

Cómo actuar ante un médico con un trastorno psíquico que condiciona su actividad profesional

María Dolores Braquehais Conesa^{a,b,*}, Gustavo Tolchinsky^c y Eugeni Bruguera Cortada^{a,b}

^aPrograma d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM). Clínica Galatea. Fundació Galatea. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Barcelona. España.

^bDepartament de Psiquiatria i Medicina Legal. Hospital Universitari Vall d'Hebron. CIBERSAM. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España

^cCol·legi Oficial de Metges de Barcelona. Barcelona. España

*Correo electrónico: mdbraquehais.paimm@comb.cat

Cuestiones polémicas

- ¿Cuáles son los principales motivos por los que los médicos con patología mental y/o adictiva demoran la petición de ayuda u ocultan su problema?
- ¿Qué actitud debemos mostrar cuando un compañero nos confía un problema relacionado con su salud mental?
- ¿Tenemos obligación, como médicos, de informar al Colegio de Médicos de los casos en que tenemos la sospecha de que la patología mental y/o adictiva puede poner en riesgo la seguridad de su ejercicio profesional?
- ¿Qué medidas debe adoptar el superior jerárquico de un médico enfermo (jefe clínico, jefe de servicio, coordinador o tutor MIR) cuando existen conductas problemáticas y el afectado se niega a pedir ayuda?
- ¿Qué ventajas tienen los programas, como el PAIME, especializados en el tratamiento de médicos enfermos?
- ¿Qué medidas se deben adoptar para promocionar la petición voluntaria de ayuda entre médicos con problemas de salud mental y/o adicciones?

Palabras clave: Salud mental • Adicciones • Médico enfermo • Mala praxis.

Introducción

A lo largo de su carrera profesional, el médico (a partir de ahora, en genérico) puede observar en un compañero (o, incluso, en él mismo) conductas problemáticas que podrían poner en riesgo su práctica profesional. En muchas ocasiones, ese comportamiento puede estar motivado por un problema de salud mental y/o por una adicción.

En la década de 1970, la Asociación Médica Estadounidense (AMA) publicó un informe¹ en que se subrayaba la importancia de establecer programas orientados a la identificación y tratamiento de médicos enfermos, así como la necesidad de desarrollar mecanismos de actuación que permitieran la aplicación de medidas disciplinarias en los casos en que se pusiera en riesgo la seguridad del ejercicio profesional. En dicho informe se definía la «condición de médico enfermo» como «la incapacidad del médico de practicar la

Medicina con suficiente competencia y seguridad como consecuencia de una o más enfermedades (...), incluyendo las mentales, los trastornos emocionales y/o el uso excesivo de alcohol u otras drogas».

Desde la década de 1980 fueron desarrollándose en Estados Unidos los programas para médicos enfermos (*Impaired Physicians Programs*)². Los programas estadounidenses no ofrecen directamente tratamiento a los médicos sino que evalúan al paciente, recomiendan el plan de tratamiento más apropiado, sugieren dónde llevarlo a cabo y controlan el adecuado cumplimiento de éste (así como la abstinencia, en los problemas de adicciones) con el fin de informar a los organismos reguladores encargados de velar por la seguridad de la praxis médica (*Regulatory Boards*). Paulatinamente, el modelo estadounidense fue exportándose, con modificaciones, a países como Canadá, Australia y Reino Unido².

En noviembre de 1998 se puso en marcha en Barcelona el

Programa de Atención al Médico Enfermo (PAIME en castellano, PAIMM en catalán), merced a la colaboración del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB) y el Departament de Salut del Gobierno de la Generalitat de Catalunya³. En la actualidad, forma parte de la cartera de servicios de dicho Departament. Inspirados en la experiencia pionera del programa catalán, diversos PAIME fueron desarrollándose en los distintos colegios de médicos de España. Con los años, no sólo comparten la misma filosofía de tratamiento sino que también han armonizado y homogeneizado sus protocolos de actuación⁴.

El PAIME supuso una novedosa alternativa en el panorama internacional ya que su objetivo primordial era, y continúa siendo, la promoción de la petición voluntaria de ayuda en aras de cuidar al médico enfermo, desarrollando, para tal fin, programas asistenciales y preventivos, y reservando la obligatoriedad del tratamiento sólo para los casos con riesgo o evidencia de mala praxis²⁻⁵. Para facilitar la petición voluntaria de ayuda, se adoptaron medidas especiales para proteger la confidencialidad y se dotó a las unidades PAIME de profesionales especializados en la atención a médicos, así como programas de intervención específicos.

El objetivo de este artículo es describir las pautas de intervención recomendadas cuando identificamos a un médico con problemas de salud mental y/o adicciones que pueden afectar a su ejercicio profesional. Nos basaremos en las recomendaciones propuestas en el marco del PAIME.

¿Es frecuente la patología mental y/o adictiva en médicos?

Se puede estimar que la prevalencia de los trastornos mentales y/o de adicciones en el médico es similar (y, en casos como los trastornos de ansiedad o el suicidio, mayor) que la de la población general del mismo nivel socioeconómico⁶⁻¹⁰.

En el médico, como en cualquier otra persona, la aparición de un trastorno mental y/o adictivo se debe a la confluencia de diversos factores en una personalidad vulnerable. Cuando el sufrimiento mental o las adicciones acaban teniendo un impacto notable en la vida personal, familiar o profesional, podemos considerar que nos encontramos ante un trastorno mental.

De todas las adicciones, las más prevalentes entre los médicos son la dependencia del alcohol y la de sedantes. La primera de ellas, en numerosas ocasiones, coexiste con cuadros depresivos⁶⁻⁸. Entre los trastornos no relacionados con el uso de sustancias, los más prevalentes son los trastornos afectivos y los trastornos de ansiedad⁹⁻¹⁰.

Hay etapas o circunstancias de la vida profesional del médico en que hay mayor vulnerabilidad a padecer problemas de salud mental³: el período de formación especializada vía

MIR, especialmente durante los primeros años; el inicio de la actividad laboral, una vez que se ha completado dicho período de formación; los cambios en el nivel profesional; los períodos de reestructuración laboral dentro de las instituciones (mayores exigencias en cuanto a horarios, formas de atender a los pacientes, etc.); las demandas judiciales relacionadas con el correcto desempeño de la profesión; la jubilación, etc. Otros factores relacionados indirectamente con la profesión pertenecen al binomio «casa-trabajo»; un desequilibrio acusado entre los dos polos puede conducir al malestar psicológico en diversas formas y acabar desembocando en un trastorno psiquiátrico.

Además, la creciente presión laboral que sufren los médicos en nuestro medio y las condiciones de trabajo que dificultan que éste se viva de forma satisfactoria son también fuente de malestar y, en ocasiones, acaban conduciendo a un cuadro psiquiátrico^{3,6-10}.

Sin embargo, lo que diferencia al «médico enfermo» de otros pacientes es el hecho de que, cuando padece una enfermedad mental o un trastorno adictivo, sea por la causa que fuere, tiende a demorar e, incluso, a no pedir ayuda. Bajo esta actitud subyacen diferentes motivos^{3,6}: el temor a la pérdida de su credibilidad profesional, las fantasías de control, la negación de las necesidades emocionales, la tendencia a la racionalización del malestar, las narrativas (fomentadas desde la formación de pregrado y a lo largo de su carrera profesional, así como por la misma sociedad) sobre la «invulnerabilidad» del médico, el estigma asociado con las enfermedades mentales, etcétera.

Otro rasgo diferencial del médico (y de otros profesionales sanitarios) respecto a otro tipo de pacientes es la tendencia al «autotratamiento»⁶. La fácil accesibilidad a sustancias psicotrópicas, así como el conocimiento de algunos aspectos de la patología mental y de la psicofarmacología pueden llevar al médico a la «autoprescripción» en lugar de a la petición de ayuda en un marco adecuado y con un tratamiento reglado. De esta forma, sin embargo, sólo se consigue aumentar el riesgo de complicación y cronificación del caso y, en ocasiones, comprometer la seguridad de su ejercicio profesional⁵⁻⁶.

¿Cómo se suele «presentar» el médico enfermo y qué debemos hacer?

Dadas las dificultades que tiene el «médico enfermo» en reconocer su malestar, no es infrecuente que sean los colegas o las personas del entorno afectivo del paciente quienes detecten los síntomas de «alarma» en forma de conductas inapropiadas, absentismo laboral, quejas de los usuarios, etc. (tabla 1).

Es también característico que la consulta al psiquiatra o psicólogo tenga lugar «en el pasillo», con un tono informal,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3469945>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3469945>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)