



Fundación para la Protección Social  
de la OMC

# Guía PAIME

Programa de Atención Integral  
al Médico Enfermo



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



Fundación para la Protección Social  
de la OMC

# Guía PAIME

Programa de Atención Integral  
al Médico Enfermo



# ÍNDICE DE CONTENIDOS

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

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

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

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

**4. AYUDAS DE LOS COLEGIOS DE MÉDICOS Y LA FUNDACION PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA OMC. FINANCIACION DEL PAIME ..... 29**

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

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

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

El PAIME, desde su creación hace casi catorce años, sigue teniendo como objetivos principales conseguir que el médico enfermo reciba la atención necesaria y garantizar a la sociedad que el colectivo médico desempeña su trabajo en unas condiciones óptimas.

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

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



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

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

### **Dr. Juan José Rodríguez Sendín**

Presidente de la Fundación Patronato para la Protección Social de la OMC

# INTRODUCCIÓN

## PARTICIPANTES

Este documento ha sido realizado por un grupo formado por expertos colegiales y clínicos que actualmente están vinculados al Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) a través de sus colegios o de los consejos autonómicos de colegios de médicos, y que han participado en la elaboración del mismo a propuesta de las personas que forman el Comité Técnico Nacional del PAIME. Este grupo, creado ad hoc para la elaboración de la Guía, lo han compuesto las siguientes personas y entidades:

### **COLEGIO DE CÓRDOBA:**

Dr. Bartolomé de la Fuente Darder. Coordinador PAIME.

Dr. Ignacio Martínez Hens. Clínico PAIME

D. Fernando Sánchez Alcaraz. Terapeuta PAIME

### **COLEGIO DE MADRID:**

Dra. M<sup>a</sup> Dolores Crespo Hervás. Directora PAIME

### **CONSEJO DE MÉDICOS DE CASTILLA- LA MANCHA:**

Dra. Mar Sánchez Fernández. Coordinadora PAIME

Dra. M<sup>a</sup> Luisa Celorrio Bustillo. Clínico PAIME

D<sup>a</sup>. Isabel Montoya Creus. Clínico PAIME

### **CONSEJO DE MÉDICOS DEL PAÍS VASCO:**

Dr. Ángel Alayo Arrugaeta. Coordinador PAIME.

Dr Juan Mendivil Ferrández. Clínico PAIME.

### **FUNDACIÓN GALATEA:**

Dr. Antoni Arteman Jané. Gerente

Dra. Carmen Bule Arbiol.

### **FUNDACIÓN PATRONATO PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL – OMC (FPSOMC)**

Dr. Serafín Romero Agúit. Secretario General.

### **COORDINACIÓN:**

D<sup>a</sup> Nina Mielgo Casado. Directora Técnica de la FPSOMC

### **REVISIÓN Y CORRECCIÓN:**

D. Jerónimo Fernández Torrente. Vicesecretario de la FPSOMC

## **DESTINATARIOS**

Ésta Guía está dirigida a todo el colectivo médico que ejerce su profesión en España y que en algún momento de su carrera puedan necesitar, para ellos o sus compañeros, la ayuda del PAIME.

## **ESTRUCTURA DE LA GUÍA**

La Guía PAIME está organizada en siete apartados diferenciados temáticamente, de acuerdo a una exposición ordenada de la información sobre el PAIME. Se ha trazado un recorrido desde una explicación introductoria sobre la naturaleza del Programa, continuando con el papel del médico enfermo (ME), el de los colegios de médicos, los compañeros, familiares y otros allegados, y por último una breve información sobre los actuales PAIMEs colegiales





# 1/ QUÉ ES EL PAIME

# 1.1/

## ORIGEN Y ANTECEDENTES

El problema de las conductas adictivas en médicos fue detectado e informado por primera vez por la AMA, Asociación Médica Norteamericana, en los años 70. En la década siguiente, se crearon unos programas de ayuda para estos médicos enfermos en cada uno de los estados de dicho país, los cuales se federaron entre todos ellos posteriormente. Más adelante fueron los canadienses, australianos y neozelandeses quienes siguieron la misma iniciativa.

A finales de los años 90, el conocimiento de este hecho y la necesidad de ofrecer ayuda y terapia integral a estos compañeros llevó a los colegios oficiales de médicos (COMs) de España a la creación de un programa específico (PAIME), con el fin de evitar la automedicación y la ocultación del problema y, a la vez, evitar un cierto riesgo de mala praxis y de baja calidad de los servicios. Concretamente fue el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona quien en 1998 creó el primer PAIME y posteriormente se extendió a otros colegios oficiales de médicos españoles.

# 1.2/

## DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

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

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

Está suficientemente constatado que los profesionales de la salud son uno de los colectivos peor atendidos dentro del sistema sanitario, ya sea por la autosuficiencia médica, la negación o minimización de la propia enfermedad, el miedo de los profesionales a ser reconocidos y, como consecuencia de ello, el miedo a perder el prestigio profesional y, tal vez, las características de la propia actividad médica, etc. Además, entre médicos no suele establecerse una adecuada relación terapéutica médico-paciente como se establece en la práctica clínica habitual. Constituye un buen ejemplo la costumbre de realizar consultas espontáneas / no programadas a colegas en los pasillos del hospital, centros de salud, consultorios ó por teléfono, hablando en tercera persona.

# 1.3/

## JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

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

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

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



No hay que olvidar que el PAIME cumple un doble objetivo, por una parte conseguir que el médico enfermo se sienta respaldado y por otra, dar una garantía todavía mayor de protección a los pacientes, la garantía de que el médico que los atiende está en condiciones óptimas para ejercer.

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

## 1.4/

### CARACTERÍSTICAS – EXPLICATIVO DEL PAIME

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

- *El médico debe de abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá al paciente que recurra a otro compañero competente en la materia.*
- *Si un médico observara que por razón de edad, enfermedad u otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su absoluta confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su actividad profesional.*

- *Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y estas fueran advertidas por otro compañero, este estará obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. No supone esta actuación faltar al deber de confraternidad porque el bien de los pacientes ha de ser siempre prioritario.*

La filosofía del PAIME no pretende ser persecutoria ni punitiva del médico enfermo si no es absolutamente necesario (en aquellos casos de claro riesgo de mala praxis), promoviendo el acceso voluntario y la rehabilitación de los pacientes más que el castigo.

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

Es esencial la figura colegial del Coordinador del PAIME que asumirá esa labor de integralidad de la asistencia, valorando en todo momento

los aspectos jurídicos, éticos y deontológicos, así como laborales y de complicidad con las Administraciones responsables.

Cabe destacar también la especialización de los equipos asistenciales del PAIME en el tratamiento de los médicos enfermos, asegurándose de este modo una mayor experiencia de estos servicios. Los servicios suelen ser, en casi todas las Comunidades Autónomas, totalmente gratuitos para los médicos colegiados y en activo.

## 1.5/

### FACTORES QUE DIFICULTAN EL ABORDAJE Y TRATAMIENTO

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

## 1.6/ SERVICIOS

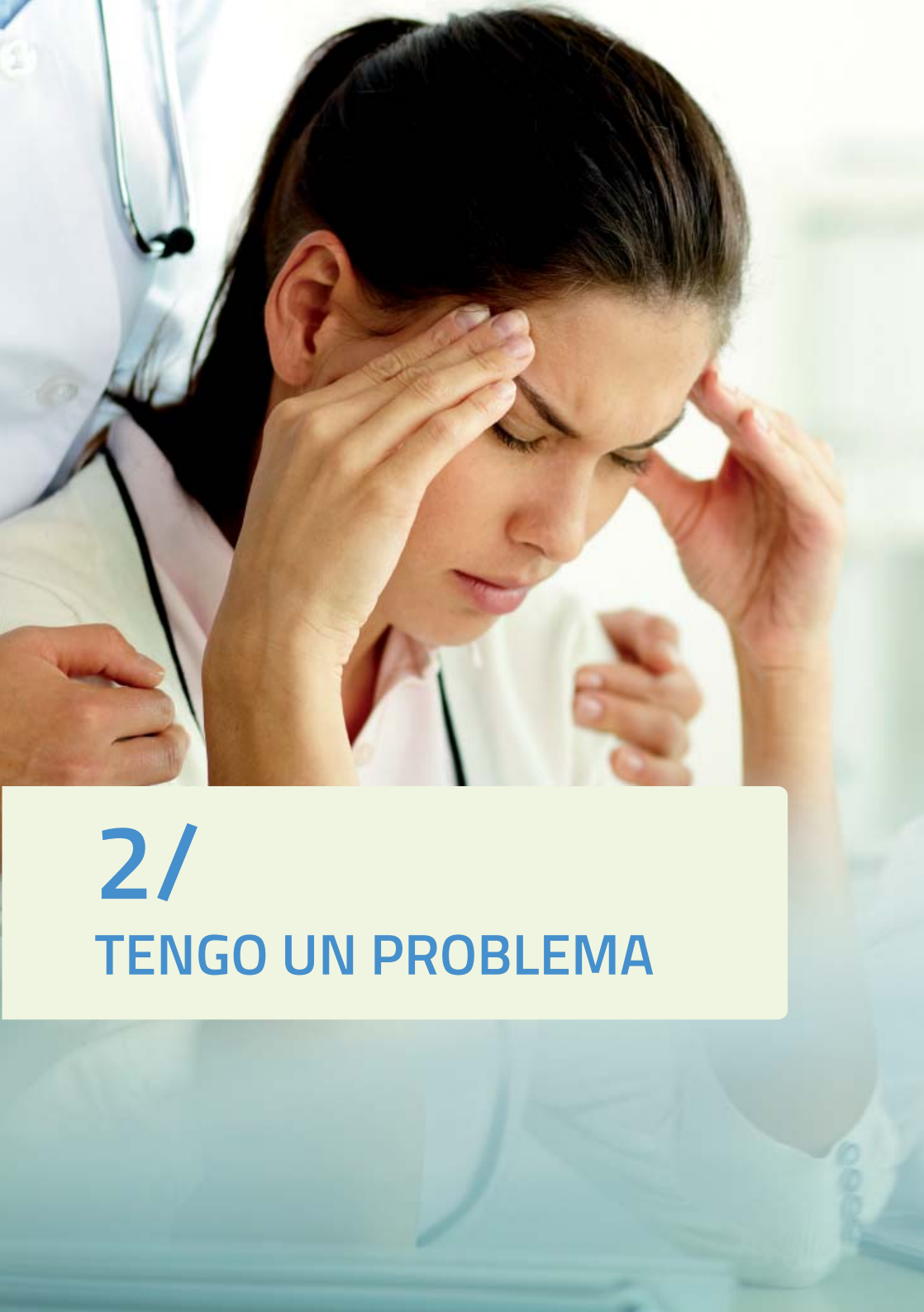
El PAIME ofrece a los ME los siguientes servicios asistenciales:

- Ambulatorio: 1ª visita y visitas de seguimiento y, según la disponibilidad territorial, psicoterapias individuales y grupales, así como la realización de controles de tóxicos en orina, estudios neuropsicológicos y psicometrías.
- Hospital de Día, según la disponibilidad territorial.
- Hospitalización en la Unidad de Ingreso del PAIME, para casos más graves, ya sea debido a una conducta adictiva o a un trastorno mental.

## 1.7/ REQUISITOS PARA ACCEDER AL PAIME

Los requisitos para acceder al Programa son:

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



**2/**

**TENGO UN PROBLEMA**

## 2.1/

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

La negación del problema de salud subsidiario del PAIME puede llevar a enmascarar los síntomas: si descuido mi aspecto, si noto deterioro físico, si dejo de disfrutar con actividades de ocio, si hay personas que me insinúan que debo cambiar, si hay comentarios negativos de los pacientes sobre mis actuaciones, si tengo problemas con los compañeros y pacientes, si me automedico, si tengo dificultades en el trabajo, son razones más que suficientes para pensar que tengo un problema.

Lo más recomendable es pedir información, opinión y consejo a un compañero médico, aunque existen test o pruebas complementarias como el AUDIT<sup>1</sup> para el alcohol, depresión de BECK, ansiedad de Hamilton, Escala de Gravedad de Adicción (AEG), Golber, etc.

## 2.2/

### ACEPTACIÓN IMPLICA PEDIR AYUDA Y COMPROMISO CO-RESPONSABLE

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

problemas, sabiendo que hay dispositivos especializados en tratar a médicos con éste tipo de patologías.

## 2.3/

### LOS APOYOS: FAMILIA, AMIGOS, COMPAÑEROS

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

## 2.4/

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

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

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

## 2.5/

### QUÉ NO DEBO HACER : NEGACIÓN, FALSO AUTOCONTROL, AUTO-TRATARME, ENGAÑARME Y ENGAÑAR A LOS OTROS, HACER DEJACIÓN DE MI RESPONSABILIDAD PARA CON LOS DEMÁS

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

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





**3/**

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

## 3.1/

### FACTORES DIFERENCIALES EN LA ENFERMEDAD DEL MÉDICO

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

Los prejuicios que existen en relación a la enfermedad mental o el fácil acceso a psicotropos, hasta la universal sensación de autoco-nocimiento y la posibilidad del médico de consultar con compañeros amigos, hacen de la enfermedad mental en el médico una situación especialmente difícil de manejar cuando se padece.

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

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

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

## 3.2/

### EL CAMBIO DE ROL: DE MÉDICO A PACIENTE

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

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

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

## 3.3/ AUTODIAGNÓSTICO Y AUTOTRATAMIENTO

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

Muchas veces comienzan con auto-prescripciones ante síntomas psicopatológicos que le desbordan. Otras veces consultan de manera indirecta a algún colega, entre pasillos o en algún descanso, pretendiendo así no dar el valor y la importancia que tiene su situación. Estas fases pueden ser muy prolongadas en el tiempo y llegar a cronificarse evolucionando hacia conductas de aislamiento o de evitación de acontecimientos en los que se debe relacionar con otros profesionales. Su entorno en muchas ocasiones es consciente de la problemática pero se hace difícil su abordaje.

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

## 3.4/

### EL ABORDAJE PSIQUIÁTRICO

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

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

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

En muchos casos de médicos generalistas / especialistas y en todos los casos de psiquiatras con una enfermedad mental, el conocimiento sobre psicofarmacología es profundo y puede ocurrir que el psiquiatra acabe “negociando” la medicación con el médico enfermo, lo cual puede tener consecuencias negativas. Aunque el tratamiento

psicofarmacológico deba ser acordado y puesto en común por ambos, el manejo y decisión sobre las pautas a seguir debe quedar exclusivamente en manos del psiquiatra, por lo que hay que conseguir una relación de confianza suficiente como para que el médico enfermo lo acepte y para que comunique la pauta real de seguimiento.

El caso particular del psiquiatra enfermo facilita en muchas ocasiones el abordaje porque, una vez que acepta la ayuda, sabe lo importante de su implicación en el tratamiento para obtener buenos resultados.

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

En el supuesto de que, por distintas circunstancias, no se termine de establecer una fructífera relación terapéutica, es importante dar la posibilidad de derivación del caso a otro profesional, cuestión que se ha de hablar con franqueza y exponer las distintas posibilidades a las que pueda acceder, siendo consciente de la importancia que tiene sentir la posibilidad de ayuda.



4/

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



## 4.1/

### LOS PAIME FUNCIONAN. QUÉ SERVICIOS MÍNIMOS PODEMOS ESPERAR ENCONTRAR

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

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

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



## 4.2/

### TELÉFONO CONFIDENCIAL. CAMBIO DE IDENTIDAD

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

Serían características y funciones del Coordinador:

- Discernir los posibles casos.
- Coordinar las atenciones.
- Ser miembro destacado de la Junta Directiva (preferentemente de la Comisión Permanente y a ser posible el Secretario por sus atribuciones estatutarias.
- Dedicación horaria establecida.
- Tramitador de documentaciones y eje de las relaciones con los empleadores y responsables jerárquicos, gabinetes de salud laboral, y Equipos de Valoración de IT.

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

- Amplia experiencia profesional y contrastada madurez.

- Ser reconocido por la comunidad científica.
- Compromiso de disponer de tiempo para el Programa.
- Habilidades en gestión clínica y en equipos asistenciales.
- Elaboración consensuada de sistemas de información integrados

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

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

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

## 4.3/

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

El Contrato Terapéutico (CT) no es un documento legal en sí mismo, pero tiene su valor llegado el caso. Se trata de asumir por escrito un compromiso común, la rehabilitación del médico enfermo (ME) para que pueda volver a trabajar en las debidas condiciones. Se utiliza en casos difíciles, en los que el ME niega su problema o lo minimiza, y hay evidencias claras de que lo padece y necesita tratamiento bajo control. El Contrato Terapéutico en sus diversos grados es el reflejo del compromiso mutuo y co-responsable entre el ME, el medico terapeuta y, en ocasiones, el propio Colegio de Medicos y/o la Administración o empresa.

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

Es recomendable incorporar en el CT a una o más personas próximas al ME (colegas, familiar, compañeros de trabajo,...), para ejercer una función de acompañamiento y/o tutoría durante el tratamiento.

Estas personas son importantes, no solo por el apoyo al ME, sino también por las observaciones que aportan al médico terapeuta y / o al propio COM.

El CT debe contener siempre:

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

## 4.4/

# LA FUNDACIÓN PATRONATO DE HUÉRFANOS Y PROTECCIÓN SOCIAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS. INCORPORACIÓN DEL PAIME AL CATÁLOGO DE PRESTACIONES; APOYO Y FINANCIACIÓN

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

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

1. Atención Social.
2. Atención a la Dependencia.
3. Atención a la Educación.
4. Atención a la Conciliación de la Vida Personal, Familiar y Laboral.
5. Atención a la Promoción, Protección y Prevención de la Salud del Médico.

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

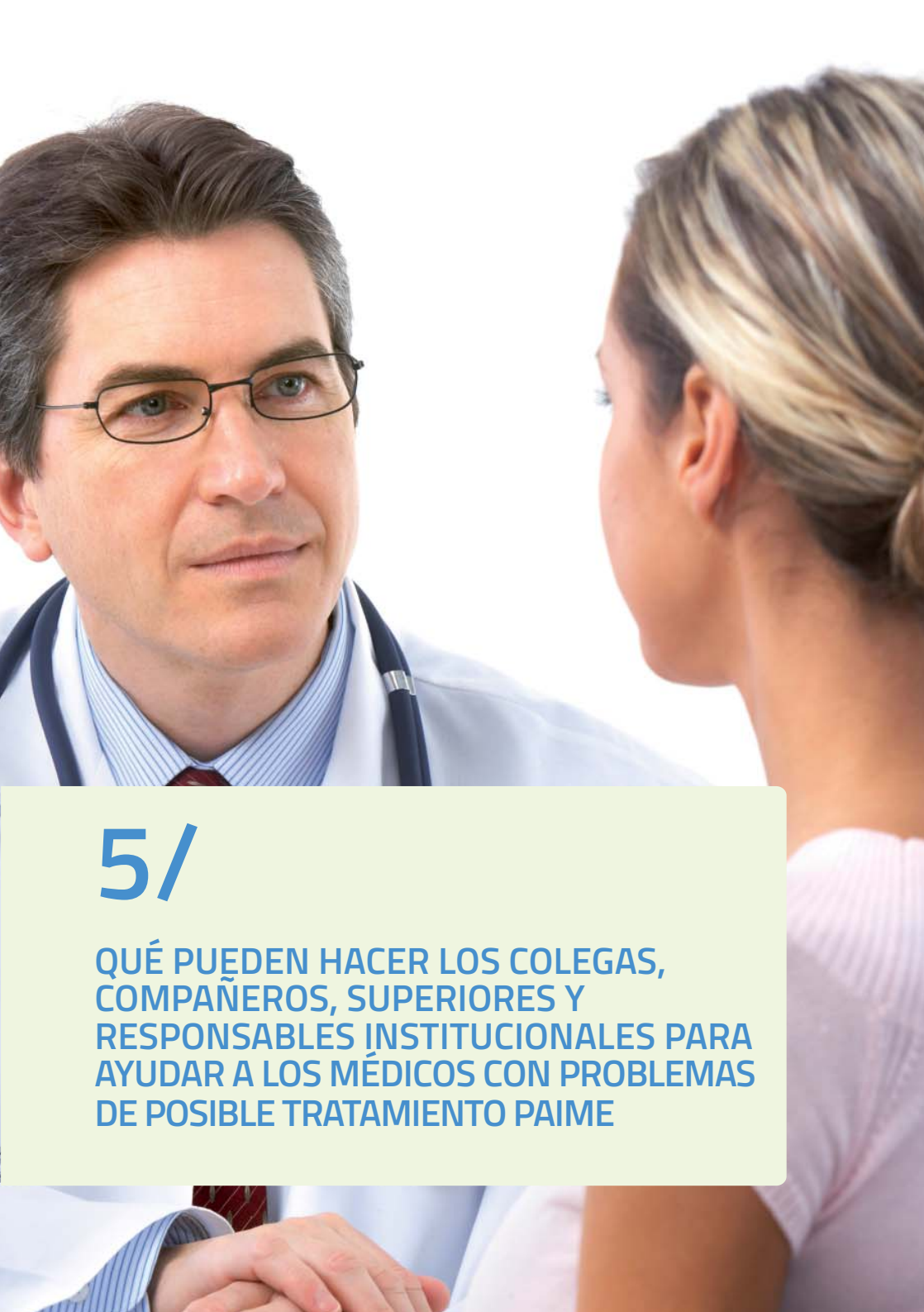
colegiados socios protectores de la Fundación. Es en el quinto eje en el que se sitúa el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME).

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

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

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

Asimismo, la Fundación ha creado el denominado COMITÉ TÉCNICO NACIONAL DEL PAIME formado por expertos colegiales en éste Programa, con la finalidad de realizar el seguimiento de la implantación, desarrollo y consolidación del PAIME en todo el territorio estatal, así como establecer unos mínimos de consenso en cuanto a pautas de actuación conjuntas, información, protocolos y recogida de datos a nivel global.



# 5/

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

## 5.1/

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

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

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

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



## 5.2/

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

Debemos convencer al ME de que no podrá resolver solo este tipo de problema. Entonces es el momento de hablarle de la existencia de los servicios especializados y confidenciales del PAIME, haciendo que el compañero pueda conocer su filosofía y características porque ello puede aportarle seguridad y confianza a la hora de dar el primer paso. Para ello se le puede sugerir que se informe a través de la página Web del COM correspondiente, como también darle el teléfono del Servicio de Acogida PAIME más próximo, desde donde se le darán todo tipo de explicaciones sin preguntarle por su identidad.

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

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

## 5.3/

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

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

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

## 5.4/

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

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

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

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

Un punto importante para poder orientar el caso de la manera más satisfactoria es la determinación de la existencia o no de riesgo para la praxis. La situación de riesgo para la praxis de un paciente PAIME se establece por afirmación del propio ME al ser preguntado en este sentido, por la afirmación del médico informante del caso, por quejas de pacientes del ME recogidas por escrito que pueden hacer presuponer este riesgo, por manifestaciones reiteradas y concretas de

compañeros y/o superiores del ME o por la afirmación del terapeuta una vez historiado el paciente y según la evolución del caso durante el proceso terapéutico.

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

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

## 5.5/

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

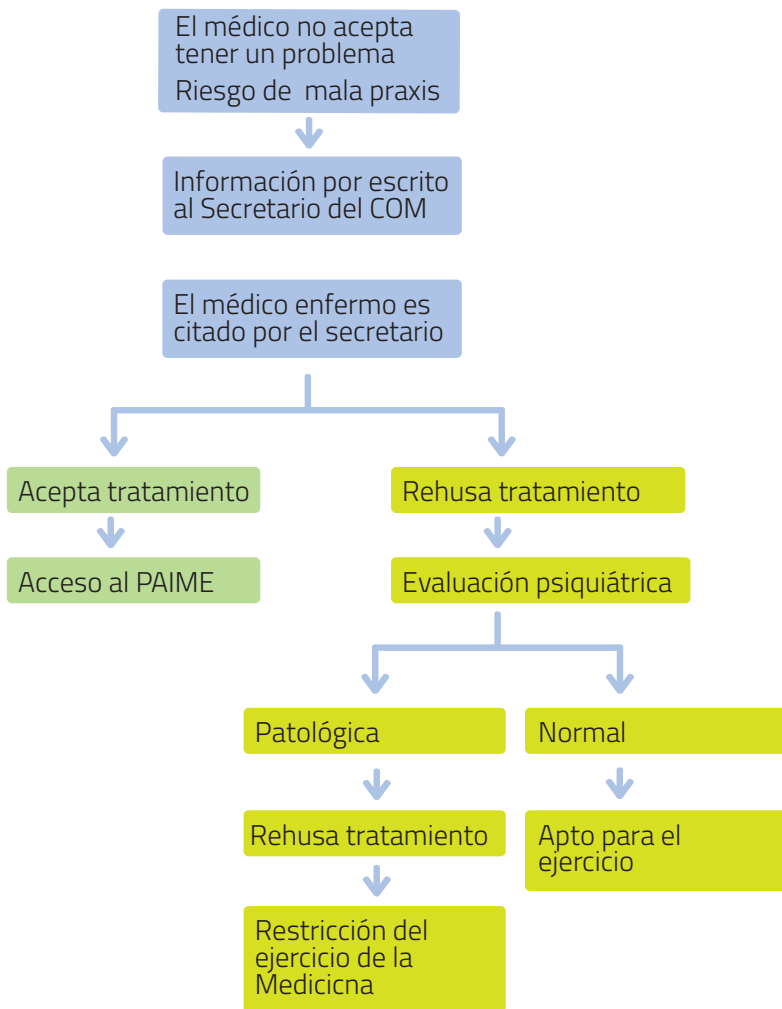
Si a pesar de todo el ME sigue negando padecer un problema y no acepta hacer la demanda voluntaria de tratamiento, el comunicante deberá dirigirse por escrito al Secretario o persona de la Junta de Gobierno del COM correspondiente delegada a tal efecto, para darle a conocer el caso con todas las circunstancias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

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

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

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

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





# 6/

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

## 6.1/

### SI HAY DUDAS. CÓMO SABER SI TIENE UN PROBLEMA. SEÑALES DEL PROBLEMA. HABLAR Y ACONSEJAR CON ÁNIMO DE AYUDAR.

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

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

En una primera fase se actúa negando el problema, minimizando o restándole importancia, pero si el comportamiento extraño del familiar continúa haciéndose mas notable aparecen sentimientos de ansiedad y necesidad de identificar la realidad de la situación.

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

La actitud de la familia debe ser de atención, preocupación e interesarse por conocer lo que está ocurriendo, intentando valorar la situación real del problema y su gravedad.

Es necesario enfrentarse sin evadir con autoengaños lo que resulta obvio, ya que intentar ocultarlo solo conducirá a un agravamiento de la situación.



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

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

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

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

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

## 6.2/

### PEDIR CONSEJO AL COLEGIO DE MÉDICOS, LA OMC, FUNDACIÓN PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL-OMC, FUNDACIÓN GALATEA

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

Esta información se puede recibir a través de los programas PAIME de los Colegios Oficiales de Médicos de España, de la Organización Médica Colegial (OMC), la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias y la Fundación Galatea. Todos ellos, tras 13 años de experiencia tratando a médicos con problemas, proporcionarán la información necesaria para el acceso al Programa.

## 6.3/

### HABLAR Y ACONSEJAR PRIMERO. PRESIONAR DESPUÉS

Si la familia detecta las señales de alarma descritas, debe hablar con el médico enfermo, interesándose por él, intentando que sea capaz de aceptar la situación que está generando el problema.

El diálogo debe ser desde el acercamiento, el consejo con respeto y comprensión evitando enfrentamientos.

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

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

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

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

Una vez iniciado el tratamiento se aconseja, si el paciente lo autoriza, acompañar y ayudar a la familia al paciente y profesional durante todo el proceso terapéutico.

## 6.4/

### BUSCAR APOYOS. NO PERDER LA ESPERANZA

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

Se hace necesario un trabajo informativo y referencial para la familia, orientando a situarle ante una nueva realidad y a ofrecerle pautas de actuación ante un familiar médico con una enfermedad mental o adicción.

Este apoyo e información se da desde el programa PAIME.

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

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

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

# 71

## RELACIÓN DE PAIMEs COLEGIALES. TELÉFONOS DE CONTACTO

COM A CORUÑA	981 295 899
COM ALICANTE	965 261 011
COM ALMERÍA	950 233 122
COM ASTURIAS	985 230 900
COM BADAJOZ	630 966 758
COM CÁCERES	927 222 622
COM CÁDIZ	956 212 221
COM CANTABRIA	629 777 101
COM CASTELLÓN	695 221 100
COM CEUTA	956 512 818 – 620 834 945
COM CÓRDOBA	647 917 153
COM GRANADA	958 806 600
COM HUELVA	959 540 630
COM ILLES BALEARS	695 799 958
COM LA RIOJA	941 270 471
COM JAÉN	953 295 940
COM LAS PALMAS	619 374 693
COM LUGO	982 280 279
COM MÁLAGA	951 019 400 - 951 019 414
COM MADRID	915 385 104 (mañanas) 653 513 435 (tardes)
COM MELILLA	952 695 865
COM MURCIA	868 940 230
COM NAVARRA	682 701 444
COM OURENSE	636 114 562
COM PONTEVEDRA	620 067 956
COM SEVILLA	954 231 990
COM STA. CRUZ DE TENERIFE	922 271 431
COM VALENCIA	963 355 110
C. C. M. ARAGÓN	661 888 222
C. C. M. CASTILLA - LA MANCHA	651 555 206
C. C. M. CASTILLA Y LEÓN	664 48 94 96
C. C. M. CATALUÑA, FUND. GALATEA	902 362 492
CONSEJO MEDICO VASCO	646 581 200





## Fundación para la Protección Social de la OMC

# Solidaridad y ayuda para los médicos y sus familias

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

Bajo el patrocinio de la OMC y tutelada por el Protectorado que ejerce el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Fundación ofrece al profesional diferentes prestaciones recogidas en su catálogo anual. Hoy más de 3.600 beneficiarios disfrutan de ellas.



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

Calle Cedaceros, 10.  
28014 Madrid  
Tel. 91 431 77 80  
patronato.huerfanos@fphomc.es

[www.fphomc.es](http://www.fphomc.es)

 @fpsomc



Consejo General de Colegios  
Oficiales de Médicos de España