



Artículo especial

La experiencia del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) de la Organización Médica Colegial en España



The experience of the Comprehensive Care of the Sick Physicians Programme (PAIME) of the Spanish General Council (CGCOM)

José Carlos Mingote-Adan^a, Juan Manuel Garrote-Díaz^{b,*}, Serafín Romero-Agüit^b y PAIME working group¹

^a Psiquiatra, ex-coordinador del Programa para la Atención Integral Personal Sanitario Enfermo de la Comunidad de Madrid, Madrid, España

^b Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de junio de 2018

Aceptado el 28 de octubre de 2018

On-line el 11 de diciembre de 2018

Introducción

La prevención y la gestión de los riesgos psicosociales para la salud y la seguridad comunitaria es una cuestión estratégica fundamental en los Estados democráticos modernos que afecta no solo a los médicos, sino también a otros profesionales, como conductores profesionales, maestros, autoridades públicas y políticos. Es necesario evaluar la salud mental de los profesionales de empleos que requieren una elevada fiabilidad, porque de ellos depende la vida y 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 óptimo de su actividad profesional y prevenir posibles riesgos para los usuarios que puedan dificultar su importante función social y dañar tanto su salud personal como la de las personas que atiende. La prevención de los riesgos psicosociales exige el adecuado control de la información médica entre los profesionales responsables, las autoridades de tutela y las instituciones en las que trabajan.

Un aforismo griego del siglo II a.C. dice: «Estos son los deberes de un médico: Primero curar su mente y ayudarse a sí mismo antes de ayudar a nadie».

El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) es la respuesta institucional eficaz para cumplir este doble objetivo: por una parte, conseguir que el médico enfermo sea atendido de forma apropiada y, por otra, garantizar la protección y la seguridad tanto de los usuarios como de los profesionales sanitarios que les atienden, para que el médico se encuentre en condiciones óptimas para el ejercicio profesional. Se trata de un programa pionero en Europa, creado en 1998 en el Colegio de Médicos de Barcelona¹, que cuenta con antecedentes consolidados en otros países avanzados, como Estados Unidos, Canadá y Australia. El PAIME es un programa orientado al tratamiento y a la recuperación de médicos enfermos que padecen problemas psíquicos 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 PAIME tiene una filosofía no persecutoria y no punitiva (excepto en los casos en que se detecte un claro riesgo de mala praxis), promueve el acceso voluntario de los pacientes a los servicios del Programa y fomenta la rehabilitación de los mismos, siempre en un clima de estricta confidencialidad y de alta especialización de los equipos asistenciales

En efecto, frente a la general «ley del silencio» que describió Dowling en 1955², para referirse a la habitual falta de responsabilidad compartida de los médicos respecto a los compañeros enfermos e incompetentes la Asociación Médica Americana lideró una serie de conferencias y programas, como la que se llevó a cabo en San Francisco en 1975, sobre «El médico incapacitado: un reto

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmgarrote@cgcom.es (J.M. Garrote-Díaz).

¹ Los componentes de PAIME working group son: Aliende-Miranda JJ, de la Fuente-Darder B, Sánchez-Fernández M, Mielgo-Casado N.

para la profesión», con el objetivo de implementar las intervenciones más convenientes para ayudarles de forma efectiva. Entre ellas destacaba la creación de una figura médica especial, la del «médico confrontador», con competencias para «orientar al médico enfermo hacia el tratamiento adecuado, proteger sus intereses profesionales y económicos, cuidar de su rehabilitación y reorientación laboral si lo precisa y servirle en todo momento de apoyo personal y social». Posteriormente se han desarrollado en todo el mundo programas de ayuda al empleado para mejorar su salud y poder realizar su trabajo de forma adecuada, como los organizados por la Asociación Médica Americana³ (1986). 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 la dependencia a las drogas, las tensiones derivadas de la profesión y los conflictos a nivel personal y social. Otros autores, como De la Cruz et al., describen: «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»⁴. Situación ya descrita por la Asociación Médica Americana desde 1973, cuando denunció la apatía, el desconocimiento y la falta de responsabilidad general de los médicos respecto al médico deteriorado e incompetente, por lo que las intervenciones terapéuticas suelen llegar demasiado tarde en el curso de los hechos, incluso tras el suicidio del médico⁵.

El PAIME da respuesta al Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial (OMC), marco fundamental de referencia de la relación médico-paciente.

Finalidad y objetivos del PAIME

- Prestar la atención sanitaria, ayuda y apoyo psicosocial al médico que lo precise, para favorecer su recuperación y rehabilitación en una primera etapa de intervención.
- Proponer y orientar hacia el proyecto terapéutico más apropiado de forma individualizada.
- Prevenir situaciones indeseables que pudieran sobrevenir como consecuencia de los trastornos mentales y de conducta que pueda padecer.
- Preservar la calidad de los actos profesionales y del servicio que se presta a los ciudadanos.

Se presta por tanto asistencia clínica al médico con problemas de salud mental y/o conductas adictivas con las siguientes características:

- Criterio de *confidencialidad*. Además de la normativa general relativa a la protección de datos, se tiene en cuenta la oportunidad de que el personal sanitario tenga un entorno adecuado para su asistencia en salud mental.
- Criterio de *voluntariedad*. Las valoraciones no tienen finalidad de peritaje y la inclusión voluntaria en el Programa es imprescindible.
- Criterio de *gravedad*. Psicosis, trastornos de la personalidad y trastornos depresivos graves, trastornos relacionados con sustancias adictivas.
- Criterio de *repercusión laboral significativa*. Cuando los problemas de salud mental tengan una incidencia negativa en el medio laboral, sea con los compañeros o con los usuarios del servicio.
- Criterio de *riesgo grave* para la salud propia o de terceras personas.
- Criterio *preventivo y de calidad asistencial*. Tras exposición a situaciones especialmente estresantes en el lugar de trabajo, secundarias a conflictos personales, laborales, sociales... que puedan desencadenar trastornos crónicos graves.

Actividades del PAIME

Sus actividades se llevan a cabo mediante consultas programadas realizadas por médicos (mayoritariamente psiquiatras) y terapeutas adscritos al programa PAIME y la labor asistencial se centra tanto en pacientes remitidos desde los diferentes organismos derivantes como en los que solicitan la atención a petición propia. Esta tarea incluye una atención especializada mediante entrevistas exploratorias, evaluación diagnóstica, intervención psicoterapéutica, tratamiento y control psicofarmacológico y elaboración de informes clínicos. Además de esta labor asistencial, participa de actividades como coordinación con el equipo de atención primaria y con los restantes dispositivos asistenciales del área de salud del paciente, coordinación con los servicios de prevención de riesgos laborales de los que dependen los usuarios del Programa, indicación de hospitalizaciones y de la derivación de pacientes a otros especialistas o a otros centros, coordinación y participación en actividades de prevención y promoción de la salud mental en colaboración con los diferentes organismos y sociedades científicas, participación en proyectos de investigación en salud mental y especialmente en el ámbito laboral sanitario, y realización de informes, estadísticas y memorias, siempre con las necesarias garantías de confidencialidad.

Métodos

Hemos diseñado un estudio observacional analítico de corte transversal con todas los profesionales atendidos por el PAIME de la OMC durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1988 y el 31 de diciembre de 2014. La población a estudio (n=3.668) se compone de todos los médicos que padecieron un trastorno psíquico y/o adictivo, que requirieron tratamiento médico (ambulatorio u hospitalario) y que fueron captados por el programa en ese periodo. Los casos registrados en el periodo 1998-2010 estaban agrupados en los registros consultados, por lo que se han excluido para algunos análisis; a partir del año 2011 se inicia la captura periódica de datos por el programa, lo que facilitó su análisis estadístico. La evaluación fue anonimizada.

La centralización y la recogida de datos de los distintos PAIME se realizan gracias al esfuerzo de la OMC a través de la Fundación para la protección social.

Médico enfermo

Consideramos caso de médico enfermo al profesional con un trastorno mental o adictivo que pudiera disminuir la calidad de su ejercicio profesional y perjudicar a los pacientes y que hubiese accedido al PAIME durante el periodo de estudio. No hemos excluido ninguno de los casos detectados. Los diagnósticos definitivos se establecieron siguiendo la 4.^a edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

Otras variables

La información sobre sexo, grupos de edad, estado civil, vía de acceso al programa, motivos de demanda, origen de la derivación, especialidad y relación laboral de todos los casos se obtuvo de los registros del PAIME.

La variable edad se categorizó en intervalos (≤ 30 años, 31-40 años, 41-50 años, 51-60 años, ≥ 61 años).

La variable estado civil fue categorizada como soltero, casado, en pareja, separado, divorciado y viudo. La vía de acceso al programa fue categorizada como voluntaria espontánea, voluntaria inducida, comunicación confidencial y denuncia formal. El motivo

de demanda fue categorizado como trastorno mental, alcoholismo, drogas y patología dual. El origen de la derivación fue categorizado como colega, superior, familiar, riesgos laborales, médico psiquiatra, gerencia, iniciativa propia y otros. La variable especialidad mantuvo la lista de las 49 especialidades reconocidas en España en la formación sanitaria especializada. La relación laboral fue categorizada como contrato fijo, contrato temporal, ejercicio libre o mixto (contrato laboral + ejercicio libre).

Análisis estadístico

Los análisis descriptivos se basaron en distribución de frecuencias y se realizaron al total de casos de médico enfermo observados en el periodo de estudio. Solo se han excluido del análisis de frecuencias de cada variable los casos con datos perdidos para dicha variable. Para la prevalencia de médico enfermo se usó el número de casos registrados cada año entre el total de médicos colegiados en ese mismo periodo. Los valores de *p* fueron calculados a través de chi cuadrado de Pearson o test exacto de Fisher. Todos los análisis estadísticos fueron realizados usando el software Stata⁶.

Resultados

Durante el periodo de estudio se registraron 3.668 casos de médicos enfermos en España; 2.415 casos (66%) corresponden al periodo 1998-2010, que se encuentran en un registro único consolidado que no permite analizar las variables de estudio, por lo que se han excluido. En el periodo 2011-2014 se registran 1.253 casos de médicos enfermos en España; el 53% de los casos son hombres y el 47% restante son mujeres. En el grupo de edad de 51-60 años se concentró el 36% de los casos. Respecto a su estado civil, los profesionales casados fueron casi la mitad de los casos (45%). En la [tabla 1](#) se muestra la distribución por frecuencias de las principales características de la población.

Vías de acceso y relación laboral del médico enfermo

En la distribución global del periodo 2011-2014, 915 casos de médicos enfermos (73%) accedieron al programa voluntaria y espontáneamente, siendo esta la vía de acceso más frecuente, seguida de la voluntaria inducida con 288 casos (23%). Respecto al origen de las derivaciones, por orden de frecuencia encontramos 307 casos (24,5%) por iniciativa propia, seguidos de 175 casos (14%) y 166 casos (13,2%) derivados por un colega y un familiar, respectivamente. Sobre el tipo de relación laboral del médico enfermo al momento del acceso al programa, en seis de cada diez casos se trataba de profesionales con contrato fijo. Las distribuciones completas se describen en la [tabla 1](#).

Especialidad

En ocho especialidades se concentran más del 70% del total de casos de médicos enfermos, siendo medicina familiar y comunitaria la especialidad más frecuente, con un 45% de los casos, seguida de pediatría con un 6,2%, anestesia con un 5,2%, psiquiatría con un 4,5% y medicina interna con un 4%. A partir del quinto lugar en frecuencia aparecen las especialidades quirúrgicas: ginecología y obstetricia (3,3%), ortopedia y traumatología 2,6% y cirugía general (1,8%). En las 41 especialidades restantes se concentra solo uno de cada cuatro casos de médicos enfermos en el periodo.

Motivos de demanda y prevalencia

En los motivos de demanda en el periodo 2011-2014, casi dos terceras partes de los casos (62%) corresponden a trastornos mentales, un 18% a alcoholismo, un 13% a patología dual y el porcentaje

Tabla 1
Características de la población en estudio. 2011-2014

Características	Distribución
Sexo (n = 1.253)	
Hombre (%)	589 (47,0)
Mujer (%)	664 (53,0)
Grupos de edad (n = 1.183)	
≤ 30 años (%)	122 (10,3)
31-40 años (%)	240 (20,3)
41-50 años (%)	299 (25,2)
51-60 años (%)	427 (36,1)
≥ 61 años (%)	95 (8,1)
Estado civil (n = 1.113)	
Soltero (%)	328 (29,5)
Casado (%)	500 (45,0)
En pareja (%)	69 (6,2)
Separado (%)	77 (6,9)
Divorciado (%)	117 (10,5)
Viudo (%)	22 (1,9)
Vías de entrada al programa (n = 1.253)	
Voluntaria espontánea (%)	915 (73,0)
Voluntaria inducida (%)	288 (22,9)
Comunicación confidencial (%)	36 (3,0)
Denuncia formal (%)	14 (1,1)
Origen de la derivación (n = 1.253)	
Iniciativa propia (%)	307 (24,5)
Colega (%)	175 (14,0)
Familiar (%)	166 (13,2)
Superior (%)	79 (6,3)
Riesgos laborales (%)	60 (4,8)
Psiquiatría (%)	18 (1,4)
Otros (%)	448 (35,8)
Especialidad (n = 1.253)	
Medicina familiar y comunitaria (%)	564 (45,0)
Pediatría (%)	78 (6,2)
Anestesia (%)	65 (5,2)
Psiquiatría (%)	57 (4,5)
Medicina interna (%)	50 (4,0)
Ginecología y obstetricia (%)	44 (3,5)
Ortopedia y traumatología (%)	33 (2,6)
Cirugía general (%)	23 (1,8)
Otros (%)	339 (27,1)
Relación laboral (n = 1.253)	
Contrato fijo	738 (58,9)
Contrato temporal	361 (28,8)
Ejercicio libre	90 (7,2)
Contrato laboral + ejercicio libre	64 (5,1)

En algunas variables encontramos datos perdidos; describimos el tamaño muestral para cada variable. Los valores están expresados como números absolutos y porcentajes ponderados para las variables categóricas.

Tabla 2
Distribución por motivos de demanda. 2011-2014

Motivos de demanda	2011	2012	2013	2014
Trastorno mental (%)	208 (57,9)	210 (68,3)	103 (58,2)	193 (63,9)
Alcoholismo (%)	69 (19,3)	50 (16,5)	32 (18,8)	66 (15,6)
Drogas (%)	25 (7,1)	12 (3,9)	20 (10,8)	35 (9,2)
Patología dual (%)	57 (15,8)	35 (11,4)	18 (12,3)	39 (11,3)

Los valores están expresados como números absolutos y porcentajes ponderados para las variables categóricas.

restante a problemas relacionados con drogas. En la [tabla 2](#) se describe la distribución por año de los motivos de demanda.

La incidencia global y anual de médicos enfermos en este mismo periodo oscila entre el 0,16% en 2011 –351 médicos de 226.424 colegiados– y el 0,15% en 2014 –347 médicos de 238.240 colegiados– ([fig. 1](#)), sin cambios significativos en la prevalencia anual observada durante este periodo (*p* de tendencia > 0,05). En la [tabla 3](#) se describe la prevalencia de los motivos de demanda entre

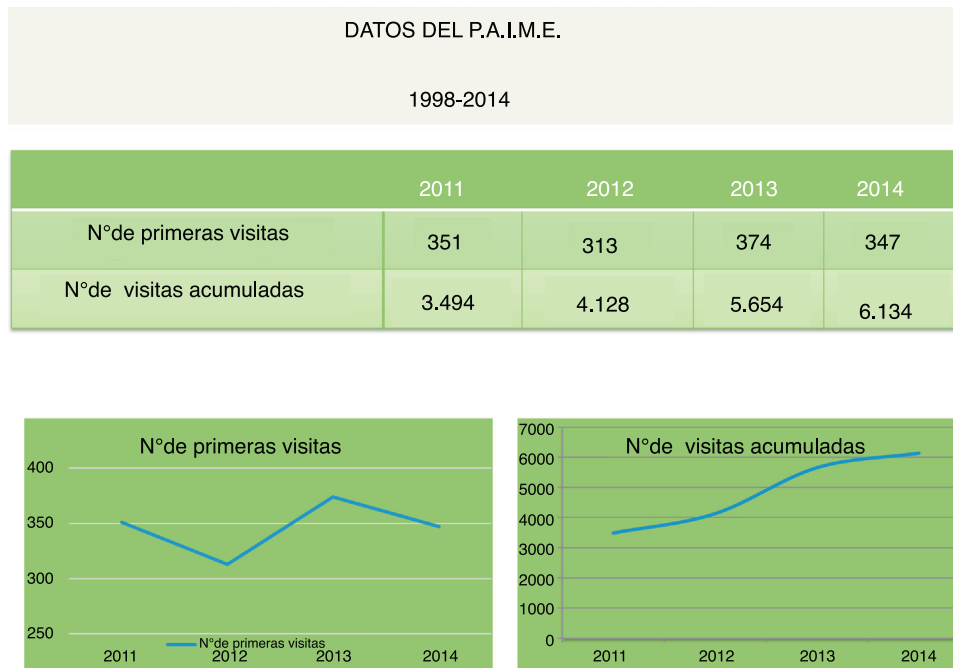


Figura 1. Incidencia global y anual de médicos enfermos.

Tabla 3

Prevalencia de los motivos de demanda entre los médicos colegiados en España. 2011-2014

Motivos de demanda	2011	2012	2013	2014
Trastorno mental (%)	0,92	0,92	0,70	0,82
Alcoholismo (%)	0,31	0,22	0,23	0,20
Drogas (%)	0,11	0,50	0,13	0,12
Patología dual (%)	0,25	0,15	0,15	0,14

Los valores están expresados como porcentajes. Para estimar la prevalencia se consideró el número de casos detectados en cada período entre la población a riesgo (médicos colegiados) en ese mismo año.

los médicos colegiados en España expresados como porcentajes con respecto a los médicos colegiados durante ese año.

Respecto a los diagnósticos definitivos según la clasificación DSM-IV, una vez los profesionales fueron valorados y atendidos en el PAIME, por orden de frecuencia encontramos: trastornos del estado del ánimo (27,1%), trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias (23,1%), trastornos adaptativos (16,9%), trastornos de ansiedad (10,5%), trastornos de la personalidad (10,1%), esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (4,4%) y menos de un 8% de trastornos sin especificar.

Discusión

Respecto a las características sociodemográficas, destaca la igual distribución por sexo de la muestra, con un porcentaje parecido de hombres y mujeres que solicitan asistencia en el programa, en concordancia con una clara feminización de la profesión en los últimos años y la actual proporción relativa de médicos y médicas en ejercicio.

Respecto a los grupos de edad, destaca que el 44,2% de los casos atendidos tienen más de 51 años, con un descenso relativo de la demanda en los grupos de menor edad. Este hecho tiene que ver fundamentalmente con la demografía médica actual, pero el hecho de que la demanda aumente de forma gradual con la edad sugiere el posible efecto de la exposición continua a los riesgos psicosociales del trabajo, como el estrés inherente a la práctica clínica y otros estresores acumulados (condiciones de trabajo, salario, etc.),

violencia externa, acoso psicológico y conflictos interpersonales. Este hecho sorprende, dado que los principales trastornos mentales se inician durante la adolescencia y el inicio de la etapa adulta, que coincide con el periodo de estudios de grado y de especialización médica. Evidentemente el estrés académico y laboral del médico actúa de filtro que selecciona a las personas mejor dotadas de recursos intelectuales y psicosociales para afrontar la demanda del rol profesional del médico, pero esto no es motivo suficiente para vacunarlos de los riesgos psicosociales de la profesión médica. La bata blanca no protege al médico del estrés común, ni del estrés inherente a la práctica clínica (complejidad, incertidumbre, malos resultados terapéuticos, etc.) y el síndrome de desgaste profesional (*burnout*). En la actualidad existe una robusta evidencia cuantitativa de que el síndrome de desgaste profesional se asocia con una asistencia subóptima al paciente, con un doble riesgo de estar involucrado en incidentes que afectan a la seguridad de los pacientes, y tres veces más probabilidades de recibir una baja satisfacción percibida por los pacientes, además de que media en varios trastornos mentales y enfermedades, según un reciente metaanálisis de Panagioti et al.⁷

Sobre la vía de acceso, destaca que la mayoría de casos demandan ayuda de forma voluntaria, sea espontánea o inducida por un colega o un familiar, lo que indica la buena difusión y aceptabilidad del Programa entre el colectivo médico, ya que es atendido por profesionales especialmente capacitados y prestigiosos que prestan una atención integral —asistencia sanitaria, atención social, apoyo legal y asesoramiento al médico que lo necesite— orientada a retornar al trabajo con las adecuadas garantías de la calidad asistencial.

Respecto a la especialidad del médico atendido, destaca que el 51% de ellos son médicos de atención primaria y de pediatría, seguidos por los de anestesia (5,2%) y psiquiatría (4,5%), en mayor proporción relativa respecto al resto de especialidades médicas y quirúrgicas.

Sobre el motivo de consulta destaca que el 62% consultan por diferentes trastornos mentales, seguidos de problemas relacionados con el alcohol (18%), patología dual (13%) y el resto por problemas relacionados con drogas, perfil que es bastante homogéneo en los diferentes PAIME a nivel tanto nacional como internacional⁸⁻¹⁵.

Respecto a los diagnósticos definitivos, predominan los trastornos del estado de ánimo (27,1%), seguidos de los trastornos por consumo de sustancias (23,1%), trastornos adaptativos (16,9%), trastornos de ansiedad (10,5%), trastornos de personalidad (10,1%), esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (4,4%), y el resto padecían un trastorno sin especificar. Los médicos, en su condición de humanos, son tan vulnerables a la enfermedad como lo son sus pacientes, y por consiguiente padecen los mismos problemas de salud que los que afectan a la población general, aunque si estos no se previenen y tratan adecuadamente pueden repercutir negativamente en la calidad de la asistencia que proporcionan a los pacientes. Así, por ejemplo, las tasas de depresión y de uso de sustancias son tan frecuentes como en la población general, aunque con mayor riesgo de suicidio, según la revisión de Myers y Gabbard¹⁶.

La prevalencia-vida (la proporción de una población que, en algún momento de su vida, ha experimentado un evento de salud, un factor de riesgo o una enfermedad concretos) de síntomas de depresión clínica autoevaluada es del 12,8% en un estudio prospectivo de más de 1.300 médicos seguidos entre 1948 y 1964 por Ford et al.¹⁷, y es casi idéntica al 12% de depresión mayor en varones en Estados Unidos. La prevalencia-vida de síntomas autoidentificados de depresión en médicas del 19,5% en el Estudio de la salud de mujeres médicos (n=4.501) es comparable a la de la población general y mujeres profesionales, publicado por Frank y Dingle¹⁸.

Pero por el estigma social internalizado, así como por el temor a la pérdida de estatus, al desprestigio social y a comprometer su carrera profesional, algunos médicos se resisten a buscar una ayuda profesional eficaz y recurren con frecuencia al autodiagnóstico y la autoprescripción de medicación psicotrópica, o al tratamiento subóptimo de sus trastornos mentales por consultas «informales» y un seguimiento inadecuado, por lo que sus problemas se cronifican, se agravan y complican con otras patologías. Este es un grave problema de salud pública que se mantiene a lo largo de los siglos hacia las personas con enfermedad mental para indicar que ciertos diagnósticos despiertan prejuicios contra las personas que los padecen y contra los profesionales que les atienden¹⁹.

Para solucionar este problema es preciso modificar la imagen de la psiquiatría en los medios de comunicación para cambiar la opinión del público, sobre todo porque favorecerían las expectativas realistas de las modalidades del tratamiento y su eficacia. Porque ser diagnosticado de un trastorno mental no es lo mismo que ser un «médico deteriorado». La mayoría de los médicos que están en tratamiento por un trastorno mental no están deteriorados laboralmente, aunque tengan reducido su rendimiento laboral. Igualmente, la falta de conocimientos o habilidades necesarias para ejercer la medicina tampoco es deterioro, sino incompetencia. El deterioro es la incapacidad de un licenciado para practicar la medicina con razonable pericia y seguridad debido a un trastorno mental o una enfermedad física que afecte sus capacidades perceptivas, cognitivas o motoras, o por el uso o abuso habitual o excesivo de drogas definidas legalmente como sustancias controladas, de alcohol o de otras sustancias que deterioran su capacidad.

Conclusiones

La creciente preocupación de la opinión pública y de los mismos profesionales sanitarios respecto de los trastornos mentales que padecen los médicos y de las consecuencias negativas de estos sobre la seguridad de los pacientes ha dado lugar a la emergencia gradual de programas específicos (PAIME) y de una serie de directrices propuestas para su prevención y tratamiento.

En general, los médicos no son conscientes de los riesgos psicosociales a los que están expuestos por ser inherentes a la práctica clínica, y además pueden carecer de los recursos para hacerles frente de forma efectiva, dado que ni en la formación de grado

ni de posgrado adquieren la suficiente formación en competencias psicosociales, al menos al mismo nivel que en competencias científico-técnicas.

El PAIME en España ha mostrado su eficacia en el tratamiento del médico enfermo y debe ser mantenido y optimizado con los recursos precisos para garantizar un funcionamiento asistencial óptimo. Existen dificultades en el abordaje a los médicos con patología subsidiaria de asistencia PAIME, por lo que los servicios de prevención de riesgos laborales son de imprescindible ayuda para la detección, valoración y derivación de los casos con trastorno mental grave, así como para su prevención y promoción de la salud mental, aunque el conocimiento de todos los médicos del Programa, para su información al compañero enfermo o para la solicitud de ayuda a su Colegio de Médicos, se muestran en este momento como la mayor vía de acceso al PAIME.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Guía PAIME. Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias. 2016. Disponible en: http://www.fphomc.es/sites/default/files/guia_paime.pdf.
2. King H. Health in the medical and other learned professions. *J Chronic Dis*. 1970;23:257–81.
3. American Medical Association Council on Scientific Affairs. Physician mortality and suicide: Results and implications of the AMA-APA pilot study. *Conn Med*. 1986;50:37–43.
4. De la Cruz Coma C, Corominas A, Sarró Martí B. El suicidio en la profesión médica: revisión bibliográfica. *Jano*. 1988;2:45–52.
5. American Medical Association. Council on Mental Health. The sick physician. Impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. *JAMA*. 1973;223:684–7.
6. StataCorp LP. Stata Statistics/Data Analysis 2010. Disponible en: www.stata.com.
7. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association between physician burnout and patient safety professionalism, and patient satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018;178:1317–40.
8. Carvajal A, García Roldán JL, Holgado E, Velasco A. Consumption of drugs in a sample of rural physicians in the province of Valladolid. *Med Clinica*. 1984;83:444–6.
9. Buhl A, Oreskovich MR, Meredith CW, Campbell MD, Dupont RL. Prognosis for the recovery of surgeons from chemical dependency: A 5-year outcome study. *Arch Surg*. 2011;146:1286–91.
10. Berry CB, Crome IB, Plant M, Plant M. Substance misuse amongst anaesthetists in the United Kingdom and Ireland. The results of a study commissioned by the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Anaesthesia*. 2000;55:946–52.
11. Boyd JW, Knight JR. Substance use disorders among physicians. En: Galanter M, Kleber HD, Brady KT, editores. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment*. Fifth edition American Psychiatric Publishing; 2008. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9781615370030>
12. McLellan AT, Skipper GS, Campbell M, DuPont RL. Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. *BMJ*. 2008;337. a2038.
13. Wilson JE, Kiselanova N, Stevens Q, Lutz R, Mandler T, Tran ZV, et al. A survey of inhalational anaesthetic abuse in anaesthesia training programmes. *Anaesthesia*. 2008;63:616–20.
14. DuPont RL, McLellan AT, Carr G, Gendel M, Skipper GE. How are addicted physicians treated? A national survey of physician health programs. *J Subst Abuse Treat*. 2009;37:1–7.
15. Hamzaa H, Bryson E. Buprenorphine maintenance therapy in opioid-addicted health care professionals returning to clinical practice. *Mayo Clin Proc*. 2012;87:260–7.
16. Myers MF, Gabbard GO. The Physician as Patient. *A Clinical Handbook for Mental Health Professionals*. Ed. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, 2008. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/386833687/michael-f-myers-glen-o-gabbard-the-physician-as-patient-a-clinical-handbook-for-mental-health-professionals-america>.
17. Ford DE, Mead LA, Chang PP, Cooper-Patrick L, Wang NY, Klag MJ. Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: The precursors study. *Arch Intern Med*. 1998;158:1422–6.
18. Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among US women physicians. *Am J Psychiatry*. 1999;156:1887–94.
19. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: A systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract*. 2008;58:501–8.