayuda profesional (Tyssen et al 2004).

Varios estudios (Shanafelt et al. 2011, Pompili et al. 2010) han constatado una elevada prevalencia de ideas de suicidio entre cirujanos americanos en los 12 meses previos (el 6,3%), de 1,5 a 3 veces más común que en P.G. (P<.02), aunque sólo el 26% de ellos habían buscado ayuda psiquiátrica o psicológica, y el 60,1% rechazan buscar ayuda por temor de que pudiese afectar su licencia médica. Tener idas recientes de suicidio se asocian significativamente con la presencia de elevados síntomas de depresión y burnout. Además, unos elevados niveles de burnout, sobre todo en agotamiento emocional y distanciamiento, según el Inventario de Burnout de Oldenburg, se asocian con elevados niveles de desesperanza en la escala de Desesperanza de Beck, un marcador psicométrico de riesgo de suicidio (Pompili et al. 2010).

Para determinar la existencia de diferencias de género en la incidencia de suicidio en médicos, y si existen diferencias en los métodos usados por ellos, Lagro-Janssen y Luijs revisaron en 2008 nueve estudios por reunir los criterios de calidad necesarios y concluyeron que el suicidio entre los médicos ocurrió en una tasa similar a la de la población general, mientras que el riesgo era superior en las médicas, siendo el uso de medicación el método más empleado. En otro estudio (Petersen y Burnett 2008) se revisan los certificados de defunción de médicos y dentistas frente a todos los trabajadores desde 1984 hasta 1992 en 26 estados norteamericanos. Se calcularon las TES según la edad, y resultó que la tasa de suicidio de las médicas era superior a la del grupo control (TES=2,39, 95% CI=1,52-3,77). Para los médicos la TES era reducida (0,80, 95% CI=0,53-1,20), salvo entre los de edad más avanzada que aumentaba de forma significativa.

Varios estudios epidemiológicos nacionales han constatado que los miembros de algunas ocupaciones están en mayor riesgo de suicidio que otras, y que la mayor parte de esta considerable variación en el riesgo de suicidio entre ocupaciones es explicable por factores socioeconómicos, salvo para médicos y enfermeras. Así en un estudio anillado caso-control con 3195 suicidios y 63900 controles emparejados en Dinamarca (Agerbo et al. 2007), se constató que comparados con maestros, la tasa de suicidio es 50% mayor entre médicos, enfermeras, trabajadores no cualificados y en el grupo sin empleo. El riesgo de suicidio disminuye en todas las ocupaciones después de controlar las variables de: ingreso psiquiátrico, estatus de empleo, estatus marital e ingresos brutos, con la excepción de médicos y enfermeras, en los que la tasa de suicidio aumentó de nuevo. Entre las personas que han recibido tratamiento psiquiátrico hospitalario, se aprecian unas modestas asociaciones entre suicidio y ocupación, excepto para los médicos, que tienen un riesgo cuatro veces mayor. En gran parte, el mayor riesgo de suicidio de algunos grupos ocupacionales, puede reflejar un elevado estrés laboral y el acceso a medios

letales de suicidio como medicinas o armas de fuego. Entre los médicos, el riesgo es mayor para los anestesiólogos por tener acceso a fármacos anestésicos empleados en muchas muertes por suicidio. Otros grupos de alto riesgo (como dentistas, farmacéuticos, veterinarios y granjeros) también tienen más fácil acceso a medios (Hawton, K. 2009). Aparte de los médicos, el riesgo de suicidio tiene poca asociación con la ocupación entre las personas que sufren un trastorno mental.

Desafortunadamente hay pocos estudios sobre trastornos mentales comórbidos y los estresores psicosociales a los que se asocia, y que pueden mediar en la génesis del comportamiento autodestructivo, en comparación con víctimas de suicidio que no son médicos. Gold, Sen y Schwenk (2013) han estudiado los datos del Registro de Muerte Violenta en 17 estados de los Estados Unidos entre 2003 y 2008, con una muestra de 31.636 adultos víctimas de suicidio de los que 203 son identificados como médicos. De los resultados destaca que no existían diferencias significativas en la prevalencia de trastornos mentales actuales claramente identificables entre médicos y no médicos (46% versus 41%) ni entre trastornos depresivos actuales (42% versus 39%). Los médicos tienen menos problemas de alcohol y dependencia de otras sustancias (14% versus 23%,  $P=0.004$ ). Al evaluar el número total de trastornos mentales conocidos por cada persona suicidada, resulta que dos tercios de todas las víctimas tenían al menos un trastorno, 31% tenían dos, y el 6% tenían 3 trastornos mentales; sin diferencias significativas entre médicos y no-médicos. Para los médicos, las armas de fuego son también el método más común de suicidio (48%), seguido de envenenamiento (23,5%), precipitación (14,5%) y por ahorcamiento (14%). Los suicidas que no eran médicos usaron las armas de fuego en primer lugar (54%), seguido por la ahorcamiento (22%), seguido por el envenenamiento (18%) y la precipitación (Gold, Sen, Schwenk 2013). En el análisis de regresión logística, estos autores obtienen un modelo en el que el tipo de trabajo (médico o no-médico) estaba en función de variables demográficas de las víctimas (edad avanzada, OR 1.04, CI:1.03-1.05,  $P<.0005$ ), de variables de salud mental (tener una enfermedad mental conocida, OR1.34, CI:1.01-1.82,  $P=.045$ ) y de estresores psicosociales identificables, como tener un problema laboral (OR 3.12, CI:2.10-4.63,  $P<.0005$ ), en mucha mayor medida que otros estresores psicosociales no relacionados con el trabajo. La insatisfacción con el trabajo parece mediar de forma causal con depresión y suicidio entre los médicos. A casi tres cuartas partes de todas las víctimas de suicidio se les pudieron realizar análisis toxicológicos para identificar medicamentos y otras sustancias en los tejidos corporales, resultando positivos en el 27% de ellas. Los médicos tenían mayor probabilidad de dar resultado positivo que los controles para antipsicóticos (OR 28.7, CI: 7.94-103.9,  $P<.0005$ ), benzodiazepinas (OR:39.5, CI:15.8-99.0,  $P<.0005$ ). No se encontraron diferencias significativas para antidepresivos, opiáceos, anfetaminas o cocaína.

Podemos concluir que el suicidio de los médicos difiere del de la población general en varios aspectos. En los médicos están presentes de forma significativa los problemas laborales, frente a otros estresores como muerte de familiares o allegados y crisis personales recientes; lo que puede reflejar la naturaleza intrínsecamente estresante de la actividad clínica, así como la falta de recursos para hacerles frente de forma eficaz. Por otra parte, parece que la identidad del médico está demasiado centrada en su rol profesional, lo que puede hacerle más vulnerable a sufrir un mayor impacto por los problemas laborales. Entre ellos se conoce el papel mediador de variables ocupacionales tales como la falta de control sobre las condiciones de trabajo, los conflictos de rol, las demandas de los pacientes, experiencias degradantes o acoso, el burnout y los conflictos con los colaboradores, como factores significativos de riesgo para la ideación suicida en médicos (Lindfors et al. 2009, Fridner et al. 2011, Wada et al. 2011, Bovier et al. 2009).

Varios estudios han mostrado la importancia del efecto de la depresión no bien tratada en el riesgo de suicidio, especialmente en médicos mujeres, aunque diferentes estudios constatan la existencia de similares riesgos psiquiátricos para médicos y no-médicos. (Center et al. 2003, Gagne et al. 2011, Frank, Dingle 1999).

Los médicos tienen mayores resistencias para pedir ayuda profesional por estigma que han internalizado a lo largo de su formación y al temor de que les perjudique en su

carrera, de forma que sólo la mitad de los médicos se muestran dispuestos a buscar ayuda profesional si llegaran a desarrollar una enfermedad mental (Hassan et al 2009).

## FACTORES ETIOPATOGÉNICOS QUE PUEDEN EXPLICAR EL INCREMENTO DE RIESGO DE SUICIDIO EN LOS MÉDICOS

### 1. Riesgos psicosociales inherentes al trabajo del médico, como el estrés propio de la actividad clínica, el acoso y el desgaste profesional en el trabajo

El ambiente laboral se refiere a las características del medio laboral, tales como las características físicas, las políticas organizativas y los comportamientos característicos de las personas en el trabajo. Algunos medios de trabajo promueven la moral y la productividad del empleado; los trabajos proporcionan estructura y sentido a las vidas de los empleados, sensación de satisfacción y logro, y una base para la autoestima y la identidad personal. Otros ambientes de trabajo median en insatisfacción, y desesperanza, frustración, aislamiento y gran presión, como por la rigidez y la falta de una clara dirección y participación.

**En la actualidad se están produciendo una serie de cambios radicales en los servicios sanitarios, en el sentido de que la eficiencia y el coste-efectividad son las herramientas más valoradas para determinar la financiación de los proyectos y la reestructuración de los servicios, e incluso la calidad asistencial y la seguridad de usuarios y sanitarios. Es evidente que estos cambios van a reducir la satisfacción laboral y van a condicionar más problemas de salud mental en los profesionales sanitarios, con mayor riesgo de burnout y depresión (Chan, Huak 2004).**

En comparación con los médicos de los servicios centrales, los clínicos de hospital general presentan mayores niveles de estrés laboral, menor satisfacción, y menor calidad de vida/satisfacción general, que además disminuye con la edad, así como la autoeficacia percibida por los médicos, a la vez que aumenta la atribución de control externo en el trabajo, lo que se explica por el efecto del estrés profesional acumulado a lo largo del tiempo por desajuste persistente entre el esfuerzo realizado y el refuerzo percibido (Spector 1982; Gist, Mitchell 1992; Mingote 1995).

Una de las primeras encuestas realizadas a 850 médicos de familia por la Academia Americana de Medicina ilustra la vulnerabilidad al estrés de los médicos de atención primaria, de forma que el 65% de ellos reconocen un elevado nivel de estrés laboral, determinado por la sobrecarga de trabajo clínico, la presión de tiempo, los costes de los seguros y las interferencias de las regulaciones gerenciales, el trabajo administrativo y la necesidad de tratar problemas emocionales para los que no están formados (American Academy of Family Physicians 1979).

Los estudios de Revicki y May (1983, 1985), May y Revicki (1985) y Revicki et al. (1991) con una muestra de 320 médicos Carolina del Norte constatan específicamente que el estrés ocupacional crónico del médico ejerce un efecto directo sobre el desarrollo de síntomas depresivos y aumenta el riesgo de depresión, moderado directamente por el apoyo sociofamiliar y emocional, e indirectamente por la influencia del locus de control sobre la percepción del estrés. Los médicos más estresados tienen menor percepción de control, menor apoyo social percibido y locus de control externo, mientras que la atribución de control interno es un factor positivo en el afrontamiento efectivo del estrés profesional. El 5% de los médicos presentaba síntomas depresivos en un rango clínico y el 30% en rango leve-moderado (según la escala autoaplicada de Zung), tasas similares a las de la población general (Boyd & Weissman 1981). Los médicos con mayor percepción de control personal y apoyo de familiares, colegas y supervisores presentan menores niveles de estrés ocupacional y de síntomas depresivos. Los lazos familiares positivos y el apoyo percibido de los compañeros moderan el estrés percibido por los médicos, aunque cuando este es elevado puede interferir en la vida familiar tanto como en la propia salud.

Estos mismos autores han desarrollado un Cuestionario de Estrés en el Médico de 26 ítems y 4 factores: estrés profesional intrínseco, productividad percibida, interferencia con la vida familiar y estrés profesional externo que tiene unas buenas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez (Revicki y May 1991) que he utilizado en mi estudio doctoral (Mingote 1995). Revicki et al. (1993) estudiaron el estrés laboral, el apoyo social y los niveles de síntomas depresivos en médicos residentes a lo largo de 3 años: Concluyeron que la ambigüedad de rol se asoció con la intensidad de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo.

Según el modelo de Karasek y cols. (1979), el trabajo del médico está incluido en el nivel superior de calidad ocupacional, un “trabajo activo”, que proporciona más satisfacciones que estrés laboral, pues incluye elevadas demandas psicológicas (de conocimientos, de rendimientos y con relaciones interpersonales) con oportunidades para ejercer un control profesional eficaz, a través de la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades personales. Kauppinen-Toropainen y cols. (1983) han confirmado este modelo en una muestra de 7000 trabajadores representativos de Finlandia, de forma que lo fundamental para disminuir el estrés y mejorar la satisfacción y la productividad es poder disponer de los adecuados recursos de control individual y colectivo sobre las demandas psicológicas del trabajo. Para ello es necesario asegurar la competencia y la autonomía profesional eficaz en cuanto a la toma de decisiones clínicas. La pérdida de control sobre el proceso de toma de decisiones clínicas por fuerzas externas como de tipo económico-gerencial, asociadas al proceso de burocratización de la práctica clínica moderna, las denuncias por mala praxis y los dilemas éticos son importantes fuentes de estrés para el médico. Deberíamos prestar más atención al mantenimiento de los valores profesionales y deontológicos, así como a la construcción de un clima afectivo y efectivo de trabajo entre todos los profesionales sanitarios.

Con el modelo de Siegrist y Theorell, Siegrist y Rödel (2006) el estrés en el trabajo se concibe como un desequilibrio persistente entre esfuerzo y refuerzo percibido revisando 46 estudios: En general los resultados apoyan la hipótesis de una asociación consistente entre estrés laboral y conductas de riesgo para la salud, tales como el abuso de alcohol y otras sustancias de consumo.

Como el burnout, el acoso laboral, relacionado con unas condiciones laborales insanas median en el riesgo de tener ideas de suicidio en médicos varones de hospital en Suecia y en Italia, según los resultados del estudio sobre la salud y la organización en los Médicos de Hospital en Europa (HOUPE) con una muestra de 697 médicos: el 12% de los médicos de ambos países reconocieron tener ideas de suicidio recientes, que relacionaban con el hecho de haber sido expuestos a experiencias degradantes, acoso laboral, conflicto de rol, tener escaso control sobre el trabajo y escaso apoyo laboral, como este mismo grupo ya lo había demostrado en mujeres médico. El ámbito académico médico es muy competitivo, con intensa rivalidad entre iguales por la financiación, publicar, invitaciones y otros premios (Fridner et al 2011).

## 2. Mal afrontamiento de los riesgos psicosociales inherentes a la actividad clínica, por insuficiencia de recursos para el afrontamiento de los mismos

Según un estudio publicado por Blumenthal et al. (2006) el 10% de los médicos residentes en Estados Unidos al finalizar su formación se declaran incapaces de manejar el tratamiento de procesos como la depresión, el abuso de drogas, el consejo al paciente y la violencia doméstica, a pesar de que su competencia clínica general es considerada satisfactoria. El trabajo contiene datos de 4832 residentes pertenecientes a diferentes especialidades médicas. **Estos resultados alertan sobre las limitaciones de los actuales programas de formación de grado y de postgrado, e indican la necesidad de implementar la formación en conocimientos y habilidades psicosociales de los médicos para hacer frente a los retos de la práctica clínica.** Heim (1991) estudia los factores estresantes y los estilos de afrontamiento de 1600 médicos suizos, y resalta que son las mismas variables ocupacionales las que median en satisfacción y/o en estrés

laboral, según como se perciban las relaciones con los enfermos y con los miembros del equipo asistencial, las condiciones trabajo, el salario, etc. Inicialmente los médicos intentan minimizar las consecuencias de los estresores de la actividad clínica, hasta que se va produciendo una gradual internalización y toma de conciencia de las dificultades y conflictos situacionales, lo que media en la búsqueda y selección de soluciones a los mismos, sean adaptativas o no. Realizar un esfuerzo reflexivo, el estudio, la búsqueda de apoyo social y el sentido del humor son estrategias proactivas de afrontamiento adaptativo. En un 20% de la muestra predominan mecanismos desadaptativos como el aislamiento social, la evitación-negación persistente de los problemas y el autotratamiento patológico con alcohol y otras sustancias de abuso. Según el modelo de Lazarus y Folkman (1984) y Moos & Billings (1982) para el afrontamiento del estrés laboral, podemos emplear **tres categorías de afrontamiento: control**, que incluye tanto acciones como reevaluaciones cognitivo-afectivas que son proactivas y promueven el aprendizaje (adaptativas, funcionales), **evitación-escape** de la realidad, y **alivio de los síntomas consecuencia o producto del estrés laboral**, que pueden ser saludables (como el entrenamiento en relajación) o patológicas y patógenas, como el abuso de alcohol y otras sustancias de consumo. Las estrategias incluidas dentro de cada grupo son muy heterogéneas, y además pueden mediar en resultados adaptativos o desadaptativos diferentes, según otras variables temporales, personales y contextuales diferentes. En general, la identificación, comprensión y expresión adecuada de las emociones experimentadas asociadas a situaciones estresantes es adaptativa, mientras que la inhibición-bloqueo emocional es patológica y media en el padecimiento de enfermedad mental. El apoyo social eficaz modera la percepción de estrés y el riesgo de padecer alteraciones psicopatológicas y depresión de forma parcial. Desde la teoría cognitiva de la atribución, el control percibido y la capacidad para ejercer control, conceptualizada por Rotter (1966) y desarrollada en el ámbito sociolaboral por autores como Bandura (1977) y Spector (1988), la atribución de control se adquiere por aprendizaje a partir de la experiencia de refuerzos positivos y negativos. El “lugar de control” se refiere a la atribución, expectativa e interpretación que hace una persona sobre las contingencias que determinan su conducta, en función de las experiencias previas. Se trata de una variable dinámica, las puntuaciones de “internalidad” aumentan normalmente con la edad, a través de la adquisición de nuevos aprendizajes y de una mayor autonomía económica, laboral y personal. La exposición del sujeto a situaciones de incontrolabilidad aumenta su “externalidad”, disminuye su autoestima y autoeficacia o maestría personal, factor de riesgo para experimentar síntomas de ansiedad y depresión (Spector 1988). Según este autor, el “lugar de control” en el trabajo es una importante variable mediadora de la conducta en las organizaciones, relacionada con la motivación, las actitudes, el esfuerzo, el rendimiento y la satisfacción laboral. Internalidad se asocia a mayor satisfacción, implicación-compromiso laboral (componente benigno del Patrón de Conducta Tipo A), mayor satisfacción y menor estrés laboral, y mejor calidad de vida, a través de realizar un renovado esfuerzo para adquirir mayor información y controlar las demandas laborales. Al contrario “externalidad” se asocia a la experiencia de frustración de expectativas y objetivos previos, por la intervención de fuerzas ajenas a ellos mismos, como decisiones gerenciales-económicas, ausencia de refuerzos contingentes con el esfuerzo, y en general por dificultades crónicas acumuladas a lo largo del tiempo. En general, es deseable que las personas tengan cierta percepción de control sobre sus vidas, como consecuencia de un protagonismo personal responsable, sea por control conductual, cognitivo, decisional, informacional y/o retrospectivo, con un efecto beneficioso para la reducción del estrés.

En el estudio de Mingote (1995) con una muestra representativa de médicos de hospital general, destaca que los médicos clínicos tengan mayor nivel de estrés laboral y menor satisfacción con su trabajo que los que realizan su actividad sin tener contacto directo con los pacientes, y reconocen peor apoyo social en el trabajo, en relación con las mayores complejidades y demandas psicológicas de la actividad clínica que la técnica, sobre todo por no disponer de los recursos adecuados para el afrontamiento del estrés interpersonal inherente al rol clínico profesional. El estrés laboral del médico clínico puede llegar a comprometer la eficacia de las organizaciones sanitarias, la seguridad de

los usuarios y de los profesionales sanitarios. Además, a mayor edad el médico está más insatisfecho con su trabajo, se percibe con menos autoeficacia o maestría percibida, y con una clara “externalidad” frente a los médicos más jóvenes. La atribución de control externo se asocia de forma positiva con mayor nivel de estrés laboral y despersonalización de las relaciones asistenciales. La externalidad indica que globalmente los médicos de la muestra creen que tienen poca capacidad de control sobre las condiciones y los resultados de su trabajo. **La disminución significativa de la satisfacción laboral y de la autoeficacia percibida, así como el aumento de la externalidad de los médicos de más edad, son importantes indicadores psicométricos de la falta de la autonomía profesional y del riesgo para la salud de los médicos y para el propio sistema sanitario, por lo que se deben implementar medidas eficaces para la participación de los médicos en la planificación, regulación y control de la organización y la gestión de los centros sanitarios. Por ello es fundamental instaurar procedimientos válidos y fiables para mejorar la participación de la Organización Médica Colegial en la regulación de la práctica clínica, según la evidencia científica y el consenso deliberativo y democrático, garantizar el aprendizaje continuado compartido, y el desarrollo efectivo de la carrera profesional.** El estrés laboral de los médicos depende de variables ocupacionales como especialidad y número de horas de trabajo a la semana, así como de variables individuales, como Patrón de Conducta Tipo A Impaciencia y hostilidad, así como de mayor despersonalización de las relaciones asistenciales y peor apoyo social percibido. La calidad de vida de los médicos se asocia positivamente con satisfacción laboral, optimismo y maestría, y negativamente con estrés laboral, despersonalización y Patrón de Conducta Tipo A-impaciencia (Mingote 1995).

Dada la importancia del estrés interpersonal en el rol profesional del médico, tiene un especial interés la aplicación de la teoría interpersonal del suicidio (Joiner 2009) para la prevención del suicidio en médicos a través de la intervención de Cornette et al (2009) en Wisconsin. Según esta teoría, tres factores aumentan el riesgo de suicidio: sentirse una carga para otros (ineficacia, ineffectividad, incapacidad de control), fracasar en la consecución del sentimiento de pertenencia a un grupo de iguales respetables (aislamiento social, desesperanza) y capacidad adquirida para consumarlo a través de la experiencia de un dolor emocional generalizado, en grupos de riesgo de suicidio por padecer varios trastornos mentales: trastornos depresivos, trastornos por uso de sustancias y alcohol, trastorno de personalidad *borderline*, trastornos de ansiedad, anorexia nerviosa y esquizofrenia.

En cuanto a la psicología del comportamiento suicida, se comprobó que los pacientes suicidas compartían las características cognitivas de los deprimidos con una alta incidencia de pensamientos negativos complicada por errores de pensamiento lógico (generalización excesiva, catastrofismo, pensamiento en blanco y negro) y la tendencia a que los acontecimientos vitales desencadenaran a largo plazo un determinado esquema de creencias. Beck demostró que las conductas suicidas se asocian también con desesperanza en cuanto al futuro. En la actualidad, el modelo más relevante es el que hace referencia a la sensación de “sentirse atrapado”, de que no hay escape, no es posible la huida y ello supone un patrón determinado en cuanto al modo de procesar la información sobre uno mismo y sobre el mundo. Puede definirse como la incapacidad, o la incapacidad percibida, de escapar de un entorno adverso después de haber sufrido una derrota, una pérdida o humillación. Los enfoques basados en resolución de problemas pueden no ser muy útiles si no se tiene claro como surgen y se perpetúan los déficits y si la rumiación y la desesperanza van en aumento.

Tres características cognitivas diferencian a los individuos deprimidos suicidas de los que no lo son: 1) Hipersensibilidad a acontecimientos vitales relacionados con derrotas, con sentirse “perdedor” o humillado. 2) “No tener escapatoria” en el sentido de sentirse atrapado. Se debe a déficits en la capacidad de resolución de problemas y se pone de manifiesto en la confrontación de los estímulos citados anteriormente. 3) No tener posibilidad de ser rescatado, pensar que la situación continuará indefinidamente, mediado por procesos cognitivos deficientes que llevan a la desesperanza con respecto al futuro.

Todo ello supone que se debe prestar especial atención a eventos que puedan resultar particularmente humillantes o hacer que una persona se sienta vencida o atrapada, ya que pueden ser particularmente importantes en la cadena causal y tener en cuenta el efecto de un estado de ánimo deprimido en un sistema cognitivo vulnerable (Williams, Pollock 2000).

### 3. Especiales dificultades de los médicos para asumir el rol de enfermo

Ser “pacientes especiales”, eufemismo de “los peores enfermos”, se asocia a recibir peor tratamiento y peor seguimiento que el resto de los pacientes, y que habitualmente buscan ayuda profesional demasiado tarde, cuando el trastorno mental se ha cronificado, agravado y complicado con otros trastornos médicos y enfermedades físicas, por lo que tienen peor pronóstico general. Cuidar a los demás de forma prolongada no debe asociarse con insensibilidad y negligencia respecto de la propia salud. Además, la bata blanca no nos protege frente a la depresión: **La depresión es al menos tan prevalente entre los médicos como en la población general.** La prevalencia-vida de síntomas de depresión clínica autoevaluada es del 12,8% en un estudio prospectivo de más de 1300 médicos seguidos entre 1948 y 1964 (Ford et al 1998), es casi idéntica al 12% de depresión mayor en varones en EE.UU. La única diferencia es la edad posterior de comienzo en los médicos (Shafer, Craft 1999). La prevalencia-vida de síntomas autoidentificados de depresión en médicas de 19,5% en el Estudio de la Salud de Mujeres Médicos (N=4501), es comparable a la de la población general y mujeres profesionales (Frank, Dingle 1999). **Pero los médicos se resisten a buscar ayuda profesional por temor al estigma social y comprometer su carrera profesional, por lo que la posponen hasta que ya el trastorno mental se ha cronificado y complicado con otras patologías graves y ha afectado negativamente a sus pacientes. Más allá del impacto en su salud personal, es preciso tener en cuenta el riesgo de afectar a la calidad asistencial y arriesgar la seguridad de los pacientes que atienden. Diferentes estudios concluyen que los médicos fracasan en detectar o tratar entre el 40% y el 60% de los casos de depresión. Igualmente, en el médico enfermo es muy frecuente el autodiagnóstico, la autoprescripción, el conseguir consultas “informales” e infrecuentes, y la asunción del estado de “VIP”. El estigma inherente al padecimiento de una enfermedad mental es internalizado también por los médicos a lo largo de su carrera profesional a través de un aprendizaje activo, con intenso temor al desprestigio y al daño profesional y social, con numerosos estereotipos negativos y erróneos que conforman la construcción interna de actitudes y comportamientos antidiscriminación que se concretan en la autoprescripción y la evitación del rol de enfermo, como si fuese incompatible con el de médico, por ser tan reacios a admitir el padecimiento de una enfermedad mental.** El estigma supone la pérdida de estatus social y la discriminación desencadenada por estereotipos negativos sobre las personas etiquetadas como “enfermos mentales (Ritsher, Otilingam, Grajales 2003). El incremento gradual de síntomas depresivos y de ansiedad puede mediar en sucesivos intentos de auto-tratamiento patológico (automedicación, alcoholismo, adicciones), auto-negligencia, déficits cognitivos, deterioro de la salud propia y riesgo para terceros en el ejercicio de su profesión. A menudo las personas que sufren un trastorno mental posponen más de un decenio la solicitud de tratamiento, cuando ya es más grave y se ha complicado con otros padecimientos físicos y mentales. Los síntomas depresivos ocurren a lo largo de un *continuum* más que en categorías discretas, con un importante impacto en el funcionamiento a lo largo del tiempo; mientras que el tratamiento precoz eficaz puede prevenir la progresión de la enfermedad a estadios clínicos subsiguientes. Estos datos son consistentes con un proceso de sensibilización al estrés, de forma que los sucesivos episodios pueden desencadenarse tras mínimos estresores, o incluso sin ninguno de ellos (Post, 2012).

El rol de médico no proporciona protección contra la enfermedad. Los factores que predisponen a los médicos al acto suicida están relacionados con el acceso y dependencia a las drogas, las tensiones derivadas de la profesión y los conflictos a nivel personal y social. Igualmente de la Cruz, Corominas y Sarró (1988) explicitan: “La detección y tratamiento de los trastornos mentales de los profesionales de la medicina es difícil. Los

médicos pueden ser bastante tolerantes con las alteraciones emocionales de sus compañeros, con una fuerte resistencia a intervenir en los problemas considerados personales". Igualmente, la Asociación Médica Americana (1973) denunció la apatía, el desconocimiento y la falta de responsabilidad general de los médicos respecto del médico deteriorado e incompetente, por lo que la intervención que se toma suele llegar demasiado tarde en el curso de los hechos, incluso tras el suicidio del médico.

#### **4. Disociación patológica entre el *self público* y el *self privado*. El mantenimiento del "*self público*" correspondiente a la "*bata blanca*", puede asociarse a un daño grave en el "*self privado*"**

La estigmatización de las personas con enfermedad mental constituye un importante problema de salud pública que demanda la realización de programas anti-estigma dirigidos a médicos y a otros sanitarios para mejorar la atención al enfermo mental. Los médicos deben ser advertidos contra la tendencia defensiva a refugiarse en el rol profesional para autoinducirse un "sentimiento de superioridad" sobrecompensador de la "debilidad" de tener los mismos problemas que las personas normales. Esta compensación defensiva puede llegar a la arrogancia narcisista y al "complejo de Dios" del médico (descrito por Jones en 1913), con sentimientos irrealistas de superioridad como expresión de un persistente autoengaño patológico, que le hace vulnerable a ulteriores riesgos psicosociales y crisis más graves. El médico satisfecho con su actividad profesional, puede mantener una adecuada disponibilidad emocional con los pacientes, como con su propia familia, en contacto con sus propias emociones, en vez de ignorar el propio malestar. Se trata de conseguir que los trastornos mentales sean reconocidos como enfermedades muy prevalentes y con características similares a otras que se abordan de forma eficaz en Medicina. **Entre los médicos es especialmente importante asegurar una ayuda profesional eficaz y confidencial, que garantice su seguridad, la de los pacientes que atienden y de sus compañeros de trabajo. Los Colegios de Médicos deben funcionar como grupos eficaces de apoyo profesional.**

#### **5. Especiales dificultades del tratamiento de los médicos por otros médicos**

Tratar médicos con trastornos mentales puede constituir una experiencia muy satisfactoria, pero que implica también una especial responsabilidad, así como mayores reacciones contratransferenciales, con sentimientos intensos que pueden comprometer la neutralidad terapéutica y distorsionar el juicio clínico, minimizar la gravedad de los problemas que padecen e indicar tratamientos subóptimos que contribuyen a que tengan evoluciones peores que los pacientes que no son médicos. El tratamiento de los trastornos mentales en médicos, constituye un verdadero reto profesional para los psiquiatras, quienes experimentan varios sesgos cognitivo-afectivos con los colegas, (como por escotomización, minimización o bien magnificación, etc.) por los que les tratan de forma menos adecuada que al enfermo común. El estrés interpersonal del médico se produce por identificación (complementaria o concordante) con la angustia y las defensas del enfermo.

**Probablemente, la renuencia de los médicos a intervenir en el caso de un colega deteriorado, sea una predecible consecuencia de su propia negligencia respecto a sus necesidades y conflictos emocionales, así como por una mayor identificación con su malestar emocional.** Por estas dificultades y el riesgo de mala praxis se han creado programas específicos para la prevención y tratamiento de los médicos enfermos, primero en Estados Unidos por la Asociación Médica Americana (desde 1975) y que luego se han generalizado en los distintos países.

#### **6. Litigios por mala praxis**

Se asocia fuertemente con burnout ( $p < 0.0001$ ), depresión ( $p < 0.0001$ ) y con ideas de suicidio ( $p < 0.0001$ ) entre cirujanos en Estados Unidos. En análisis multivariantes, tanto depresión como burnout se asocian independientemente con una reciente denuncia de

mala praxis. El número de horas trabajadas, de guardias, la subespecialidad, y el medio laboral se asocian también con una denuncia reciente (Shanafelt, Balch, Dyrbye et al. 2011). La ideación suicida aumentó notablemente en los médicos durante los 3 meses siguientes de haber cometido un error grave en su práctica profesional. En el estudio de Lindeman et al (1997) los médicos finlandeses que estaban bajo vigilancia médica oficial presentaban un riesgo significativamente mayor de suicidio consumado.

### ¿Por qué las médicas tienen más riesgo de suicidio que sus compañeros y que las mujeres de la población general?

Algunos factores pueden ser específicos de la actividad clínica, mientras que otros corresponden a variables biológicas y psicosociales. Así Rose y Rosow (1973) hallaron que otras trabajadoras sanitarias en contacto directo con pacientes tienen un riesgo doble de cometer suicidio que los controles, sugiriendo que esta faceta de la actividad profesional de las doctoras puede ser una parte importante de la etiología del mismo. Varios factores de vulnerabilidad previa pueden explicar parte de estas elevadas tasas, como la existencia de morbilidad psiquiátrica concurrente, sobre todo depresión en el 75% de las doctoras que se suicidan (Ross 1973, Barraclough et al., 1974).

1. En el primer aspecto, las médicas tienen 1,6 veces más riesgo de presentar burnout en comparación con sus colegas varones, lo que se asocia a falta de autonomía y control percibido sobre el trabajo, menos recursos de apoyo y menor salario que los médicos. Las médicas están más satisfechas con su especialidad, la relación con el paciente y con sus compañeros en comparación con estos, dedican más tiempo a la asistencia, ven más enfermas y más pacientes con problemas psicosociales complejos (Mc Murray et al. 2000). Otro estudio realizado con 420 médicos estadounidenses de atención primaria, concluyó también que las médicas tienen un riesgo doble de reconocer elevados niveles de estrés y burnout en comparación con sus compañeros (Croasdale 2005). Resultados análogos se obtuvieron de un estudio de 2.398 médicos canadienses sobre sus prácticas y actitudes hacia la asistencia. Las médicas prefieren trabajar en organizaciones públicas y equipos de trabajo, mejor que la práctica individual; mientras que los médicos están más inclinados a trabajar en un tipo de asistencia individual. Como en otros estudios, se constata que los ingresos de las médicas es inferior al de sus colegas varones, además de sufrir mayores niveles de acoso laboral, sobre todo durante el periodo de formación, que sus compañeros varones.
2. En el estudio presentado en el Congreso de la Asociación Americana de Medicina (2005), Horner-Ibler comunicó los resultados de una encuesta anónima realizada a 420 médicos de atención primaria y a 2.500 de sus pacientes, según la cual las médicas presentan una tasa doble de niveles elevados de estrés y de burnout, en comparación con sus compañeros varones. Ellas también expresaban su deseo de tener más tiempo para atender a los pacientes con patologías complejas, deseaban lugares de trabajo más saludables, y se sentían más enfrentadas con los valores de las organizaciones en las que trabajaban, respecto sus compañeros varones (tomado de Croasdale 2005).
3. Tanto en Suecia como en Italia, varios estresores del trabajo aumentan el riesgo de suicidio en médicos mujeres. Según el estudio HOUPE de Fridner et al. (2009) el 13,7% y el 14,3% de las médicas de Suecia e Italia reconocieron ideas de suicidio en los últimos 12 meses. Entre las médicas de Suecia las idas de suicidio estaban determinadas por dos variables independientes relacionadas con el trabajo: experiencias degradantes y acoso en el trabajo (OR 3,03, 95% CI, 1,48-6,23), así como la autoprescripción. En las médicas de Italia destacaban las variables asignar un trabajo sin los recursos adecuados, así como ser joven y padecer burnout o depresión. Se concluye destacando la importancia del control de los riesgos psicosociales en el ámbito sanitario.
4. En parte también, las mujeres presentan mayor prevalencia de depresión que los hombres. Los trastornos afectivos constituyen el grupo diagnóstico con mayor

riesgo de conductas suicidas. El riesgo de consumación del suicidio entre los pacientes depresivos a lo largo de la vida es de un 15%, 25 veces mayor que en población general. Existe una elevada tasa de suicidio entre los pacientes con trastornos afectivos graves, como con sintomatología delirante, mayor desesperanza y hostilidad, de forma que hasta uno de cada 6 de ellos se provocan la muerte. Los médicos de ambos sexos que se suicidan padecen un trastorno del estado de ánimo y/o dependencia de alcohol o de otras sustancias de consumo, así como conflictos y dificultades profesionales o familiares. El mal afrontamiento de estos problemas de salud y el acceso a drogas constituyen importantes factores mediadores de las conductas autodestructivas (Mingote, Jiménez Arriero, Osorio Suárez, Palomo 2004).

### ¿Por qué los médicos se suicidan, en mayor medida que otros profesionales?

**“Teniendo tanto, ¿por qué podría un médico quitarse la vida? Central a la incredulidad es que uno de los principales dogmas de la vocación médica es preservar y proteger la vida. ¿No es por esto por lo que hombres y mujeres se hacen médicos?” (Myers y Gabbard 2008).**

**El suicidio se entiende actualmente como un fenómeno complejo que resulta de la interacción de una serie de factores biológicos, genéticos, psicológicos sociológicos y ambientales.**

Los factores que pueden contribuir al suicidio pueden clasificarse como estado-dependientes o carácter-dependientes, o como distales (carga genética, características de personalidad, escaso crecimiento fetal, problemas perinatales, experiencias tempranas traumáticas, trastornos neurobiológicos como disfunción del sistema serotoninérgico y noradrenérgico, hiperactividad del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal), o proximales (trastornos mentales, problemas físicos, crisis psicosociales, acceso a medios, exposición, problemas jurídicos o relacionados con el trabajo). La relación entre los factores de riesgo puede describirse mediante modelos como el de **Estrés-Diátesis** de Hawton, adaptado de Mann, (2003) que es compatible con modelos actuales sobre la interacción dinámica continua entre genes y entorno a lo largo del ciclo vital. Las crisis agudas y los problemas psiquiátricos son con frecuencia los estresores proximales que desencadenan el comportamiento suicida mientras que el pesimismo y la desesperanza o la agresividad y la impulsividad son componentes de la diátesis. Los factores genéticos, las experiencias de la infancia y otros factores como los niveles de colesterol también afectan a la diátesis. El modelo estrés-diátesis hace referencia a la relación entre factores de riesgo de suicidio que pueden clasificarse como estado-dependientes o de carácter genético; o como proximales o distales. Las crisis emocionales o psicosociales y los trastornos psiquiátricos suelen ser los factores proximales que generan estrés, mientras que el pesimismo, la desesperanza, la agresividad y la impulsividad son componentes de la diátesis que da lugar a conductas suicidas. Factores genéticos o familiares, experiencias infantiles, y otros factores, incluidos los niveles de colesterol, también afectan a la diátesis. El modelo estrés-diátesis es compatible con otros modelos recientes sobre la interacción entre genes y entorno, pero se necesitan ulteriores estudios para evaluar su capacidad de predicción.

Según los estudios epidemiológicos disponibles, cerca del 90% de las personas que se suicidan padecen algún tipo de trastorno mental, aunque no estuviese diagnosticado previamente. Se trata de médicos que nunca han sido valorados por un psiquiatra, ni han recibido tratamiento profesional, aunque a menudo han intentado tratarse a sí mismos.

Entre los principales factores de riesgo se incluyen la disponibilidad de medios de suicidio (como el acceso a drogas) y los conocimientos y habilidades técnicas que aseguran la eficacia del método de suicidio empleado pueden ser relevantes. También pueden influir algunas características de personalidad de los médicos, como las de tipo obsesivo-compulsivo, propensas a la depresión, junto con altas tasas de abuso de alcohol y drogas, y el estrés ocupacional propio de los médicos.

Silverman (2000) revisó la investigación disponible y concluyó que existen varios factores adicionales específicos que incrementan el riesgo de suicidio en los médicos, como son:

1. Factores socio-demográficos: edad superior a 45 años en las médicas y a 50 años en los médicos; y permanecer soltero, separado, divorciado, o con ruptura marital actual.
2. Mal estado de salud, sea por hábitos tóxicos (abuso de alcohol y otras drogas), trastornos mentales (especialmente ansiedad, depresión y trastornos de personalidad) y/o enfermedades médicas graves, debilitantes o que producen dolor crónico. La patología dual es muy común en médicos, en especial la peligrosa combinación de trastornos del estado de ánimo y adictivos.
3. Factores profesionales: Amenaza al status, autonomía, seguridad, estabilidad económica, pérdidas recientes o mayores demandas laborales.
4. Acceso a medios autolíticos, como medicaciones letales.

Myers y Gabbard (2008) destacan los siguientes aspectos a tener en cuenta para valorar el riesgo de suicidio en médicos:

- **Antecedentes personales de episodio depresivo y de intento de suicidio. Los intentos previos constituyen el factor de riesgo más significativo.**
- Antecedentes familiares de trastornos depresivos y de suicidio.
- Aislamiento profesional, falta de apoyo socio-familiar y de otros factores de protección, como el trabajo en equipo y la supervisión.
- Ser investigado por mala praxis o incompetencia profesional, puede constituir una importante injuria narcisista, sobre todo en personas perfeccionistas y con una mala regulación de la autoestima.
- Mala adherencia terapéutica.
- Trastornos mentales graves, crónicos y refractarios al tratamiento, que inducen desesperanza y un importante estigma internalizado, además del estigma cultural, que refuerzan la negación de la enfermedad, la autoprescripción de sustancias, e incrementan el riesgo de suicidio en médicos.
- Afecciones orgánicas dolorosas, debilitantes o de mal pronóstico.

Según Myers y Gabbard (2008) no existe una única forma de presentación del médico-enfermo con riesgo agudo de suicidio, pero destacan los siguientes síntomas cardinales: Elevados niveles de ansiedad, insomnio, falta de energía y fatiga, anorexia y pérdida de peso, enlentecimiento cognitivo, rumiaciones obsesivas, síntomas somáticos, desesperanza e ideas de suicidio (pasivos y activos).

## VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DEL MÉDICO ENFERMO CON RIESGO DE SUICIDIO

**A pesar de que nuestra capacidad de predicción no es infalible, hay un número de datos clínicos que se asocian con riesgo de suicidio en nuestros pacientes” (OMS, World Health Report 2001).**

**Una de las principales normas de buena práctica clínica es no comprometer el juicio clínico porque el paciente sea médico. Existe una larga historia de médicos suicidados que no fueron diagnosticados ni tratados adecuadamente a causa de sus propias resistencias y la connivencia de colegas complacientes.**

Myers y Gabbard (2008) nos proponen los siguientes principios básicos a tener en cuenta cuando se tratan médicos:

1. Trata de valorar a los médicos lo más rápidamente posible, en especial cuando son ellos mismos los que piden ayuda, ya que necesitan esta forma de cortesía profesional.

2. Pregunta si dispone de medios y métodos de suicidio como clorato potásico, insulina, digoxina y fentanilo.
3. A menudo los médicos consultan “demasiado tarde y mal”, cuando están muy enfermos, aunque lo nieguen, hasta poder llegar a sentirse irreparablemente dañado y una pesada carga para su familia. El o ella pueden llegar a ver su muerte como un alivio para su propia familia.
4. Asume que todos los médicos han contemplado el suicidio a lo largo de un continuum de intensidad y frecuencia, como forma de control último sobre la propia vida.
5. Cuenta con el hecho de que el médico-enfermo no sea sincero con su psiquiatra, para evitar la baja laboral y un ingreso psiquiátrico involuntario.
6. En este caso es esencial garantizar la privacidad y la confidencialidad del médico-enfermo.
7. Cuando sea posible, recuperar la profesión es a menudo un importante factor motivacional para hacer el tratamiento.
8. Trata las alteraciones del sueño con la medicación apropiada, por la estrecha asociación que existe entre estas y la conducta suicida.
9. Es esencial contar con la colaboración de familiares y/o otros profesionales, como los que le han tratado previamente, para poder realizar una evaluación completa, de forma comprensiva, persistente y exigente.
10. Un contrato terapéutico oral escrito, debe continuar a una cuidadosa valoración clínica.

Gabbard y Allison (2006) proponen los siguientes pasos en el tratamiento psicodinámico del paciente suicida y que igualmente se deben tener en cuenta en el caso de los médicos:

- Establecer una buena alianza terapéutica con el paciente en riesgo. El terapeuta debe explicitar que ni él ni nadie pueden impedir a un médico que se suicide, estableciendo una clara diferenciación entre las responsabilidades del paciente y del terapeuta dentro de los límites de la relación terapéutica.
- Establece el nivel de riesgo presente basalmente.
- Diferenciar entre fantasía de suicidio y la verdadera intención de llevar a efecto una verdadera conducta suicida.
- Investigar los acontecimientos precipitantes.
- Explora las fantasías del impacto interpersonal del suicidio.
- Monitoriza la transferencia y la contratransferencia. Los terapeutas que tratan pacientes suicidas, y especialmente si son médicos, suelen experimentar ansiedad, enfado, vergüenza y culpa cuando el paciente no mejora o quiere morirse, intenta suicidarse o muere por suicidio. En estos casos es muy útil y recomendable supervisar el caso y/o ponerse en tratamiento.

Maltsberger (2006) destaca algunos pasos fundamentales en el tratamiento ambulatorio de pacientes suicidas, especialmente relevantes para el tratamiento de médicos:

1. Completa una minuciosa evaluación del riesgo de suicidio desde el inicio y actualízalo cada día, con actitud comprometida, no neutral. Para ello es preciso ser capaz de contener la angustia de muerte que invade al paciente y trasmite al terapeuta.
2. Se debe conseguir un consentimiento informado y realizar un análisis riesgo-beneficio en colaboración con el paciente.
3. Acepta sólo pacientes que quieren comprometerse en seguir vivos y dan una oportunidad al tratamiento. Maltsberger destaca la importancia de la relación real del terapeuta con el paciente, no la transferencia, como un “fuerte”, un objeto seguro y confiable con el que identificarse.

4. Asegura el tratamiento ingresado con poco tiempo de aviso.
5. Anota los recursos de apoyo con los que cuenta el paciente.
6. Asegura que existe un control externo del tratamiento del paciente.
7. Registra adecuadamente los datos precisos en la historia clínica.

## LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LOS MÉDICOS

**La prevención del suicidio en médicos presenta algunas peculiaridades pero también muchos aspectos comunes con los que se encuentran en la población general.**

Cada cuarenta segundos fallece alguien por suicidio. Es la primera causa de muerte violenta en el mundo, se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras, y es la décima causa de muerte globalmente. Las estimaciones realizadas indican que las víctimas podrían ascender de un millón a 1.5 millones al año en 2020 y que para entonces la depresión ocupará el segundo lugar en cuanto a carga por enfermedad en el mundo por lo que es necesario adoptar medidas coordinadas y más enérgicas para evitar ese número innecesario de víctimas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Siguiendo sus recomendaciones, la prevención del suicidio está recibiendo cada vez mayor atención social ya que supone un serio problema de salud pública y muchos países están desarrollando estrategias nacionales de prevención. Se ha demostrado un aumento en el número de suicidios en los países desarrollados, en especial entre adolescentes y adultos jóvenes. Las recomendaciones de la OMS sobre Prevención del Suicidio están recogidas en una lista de publicaciones denominada genéricamente SUPRE (Suicide Prevention) entre las que se encuentran el Protocolo SUPRE-MISS (Multisite Intervention Study of Suicidal Behaviours) y una Guía para Médicos de Atención Primaria. Más recientemente también se ha publicado la Guía mhGAP concebida para proveer asistencia incluso en países que carecen de servicios de salud mental especializados.

**Se acepta que los profesionales sanitarios juegan un importante papel en la prevención del suicidio, por lo que es importante identificar los grupos de riesgo, determinar las causas antecedentes y considerar las medidas prácticas de prevención. No obstante, algunos médicos no se sienten competentes para evaluar, diagnosticar y tratar a pacientes con depresión y riesgo suicida, por lo que es necesario que adquieran los conocimientos y las habilidades necesarias para la prevención del suicidio en las facultades de Medicina, en los periodos de especialización y a lo largo de su carrera profesional.** El tratamiento de pacientes suicidas provoca en los profesionales sanitarios involucrados intensas reacciones emocionales, así como preocupaciones éticas y legales, que con frecuencia acontecen de forma inconsciente, aunque por ello no dejen de afectar su salud. A menos que estas reacciones puedan ser comprendidas, evaluadas y elaboradas adecuadamente, pueden sabotear el curso del tratamiento.

En 2003 la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio, publicó una serie de recomendaciones para hacer frente a los problemas que produce la depresión en los estudiantes médicos, residentes y médicos, con una declaración de consenso y la facilitación de una documentación educativa (*Struggling in Silence: Physician Depression and Suicide*), sobre la necesidad de afrontar de forma eficaz la depresión en este colectivo profesional (Center, Davis, Detre et al. 2003). Este material está disponible en la Web de la fundación ([www.afsp.org](http://www.afsp.org)) y en [www.doctorswithdepression.org](http://www.doctorswithdepression.org), para facilitar la difusión de este material como herramienta educativa muy útil (Reynolds, Clayton 2009).

Hawton, Malmberg y Simkin (2004) proponen emplear un amplio rango de estrategias, que incluyen la mejora de la detección y tratamiento de los trastornos mentales, las medidas para reducir el estrés laboral y la restricción del acceso a medios de suicidio cuando los médicos están deprimidos. Desde un enfoque personalizado e interactivo, se realiza a través de la entrevista clínica con el paciente y sus familiares, a los que con frecuencia ha comunicado sus ideas de suicidio. El principal objetivo de estas entrevistas clínicas es el de llegar a hacer el diagnóstico del trastorno psiquiátrico existente

en la mayoría de los casos con riesgo suicida. **La impresión clínica de riesgo debe mediar en la decisión terapéutica de hospitalizar al paciente.** Es importante también valorar la ocurrencia de sucesos vitales estresantes recientes graves, en relación con problemas interpersonales, familiares o laborales, así como la posible contribución del paciente a sus dificultades actuales y el papel potencial de la ayuda que se le puede proporcionar. Se estudiará también el estilo habitual del afrontamiento que utiliza el paciente para intentar resolver sus dificultades mayores.

**Según la Guía de la OMS: “Preguntar sobre ideación/intención autolítica no provoca la conducta autolítica.** A menudo reduce la ansiedad asociada con pensamientos o comportamientos autolíticos y ayuda al individuo a sentirse comprendido. Sin embargo, es preciso establecer una relación de confianza y de seguridad con la persona antes de preguntar y pedirle que trate de explicar con sus propias palabras sus motivos para querer hacerse daño” (OMS, Guía mhGAP).

**En cuanto a los Antecedentes Personales se destacará la existencia de enfermedad mental, sobre todo depresión,** alcoholismo, trastornos de personalidad, esquizofrenia; **intentos de suicidio previos,** es el factor de riesgo más importante, y los de abuso y maltrato en la infancia y adolescencia.

**Se deben tener en cuenta también otros factores de riesgo:** Enfermedades orgánicas, sobre todo si cursan con dolor crónico o son debilitantes o terminales.

Viudo, soltero o separado.

Vivir solo. Aislamiento social.

Falta de apoyos, especialmente no tener una persona de confianza.

Duelo o pérdida personal reciente o pérdida afectiva importante en la infancia.

Problemas familiares.

Desempleo, retiro o jubilación.

Problemas económicos/legales.

Acceso a medios.

Antecedentes familiares de suicidio o trastornos psiquiátricos.

Alta hospitalaria psiquiátrica reciente.

Desesperanza.

Para la valoración del riesgo autolítico Hawton y Catalan (1987) han descrito un esquema de entrevista semiestructurada que incluye la valoración de los diversos factores que ayudan a determinar el grado de riesgo de subsiguiente suicidio, la presencia de trastorno psicológico, y la naturaleza de los problemas actuales del paciente. En el modelo desarrollado en Oxford por Hawton y Catalan se emplea un enfoque orientado al problema con preferencia al puramente diagnóstico. El paciente asume un papel activo en definir sus problemas junto con el profesional que le valora, para ayudarlo a comprender sus dificultades actuales y a desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas. Tras un intento de suicidio se tratarán de comprender las razones del mismo y las consecuencias buscadas, obteniendo una detallada exposición de los hechos que han precedido y seguido al intento. Para ello se recomienda:

1. Realizar un informe clínico completo tras explicar al paciente la finalidad de la entrevista.
2. Comprender el intento:
  - Informe detallado de los hechos en las 48 horas previas al intento.
  - Circunstancias que rodearon el acto: grado de planificación, aislamiento, nota suicida, motivos, acciones después del intento, ingesta de alcohol.
  - Cociente riesgo/probabilidad de ser rescatado
  - Intentos previos.

3. Aclaración de las dificultades actuales:
  - Naturaleza de los problemas, su duración, y recientes cambios.
  - Facetas a cubrir: problemas psicológicos y físicos, relación con su pareja y con otros miembros de la familia, hijos, trabajo, amigos y consumo de alcohol.
4. Antecedentes:
  - Historia familiar y personal relevante.
  - Personalidad habitual.
5. Recursos disponibles:
  - Recursos actuales para enfrentarse con su problema, recursos personales y recursos externos (tales como amigos, agencias sociales y médico de cabecera).
  - Formas previas de hacer frente a las dificultades.
6. Valoración del estado mental en la entrevista:
  - En especial estado de ánimo, ideación e intención suicidas, desesperanza y estado cognitivo.
7. Lista de problemas actuales: formularlos teniendo en cuenta las percepciones del paciente. Identificar posibles desencadenantes.
8. Establecimiento de más ayudas en caso necesario:
  - Qué desea el paciente y qué está preparado a aceptar.
  - Quién más debe estar implicado (por ejemplo, la pareja u otros parientes).
9. Pacto de no autoagresión y establecimiento del compromiso terapéutico. También se explicitarán los términos acordados en los que se impliquen otras personas o agencias.

Aunque es muy difícil prevenir algunos tipos de suicidio, todos los profesionales sanitarios debemos prestar la mayor atención a este grave problema de Salud Pública y aprender a tomar las medidas de seguridad más adecuadas a cada caso individual, y sobre todo en los siguientes casos: pacientes deprimidos con antecedentes personales y/o familiares de conducta suicida, si existe comorbilidad médica y psiquiátrica asociada o adicciones. Desde el punto de vista organizativo, es preciso que las instalaciones reúnan las condiciones más adecuadas para garantizar una contención eficaz y el control de los riesgos previsibles de forma individualizada. Para ello puede ser útil entender el comportamiento suicida desde un punto de vista dimensional. En estudios de población general se encuentra que un 20% de personas reconocen haber tenido al menos un episodio de ideación suicida moderada o severa, definida como ideas persistentes de suicidio que duran al menos 2 semanas, haciendo algún plan e identificando los medios necesarios. En población general se ha encontrado que 10% a 12% de los sujetos examinados admiten haber hecho al menos un intento previo de suicidio. Una gran mayoría de personas que hacen un intento de suicidio no acabarán consumándolo, con una clara falta de continuidad de una forma a otra de conducta suicida, aunque la repetición de los intentos se asocia con un riesgo mayor de suicidio consumado. Tan importante como la exposición a situaciones vitales estresantes, es tener dificultades para resolver problemas cotidianos por déficits de habilidades de afrontamiento, como para la solución de conflictos interpersonales, y el predominio de un estilo de afrontamiento pasivo-evitativo, en vez de los orientados a la identificación y solución proactiva de los problemas (Williams y Pollock 2000).

Según los datos del estudio OMS/EURO, la conducta suicida no fatal es bastante más frecuente que el suicidio consumado, sobre todo en encuestas anónimas realizadas a adolescentes, con una prevalencia vida del 3% para las mujeres y el 2% para los varones, con algunas variaciones entre países y regiones, lo que apoya la hipótesis de que las conductas suicidas son diferentes métodos de intentar resolver problemas difíciles cuando no se cree disponer de recursos efectivos para resolverlos, aunque estos resultados son cuestionables por razones metodológicas (Schmidtke et al. 1996).

El problema básico del clínico es valorar si un paciente realizará o no un intento de suicidio a corto plazo, habitualmente en las próximas 24-48 horas. La cuestión es como diferenciar los pacientes que piensan en el suicidio de aquellos otros que lo actuarán, lo que es bastante más infrecuente. **Es fundamental evaluar en profundidad los indicadores de seria intención suicida que se enumeran a continuación:**

- Acto llevado a cabo sin que hubiera nadie.
- En un momento en que era improbable que acudiera alguien.
- Se tomaron precauciones para evitar ser descubierto.
- Se hicieron preparaciones anticipando la muerte (testamento, seguros...).
- Se preparó el acto (acceso a medios).
- Se comunicó la intención a alguien con antelación.
- Premeditación.
- Se dejó una nota.
- No se pidió ayuda después del acto.
- Admisión de la intención suicida.

**La entrevista clínica con la adecuada evaluación del riesgo de suicidio, el tratamiento eficaz y las medidas de seguridad apropiadas al paciente (manejo del paciente suicida individual) son los principales recursos para la prevención del suicidio.**

Se han diseñado varios instrumentos que proporcionan información clínica útil de factores predictivos o de riesgo de suicidio, pero que no permiten definir un riesgo inminente de suicidio, sino solo identificar a un paciente como perteneciente al grupo de riesgo de suicidio. **Escalas para la valoración psicométrica de los comportamientos suicidas:**

- Escalas no específicas de suicidio
  - MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)
  - Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS)
  - Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)
- Escalas específicas de evaluación del comportamiento suicida
  - Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)
  - Escala de Ideación Suicida de Paykel (PSS)
  - International Suicide Prevention Trial Scale for Suicidal Thinking (InterSePT)
  - Escala SAD PERSONS
  - Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS)
  - Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS)
  - Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (CGI-SS)
- Escalas de Evaluación de Actos Suicidas
  - Escala de Intencionalidad Suicida (SIS)
  - Gravedad Médica de la Tentativa (MDS)
- Escalas para la evaluación de los constructos relacionados con el suicidio
  - Escala de desesperanza (HS)
  - Inventario de Razones para Vivir (RFL)
  - Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11)
  - Inventario de Hostilidad de Buss- Durkee (BDHI)
  - Historia de Agresión de Brown-Goodwin (BGLHA)
  - Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE)

## DUELO POR SUICIDIO

El suicidio de un paciente produce un importante impacto emocional en sus médicos, con predominio de sentimientos de fracaso, insuficiencia y culpa, con frecuentes ruminaciones angustiosas sobre el hecho de no haberse dado cuenta durante la consulta de que el paciente puede haber tenido ideas de suicidio. El suicidio de un paciente constituye un importante acontecimiento vital estresante para el equipo asistencial y sus miembros deben afrontar el impacto de la pérdida así como las vivencias de incapacidad y fracaso por no haber podido evitarlo. Se trata de una probabilidad estadística cierta para todo el personal sanitario, pues un porcentaje significativo de las personas que fallecen por suicidio (en torno a un 40%) han buscado atención médica en los 6 meses previos. El tratamiento de pacientes suicidas provoca intensas reacciones emocionales en los miembros del equipo asistencial, así como preocupaciones éticas y legales, que con frecuencia acontecen de forma inconsciente. A menos que estas reacciones puedan ser comprendidas, evaluadas y elaboradas, pueden sabotear el curso del tratamiento. Al contrario, contar con conocimientos y habilidades para la detección y el tratamiento de pacientes con riesgo de suicidio hace posible ayudarles, e incluso, si se trata del propio médico o de otro compañero, buscar la ayuda profesional más adecuada.

La comunicación del suicidio desencadena en todos los miembros del equipo terapéutico un complejo proceso de reacciones vivenciales que ha sido revisado por Padierna Acero (1990). Transcurre de forma habitual en varios estadios, en primer lugar, la reacción inmediata de "shock" o de impacto agudo con sentimientos de incredulidad, negación, despersonalización y aislamiento emocional, o bien de angustia y sentimientos de culpa. Después tienen lugar diferentes reacciones de duelo tanto en el ámbito personal como profesional, que van a depender de múltiples factores, como son la calidad de la relación previa con el paciente, variables de personalidad y experiencia profesional individual, así como de la calidad de las relaciones interpersonales dentro del equipo o soporte social profesional.

El duelo personal acontece como un proceso privado aunque trascienda en la relación con los demás compañeros y con los propios familiares. El duelo profesional puede facilitarse a través de ciertas prácticas institucionales como son las sesiones clínicas de revisión del caso y la consulta con un supervisor, o con otros compañeros que facilitan la elaboración del trabajo de duelo personal, mejorar la comunicación, competencia y soporte del equipo, y reevaluar y mejorar la calidad asistencial y del trabajo de prevención del suicidio de pacientes con riesgo autolítico. El proceso de elaboración de un duelo normal incluye sentimientos de ansiedad y tristeza, pero la autoestima permanece indemne, sin sentimientos generales de autodesvalorización, deterioro de las relaciones interpersonales ni de los estándares asistenciales. El duelo normal es un proceso autolimitado que media en el logro de una adecuada recuperación personal y reorganización funcional, con posibilidad de aprender de la experiencia y de mejorar la práctica asistencial.

## CONCLUSIONES

En nuestro país no existe un registro fiable de la distribución de las muertes por suicidio según la profesión, debido a que no se cumplimenta el certificado de defunción con el mismo rigor que se hace en el caso de accidentes de tráfico y homicidios. Es necesario que la Organización Médica Colegial (OMC) inste a los médicos a hacerlo adecuadamente, para conocer la influencia de los riesgos psicosociales del trabajo en la salud del empleado y poder tomar medidas preventivas eficaces. Se recomienda que la OMC proponga al Ministerio de Sanidad y al Instituto Nacional de Estadística que se exija el cumplimiento estricto del certificado de defunción, como en cuanto a la causa fundamental o etiológica y la ocupación o profesión de la persona que se haya suicidado.

Es preciso documentar correctamente en la historia clínica la evaluación del estado mental y del riesgo de suicidio, en especial después de un intento.

Todas las campañas de prevención del suicidio destacan la relevancia de diagnosticar y tratar adecuadamente la depresión como medida preventiva fundamental y también de la importancia de luchar contra el estigma social asociado a la enfermedad mental.

La mayor tasa de suicidio de los médicos y especialmente en mujeres, hace necesario mejorar su formación en los aspectos psicosociales inherentes a la práctica clínica desde la formación de grado hasta la jubilación, promover el cuidado de la salud del médico para que pueda cuidar adecuadamente de la de los demás, así como mejorar sus condiciones de trabajo del para garantizar la seguridad del usuario tanto como la del profesional sanitario.

Es necesario garantizar la autonomía profesional de los médicos en la toma de decisiones clínicas según la evidencia científica, igual que la del resto de profesionales sanitarios, para lo que se deberán implementar medidas para la participación eficaz de los mismos en la planificación, regulación y control de la organización y gestión de los centros sanitarios. De ello depende no sólo la calidad asistencial y la seguridad de los enfermos, sino también la salud de los profesionales. Las condiciones y la organización del trabajo condicionan tanto la calidad asistencial como la calidad laboral de los trabajadores que les atienden. Igualmente es fundamental promover la formación continuada del médico, la supervisión eficaz, el trabajo en equipo y el desarrollo efectivo de la carrera profesional.

Siguiendo las recomendaciones de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, para prevenir la enfermedad mental, las adicciones y el suicidio, se deben realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión, adicciones y suicidio en grupos de riesgo. Para ello, se deben desarrollar intervenciones preventivas, como talleres específicos y entrenamiento en habilidades para la prevención y tratamiento de estos graves problemas de salud pública.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aasland OG, Ekeberg O, Schweder T. Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Social Science Medicine* 52 (2): 259-265, 2001.
- Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP et al. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and Psychiatric differences. *Psychological Medicine* 37: 1131-1140, 2007.
- Aguilar Shea AL, Vera García M, Outumuro Cadavid A et al. *La salud de los médicos de familia: ¿practicamos lo que predicamos? Atención Primaria* 43 (6):305-311, 2011.
- American Academy of Family Physicians. *Lifestyle/Personal Health Care in Different Occupations*. Kansas City, Mo, 1979.
- American Medical Association. Council on Mental Health. The sick physician. Impairment by psychiatric disorders. *JAMA* 223: 684687, 1973.
- American Medical Association. Council on Scientific Affairs. Physician mortality and suicide: results and implicatios of the AMA-APA pilot study. *Conn Med* 50:37-43, 1986.
- Arendt H. *Sears in Understanding*. Ed. Harcourt Brace. New York, 1994.
- Arensman E, Kerkhof A, Hengeveld M. et al. Medically treated suicide attempts: a four year monitoring study of the epidemiology in the Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49: 285-289, 1995.
- Arnetz BB, Horte LG, Hedberg A, et al. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. Results from a national long-term prospective study and a retrospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 75 (2): 139-143, 1987.
- Bandura A. *Teoría del Aprendizaje Social*. Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1987.
- Barcia D. *Necesidad de una medicina antropológica*. Publicaciones Universidad de Murcia, 1979.
- Barracough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. *British Journal Psychiatry* 112. 355, 1974. Citado en rucinski y Cybulska, 1985.

- Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal Psychiatry* 142 (5): 559-563, 1985.
- Blach CM, Oreskovich MR, Dyrbye LN et al. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *Journal College Surgeons* 213(5): 657-667, 2011.
- Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA et al. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National comorbidity Survey. *American Journal Psychiatry* 151: 979-986, 1994.
- Blumenthal D, Gokhale M, Campbell E, Wissman J. Preparedness for clinical practice. *JAMA*: 1027-1034, 2006.
- Bovier PA, Arigoni F, Schneider M, Gallachi MB. Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental Health among Swiss primary care physicians. *European Journal Public Health* 19 (6): 611-617, 2009.
- Bobes García J, Sáiz Martínez PA, García-Portilla MP, Bascarán Fernández MT, Bousoño García M. Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento. *Ars Medica*, Barcelona, 2004
- Bousoño García M, García prieto A, Bascarán Fernández MT. Aspectos bioéticos y morales, en: Julio Bobes García, Pilar Alejandra Sáiz Martínez, María Paz García-Portilla González, María Teresa Bascarán Fernández, Manuel Bousoño García. Comportamientos suicidas. Prevención y Tratamiento. Ed. *Ars Médica*. Barcelona, 2004.
- Boyd JH & Weissman MM. The epidemiology of affective disorders: A reexamination and future directions. *Archives of General Psychiatry* 38, 1039-1046, 1981.
- Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA* 289: 3161-3166, 2003.
- Chan AO, Huak CY. Influence of work environment on emotional health in a health care settings. *Occupational Medicine* 54 (3):207-212, 2004.
- Charlton J, Kelly S, Dunnell K et al. Suicide deaths in England and Wales: trends in factors associated with suicide deaths. *Populations Trends* 71: 34-42,1993.
- Chiles JA, Strosahl Kd. *The suicidal patient*. American Psychiatric Press. Inc. Washington, 1995.
- Cornette MM, deroon-Cassini TA, Fosco GM, et al. Application of an interpersonal-psychological model of suicidal behavior to physicians and medical trainees. *Archives Suicide Research* 13 (1): 1-14, 2009.
- Croasdale M. Women foun more likely to burn out from practice stress. *American Medical News* 48.1-2, 2005.
- de la Cruz C, Corominas A, Sarró B. El suicidio en la profesión médica: revisión bibliográfica. *Monografías Médicas Jano*, 2 (nº 9), 1988.
- De la Monte SM, Hutchins GM. Is suicide a special occupational hazard for physicians? *JAMA* 251 (15):1952-3.
- Dublin LI, Spiegelman M. The longevity and mortality of American physicians. *JAMA* 9: 1211-1215, 1947.
- Ducker DG. Role conflict for women for women physicians. En CD Scott and JE Hawks (eds), *Heal Thyself: The Health of two sources of the Health Professional*, Brunner-Mazel, New York. 1987.
- Epstein, RM, Hundert, EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002, Jan 9; 287 (2): 226-235.
- Epstein, RM et al. Comprehensive assessemante of professional competence: the Rochester experieiment. *Teach learn med.* 16 (2): 186-196, 2004.
- Firth-Cozens J. Emotional distress in junior house officers. *British Medical Journal* 295: 533-536, 1987.
- Ford De, Mead LA, Chang PP et al. Depression is a risk factor for coenary artery disease in men: the precursors study. *Archives Internal Medicine* 158: 1422-1426, 1998.
- Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attemts among US women physicians. *American Journal Psychiatry* 156: 1887-1894, 1999.
- Fridner A, Belkic K, Marini M. et al. Survey on recent suicidal ideation among female university hospital physicians in Sweden and Italy (the HOUPE study): cross-sectional associations with work stressors. *Gender Medicine* 6 (1): 314-328, 2009.
- Fridner A, Belkic K, Minucci D et al . Work Environment and recent Suicidal Thoughts Among Male University Hospital physicians in Sweden and Italy: The health and organization among University Hospital physician in Europe (HOUPE) Study. *Gender Medicine* 8 (4): 269-279, 2011.
- Gabbard GO. The role of Compulsiveness en the Normal Physician. *JAMA* 254: 2926-2929, 1985.
- Gabbard GO. *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 2002.
- Gabbard GO, Allison SE. Psychodynamic treatment, en *American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide. Assessment and Management*. Ed. Simon RI, Hales RE. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006.
- Gagné P, Moamai J, Bourget D. Psychopatology and Suicide among Quebec Physicians: A Nested Case Control Study. *Depression Research and Treatment*. 2011.

- Gist ME, Mitchell TR. Self-efficacy: a theoretical analysis of its determinants and malleability. *Academy of Management Review* 17(2): 183-211, 1992.
- Gold KJ, Sen A, Schwenk TL. Details on suicide among US physicians: data from the National Violent Death Reporting System. *General Hospital Psychiatry* 35:45-49, 2013.
- Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Ed. Eudema, Madrid, 2007.
- Gyorffy Z, Adám S, Csoboth C, Kopp M. The prevalence of suicide ideas and their psychological backgrounds among physicians. *Psychiatrie Hungarica* 20 (5): 370-379, 2005.
- Hassan TM, Ahmed SO, White AC, Galbraith N: A postal survey of doctors' attitudes to becoming mentally ill. *Clinical Medicine* 9 (4): 327-332, 2009.
- Hawton K. and Catalan J. *Attempted suicide: a practical guide to its nature and management* (2<sup>nd</sup> edn). Oxford University Press, 1987.
- Hawton K, Clements A, Sakarovitch C et al. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and speciality in medical practitioners in England and Wales 1979-1995. *Journal Epidemiology Community Health* 55:296-300, 2001.
- Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *The Lancet* 373: 1372-1381, 2009.
- Heikkinen M, Aro H, Lonnqvist J. Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.* 377: 65-72, 1994.
- Heim E. Job stressors and Coping in Health Professions. *Psychotherapy and psychosomatics* 55: 90-99, 1991.
- Hem E, Gronvold NT, Aasland OG et al. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a national sample. *European Psychiatry* 15 (3): 183-189, 2000.
- Hem E, Haldorsen T, Aasland OG et al Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000 *psychological medicine* 35 (6): 873-880, 2005.
- Hernández M, Ayuso Mateos JL. Programa de Formación profesionales Sanitarios de la CAM que trabajan con pacientes en edad geriátrica sobre detección y Prevención de la Depresión y el Suicidio. Ministerio de Sanidad, Madrid, 2010.
- Joiner T, Brown JS, Wingate LR. The psychology and Neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review Psychology* 56: 287-314, 2005.
- Karasek et al. Jobs demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job design. *Administrative Science Quarterly* 24. 285-308, 1979.
- Kauppinen-Toropainen K. et al. Job dissatisfaction and work-related exhaustion in male and female work. *Journal of Occupational Behavior* 4: 193-207, 1983.
- Kelly S and Bunting J. Trends in suicide in England and Wales, 1982-96. *Population Trends* 92: 29-41, 1998.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. 2005. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry* 62(6):593-602.
- King H. Health in the medical and other learned professions. *Journal chronic Disease* 23: 257-281, 1970.
- Kotler M, Iancu i, Efroni R et al. Anger, impulsivity, social support, and suicide risk in patients with posttraumatic stress disorder. *Journal Nervous Mental Disorder* 189: 162-167, 2001.
- Lagro-Janssen AL, Luijs HD. Suicide in female and male physicians. *Ned Tijdschr Geneeskde*. 152 (40): 2177-2181, 2008.
- Lindeman S, Laara E, Hakko H et al 1996. A systematic review on Gender-specific suicide mortality in medical doctors. *British Journal Psychiatry* 168: 274-279, 1996.
- Lindeman S, Heinanen H, Vaisanen E et al. Suicide among medical doctors: Psychological autopsy on seven cases. *Archives Suicide Research* 4: 135-141, 1998.
- Lindfors PM, Meretoja OA, Luukkonen RA et al. Suicidality among Finnish anaesthesiologists. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 53: 1027-1035, 2009.
- López Sánchez F, Carpintero Raimundez E, del Campo Sánchez A, Lázaro Visa S, Soriano Rubio S. El bienestar personal y social y la prevención del malestar y la violencia. Ed. Pirámide. Madrid, 2006.
- Maltsberger JT. Outpatient treatment en *The American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management*. Ed. Simon RI, Hales RE. Washington, DC, American Publishing, 2006.
- Mann JJ, Oquendo MA, Underwood MD, Arango V. The neurobiology of suicide risk: A review for the clinician. *Journal Clinical Psychiatry* 60: 7-11, 1999.
- Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, et al. Toward a clinical model of suicidal behavior in Psychiatric patients. *American Journal Psychiatry* 156: 181-189, 1999.

- Marina JA. *Dictamen sobre Dios*. Ed. Anagrama. Barcelona, 2001.
- Marina JA, de la Válgoma M. *La magia de leer*. Ed. Plaza Janés, Random House Mondadori, SA. Barcelona, 2005.
- May HJ, Revicki DA. Professional Stress Among Family Physicians. *The Journal of Family Practice* 20: 165-171, 1985.
- Mc Murray JE, Linzer M, Konrad TR, et al. The work lives of women physician: a results from the physician work life Study. The SGIM Career Satisfaction Study Group. *Journal General Internal Medicine* 15: 372-380, 2000.
- Mingote Adán JC. Satisfacción, estrés laboral y calidad de vida del médico. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, 1995.
- Mingote Adán JC, Jiménez Arriero MA, Osorio Suárez R, Palomo T. Suicidio. Asistencia clínica. Guía práctica de psiquiatría médica. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 2004.
- Mingote C, Requena M (Editores). *El malestar de los jóvenes. Contextos, Raíces y Experiencias*. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 2008.
- Mingote Adán JC, del Pino Cuadrado P, Gálvez Herrer M y cols. Utilidad preventiva del constructo "trastorno mental grave" en el ámbito sociosanitario. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 56 (221): 306-322, 2010.
- Müller N, Myint AM, Schwarz MJ. Inflammatory Biomarkers and Depression, en: Tomás Palomo, Richard M Kostrzewa, Richard J Beninger (Eds.). *Staging Neuropsychiatric Disorders. Implications for Etiopathogenesis and Treatment*. Springer. Madrid, 2012.
- Myers MF. Physician suicides leave many victims in their wake. *Winnipeg Free Press*, October 1, 2006.
- Myers MF, Gabbard GO. *The Physician as Patient. A Clinical Handbook for Mental Health Professionals*. Ed. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, 2008.
- Neighbour R. *La Consulta Interior*. Ed. J&C S.L. Esplugues de Llobregat, 1998.
- Nogales, A., García-Seoane, J., Calvo, E. y Grupo de Trabajo Para la Definición de Competencias. *Competencias para el Grado de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid*. Documento Base. Unión Editorial: Madrid 2008.
- New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health. *The assessment and management of people at risk of suicide*, Wellington: New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health. 2003.
- Nierenberg AA, Gray SM, Grandin LD. Mood disorders and suicide. *Journal Clinical Psychiatry* 62 (Suppl 25): 27-30, 2001.
- Ortega y Gasset J. *La rebelión de las masas*. Ed. Austral, Madrid, 1929.
- Owen D. Diseased, demented, depressed: serious illness in Heads of State. *Ocupacional Medicine* 53: 491-501, 2003.
- Petersen MR, Burnett CA. The suicide mortality of working physicians and dentists. *Occupational Medicine (Lond.)* 58 (1): 25-29, 2008.
- Pompili M, Innamorati M, Narciso V. et al. burnout, hopelessness and suicide Risk in medical doctors. *Clínica Terapeutica* 161 (6): 511-514, 2010.
- Post RM. Mechanisms of Illness Progression in the Recurrent Affective Disorders, en: Tomás Palomo, Richard M Kostrzewa, Richard J Beninger (Eds.). *Staging Neuropsychiatric Disorders. Implications for Etiopathogenesis and Treatment*. Springer. Madrid, 2012.
- Preven DW. Physician Suicide. The Psychiatrist's Role, en *The Impaired Physician* (ed) Stephen C Scheiber and Brian B Doyle Plenum Medical Book Co., New York, 1983.
- Registrar General. *Decennial Supplement, England and Gales 1959-63 on Occupational Mortality*, HMOS, London, 1978.
- Retorta J. *El poder y sus conflictos*. Ed. Plural Paidós. Barcelona, 2005.
- Sadock, B.J. y Sadock, V.A. *Sinopsis de Psiquiatría*. Waverly Hispánica S.A. Barcelona, 2004.
- Revicki DA, May HJ. Development and Validation of the Physician Stress Inventory Family Practice Research Journal 2:211-225, 1983.
- Revicki DA, May HJ. Occupational stress, Social Support, and Depression. *Health Psychology* 4: 61-77, 1985.
- Revicki DA, May HJ, Whitley TW. Reliability and Validity of the work-Related Strain Inventory Among Health Professionals. *Behavioral Medicine* 12: 111-120, 1991.
- Reynolds Ch, Clayton P. Out of the Silence: Confronting Depression in Medical Students and Residents. *Academic Medicine* 84 (2): 159-160, 2009.
- Rich CL, Pitts FN. Suicide by male physicians during a five-year period. *American Journal psychiatry* 136.1089-1090, 1979.
- Rich CL, Pitts FN. Suicide by psychiatrist: A study of medical specialists among 18,730 consecutive physician deaths during a 5 year period (1967-1972). *Journal Clinical Psychiatry* 41: 261-263, 1980.

- Richards C. The health of doctors. King Edward`s Hospital Fund for London, 1989.
- Rose KD and Rosow I. Physicians who kill themselves. Archives General Psychiatry 29: 800, 1973.
- Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. 121: 31-49, 2003.
- Ross M. Suicide and the psychiatrist. American Journal Psychiatry 130: 937, 1973.
- Roskar S, Podlesek A, Zorko M, et al. Effects of training on recognition and management of depression and suicide risk evaluation for Slovenian primary-care physicians: follow-up study. Croatian Medical Journal 51 (3): 237-242, 2010.
- Rucinski J and Cybulska E. Mentally ill doctors British Journal Hospital Medicine, II, 1985.
- Sarró B y de la Cruz C. Los suicidios. Martínez Roca, Barcelona, 1991.
- Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons. Archives Surgery 146 (1): 54-62. 2011.
- Satcher D. From the Surgeon General. JAMA, 284: 950, 2000
- Schmidtke A, Bille Brahe U, De Leo D et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide: Acta Psychiatrica Scandinavica 93, 327-338, 1996.
- Schernhammer ES, Colditz GA: Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). American Journal Psychiatry 161: 2295-2302, 2004.
- Siegrist J, Rödel A. Work stress and health risk behavior. Scandinavian Journal Work Environmental Health 32 (6): 473-481, 2006.
- Silverman M. Physicians and suicide, en The Handbook of Physician Health: An Essential Guide to Understanding the Healthcare Needs of Physicians. Ed. Goldman LS, Myers M, Dickstein IJ. Chicago, IL, American Medical Association, 2000.
- Simon RI. Patient safety versus freedom of movement: coping with uncertainty, en The American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management. Ed. Simon RI, Hales RE. Washington, DC, American Publishing, 2006.
- Spector PE. Behavior in Organizations as a function of employee`s locus of control. Psychological Bulletin 91 (3):482-497, 1982.
- Steppacher RC and Mausner JS. JAMA 228. 323,1974. Citado en Rucinski y Cybulska (1985).
- Torre D, Wang NY, Mead LA, et al. Mortality in a prospective study of physicians. Journal General International Medicine 15 (suppl): 150, 2000.
- Tyssen R, Hem E, Vaglum P, et al. The process of suicidal planning among medical doctors: predictors in a longitudinal Norwegian sample. Journal Affective Disorders 80 (2-3): 191-198, 2004.
- Vaillant GE. Adaptation to Life. Little Brown and Co. Inc. Boston, 1977.
- Vaillant GE, Vaillant CO. Natural History of Male psychological health XII: A 45 Year Study of Predictors of Successful Aging at Age 65. American Journal of Psychiatry 147: 31-37, 1991.
- Van der Heijden F, Dillingh G, Bakker A, et al. Suicidal Thoughts Among Medical Residents with Burnout. Archives of Suicide Research 12: 344-346, 2008.
- Wada K, Yoshikawa T, Goto T et al. Association of Depression and Suicidal Ideation with Unreasonable Patient Demands and Complaints Among Japanese Physicians: A National Cross-sectional survey International Journal Behavioral medicine 18: 384-390, 2011.
- Williams JMG and Pollock LR. The psychology of suicidal behavior, en The internal handbook of suicide (ed. K Hawton and C Van Heeringen). Wiley, Chichester, 2000.
- Wortman C, Biernat M, Lang P. Coping with Role Overload en Frankerhaeuser M, Lundberg E, Chesney M. Women, Work and Health. Stress and Opportunities. Plenum Press, New York 1991.



# Coordinación entre los colegios de médicos y los clínicos del PAIME ante un paciente difícil. Casos prácticos

Fundación  GALATEA

## II Jornadas Clínicas PAIME

28 -29 de noviembre de 2014

# CASO I

## Motivo de consulta:

- 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

# CASO I

## 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.

# CASO I

## Evolució (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.

# CASO I

## 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 II

## 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

# CASO II

## 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.

# CASO II

## 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.

# CASO II

## 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.

# CASO II

## 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.

# CASO II

## 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 III

## Motivo de consulta:

- 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.

# CASO III

## 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.

# CASO III

## 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.

# CASO III

## 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 baja laboral



## Utilidad preventiva del constructo "trastorno mental grave" en el ámbito sociosanitario

### Preventive usefulness of the concept "serious mental disorder" in social-sanitary area

#### **José Carlos Mingote Adán**

UVOPSE-PAIPSE. Unidad de Valoración y Orientación al profesional sanitario enfermo. Comunidad de Madrid. Madrid. España

#### **Pablo del Pino Cuadrado**

UVOPSE-PAIPSE. Unidad de Valoración y Orientación al profesional sanitario enfermo. Comunidad de Madrid. Madrid. España

#### **Macarena Gálvez Herrero**

UVOPSE-PAIPSE. Unidad de Valoración y Orientación al profesional sanitario enfermo. Comunidad de Madrid. Madrid. España

#### **M.ª Dolores Gutiérrez García**

UVOPSE-PAIPSE. Unidad de Valoración y Orientación al profesional sanitario enfermo. Comunidad de Madrid. Madrid. España

#### **Raquel Sánchez Alaejos**

UVOPSE-PAIPSE. Unidad de Valoración y Orientación al profesional sanitario enfermo. Comunidad de Madrid. Madrid. España

Recibido: 03-12-10

Aceptado: 07-12-10

#### **Correspondencia:**

José Carlos Mingote Adán.

UVOPSE-PAIPSE

Pabellón n.º 8 Ciudad Universitaria

28040 Madrid. España.

Tfno: 913303926

Fax: 913303903

E-mail: jmingote.hdoc@salud.madrid.org

## Agradecimientos

En la elaboración de este documento se han tenido en cuenta los Protocolos Asistenciales y de Funcionamiento del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, así como las recomendaciones de la Comisión de Ayuda y Prevención al Médico Enfermo (CAYPAM) del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid y los Códigos Deontológicos de los Colegios Profesionales de Enfermería y de Médicos. Nuestro más sincero agradecimiento a todos ellos.

Agradecemos además la revisión de su contenido a: D. Francisco Javier Sánchez Caro (Responsable del Área de Bioética y Derecho Sanitario, Dirección General de Atención al Paciente, Consejería de Sanidad), Dr. Andrés Santiago Sáez (Jefe de Servicio de Medicina Legal del Hospital Clínico San Carlos), Dr. César Borobia (Profesor Titular de Medicina Legal, Ftad. Medicina U.C.M.), Dr. Alfredo Calcedo Ordóñez (Catedrático de Psiquiatría, Co-Director Master Psiquiatría Legal, U.C.M), Dr. Jerónimo Maqueda (Director de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo) y Dra. Rosana Cortés (Jefa de Estudios de la Nacional de Medicina del Trabajo) y al Comité Técnico Asesor de la UVOPSE-PAIPSE.

*"El diagnóstico es pronóstico"*

(Godwin y Guze, 1974)

## Resumen

**Introducción:** El constructo “trastorno mental grave” (TMG) puede ser muy útil en la práctica clínica y no sólo en el ámbito de la gestión de los recursos, al permitir diseñar intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas efectivas, especialmente en el sector servicios y en profesiones de alta fiabilidad y seguridad (sanidad, defensa, transporte, etc.) en las que los errores suelen tener consecuencias directas adversas para la vida de las personas y los que se debe garantizar la máxima calidad y la seguridad de los usuarios.

**Objetivos:** Revisar los principales aspectos a considerar en la elaboración de protocolos de intervención laboral ante trastornos mentales graves.

**Método:** Revisión de la bibliografía disponible.

**Conclusiones:** Se proponen herramientas y procedimientos de utilidad para afrontar los casos clínicos graves en el ámbito laboral sanitario, mejorar la calidad asistencial y contribuir a garantizar la seguridad de los usuarios y de los sanitarios enfermos.

*Med Segur Trab (Internet) 2010; 56 (221): 306-322*

**Palabras claves:** Trastorno mental grave. Criterios diagnósticos. Prevención. Intervención.

## Abstract

**Introduction:** The concept of “serious mental disorder” (SMD) can be very useful in clinical medical practice, not only in the management resources area, allowing to design preventive, diagnostic and therapeutic effective interventions, but also in service area and in high reliability and security professions, such as health, defence, transport and so on. In these cases mistakes use to have direct and adverse consequences for people’s life that is way a maximum quality and safety must be guaranteed for the users.

**Objective:** To check the principal aspects to consider in the production of intervention protocols for mental serious disorders in the workplace.

**Method:** Review of the available bibliography.

**Conclusions:** This article proposes tools and procedures to deal with serious clinical cases in health professional field in order to improve the attendance quality, contributing to the safety of the health workers and users.

*Med Segur Trab (Internet) 2010; 56 (221): 306-322*

**Key words:** Serious mental health. Diagnostic criteria. Prevention. Intervention.

## INTRODUCCIÓN

Dada la actual crisis nosográfica, conviene recordar las advertencias de Jaspers <sup>1</sup>: “...es posible rechazar todos los esfuerzos realizados. Se puede decir: No hay ninguna unidad nosológica, se corrió tras un fantasma”. Esta crisis nosográfica que vive la Psiquiatría como disciplina médica es reflejo de la complejidad constitutiva del ser humano y de la evidencia científica actual, que requiere el empleo de modelos teóricos integradores e instrumentos válidos de medida de la enfermedad que puede padecer una persona en un momento determinado. Casi 100 años más tarde, es preciso reconocer que ha mejorado mucho la fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos cuando se emplean las herramientas apropiadas, para los diferentes síndromes clínicos. La mayor parte de ellos se definen por su principal característica sintomática, que ninguna es específica de un trastorno mental concreto, pero aún no se ha demostrado que sean entidades discretas o categorías nosológicas válidas separadas por límites naturales o verdaderas discontinuidades explicables por la existencia de un sustrato biológico diferente para cada una de ellas.

Actualmente, se propone la clasificación dimensional de los trastornos mentales, separados por límites arbitrarios decididos por consenso de expertos <sup>2</sup>. Otra cosa diferente es la utilidad clínica de un diagnóstico formal concreto, en la medida en que proporciona información valiosa de tipo pronóstico acerca de la respuesta al tratamiento. La utilidad clínica del constructo “trastorno mental grave” (en adelante, TMG) dependerá de su validez predictiva para anticipar la evolución del enfermo y la administración de los tratamientos más efectivos. Pero quedarnos ahí supondría una visión reduccionista, su consideración también puede contribuir a mejorar la seguridad de los usuarios y de los sanitarios, entendida ésta desde una perspectiva sistémica (que incluye la consideración de los medios materiales, los procedimientos técnicos y organizativos, así como la selección y el cuidado de los operadores especialmente cualificados por su resistencia al estrés y la toma de decisiones de alto rendimiento), sobre todo en situaciones de urgencia y de riesgo vital.

La protocolización de la atención a la Salud Mental ha sido abordada recientemente como una herramienta eficaz orientada a la mejora de la calidad y seguridad de la asistencia al usuario, así como a facilitar la práctica del profesional sanitario que de él se ocupa. El objetivo del presente trabajo es analizar el concepto de TMG en relación con el posible deterioro funcional a partir del cual pueda suponer un riesgo para sí mismo o para terceros durante la actividad laboral. Se revisarán los principales aspectos a considerar en la elaboración de protocolos de intervención laboral ante dichos trastornos (principalmente en personal sanitario) y la prevención de sus consecuencias en el medio laboral, concretamente se analizarán aspectos a considerar y definir en un posible protocolo y procedimientos de actuación recomendados.

## ASPECTOS A DEFINIR

### Capacidad y competencia profesional

Una primera cuestión a plantearse ante un posible TMG en el lugar de trabajo es su capacidad y competencia profesional para el desempeño seguro de sus funciones. En nuestro ámbito legal, por el mero hecho del nacimiento en las condiciones establecidas en el Código Civil (artículos 29 y 30) se es persona, esto es, se tiene personalidad y por el mero hecho de ser persona y tener personalidad se es capaz, siendo importante distinguir entre capacidad jurídica y capacidad de obrar:

- **La capacidad jurídica:** Es la abstracta posibilidad de recibir los efectos del ordenamiento jurídico.
- **Capacidad de obrar:** aptitud para ejercer personalmente un derecho y el cumplimiento de una obligación, esto es, la aptitud legal para ser sujeto de derechos y obligaciones.

**La competencia:** Presupone siempre la capacidad de obrar (posibilidad de realizar actos con eficacia jurídica) y añade otros elementos como la preparación profesional o académica adecuada, la idoneidad para dicha profesión en el sentido de que se puede realizar la tarea profesional concreta y habilidades mayores o menores según la circunstancia y técnica concreta.

La **competencia médica** ha sido definida como <sup>3</sup>: *“La capacidad de utilizar de manera habitual y razonable la comunicación, los conocimientos, las habilidades técnicas, la capacidad para la toma de decisiones basadas en la evidencia, las emociones, los valores, y la reflexión en beneficio del individuo y de la comunidad que se atiende”*. Incluye los siguientes aspectos o dimensiones básicas <sup>4</sup>:

1. Cognitivos: Adquirir y utilizar conocimientos.
2. Integrados: Sintetizar datos, razonar y juzgar.
3. Relacionales: Comunicarse con pacientes y colegas.
4. Afectivos/éticos: Demostrar paciencia, voluntad y autoconocimiento.

Además de las capacidades adquiridas a través de la formación continua y la experiencia laboral, la **competencia profesional** también se define por las condiciones de salud del personal que facilitan o interfieren en su puesta en práctica, tal y como señalan los Códigos Deontológicos <sup>5</sup>: *“La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados”*.

Según el Plan de Bolonia para los Estudios de Grado de Medicina <sup>6</sup>, el médico necesitará contar con las suficientes **competencias para su desarrollo profesional** tales como: autocrítica y auto-evaluación, aprendizaje autónomo y cuidado personal; incluyendo ser capaz de atender a su estilo de vida, requerir ayuda y consejo en situaciones difíciles, reconocer los peligros de automedicación y abuso de sustancias, conocer la influencia y prevención de factores relacionados con su trabajo para la salud propia y ajena.

Según el Documento Sitges <sup>7</sup>, la **capacidad de autonomía personal** se puede encontrar limitada tanto por límites “naturales”, como “legales”, entre los que destacan los derechos de los demás y el perjuicio inaceptable de tercero, que condicionan y limitan el marco de las decisiones individuales. Es decir, se deberá tener en cuenta tanto las condiciones necesarias para la toma de decisiones, como la trascendencia individual y/o social de la misma. La toma de decisiones depende especialmente de la disponibilidad de los recursos cognitivos, emocionales y conductuales de cada persona en un momento dado.

En el caso de los sanitarios, con responsabilidad directa o indirecta sobre la vida de terceros, la seguridad (peligrosidad) mencionada anteriormente, constituye un elemento fundamental de su actividad cotidiana. A su vez, los procesos de conflicto interpersonal en el trabajo (con compañeros y/o pacientes) son posibles indicadores de la existencia de un trastorno mental y/o de problemas organizativos que repercuten en la salud de los trabajadores.

## Gravedad de los trastornos y factores de riesgo a controlar

El término gravedad clínica se aplica a enfermedades que ponen en peligro la vida de las personas. Así puede ocurrir por ejemplo, en el caso de una depresión psicótica con intensa impulsión suicida, por la cualidad, intensidad y repercusión de algunos síntomas en la vida del paciente y de otras personas. Los síntomas de los diferentes trastornos mentales se han dividido entre los que producen sufrimiento y dolor, y los que causan pérdida funcional o discapacidad, frente al malestar normal de la vida. El término psicótico es sinónimo de deterioro grave del funcionamiento personal y social, caracterizado por la incapacidad para desarrollar con normalidad los roles familiares y laborales por alteración grave del contacto con la realidad.

La gravedad del trastorno mental actual debe incluir tanto la sintomatología psíquica, como los problemas psicosociales asociados, la sintomatología somática y otros problemas tales como son los conflictos interpersonales en el trabajo y los problemas de adaptación al medio sociolaboral. En general, existe una relación dosis-respuesta entre la gravedad de la enfermedad mental y el grado de incapacidad laboral asociado<sup>8,9</sup>.

Una enfermedad mental grave es un **trastorno con deterioro funcional**<sup>10</sup>, y se define de la siguiente manera:

1. Trastorno: Cualquier trastorno DSM diagnosticado durante un período de 12 meses, excluyendo los códigos V (afecciones no atribuibles a un trastorno mental que son objeto de atención clínica o tratamiento, como los problemas académicos o la simulación), los trastornos por consumo de sustancias (que en el próximo DSM-V se ha propuesto llamarlo “Adicciones y Trastornos Relacionados”, incluyendo juego patológico y adicción a Internet), y los trastornos del desarrollo.

2. Deterioro: Interferencia considerable en al menos una de las principales actividades de la vida que incluyen no sólo las actividades básicas de la vida cotidiana como comer o bañarse, sino también “las habilidades instrumentales (p. ej., mantener un hogar, manejar dinero, desenvolverse en sociedad, tomar la medicación prescrita), y el funcionamiento en el contexto social, familiar y laboral/educativo”.

No existe una definición consensuada sobre el constructo de TMG, éste puede variar según que el objetivo prioritario sea la planificación y gestión sanitaria, la investigación, la intervención clínica, etc., y son numerosas las posibles definiciones que se pueden encontrar al respecto en la bibliografía científica. Una revisión de las mismas<sup>11</sup> indica como elementos comunes la necesidad de prestar atención a tres dimensiones:

- Diagnóstico: Incluyendo, de forma prioritaria, la psicosis y trastornos crónicos.
- Duración: Variable según las diferentes definiciones desde 1 a 5 años desde el inicio del trastorno.
- Discapacidad: Operativizada en función del desempeño de roles sociales, familiares, laborales y de autocuidado. Según estos autores, la efectividad de los Servicios Sanitarios depende tanto de la calidad de la tecnología instrumental como de la tecnología humana (el factor humano), siendo tan importante la competencia científico-técnica personal, como los factores derivados de la actitud y de la personalidad.

Otros autores<sup>12</sup> proponen el sistema definido por las dimensiones *Safety, Informal, Diagnosis, Disability and Duration* (SIDD) como elemento de definición de TMG:

1. Seguridad (peligrosidad). Hacia sí mismo o hacia terceros.
2. Apoyo (soporte): Social e institucional.
3. Diagnóstico: Incluyendo enfermedad psicótica, demencia, enfermedad neurótica grave, trastorno de la personalidad y trastorno del desarrollo.
4. Discapacidad: Con habilidades disminuidas para funcionar eficazmente en la comunidad (trabajo, familia, relaciones interpersonales).
5. Duración: Persistencia de cualquiera de las dimensiones mencionadas (6 meses-2 años).

Según consenso genera l<sup>13</sup> se entiende por TMG el que cumple los siguientes criterios clínicos:

- a) Trastorno mental psicótico (esquizofrenia, paranoia, depresión psicótica, etc.) o adictivo, en especial si es crónico y/o recurrente, y trastornos graves de la personalidad (sobre todo los del Cluster A y B del DSM).
- b) Trastorno que ha requerido un tratamiento prolongado, igual o superior a dos años.

c) Trastorno que se asocia a un descenso en el rendimiento funcional y muestra discapacidad en sus actividades diarias (como en el trabajo y en sus relaciones interpersonales) con una puntuación igual o inferior a 50 en la Escala de evaluación de la actividad global (DSM-IV- TR).

Los **parámetros de gravedad** en adultos a considerar serán <sup>14</sup>:

a) La gravedad diagnóstica (psicosis, depresión mayor, trastorno neurótico severo, crisis adaptativa severa, alcoholismo y adicciones severas, trastornos alimentarios graves) combinada o no con situaciones o grupos de riesgo.

b) Comorbilidad de distintas patologías psíquicas o físicas.

c) Grado de discapacidad producido (en relación con autocuidado y salud, afrontamiento personal y social, autonomía personal y social y tratamiento).

d) Repercusión del trastorno sobre el medio familiar y social (valorando el riesgo de heteropeligrosidad).

e) Autopeligrosidad (riesgo autolítico).

f) Precariedad o agravantes de la red social (soporte social y factores que dificulten la contención y/o obstaculicen el tratamiento).

g) Características de la demanda (voluntaria o involuntaria, nivel de sufrimiento y motivación).

h) Tiempo de evolución del trastorno (agudo o crónico).

i) Complejidad del manejo terapéutico (prestaciones necesarias, trabajo en red y necesidad de coordinación entre diferentes servicios).

j) Aparición de los síntomas en etapas de especial relevancia evolutiva (por ejemplo al inicio de la actividad laboral).

Respecto a los trastornos adictivos, que por definición son también trastornos crónico-recurrentes (caracterizados por el consumo compulsivo, la pérdida de control y la producción de estados emocionales negativos asociado todo ello a un elevado riesgo de estados emocionales negativos, disfunciones cognitivas y conductuales que suponen un alto riesgo de mala praxis), se hace necesario, no solo realizar un tratamiento completo sino controlar el cumplimiento terapéutico y prevenir las posibles recaídas a largo plazo.

Para analizar la gravedad del trastorno relacionado con el abuso de sustancias adictivas, se valorarán los siguientes criterios: cantidad, frecuencia y antigüedad del uso de la sustancia, así como las percepciones del paciente, déficit de control y las repercusiones psicopatológicas, afectivas, cognitivas y conductuales. Para ello se podrán utilizar cuestionarios autoadministrados, pruebas de laboratorio y análisis de sustancias en sangre, orina y cabello (art. 785 Ley de Enjuiciamiento Criminal). Estas pruebas sirven tanto para objetivar el consumo de una sustancia, gravedad del trastorno, cumplimiento terapéutico y grado de abstinencia (siempre salvaguardando la confidencialidad de los resultados).

En resumen, según criterios de gravedad y deterioro funcional expuestos, serán de especial atención los siguientes casos <sup>15</sup>:

1. El trastorno esquizo-afectivo, maniaco-depresivo, autismo, formas graves de depresión mayor, trastorno de angustia o el trastorno obsesivo-compulsivo, puesto que si no se tratan suelen provocar un importante deterioro.

2. En algún momento, durante los últimos 12 meses, el trastorno interfirió considerablemente con la capacidad laboral, causó grandes dificultades interpersonales, o estuvo asociado a un plan o tentativa suicida.

3. En algún momento, a lo largo de los últimos 12 meses, se cumplieron los criterios de deterioro funcional sin que el tratamiento u otros servicios de apoyo fuesen efectivos.

El concepto de discapacidad deberá valorarse en cada caso individual como un desbalance persistente de la interacción entre “la condición de salud” del individuo enfermo y las demandas adaptativas del medio sociolaboral específico <sup>16</sup>. Además, consideramos importante señalar que en caso de TMG se pueden presentar las siguientes características:

1. Carencia de capacidad de adaptación a la realidad y en especial a situaciones estresantes.
2. Inflexibilidad desadaptativa rígida (compulsión de repetición) o claudicación funcional adaptativa grave.
3. Importantes dificultades para aprender de la experiencia y desarrollar nuevas estrategias adaptativas eficaces.
4. Malestar clínicamente significativo.
5. Importante conflictividad interpersonal y/o aislamiento social.

Los déficit cognitivos en los TMG son indicadores diagnósticos de gravedad en varios trastornos mentales que comparten algunos déficit neuropsicológicos característicos, así como biomarcadores neurofisiológicos mediadores cada vez mejor conocidos, como ocurre con los niveles plasmáticos elevados de cortisol y los déficit de memoria que se aprecian en personas con esquizofrenia, depresión, trastorno de estrés postraumático crónico, síndrome de Cushing y demencia. Habitualmente se aprecian déficit en atención sostenida, en el procesamiento de información compleja y en las funciones ejecutivas. Estos déficits neuropsicológicos no difieren significativamente entre pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar psicótico, sino que parecen extenderse a lo largo de todo el espectro psicótico, con diferencias cuantitativas entre unos y otros trastornos <sup>17, 18</sup>. Estos déficit neuropsicológicos parecen ser marcadores de rasgo de los trastornos mentales graves, dependientes de factores genéticos y epigenéticos precoces, más que un déficit específico de un trastorno mental. En todos los casos la presencia de disfunción neuropsicológica tiene una importante significación pronóstica, tanto en cuanto al curso evolutivo clínico como al funcionamiento sociolaboral de personas con un amplio rango de trastornos mentales graves<sup>19</sup>.

Los déficits neuropsicológicos señalados, limitan la capacidad o determinan incapacidad para la introspección y la autorregulación, la inteligencia emocional y social, la toma de decisiones y el procesamiento de información compleja, según un juicio de realidad sano.

Algunos estudios epidemiológicos <sup>20</sup> encuentran que la prevalencia anual de trastornos mentales moderados o graves en población general trabajadora está en torno al 14%, sea por la agravación de cualquier trastorno mental previo en algún momento de su evolución o por la cronificación y la complicación del mismo con trastornos adictivos y con enfermedades médicas graves, con los que presentan una elevada comorbilidad habitual.

Para hacer operativos los criterios de gravedad y deterioro funcional se recomiendan los siguientes cuestionarios de evaluación que pueden ser incluidos en protocolos de prevención y/o procedimientos de actuación:

- Escala de Evaluación del Insight (SAI) <sup>21</sup>.
- Escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica para pacientes ambulatorios (Gep-P) <sup>22</sup>.
- Instrumento Mac Arthur para la Evaluación de la capacidad sobre el tratamiento (Mac Cat-T) <sup>23</sup>.

## PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN

### Evaluación y definición de la población diana

El primer paso de cualquier procedimiento de actuación debe ser la evaluación y definición de la población diana del mismo. Se debe evaluar la gravedad de síntomas tales como delirios y alucinaciones, la ausencia de *insight*, la pérdida de contacto con la realidad y el deterioro del funcionamiento mental. Además, es preciso evaluar el sufrimiento subjetivo, la evolución temporal (cronicidad y recurrencia), la pérdida de función o discapacidad que producen los síntomas, así como el riesgo predecible para la persona enferma y para sus semejantes. Respecto de la función sociolaboral es preciso evaluar la extensión de la alteración en una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales, el cuidado de uno mismo y/o de los demás, etc.<sup>24</sup>

La evaluación psicológica debe incluir:

1. Realización de una historia clínica completa con la evaluación del estado mental actual y los antecedentes psicológicos personales.
2. Evaluación neuropsicológica global.
3. Evaluación de personalidad que incluya motivación y orientación laboral, capacidad para tomar decisiones en situaciones complejas, habilidades sociales y de afrontamiento del estrés por la disponibilidad de los recursos cognitivos, afectivos y conductuales adecuados.

Según la bibliografía revisada en el apartado anterior, se recomienda considerar como población diana de los procedimientos de actuación, los siguientes TMG:

A) Pacientes con los siguientes trastornos mentales y características asociadas:

- Trastorno psicótico endógeno o inducido por drogas.
- Trastorno delirante crónico endógeno o inducido por drogas.
- Trastorno bipolar tipos I, II y III si existe comorbilidad con trastorno adictivo.
- Demencia y deterioro cognitivo de causa psico-orgánica (trastorno mental severo, drogas, etc.)
- Paciente con diagnóstico de trastorno grave de la personalidad, si existe comorbilidad con consumo de drogas (de forma prioritaria en caso de trastorno de tipo límite, antisocial o paranoide).
- Trastorno disruptivo de conducta.
- Trastorno mental grave que precise ingreso psiquiátrico.

B) Pacientes con trastornos adictivos y con las siguientes características:

- Trastorno adictivo y ejercicio de especialidad de riesgo (como anestesia, cirugía, ginecología, urgencias, intensivos, farmacología clínica, farmacia hospitalaria y demás servicios intervencionistas).
- Presencia de patología dual.
- Presencia de consumo durante la práctica profesional y/o en el lugar de trabajo (detectado en anamnesia).
- Fracaso previo en al menos dos tratamientos frente a la adicción.
- Policonsumo.

Una vez establecida la existencia de un TMG se debe evaluar la posible existencia de una restricción funcional significativa secundaria al mismo, en las actividades de la vida diaria, en el trabajo o en el medio familiar, así como la existencia de deficiencias de concentración, persistencia, ritmo de trabajo, etc. que además puede llegar a generarle un estrés laboral que puede descompensarle, además de poder implicar riesgos para terceros. Para ello es preciso realizar el estudio protocolizado de su capacidad funcional en: comprensión, memoria,

atención-concentración, interacción social y disponibilidad de recursos adaptativos adecuados a las demandas del rol profesional específico. Carrasco y Maza <sup>25</sup> recomiendan además, utilizar los criterios del DSM-IV-TR del Eje V y las Escalas de Actividad (Global, Social y Laboral y Relacional) para definir la existencia de *deterioro funcional*.

### Criterios de detección del riesgo para sí mismo o para terceros

Un objetivo prioritario de cualquier procedimiento de actuación ante el TMG en el entorno laboral debe ser la detección del riesgo para sí mismo y/o para terceros. Esto puede ser algo de difícil definición, entre otras cosas porque la mayor parte de las personas con TMG no tienen conciencia de enfermedad mental ni demandan asistencia sanitaria de forma voluntaria, sino que suelen hacerlo inducidos por familiares y allegados, o bien de forma involuntaria <sup>26</sup>.

Durante la evaluación del paciente se recomienda valorar la existencia de riesgo mediante:

- La confirmación del mismo por el propio paciente a lo largo de la entrevista de apertura de historia y/o la entrevista clínica.
- Información al respecto por parte del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales que corresponde al paciente.
- Quejas y/o reclamaciones de pacientes sobre ese profesional recogidas por escrito, que hagan presuponer el riesgo.
- Manifestaciones en este sentido, reiteradas y concretas, de compañeros y/o supervisores.
- Manifestaciones en este sentido por parte de familiares o acompañantes.
- Conocimiento del terapeuta responsable del caso al realizar la evaluación y abordaje del mismo.

Se tendrán en consideración los siguientes elementos:

- Historia psiquiátrica y laboral previa.
- Tipo de diagnóstico/s.
- Gravedad clínica. Identificando la presencia de:
  - Pensamientos de auto / hetero-agresión.
  - Ideación autolítica intensa.
  - Delirios o alucinaciones francas.
  - Cuadro de agitación o pérdida del autocontrol.
  - Patología orgánica grave asociada.
  - Situación de consumo y/o abstinencia de drogas que comporte un peligro para la praxis.
- Especialidad de riesgo (médicos y enfermeros de urgencias, de cuidados intensivos, cirujanos, anestesistas, y/o otros puestos de elevada responsabilidad respecto a terceros).
- Condición de *“trabajador especialmente sensible a determinados riesgos”* informada por su correspondiente Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (en función del Art. 25 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales).
- Condiciones de trabajo de elevado riesgo psicosocial.

Por otro lado, habitualmente serán las personas próximas al trabajador las que con mayor probabilidad detecten las complicaciones asociadas al posible TMG. Las señales de alarma a detectar y el personal implicado en ello serán, principalmente, los siguientes:

- Comportamiento alterado con patrones desadaptativos de conducta e incumplimiento manifiesto de las demandas propias del rol profesional como: Excesiva e inadecuada irritabilidad, apatía, inhibición y falta de responsabilidad en

- el cumplimiento de las tareas propias del rol profesional, aislamiento, problemas de comunicación y/o frecuentes conflictos interpersonales, convenientemente objetivados por varios observadores externos.
- Hiperreactividad al estrés cotidiano con baja tolerancia a situaciones estresantes comunes: como cambios en rutinas laborales, situaciones de incertidumbre y conflictos inherentes a la actividad sanitaria.
  - Incumplimiento de los hábitos básicos de autocuidado: hábitos de salud y aspecto externo.
  - Padecimiento de enfermedades crónicas (como las neurológicas) que impliquen deterioro de la capacidad funcional, necesidad de asumir el rol de enfermo y ausencia de conciencia de enfermedad.
  - Situaciones estresantes específicas graves como la muerte de un familiar próximo, separación de la pareja, situaciones económicas desfavorables.

Personal implicado en la detección:

- El propio trabajador: En este sentido, parece que lo expuesto para los profesionales médicos en su Código de Ética y Deontología Médica (Art. 19)<sup>27</sup> puede ser orientativo para la actuación de todos los profesionales sanitarios:
  - a) El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia.
  - b) Si un médico observara que por razón de edad, enfermedad y 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.
  - c) 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<sup>28</sup>.
- El médico de Atención Primaria o de Salud Mental: Es posible que ante el malestar percibido, el propio trabajador consulte en el Sistema de Salud (en Atención Primaria o Especializada). En ambos casos, disponen de los recursos clínicos de actuación empleados en población general ante un caso de trastorno mental grave, que son de igual manera aplicables al personal sanitario enfermo. Esto es especialmente importante ante la evidencia de una alteración grave del comportamiento que suponga un riesgo para sí mismos o para terceros. Es preceptivo, además, ponerlo en conocimiento al Coordinador del Centro o superior jerárquico, así como al centro de trabajo del paciente (Servicio de Prevención de Riesgos Laborales).
- Colegio Profesional: Cuando este organismo tenga conocimiento de un profesional con un posible trastorno mental grave que suponga riesgo para sí mismo y/o para terceros, se facilitará su evaluación psiquiátrica y velará, según sus propios protocolos de actuación, por la responsabilidad deontológica del profesional sanitario.
- Compañeros/as de trabajo y Superiores jerárquicos: Un compañerismo mal entendido puede llevar a la sobreprotección, ocultación o minimización del problema, facilitando con ello su cronificación e incremento de la gravedad. En el caso de los médicos internos residentes, como señala el PAIME<sup>28</sup> “...entre la estigmatización y la inhibición, el tutor y las personas que supervisan más directamente al residente deben encontrar la situación más conveniente”. Se

- sugiere que ante la sospecha o detección de un trastorno mental grave con posible riesgo para sí mismo o para terceros se proceda de la siguiente manera:
- Comunicación verbal con el propio afectado sugiriendo la necesidad de consulta profesional en su S.P.R.L y/o con el superior inmediato del trabajador afectado.
  - El Superior le sugerirá verbalmente la posibilidad de consulta con el S.P.R.L.
    - Si accede: Ver apartado referido al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (S.P.R.L.)
    - Si no accede: Elaboración de un escrito por parte de compañeros y superior, en el que de forma esquemática, fechada y objetiva se señalen conductas disruptivas observadas, conflictos en el lugar de trabajo, sintomatología clínica observada y otros datos de interés. Este escrito se hará llegar al S.P.R.L.
  - Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (S.P.R.L.): A lo largo del ejercicio profesional en el ámbito sanitario son diversos los momentos en los que cobra especial relevancia la vigilancia de la salud en relación con la capacidad profesional (la incorporación al puesto, cambios sustanciales en el puesto de trabajo, cambios sustanciales en el comportamiento del profesional sanitario, etc.) y son los S.P.R.L. las entidades implicadas en dicha valoración.

En lo relativo a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995 y Reglamento 39/1997), según la norma, el reconocimiento es voluntario (es preciso el consentimiento) pero se exceptúan *“los supuestos en que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores, o para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad”* (artículo 22). Además, será necesario prestar protección a los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos (art. 25, Ley 31/1995): se *“garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo”*. Se sugiere para ello:

- Detección o sospecha de trastorno mental grave con riesgo para sí mismo o para terceros durante la vigilancia de la salud en evaluación inicial, en seguimiento o ante petición propia del trabajador. El diagnóstico psiquiátrico se realiza mediante la entrevista clínica y de las pruebas clínicas necesarias, habitualmente por un médico psiquiatra.
- Detección o sospecha de trastorno mental grave con riesgo para sí mismo o para terceros mediante escrito de comunicación por parte de compañeros y superior del trabajador: Citación al trabajador para vigilancia de la salud.
  - Si acude: Proceder como en apartado anterior.
  - Si no acude: Comunicar a Dirección Médica por escrito.
- Dirección/Gerencia: La responsabilidad profesional es una cadena que empieza en el propio sanitario e ineludiblemente continúa en la responsabilidad profesional corporativa, institucional o administrativa. El Director Gerente, como máxima autoridad de la institución sanitaria, es el responsable último del correcto funcionamiento asistencial de la misma. Cuando a través del S.P.R.L. (o por otra vía), tenga conocimiento de la existencia de un trabajador con trastorno mental grave, con riesgo para sí mismo o para terceros, facilitará en la medida de lo posible la exigencia de valoración clínica por un especialista en salud mental. Si no existe conciencia de enfermedad, las medidas preventivas se podrán tomar en función de diferentes vías, no excluyentes entre sí:
  - Ley de Prevención de Riesgos Laborales: Por el posible riesgo para sí mismo y/o para terceros en el lugar de trabajo.

- Inspección Sanitaria: Si existe riesgo de daño.
- Colegio Profesional: Para la prevención de mala praxis y evaluación deontológica del caso.
- Urgencias: A través del SUMMA 112 y comunicación al Juez, si se considera necesaria una intervención clínica no voluntaria.

Existe apoyo legal para todas esas medidas. Por ejemplo, la embriaguez o toxicomanía habitual puede ser causa de despido (art. 54 Estatuto de los Trabajadores, Ley 8/1980 de 10 de marzo) si se trata de una conducta reiterativa y repercute negativamente en el trabajo (quejas de terceros, repercusiones negativas para la organización, ausencias al trabajo, etc.) y es probada objetivamente. Además, según la aplicación del Estatuto Marco [Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, artículos 19.2.m); 21.f); 19.3.m); 27; 72.2. f), g) y u) y artículo 75], entre los deberes del personal está el de cumplir las normas relativas a la seguridad y salud en el trabajo, así como las disposiciones adoptadas en el centro sanitario en relación con esta materia; siendo una causa de extinción de la condición de personal estatutario fijo la incapacidad permanente cuando sea declarada en sus grados, entre otros, de incapacidad permanente total para la profesión habitual; constituyendo falta muy grave el notorio incumplimiento de sus funciones o de las normas reguladoras del funcionamiento de los servicios, así como la desobediencia notoria y manifiesta a las órdenes o instrucciones de un superior directo, mediato o inmediato, emitidas por éste en el ejercicio de sus funciones y la negativa expresa a hacer uso de los medios de protección disponibles y seguir las recomendaciones establecidas para la prevención de riesgos laborales, así como la negligencia en el cumplimiento de las disposiciones sobre seguridad y salud en el trabajo por parte de quien tuviera la responsabilidad de hacerlas cumplir o de establecer los medios adecuados de protección.

Además, como medida cautelar, y durante la tramitación de un expediente disciplinario por falta grave o muy grave o de un expediente judicial, podrá acordarse mediante resolución motivada la suspensión provisional de funciones del interesado, en los términos establecidos en dicho Estatuto.

### Diagnóstico e intervención en el caso del personal con probable trastorno mental grave y posible riesgo para sí mismo o para terceros

Cuando, según los criterios mencionados, se identifique a un trabajador como *posible trastorno mental grave con riesgo para sí mismo o para terceras personas* se agilizará, en la medida de lo posible, la primera visita a un servicio especializado en salud mental para la evaluación del caso. En él se analizará la necesidad de un tratamiento asistencial psicofarmacológico y se recomienda valorar los siguientes aspectos fundamentales:

- Valoración del grado de discapacidad mental y necesidad de incapacidad temporal (en un primer momento) y/o permanente (si se considera oportuno a lo largo del proceso asistencial).
- Conveniencia de intervención médica y psiquiátrica hospitalaria urgente (voluntaria o involuntaria) en su Servicio de Urgencias correspondiente.
- Comunicación con la familia del profesional sanitario con posible trastorno mental grave.
- En caso de médicos internos residentes, comunicación con su tutor de residentes.
- Comunicación con el S.P.R.L. al que esté adscrito el profesional sanitario, a fin de controlar los posibles riesgos laborales que puedan verse incrementados por sus condiciones de salud y valoración del riesgo para sí mismo y para terceros de forma extensible al lugar de trabajo. Es función de este servicio la valoración sobre la aptitud o no del paciente en su puesto de trabajo, su posible consideración como trabajador especialmente sensible y la valoración del riesgo profesional.

- Si el S.P.R.L. lo considera oportuno tras el proceso de vigilancia de la salud y evaluación de *aptitud profesional*, comunicará el riesgo a Gerencia. Si el enfermo no acepta el criterio de *no aptitud para el trabajo*, pero se estima riesgo para terceros, se recomienda notificar esta contingencia a la Inspección Sanitaria (que puede aplicar igualmente la baja laboral por motivos médicos según normativa legal vigente), y por él la Gerencia Sanitaria tiene la responsabilidad sobre el *funcionamiento asistencial* de su entidad sanitaria, por lo que, si lo considera oportuno, comunicará el riesgo para terceros al juez o fiscalía de incapacidades, así como la oportunidad de valorar la *responsabilidad deontológica y posible riesgo de mala praxis* por parte del Colegio Profesional del trabajador enfermo.

### Otras actuaciones:

A lo largo de todo el proceso de detección, evaluación e intervención, pueden ser necesarias otro tipo de actuaciones no mencionadas anteriormente:

1. Aspectos relativos a la incapacidad laboral: En los casos de trastorno mental grave, se valorará la necesidad de gestionar una incapacidad profesional.

- Temporal o transitoria (mediante informe clínico dirigido a su médico de Atención Primaria): cuando se prevea una recuperación en un período de tiempo determinado. Se definirá por:
  - Incapacidad para el trabajo por causa sanitaria.
  - Carácter temporal en función del pronóstico.
- Permanente (mediante informe clínico y psicosocial dirigido a su Equipo de Valoración de Incapacidades): cuando se presente una alteración de la capacidad laboral previsiblemente definitiva. A su vez, ésta puede ser:
  - Invalidez Permanente Parcial: Cuando se ocasiona una disminución no inferior al 33% de su rendimiento normal para su profesión habitual.
  - Invalidez Permanente Total: Inhabilita al trabajador para todas las tareas de su profesión habitual.
  - Invalidez Permanente Absoluta: Inhabilita para toda profesión u oficio.
  - Gran Invalidez: Cuando sea necesaria la asistencia de otras personas para realizar los actos esenciales de la vida.

2. Aspectos relativos a la incapacitación (civil): Es necesario recordar que:

- Nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley.
- Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma.
- Existen diferentes grados de incapacidad. El juez, tras informe del médico forense, valorará el tipo de incapacidad.

Cuando en la valoración y tratamiento del paciente con trastorno mental grave se presente dicha situación, se pondrá en conocimiento del propio paciente y/o familiares del mismo para la gestión del proceso de incapacitación:

- La declaración de incapacidad la promoverán el presunto incapaz, el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable (descendientes, ascendientes, hermanos).
- El Ministerio Fiscal deberá promover la incapacitación si las personas mencionadas en el apartado anterior no existieran o no la hubieran solicitado.
- Según la legislación vigente, cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

### 3. Tratamiento Ambulatorio No voluntario:

Cuando exista falta de capacidad de decisión del paciente y así lo requiera la salud del enfermo, por razón del trastorno psíquico o por necesidad de un periodo de observación para el diagnóstico, se podrá promover la gestión del tratamiento psiquiátrico ambulatorio involuntario:

- Podrán promover este expediente el cónyuge del paciente o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, descendientes, ascendientes, hermanos, tutores, así como el facultativo que atienda al paciente.
- La solicitud de autorización de tratamiento no voluntario se realizará mediante propuesta razonada sobre la situación de incapacidad del paciente, el tratamiento al que está sometido y la situación de incumplimiento del mismo.
- El tratamiento propuesto podrá cesar por prescripción facultativa, comunicándose esta medida al Juzgado de Primera Instancia.
- En el caso de autorización de un periodo de observación para diagnóstico, el informe deberá remitirse al tribunal en el plazo máximo de dos meses, tras los cuales se podrá solicitar, si procede, la autorización de internamiento o tratamiento no voluntario.

### 4. Internamiento Involuntario.

El Consejo de Europa (2004) establece una recomendación (cap. III, art. 17) en el que expone los siguientes criterios normativos para la hospitalización psiquiátrica involuntaria:

- La persona tiene un trastorno mental grave.
- Existe riesgo significativo de daño para su salud o la de otros.
- El ingreso tiene objetivo terapéutico.
- No hay otro medio menos restrictivo de ofrecer la atención apropiada.
- Se tendrá en consideración la opinión de la persona afectada, convenientemente informada.

Cuando durante el proceso de valoración diagnóstica del trastorno mental grave se detecte la necesidad de internamiento en una unidad hospitalaria de forma involuntaria se seguirá el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil sobre internamiento involuntario por razón de trastorno psíquico:

- El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.
- La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en el que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible (plazo de 24 horas).
- En los casos de internamiento urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento.

## Información al paciente con posible riesgo para sí mismo y/o para terceros y plan terapéutico

Todos los pacientes que, a lo largo del proceso de evaluación y/o tratamiento, se califiquen como “*trastorno mental grave y riesgo para sí mismo o para terceras personas*” serán informados de tal condición.

Si el paciente acepta dicha condición:

- Se recomienda que firme un contrato terapéutico comprometiéndose a seguir el plan terapéutico propuesto, previa valoración de su capacidad <sup>7</sup>.

- En el caso de pacientes con problemas adictivos, dicho plan comportará la realización de un tratamiento de desintoxicación, deshabitación y rehabilitación, con el seguimiento posterior y controles toxicológicos necesarios según criterio clínico.

Si el paciente no acepta dicha condición o existe incumplimiento del plan terapéutico:

- Se considerará la necesidad de gestionar el tratamiento novoluntario o el internamiento involuntario mediante solicitud judicial.
- Se informará de forma inmediata a su Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, a fin de controlar los posibles riesgos laborales que puedan verse incrementados por sus condiciones de salud y valoración del riesgo para si mismo y para terceros de forma extensible al lugar de trabajo (será función de este servicio la valoración sobre la aptitud o no del paciente en su puesto de trabajo, su posible consideración como trabajador especialmente sensible y la valoración del riesgo profesional).
- Si el S.P.R.L. lo considera oportuno tras el proceso de vigilancia de la salud y evaluación de *aptitud profesional*, comunicará el riesgo a Gerencia.
- La Gerencia Sanitaria tiene la responsabilidad sobre el *funcionamiento asistencial* de su entidad sanitaria, por lo que, si lo considera oportuno, comunicará el riesgo para terceros al juez y la oportunidad de valorar la *responsabilidad deontológica y posible riesgo de mala praxis* al Colegio Profesional del sanitario enfermo.

## Seguimiento

Los pacientes atendidos podrán ser derivados a las unidades más convenientes del Servicio Madrileño de Salud y/o a los Servicios Asistenciales con los que exista un convenio de colaboración y garantizar así la mejor calidad asistencial, confidencialidad, seguridad y seguimiento compartido del profesional enfermo.

## CONCLUSIONES

El constructo “*trastorno mental grave*” incluye un conjunto de diferentes entidades nosológicas, que se presentan en una persona de forma continua o episódica-recurrente durante unos dos años (de media) y que cumplen unos determinados criterios diagnósticos de gravedad clínica y de evolución crónica; de forma que, para atenderlos, se debe disponer de unos recursos asistenciales adecuados.

Actualmente, hay un amplio acuerdo entre profesionales y gestores acerca de que debe priorizarse la atención en los Servicios de Salud Mental a las personas que padecen un trastorno mental grave, ya que son las que suelen tener una mayor discapacidad derivada del padecimiento del mismo. Por otro lado, es necesario disponer de instrumentos que mejoren el reconocimiento de los casos más graves y ayuden a la toma de decisiones en su derivación<sup>29,30</sup>.

Se debe separar con claridad la *asistencia clínica* a un profesional sanitario enfermo de la *evaluación pericial* sobre su capacidad de ejercicio profesional. Esta última evaluación deberá ser llevada a cabo por un equipo de profesionales independiente, sin posibles conflictos de intereses administrativos y/o clínicos<sup>31</sup>. La competencia profesional del personal sanitario implica aprendizaje y formación continuada, tanto de competencias científico-técnicas como psicosociales; implica la posibilidad de establecer relaciones éticamente adecuadas con los pacientes (donde exista el compromiso de confidencialidad, la búsqueda de la adherencia terapéutica, de las responsabilidades profesionales y la calidad asistencial). Estas obligaciones del personal asistencial requieren de procesos de autorregulación, de identificación, notificación y, sobre todo, ayuda, a los profesionales que no cumplan los estándares de competencia profesional por motivos relacionados con su salud mental.

Como ya se ha señalado a lo largo de este trabajo, el personal sanitario puede resultar no capacitado para el desarrollo de sus funciones asistenciales debido a la existencia de un trastorno mental grave y/o adictivo por su afección de capacidades cognitivas, afectivas y conductuales. La responsabilidad ética, deontológica y legal de comunicar esta situación es universal y debe hacerse llegar a la autoridad médica competente. Desde la doctrina bioética moderna se espera que todos los profesionales sanitarios participemos de forma solidaria y responsable en un proceso autorregulador eficaz, lo que supone la rectificación y la sanción de los profesionales que no sean capaces de cumplir con los estándares de calidad y de competencia profesional esperables.

La complejidad de las relaciones que derivan de la actuación en equipo (unidad básica según la actual Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, de 2003), ha llevado a nuestra jurisprudencia (Tribunal Supremo) a delimitar las diferentes responsabilidades a través de lo que se conoce como "*principio de la confianza*". Consiste en síntesis en que el médico que actúa de forma correcta puede confiar en que los demás miembros del equipo también lo harán de igual forma, salvo que se den circunstancias especiales que hagan pensar en lo contrario. Ahora bien, el principio de la confianza quiebra, esto es, ya no se puede confiar, como puede ocurrir en caso de trastorno mental grave, y hay que hacer algo en defensa del paciente para no incurrir en responsabilidad. Cada uno es, pues, responsable de sus actos, pero está obligado a hacer algo cuando se rompe el principio de la confianza, pues en otro caso todos los que sean conscientes de la situación serán responsables del daño causado al paciente.

Este artículo es resultado del esfuerzo colectivo de esta Unidad, y pretende dar una respuesta a las demandas que plantea el padecimiento de una enfermedad mental por parte de los profesionales sanitarios. Se trata de casos complejos y difíciles de resolver por sus características y circunstancias, de manera que solo la experiencia que se adquiera con la puesta en marcha del presente protocolo será lo que nos indique su valor y posibilidades de mejora.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jaspers, K. Psicopatología General. Primera edición en 1913. Ed. Beta. Buenos Aires, 1963.
2. Kendell, R. Jablensky, A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnosis. *American Journal of Psychiatry* 2003, 160 (1):4-12.
3. Epstein, RM; Hundert, EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002, Jan 9; 287,2: 226-235.
4. Epstein, RM et al. Comprehensive assessment of professional competence: the Rochester experiment. *Teach learn med* 2004; 16 (2): 186-196IR.
5. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico para la Profesión de Enfermería 2006.
6. Nogales, A.; García-Seoane, J.; Calvo, E., y Grupo de Trabajo Para la Definición de Competencias. Competencias para el Grado de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Documento Base. Unión Editorial: Madrid, 2008.
7. Boada, M. y Robles, A. (Eds.). Documento Sitges 2009. Editorial Glosa, S.L.: Barcelona, 2008.
8. Gold, LH. Shuman, DW. Evaluating Mental Health Disability in the Workplace. DSpringer. Londres, 2009.
9. Meyerson, A. Fine, Th. Psychiatric Disability. Clinical, Legal and Administrative Dimensions. American Psychiatric Press. Washington, 2005.
10. Center of Mental Health Services (USA). Substance Abuse and Mental Health Service Administration: Final Notice Establishing Definitions for Children with a Serious Emotional Disturbance and Adults with a Serious Mental Illness. *Federal Register*, 1993; 58 (96): 29422-29425.
11. Thornicroft, G., y Tansella, M. La Matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de servicios. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid: Editorial Triacastela, 2005.
12. Slade, M.; Powell, G. y Strahdee, G. Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry Epidemiology* 1997, 32: 177-184.

13. Ruggieri, M; Leese, M; Thornicroft, G. y cols. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 2000, 177: 149-155
14. Pichot P. Evaluación de los trastornos psiquiátricos graves. En: Diagnóstico y evaluación de los trastornos psiquiátricos graves. Aula Médica. Madrid, 2005.
15. Opler, L.A.; Ramírez, P.M. y Mougios, V.M. Medida de resultados en las enfermedades mentales graves. En: Waguih William IsHak, Tal Burt, Lloyd I. Sederer. Medida de Resultados en Psiquiatría. Una revisión exhaustiva. Ars Medica: Barcelona, 2004.
16. Schinnar, AP; Rothbar, AB; Kanter, R. y cols. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal Psychiatry* 1990, 147: 1602-1608.
17. Addington, J; Addington, D. Attentional vulnerability indicators in schizophrenia and bipolar disorders. *Schizophrenia Research* 1997, 23: 197-204.
18. Tirapu, Ríos y Maestú. Manual de Neuropsicología. Viguera. Barcelona, 2008.
19. Ramírez, M; Enjuto, S; Aldama, A y col. Neuropsicología de los trastornos esquizoafectivos. En: Ciclo vital y trastornos psiquiátricos graves. Ed. Pichot. Aula Médica. Madrid. 2002.
20. Kessler, RC; Berglund, P; Demler, P y col. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005, 62: 593-602.
21. David, AS; Buchanan, A; Reed, A; Almeida, O. Escala de Evaluación del Insight (SAI9. The assessment of insight in psychosis. *British Journal Psychiatry* 1992; 161:599-602.
22. Bulbena Vilarrasa, A; Zúñiga Lagares, A; Martín Carrasco, M; Ballesteros Rodríguez, J. Escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica para pacientes ambulatorios (Gep-P). Gravedad clínica en psiquiatría. Cap. 5 en: Medición clínica en Psiquiatría y Psicología. Antonio Bulbena Vilarrasa, Germán E. Barrios, Pedro Fernández de Larrinoa Palacios. MASSON. Barcelona, 2000.
23. Grisso, T; Appelbaum, PS; Assessing Competent to Consent to Treatment. Oxford University Press. New Cork. 1998. Instrumento Mac Arthur para la Evaluación de la capacidad sobre el tratamiento (Mac Cat-T).
24. Sims, A. Síntomas mentales. Tricastela. Madrid. 2008.
25. Carrasco Gómez, JJ, y Maza Martín, JM. Manual de Psiquiatría Legal y Forense (3.ª Ed.) La Ley: Madrid, 2005.
26. Bravo Ortiz, MF. Rehabilitación psiquiátrica y orientación a la familia. En Manual de Psiquiatría. Tomás Palomo y Miguel Ángel Jiménez Arriero (Eds). Enc. Life Publicidad, S.A., Editores. Capítulo 59:869-885. Madrid, 2009.
27. Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado. Código de Deontología Médica. Consejo General de los Colegios Oficiales Médicos. Madrid, 1985.
28. PAIME. La salud del MIR. Guía para tutores y profesionales de los centros sanitarios docentes. Fundación Galatea. Barcelona, 2008.
29. Moré, MA, Coordinador del Grupo de Trabajo Asociación Madrileña de Salud Mental. Prestaciones básicas y estándares de calidad en los servicios de salud mental. Cuaderno Técnico n.º 1. AMSM: Madrid, 1998.
30. Moré, M.A.; Jiménez, M.A.; Muñoz, P.E.; Muñoz, A., y Zufía, J. Estudio preliminar dirigido a la construcción de un cuestionario de derivación de la atención primaria a los servicios de salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2008; 36(4); 210-217.
31. Sadock, B.J. y Sadock, V.A. Sinopsis de Psiquiatría. Waverly Hispánica, S.A. Barcelona, 2004.

**Coordinación entre los colegios  
de médicos y los clínicos del  
PAIME ante un paciente difícil.  
Toma de decisiones**

Fundación  GALATEA

**II Jornadas Clínicas PAIME**

**28 -29 de noviembre de 2014**

# DEFINICIÓN DE PACIENTE DIFÍCIL

**Entendemos por paciente o caso difícil aquel que:**

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

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



# VÍAS DE ACCESO AL PROGRAMA (I)

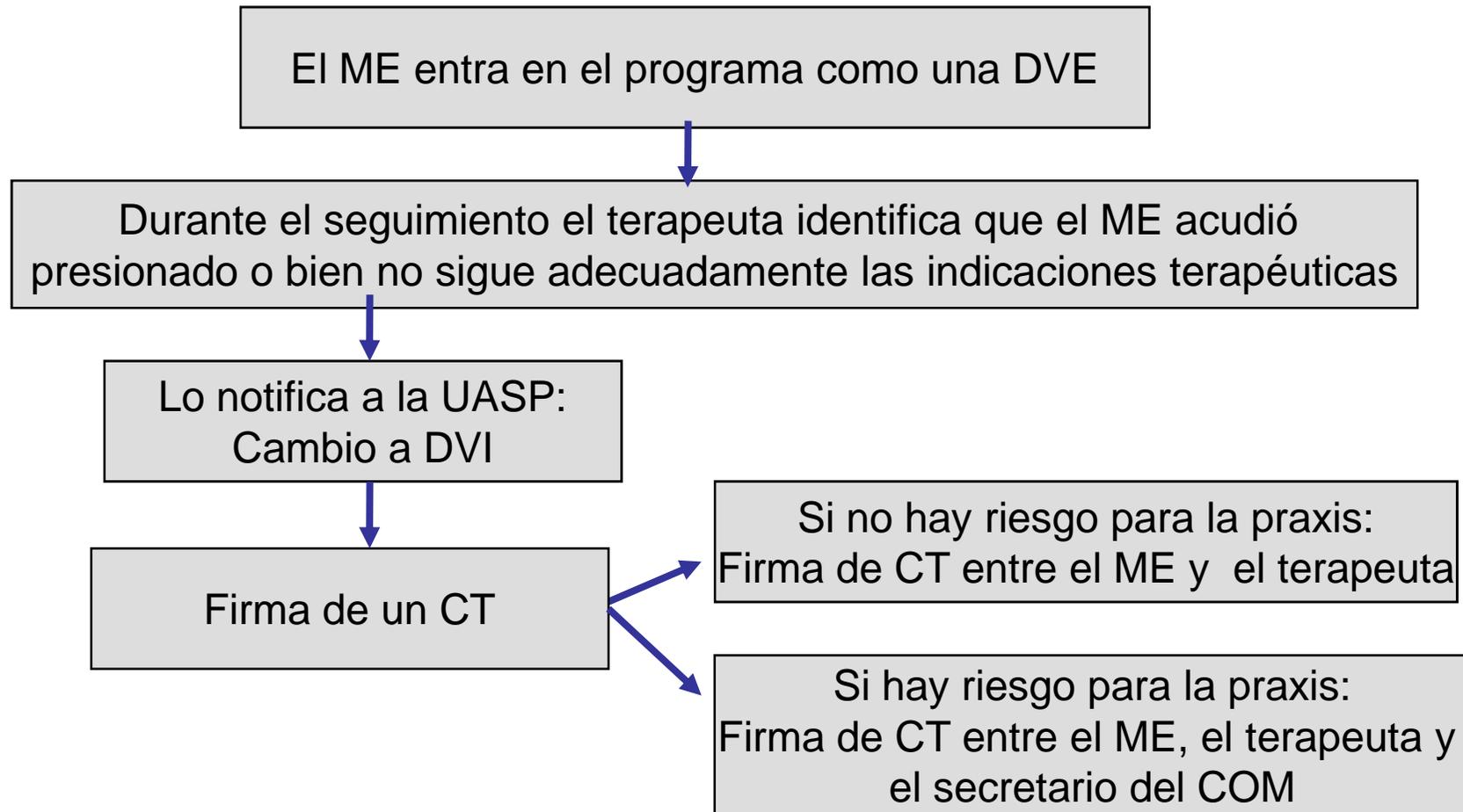
- **Demanda voluntaria:**

- Espontanea: el ME reconoce su problema y decide solicitar ayuda.
- Inducida: el ME solicita ayuda por la presión de alguien con ascendencia y/o autoridad sobre él (superior, colega o familiar) .

.



# DVE A DVI

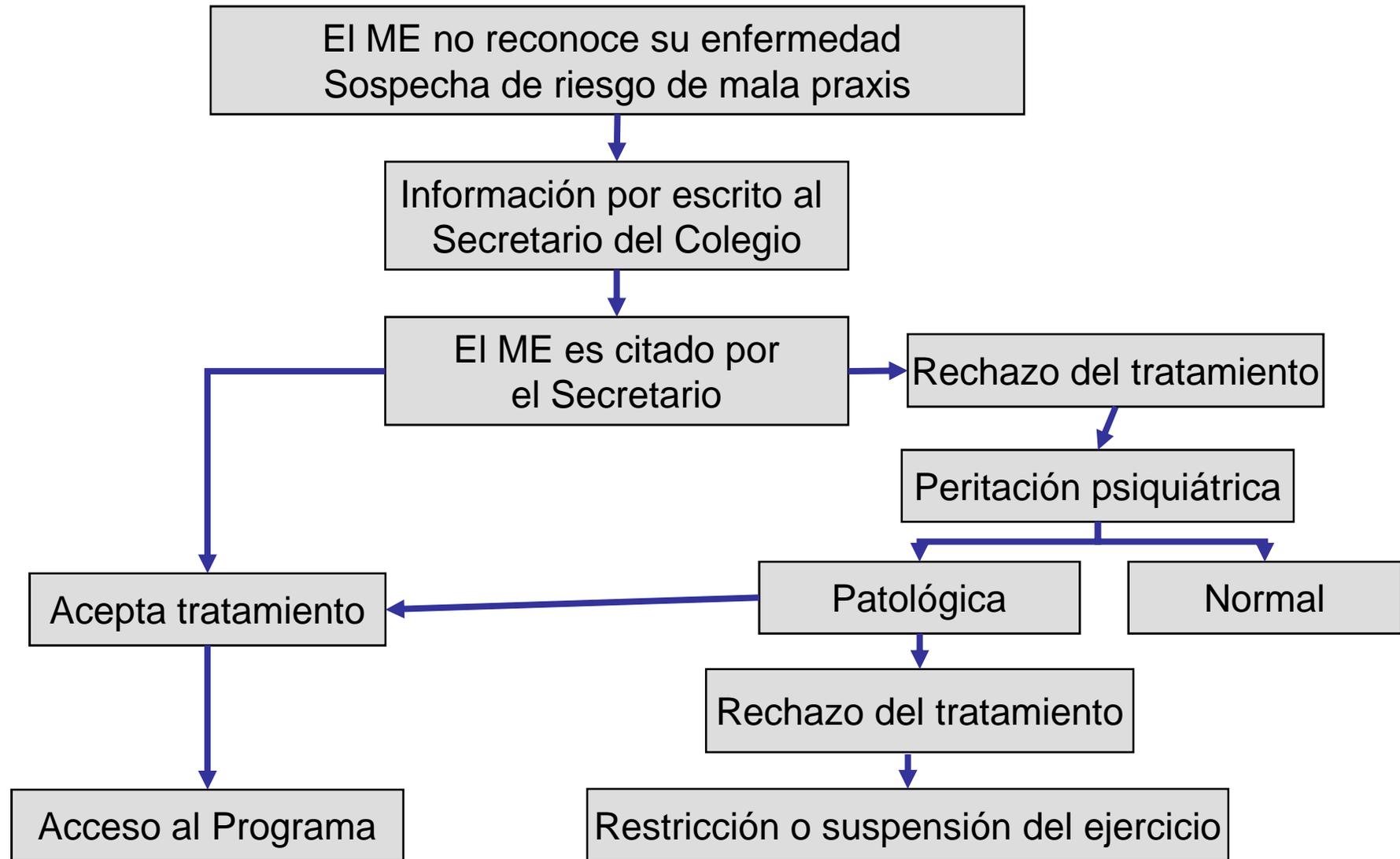


# VÍAS DE ACCESO AL PROGRAMA (II)

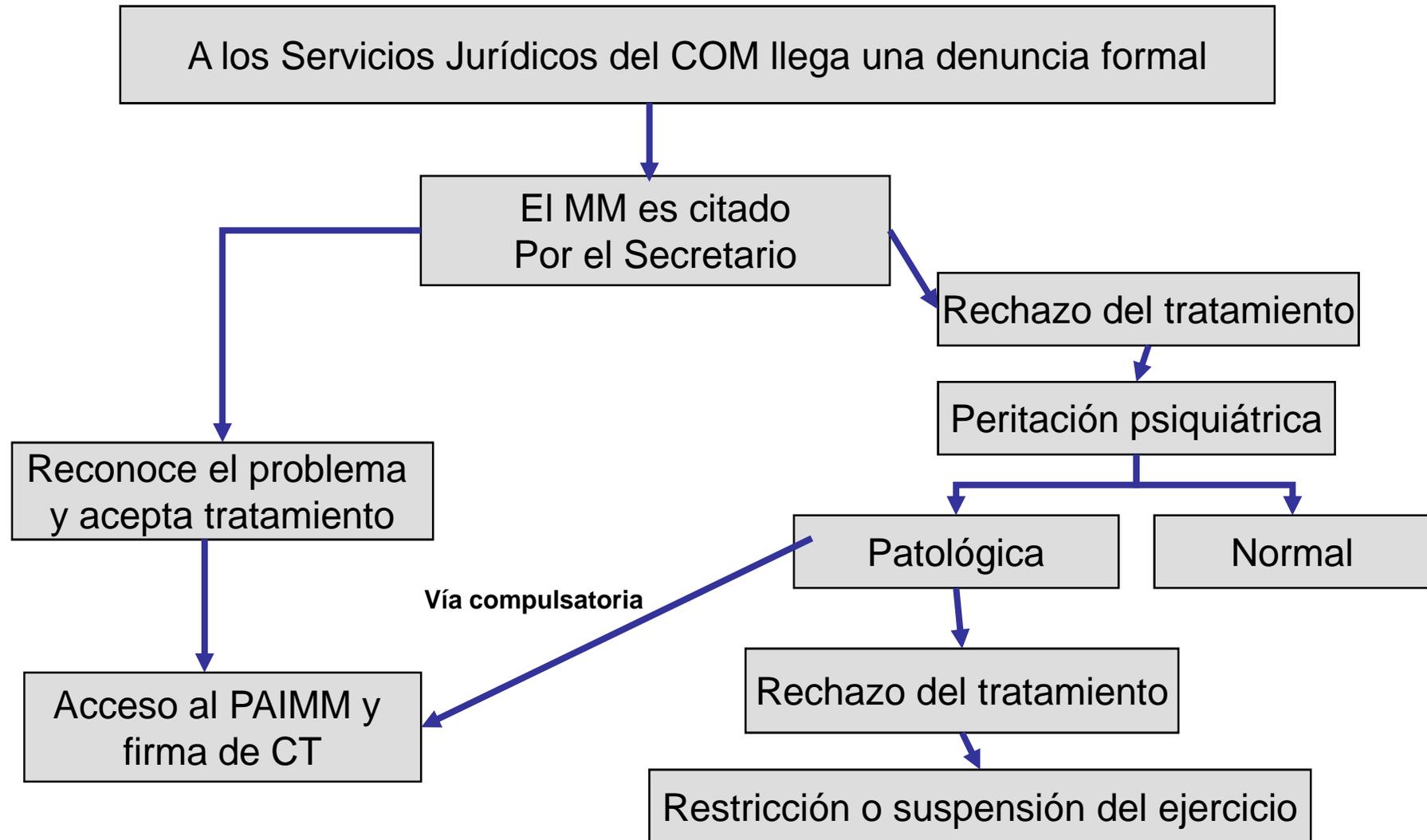
- **Denuncia formal.**
- **Comunicación confidencial :**
  - El ME (médico enfermo) accede al Programa después de haber sido citado por un miembro de su Colegio (habitualmente el Secretario) debido a una información previamente contrastada.
  - Antes un compañero o familiar ha intentado derivarlo al programa sin éxito.
  - Se sospecha que hay riesgo de mala praxis.



# COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL



# DENUNCIA



# EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA: LAS RECAIDAS (I)

- El programa PAIME prevé que puedan producirse consumos puntuales durante el seguimiento terapéutico y recaídas breves en el contexto de los procesos terapéuticos y rehabilitadores
- Si la evolución es positiva en términos generales, se pueden admitir de una a tres recaídas, como máximo, en un periodo de tiempo determinado de 3 a 5 años.



# EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA: LAS RECAIDAS (II)

**Casos en que el terapeuta deberá informar a la Unidad de Acogida y Seguimiento de Procesos del PAIME:**

- Cuando se produzcan más de 2 recaídas en un periodo máximo de 12 meses.
- Cuando en un proceso de duración superior a 12 meses el intervalo de tiempo entre recaídas se vaya acortando y sea inferior a 3 meses.
- Cuando la magnitud de la recaída y la reinstauración del proceso adictivo interfiera claramente en el tratamiento y/o la praxis profesional.

**Se realizará una valoración de la situación y en caso necesario, se comunicará al Secretario del COM para que se adopten las medidas pertinentes.**



# CUAL HA DE SER EL PAPEL DE LOS COLEGIOS PROFESIONALES? (I)

- Garantizar un ejercicio profesional correcto ante la sociedad.
- Ayudar a los profesionales sanitarios a conseguirlo, mediante información útil, actividades formativas y programas de atención a la salud, específicos y en condiciones de estricta confidencialidad.



# CUAL HA DE SER EL PAPEL DE LOS COLEGIOS PROFESIONALES? (II)

**Las condiciones terapéuticas y de ejercicio profesional pueden venir determinadas por el COM, haciéndose necesaria su intervención directa en los siguientes casos:**

- Cuando el terapeuta del PAIME o la UASP lo comunique al COM.
- Cuando existan indicios de falta de la necesaria capacidad y/o competencia para el normal desarrollo con garantía de la adecuada práctica médica, con riesgo para la salud de terceros o del propio ME.



# CUAL HA DE SER EL PAPEL DE LOS COLEGIOS PROFESIONALES? (III)

- Cuando el caso ha accedido mediante una Comunicación Confidencial, una Demanda Voluntaria Inducida (DVI) informada también por terceros (por. ejemplo: superiores jerárquicos), una Demanda Voluntaria Inducida de Riesgo (DVIR) o una denuncia formal.
- Cuando el terapeuta observa un grave incumplimiento de las pautas terapéuticas prescritas al ME, con riesgo para el proceso de rehabilitación del mismo o para la praxis.



# COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DE CASOS DIFÍCILES DEL PAIME (I)

- 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.



# COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DE CASOS DIFÍCILES DEL PAIME (II)

**Se reúne con una periodicidad aproximadamente bimensual y está compuesta por:**

- Secretario o representante del COM
- Presidente de la Comisión Deontológica del COM
- Responsable de la Unidad de Acogida y Seguimiento de Procesos (UASP)
- Gerente del PAIME.
- Dos terapeutas, responsables clínicos del programa
- Asesor jurídico del COM



# COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DE CASOS DIFÍCILES DEL PAIME (III)

Se han realizado 16 reuniones en 4,5 años.

Pacientes revisados: 45 (26 hombres y 19 mujeres):

- 53% por comunicaciones y quejas de compañeros, superiores y/o familiares.
- 33% por recaídas frecuentes en el consumo, con dificultad para mantener la abstinencia.

El 49% de estos pacientes han firmado Contrato Terapéutico y en 9 casos el COMB ha procedido a efectuar una limitación de la praxis.



# EL CONTRATO TERAPÉUTICO

No es sólo un compromiso entre partes implicadas (ME, terapeuta, tutor y Secretario del COM) para el cumplimiento del tratamiento con el objetivo de conseguir la recuperación del paciente. **El CT ha de servir como una herramienta de control de la praxis.**

Por ello, en los siguientes casos se procederá siempre a la firma de un Contracte Terapéutico (CT):

- 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.



# CARACTERÍSTICAS PACIENTES DIFÍCILES DEL PAIME

- La entrada al Programa PAIMM es solicitada o forzada por colegas, jefes o familiares.
- El 49% de estos pacientes firman un CT con el COMB.
- Los diagnósticos de estos pacientes suelen ser:
  - Procesos adictivos: 60%
  - Trastornos psicóticos: 17,7%
  - Trastorno bipolar: 4,4%
- Más visitas de seguimiento, ingresos hospitalarios y mayor duración de los tratamientos en el tiempo.
- Procesos disruptivos.





# COLOQUIO – DEBATE

## Abordaje y gestión jurídica de los casos difíciles

### II JORNADAS CLÍNICAS PAIME

Madrid, 28 y 29 de noviembre de 2014

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

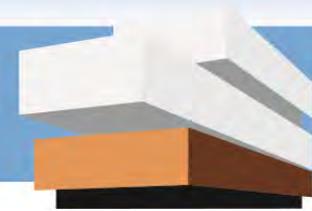


Fundación Patronato  
de Huérfanos y Protección  
Social de Médicos  
Príncipe de Asturias

-D<sup>ª</sup> Mercedes Martínez Pérez  
Asesora Jurídica del COMB.  
-Cristóbal Zarco. Asesor Jurídico  
del ICOMEM



# Abordaje y Gestión Jurídica de los casos difíciles



## **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

## **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

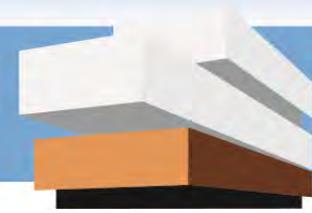




**Prevenir / Sancionar**

**Rehabilitar / Inhabilitar**

**Persuasión / Coacció**



## **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.

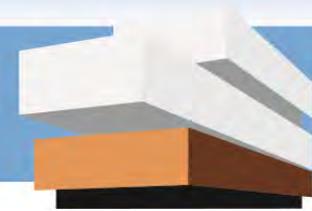
## **Norma 102:**

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.



## 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.



## 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.



## **CLASES DE MEDIDAS:**

(obligaciones de hacer/obligaciones de no hacer)

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



	<b>2010-2014</b>	
	<b>TOTAL</b>	<b>MÉDICOS AFECTADOS</b>
CT	103	34
REQUERIMIENTO NO EJERCICIO	10	7
DICTAMEN	12	12

	<b>1998-2013</b>
INCAPACIDADES	99



**¡Muchas gracias!**



**Mercedes Martínez Pérez**  
Abogada  
Asesoría Jurídica del COMB

**[mercedes.martinez@comb.cat](mailto:mercedes.martinez@comb.cat)**



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

**“II Jornadas PAIME**  
**28-29 noviembre 2014**  
**PAIME-ICOMEM”**

***Cristóbal Zarco Montejo***  
**Letrado ICOMEM**



## Antecedentes

- **2001** ICOMEM, Crea “*la Comisión de vigilancia de la salud de los médicos*” para dar respuesta a sus problemas de salud

*Grupo de trabajo constituido por la Junta directiva del ICOMEM en 2001, abierto y estable, compuesto por médicos de diversas especialidades, mayoritariamente especialistas en Medicina del Trabajo, y Psiquiatría (centros públicos y privados).*

*Se creó para dar respuesta a los problemas de salud del médico, abarcando cualquier etiología.*

- **2006** ICOMEM Crea “*la Comisión de atención y prevención del médico (CAYPAM)*” en sustitución de la anterior
- **23 de Febrero de 2012** sustitución del CAYPAM por PAIME



## Regulación Normativa

- **Orden 1436/2006** de 21 julio de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid por la que se aprueba el *“Plan de Atención Integral al profesional sanitario enfermo en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de la CAM (PAIPSE)”*
- *“Convenio de Colaboración entre la **Consejería de Sanidad y Consumo de la CAM** y el **ICOMEM** para La Atención Integral Ante Determinados Problemas De Salud, al Personal Médico que ejerce su profesión en Centros y Organismos de la Comunidad De Madrid (2/8/2006)”*
- **Código de Deontología Médica 2.011**



# UVOPSE

Unidad de valoración y orientación al profesional sanitario enfermo

- Unidad constituida por:

Dos psiquiatras

Enfermero

Psicólogo

Trabajador social

Administrativo

- Se sustenta en un Comité Técnico Asesor formado por:

Dos psiquiatras

Dos especialistas en Medicina del Trabajo

Dos expertos designados por el **Colegio de Médicos** y el Colegio de Enfermería



## PAIME-ICOMEM Áreas de trabajo

- Programas para Trastornos mentales: Trastornos afectivos. Trastornos de ansiedad. Trastornos psicóticos. Trastornos de somatización.
- Programas para Patología dual.
- Programas para prevención de la Violencia Interna en las Instituciones Sanitarias
- Atención a la patología psicosocial laboral (Acoso laboral, Estrés laboral...)
- Programas para Médicos Internos Residentes
- Programa de Prevención del Suicidio
- Programa de Mediación Sanitaria
- Programa de detección de Deterioro Cognitivo
- Programa de Prevención y Control del Estrés



## Profesionales Colaboradores

Médicos del Trabajo de los SPRL de los Hospitales de Madrid

Equipo de la Uvopse

Psiquiatras de Centros de salud mental y Hospitales de Madrid

Secretaría general, Asesoría Jurídica y Comisión Deontológica  
del ICOMEM

Consultores-Asesores especializados

Comisión de atención asistencial

Comisión asesora

Equipo de investigación violencia interna

Equipo de investigación en prevención del suicidio

Psiquiatras jubilados adheridos al PAIME



## Consulta médica sede del ICOMEM

Tienen derecho a recibir la asistencia del PAIME todos los médicos colegiados **en activo**. Los pacientes que no puedan acceder a recibir tratamiento en el programa PAIME serán **asesorados respecto a los circuitos asistenciales más adecuados para que reciban la atención** que precisen.

- 1) Ayudar al mayor número posible de médicos enfermos o en riesgo de estarlo
- 2) Proporcionar la asistencia necesaria.
- 3) Favorecer su rehabilitación como profesionales.
- 4) Contribuir a que la práctica de la Medicina se haga en las mejores condiciones posibles de seguridad para los ciudadanos.

En la consulta del ICOMEM abierta todos los miércoles del año, de acceso a través de cita telefónica o personal, atendida por el equipo evaluador



# Actividad PAIME

(Datos Enero –Diciembre 2013)

- Consultas telefónicas: **92**
- Consultas primeras en la sede colegial **65 pacientes**
- Consultas de Psicoterapia de grupo en Proyecto Hombre: 5 colegiados asisten a dos sesiones semanales, con psicólogo del proyecto hombre y psiquiatra del PAIME
- Consultas primeras fuera de la sede colegial: 24 pacientes
- Hospitalizaciones Fundación Galatea :2 pacientes y en clínica privada de Madrid: 1 paciente
- Mediaciones sanitarias: 12
- Numero de informes clínico laboral: 32
- Gestiones por caso: Una media de cuatro por colegiado



# Violencia ámbito laboral

## Orden 212/2004, Consejería de Sanidad y Consumo de la CAM

- 1. Directrices para elaboración de Planes de Prevención y Atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en Instituciones sanitarias públicas
- 2. Contempla:
  - **1. Prevención de potenciales situaciones conflictivas:**
    - 1.1. Reforzando las garantías en la prestación de los Servicios Sanitarios.
    - 1.2. Reforzando la seguridad pasiva y activa en los lugares de trabajo
    - 1.3. Impulsando la formación de los profesionales en el manejo de situaciones conflictivas
  - **2. Actuación ante incidentes (Procedimiento)**
  - **3. Asesoramiento y apoyo jurídico al personal afectado**



# Violencia ámbito laboral

- Protocolo INTERNO ICOMEM

1) Medidas Administrativas: **CAYPAM-PAIME**

2) Medidas Judiciales: Activación Protocolo ICOMEM / FISCALIA CAM

- Ley 12/2001, de 21 diciembre, de *Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, LOSCAM*

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, LOPS

- Ley 55/2003 Estatuto Marco

- Código Penal

- Convenio de Colaboración para el establecimiento de cauces de comunicación y **Protocolos** de actuación entre la **Fiscalía de la Comunidad Autónoma de Madrid y el Ilustre colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM)** en materia de agresiones contra médicos en la Comunidad Autónoma de Madrid, 5 de mayo de 2008



*Muchas Gracias*



# 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

### **Objetivos:**

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

### **Destinatarios:**

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

### **Lugar de celebración:**

- Sede del Ateneo de Madrid. C/ Prado 21.
- Ponencias y talleres distribuidos en tres salas. Disponibles carteles indicadores de las salas.

### **Inscripciones:**

- Plazo: hasta el **20 de noviembre** de 2014.
- Inscripción en: [http://www.fphomc.es/ficha\\_inscripcion\\_paime](http://www.fphomc.es/ficha_inscripcion_paime)
- Condiciones: gratuita.

**Programación:** Comité Técnico Nacional del PAIME.

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

## Viernes 28 de noviembre 2014

**16,00h: Recepción y acreditación de participantes.**

**16,30h: Bienvenida asistentes e inauguración.**

D. Juan José Rodríguez Sendín. Presidente de la FPSOMC.

**16,45h: PONENCIA: *Coordinación del PAIME con los elementos clave del Sistema de Salud: Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, Atención Primaria, Inspección Médica.***

**Presenta y Modera:** Dr. Serafín Romero Agüit. Vicepresidente de la FPSOMC

**Ponentes:** - Dr. Ángel Alayo. Coordinador PAIME País Vasco.  
- Dra. M<sup>a</sup> Dolores Crespo. Coordinadora PAIME Madrid

**17,15h: FOROS DE DEBATE Y CONSENSO**

**Foro 1: *Abordaje desde el PAIME de patologías psiquiátricas relacionadas con fenómenos emergentes: agresiones laborales, acoso, adicciones sin sustancia, etc.***

**Directores:**

- Dr. Eugeni Bruguera. Clínico PAIME. Fundación Galatea  
- Dr. Bartolomé de la Fuente. Coordinador PAIME Andalucía

**Foro 2: *Formador de Formadores en Resiliencia.***

**Directores:**

- Dra. Mar Sánchez. Coordinadora PAIME Castilla La Mancha.  
- Dra. Carmen Marroquí. Coordinadora del Servicio de Prevención de Riesgos laborales GAI de Ciudad Real y Valdepeñas

**Foro 3. *Coordinación entre los colegios y los clínicos PAIME ante un paciente difícil. Toma de decisiones***

**Directores:**

- Dr. José Carlos Mingote Adán. Clínico PAIME. Madrid  
- Dra. Carmen Bule. Coordinadora PAIME. Fundación Galatea.

**19,00h: Fin de la Jornada.**

**21,00h: Cena (opcional, previa inscripción).**

## Sábado 29 noviembre 2014

**9,00h: PONENCIA:** *El entorno personal y social del médico enfermo como predictor de éxito.*

**Presenta y Modera:** Dr. Antoni Arteman Jane. Gerente de la Fundación Galatea.

**Ponente:** Dr. Miquel Gusart Ponsa. Especialista en Terapia Familiar e intervención con pacientes difíciles.

**9,20h: FOROS DE DEBATE Y CONSENSO. Repetición**

**Foro 1:** *Abordaje desde el PAIME de patologías psiquiátricas relacionadas con fenómenos emergentes: agresiones laborales, acoso, adicciones sin sustancia, etc.*

**Directores:**

- Dr. Eugeni Bruguera. Clínico PAIME. Fundación Galatea
- Dr. Bartolomé de la Fuente. Coordinador PAIME Andalucía.

**Foro 2:** *Formador de Formadores en Resiliencia.*

**Directores:**

- Dra. Mar Sánchez. Coordinadora PAIME Castilla La Mancha.
- Dra. Carmen Marroquí. Coordinadora del Servicio de Prevención de Riesgos laborales GAI de Ciudad Real y Valdepeñas.

**Foro 3.** *Coordinación entre los colegios y los clínicos PAIME ante un paciente difícil. Toma de decisiones .*

**Directores:**

- Dr. José Carlos Mingote Adán. Clínico PAIME. Madrid
- Dra. Carmen Bule. Coordinadora PAIME. Fundación Galatea.

**11,00h: Pausa Café**

**11,20h: FOROS DE DEBATE Y CONSENSO. Repetición de los tres Foros.**

**13,00h: COLOQUIO - DEBATE:** *Abordaje y gestión jurídica de los casos difíciles.*

**Dirige y Modera:**

- Mercedes Martínez Pérez. Asesora Jurídica del C.O.M Barcelona
- D. Cristóbal Zarco. Asesor Jurídico del C.O.M. de Madrid.

**14,00h: Clausura**





## “II JORNADAS CLÍNICAS PAIME”

**LUGAR:** Madrid, Ateneo de Madrid.

**FECHA:** 28 y 29 de noviembre de 2014.

**TOTAL:** 21 formularios

### ENCUESTA ANÓNIMA DE SATISFACCIÓN

1.- Valoración de los aspectos organizativos de las Jornadas:

☺☺☺ Muy Alta	☺☺ Alta	☺ Aceptable	☹ Baja
33.33%	52.38%	14.28%	

2.- Metodología de las jornadas:

☺☺☺ Muy Adecuada	☺☺ Bastante adecuada	☺ Aceptable	☹ Poco adecuada
33.33%	66.66%		

3.- Nivel de conocimientos adquiridos respecto a los temas tratados:

☺☺☺ Muy Alto	☺☺ Bastante alto	☺ Suficientes	☹ Poco
4.76%	61.90%	33.33%	

4.- Duración de las Jornadas:

☺☺ Excesiva	☺ Suficiente	☹ Insuficiente
	80,95%	19.04%

5.- Interés de los temas tratados:

☺☺☺ Muy Alto	☺☺ Alto	☺ Aceptable	☹ Bajo
38.09%	61.90%		

6.- Aplicación práctica de los temas tratados.

☺☺☺ Muy Alta	☺☺ Alta	☺ Aceptable	☹ Baja
28.57%	52.38%	19.04%	

6.- Atención de los Profesores

☺☺☺ Muy Buena	☺☺ Bastante buena	☺ Aceptable	☹ Deficiente
61.90%	33.33%	4.76%	

8.- Atención por parte de la Organización.

☺☺☺ Muy Buena	☺☺ Bastante buena	☺ Aceptable	☹ Deficiente
66.66%	33.33%		

9.- En general las Jornadas le han parecido:

☺☺☺ Muy Buenas	☺☺ Bastante buenas	☺ Aceptables	☹ Deficientes
33.33%	61.90%	4.76	

10. Interés de seguir organizando y participando en sucesivas Jornadas Clínicas PAIME.

☺☺☺ Muy Alto	☺☺ Alto	☺ Aceptable	☹ Bajo
80.95%	19,04%		



## SUGERENCIAS / OBSERVACIONES:

### 1. Temas a tratar en próximas jornadas:

- Definir cartera de servicios del PAIME:
- Organizar un Taller Jurídico.
- Profundizar más en los temas tratados en los talleres.
- Aspectos legales de la confidencialidad.
- Terapia familiar sistémica.
- Coordinación de los distintos PAIME con criterios unificados.
- Relación médico-paciente/terapeuta-medico enfermo:relaidades y posibilidades. Qué más se puede hacer.
- Cómo no perder los casos difíciles y tratar de resolverlos mejor.

### 2. Otras observaciones o sugerencias:

- Profundizar en el modelo Taller-encuentro.
- Todo un acierto la cercanía entre el hotel y la sede de las jornadas.
- Dedicar más tiempo a los talleres.
- Conseguir mayor participación de terapeutas de la Red PAIME.
- Acompañar cada tema tratado con casos prácticos y menos teoría.

**Entregar al final de la Jornada del día 29 de noviembre de 2014**  
Salón Ciudad de Úbeda – 4ª planta (bandeja)



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

Calle Cedaceros nº 10.

28014 – MADRID

Teléfono: 91 431 77 80; ext. 3

Correo electrónico: [patronato.huerfanos@fphomc.es](mailto:patronato.huerfanos@fphomc.es)

Web: [www.fphomc.es](http://www.fphomc.es)

@fpsomc



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

***Solidaridad y Ayuda para los Médicos y sus Familias***