

Programas de atención a los profesionales de la salud con trastornos por uso de sustancias. Idiosincrasias de los usuarios, barreras de accesibilidad y desafíos

Health care professionals under programmes for addictions. Personality characteristics of the patients, barriers to treatment and challenges

Berenice Rabade¹, Victoria Menéndez², Luciana García³, Josefina Serritella⁴, Federico Pavlovsky⁵

<https://doi.org/10.53680/vertex.v34i162.505>

Resumen

Los médicos cuentan con información privilegiada respecto a la importancia de llevar una vida saludable y libre de drogas, pero la realidad cotidiana señala que están sujetos a estresores extremos (estrés laboral, desgaste por empatía, síndrome de *burnout*) que producen un impacto emocional profundo. Por ello, no es infrecuente que los médicos presenten trastornos por uso de sustancias y dependencias. Recientemente se ha prestado mayor atención a factores profesionales de las distintas especialidades médicas que puedan propiciar el trastorno por uso de sustancias, aunque faltan políticas de prevención en grupos de mayor riesgo y la incorporación de estos trastornos al listado de enfermedades profesionales por la medicina laboral. La idiosincrasia de las tareas y particularidades de la conducta de trabajadores de la salud generan un desafío mayor para el diseño de programas efectivos y seguros para el profesional con adicciones y sus propios pacientes. El presente trabajo tiene por objetivo realizar una revisión analítica de la bibliografía existente relacionada a la implementación de tratamientos específicos para profesionales de la salud para el abordaje de los trastornos por uso de sustancias. Luego de un recorrido por los programas de salud mental en marcha para trabajadores de la salud en distintas regiones del mundo y los recursos locales, se presenta una discusión de la información actual sobre trastornos de salud mental, así como las políticas de prevención y salud laboral en esta población, se resumen los desafíos con los cuales se deben afrontar en nuestra realidad para el armado de un tratamiento específico para esta población.

Palabras clave: Salud laboral - Consumo de sustancias en médicos - Burnout - Enfermedades profesionales - Prevención en consumo de sustancias.

Abstract

Physicians have privileged information regarding the importance of leading a healthy and drug-free lifestyle, but in everyday reality, they are subject to extreme stressors (work stress, compassion fatigue, burnout syndrome) that have a profound emotional impact. As a result, it is not uncommon for physicians to present substance use disorders and dependencies. Recently, greater attention has been paid to specific factors that may lead to substance use disorder.

RECIBIDO 27/02/2023 - APROBADO 28/03/2023

¹Médica Psiquiatra. Dispositivo Pavlovsky, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

²Médica Psiquiatra. Dispositivo Pavlovsky, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

³Doctora en Medicina. Instituto Multidisciplinario de Investigaciones en Patologías Pediátricas (IMIPP)-CONICET.

⁴Médica Psiquiatra. Dispositivo Pavlovsky, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

⁵Médico Psiquiatra y Legista, Magister en Prevención y Tratamiento de conductas adictivas. Dispositivo Pavlovsky, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Autor correspondiente:

Federico Pavlovsky

fpavlovsky@gmail.com

Lugar de realización del estudio: Dispositivo Pavlovsky, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.



Despite these efforts, there is a lack of prevention policies and substance use disorders are excluded in the list of occupational diseases. The idiosyncrasies of the tasks and particularities of the behavior of health care workers create a major challenge for the design of effective and safe programs for the health care professional with addictions and their patients. The objective of this work is to carry out an analytical review of the existing literature related to the implementation of specific treatments for health professionals to address SUD. After a tour of the mental health programs in place for health workers in different regions of the world and local resources, a discussion of current information on mental health disorders, as well as prevention and occupational health policies, is presented. In this population, the challenges that must be faced in our reality to create a specific treatment for this population are summarized.

Keywords: Occupational health - Substance use in doctors - Burnout - Occupational diseases - Prevention of substance use.

Introducción

Aunque es esperable que los profesionales de salud lleven a cabo los comportamientos saludables que recomiendan a los pacientes, también experimentan factores de estrés relacionados con el trabajo que pueden perjudicar su rendimiento y conducir al síndrome de *burnout*. Si a esto se le suma el conocimiento acerca del manejo de drogas y una alta disponibilidad de ellas, no es de extrañar que los médicos también desarrollen Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) (Merlo & Gold, 2008). Se han reportado tasas diez veces mayores de consumo en trabajadores de la salud que en la población general, en particular con medicamentos de prescripción médica, entre los que se destacan los opioides y las benzodiacepinas (Geujien et al., 2021).

La profesión médica ha sido la primera en visibilizar esta problemática, aunque las características antes mencionadas se pueden observar en otras áreas del cuidado de la salud (Burgui et al., 2014). Una subpoblación paradigmática es la anestesiología, la cual presenta los porcentajes más altos de abuso de sustancias de prescripción. En los últimos años ha cobrado relevancia el uso sublingual e intravenoso de drogas como el fentanilo y el propofol (García-Guasch et al., 2012). En el desarrollo inicial de la anestesiología moderna, cuando fueron creados los primeros anestésicos (óxido nitroso, cloroformo, éter, cocaína), los médicos pioneros como Wells, Glover, Long e incluso el mismo Freud, experimentaron con estas sustancias sobre sí mismos (Ruetsch & Borgeat, 2001). El resultado fue el desarrollo de severas adicciones en todos ellos, con desenlaces dramáticos en algunos casos.

El consumo de drogas en la población médica es un problema de salud pública, en la medida que los involucra como individuos que requieren ayuda con condiciones de tratamiento específicas, pero al mismo tiempo, afecta a la seguridad de sus pacientes; quienes

deben ser protegidos (Serebrisky, 2015). Se trata de un problema subdiagnosticado y subtratado, en una población profesional donde el suicidio consumado es más frecuente que entre otros profesionales con una mortalidad por esta causa más alta (1,41 para hombres y 2,27 para mujeres) que en otras carreras (Schernhammer & Colditz, 2004).

Existen estudios que señalan diversos aspectos del trabajo en salud que predisponen a los sujetos a presentar consumo problemático, algunos de los cuales operan desde los inicios de la formación en una especialidad médica. En general, no se han identificado factores causales específicos de la adicción de los médicos, aunque se han sugerido la interrelación de estos *factores generales* como un factor de peso (Merlo et al., 2013). Entre ellos encontramos el uso experimental con sustancias desde edad temprana (cuanto más temprano mayores posibilidades de abuso de las mismas), factores de personalidad individual (bajo control de los impulsos, desestimación de daños y riesgos) y antecedentes familiares de consumo problemático (Merlo et al., 2013). Mientras algunas líneas consideran que la adicción es un intento disfuncional de afrontamiento del estrés, también existen reportes que la vinculan a la búsqueda de estados de euforia como ocurre en la población general (Merlo & Gold, 2008). Otros factores, intrínsecamente vinculados a la profesión, son conocidos como *factores específicos* y se vinculan al agotamiento y estrés inherente a ella: las jornadas laborales extensas y a deshoras, el trabajar en contacto con el sufrimiento y la muerte de seres humanos, el deber lidiar con demandas crecientes de pacientes y familiares, la desconexión con la propia familia, la exposición a altas exigencias intelectuales y el fácil acceso a sustancias psicoactivas (Wolfberg, 2003; Paladino & Martinetti, 2005; Wolfberg & Moldavsky, 2011). Sumado a esto, deben tenerse en cuenta

las habilidades que hacen a un buen profesional como la empatía, la autonomía, el pragmatismo, y el manejo de sofisticados métodos de racionalización que en muchas oportunidades son contraproducentes a la hora de priorizar la salud personal y reconocer que se requiere ayuda (Merlo & Gold, 2008; Bruguera et al., 2015). A pesar de no haberse dilucidado por completo el peso de estos factores, queda claro que los factores específicos de la profesión actúan perpetuando el trastorno y obstruyendo el pedido de ayuda por parte del médico (Vayr et al., 2019).

Con frecuencia se observa en esta población la coexistencia de trastornos psiquiátricos como la adicción al alcohol y los trastornos de personalidad (Bruguera et al., 2015). En referencia a esta patología dual, un estudio del 2014 evaluó las acciones de los factores predisponentes mencionados en personalidades vulnerables (Braquehais et al., 2014). Estos factores actúan desde la etapa temprana de formación. Se estima que en la población de estudiantes de medicina existe una prevalencia de trastornos del 7,7-65,5% para la ansiedad, del 6,0-66,5% para la depresión y del 12,2-96,7% para el malestar psicológico (Hope & Henderson, 2014), mientras que estudios que han realizado seguimientos en estudiantes de medicina en distintos puntos de la carrera encontró que el 65% consumen alcohol para afrontar el estrés (Firth-Cozens, 2003).

El problema se ha visibilizado en la comunidad médica desde la década de 1970 con las primeras recomendaciones de la Asociación Médica Americana (AMA), señalando la necesidad imperiosa de que los médicos comiencen un tratamiento. Existen algunas características que deben reunir estos tratamientos para evaluar la necesidad de internación para desintoxicación, luego una etapa ambulatoria: seis meses de tratamiento ambulatorio intensivo y luego 5 años de seguimiento, estricta confidencialidad, realizar estudios toxicológicos como medida objetiva y el monitoreo en el ámbito laboral del profesional (Merlo & Gold, 2008). Algunas entidades de ejercicio profesional y colegios médicos utilizan el retiro de la matrícula profesional si el paciente abandona el tratamiento o no logra sostenerse en abstinencia, lo que promueve una discusión respecto a si los tratamientos de este tipo son voluntarios o forzados.

Pero existen una serie de "barreras" que dificultan que los médicos comiencen un tratamiento en muchos casos entre los que se distinguen: 1) Aspectos económicos: los tratamientos de adicciones tienen costos altos y al mismo tiempo el médico con una adicción está

trabajando menos o incluso ha detenido su actividad laboral, 2) Estigma: se puede vivir la adicción como un fracaso personal, experimentar vergüenza y también, padecer desprestigio profesional y rechazo por parte de colegas, 3) Negación: común entre los pacientes con adicciones, adquiere en el caso de los médicos una dimensión central, con sofisticadas explicaciones y racionalizaciones que pueden retrasar la consulta, 4) Incomodidad para integrarse a tratamientos estándar de pacientes con adicciones, al menos en los primeros meses. Es estratégico convocarlos a un espacio de pares, con otros colegas con problemas de consumo y ser asistidos por profesionales de la salud mental con entrenamiento en tratamientos de médicos, como una subpoblación altamente específica.

Pese a la dimensión del problema, son escasos los programas específicos para la atención de médicos con problemas de consumo de drogas alrededor del mundo. Es por ello que el presente trabajo tiene por objetivo realizar una revisión analítica de la bibliografía existente relacionada a la implementación de tratamientos específicos para profesionales de la salud para el abordaje de los TUS. Luego de un recorrido por los programas de salud mental en marcha para trabajadores de la salud en distintas regiones del mundo y los recursos locales, se presenta una discusión de la información actual sobre trastornos de salud mental, así como las políticas de prevención y salud laboral en esta población, se resumen los desafíos con los cuales se deben afrontar en nuestra realidad para el armado de un tratamiento específico para esta población.

Metodología

Se utilizó como metodología la revisión bibliográfica a través de la búsqueda en libros, artículos, y tratados en los motores de búsqueda de Medline, LILACS y SciELO. Se incluyeron artículos en inglés y español publicados en el periodo comprendido desde 1995 hasta la actualidad. Se utilizaron palabras claves y búsquedas combinadas de palabras que involucran trastornos por uso de alcohol o sustancias, profesionales de la salud y tratamientos específicos. La estrategia de búsqueda consistió en utilizar operadores booleanos para combinar los términos principales, como por ejemplo ("alcohol abuse" OR "substance use") AND ("doctor" OR "healthcare professional") AND ("prevention" OR "treatment"). A esta selección de trabajos se sumó la búsqueda y resumen tanto de la legislación como de las recomendaciones de entes nacionales con respecto a enfermedades profesionales y el análisis de los sitios web de los diferentes programas nacionales e internacionales.

De la revisión efectuada, se lograron identificar los siguientes tópicos: diversidad en los programas para la atención específica de profesionales de la salud con TUS, salud mental de los médicos, así como políticas vigentes con respecto al entorno laboral del profesional de la salud con TUS. Estos ejes temáticos se resumen y discuten en las siguientes secciones.

Diversidad en los programas para la atención específica de profesionales de la salud con trastornos por uso de sustancias

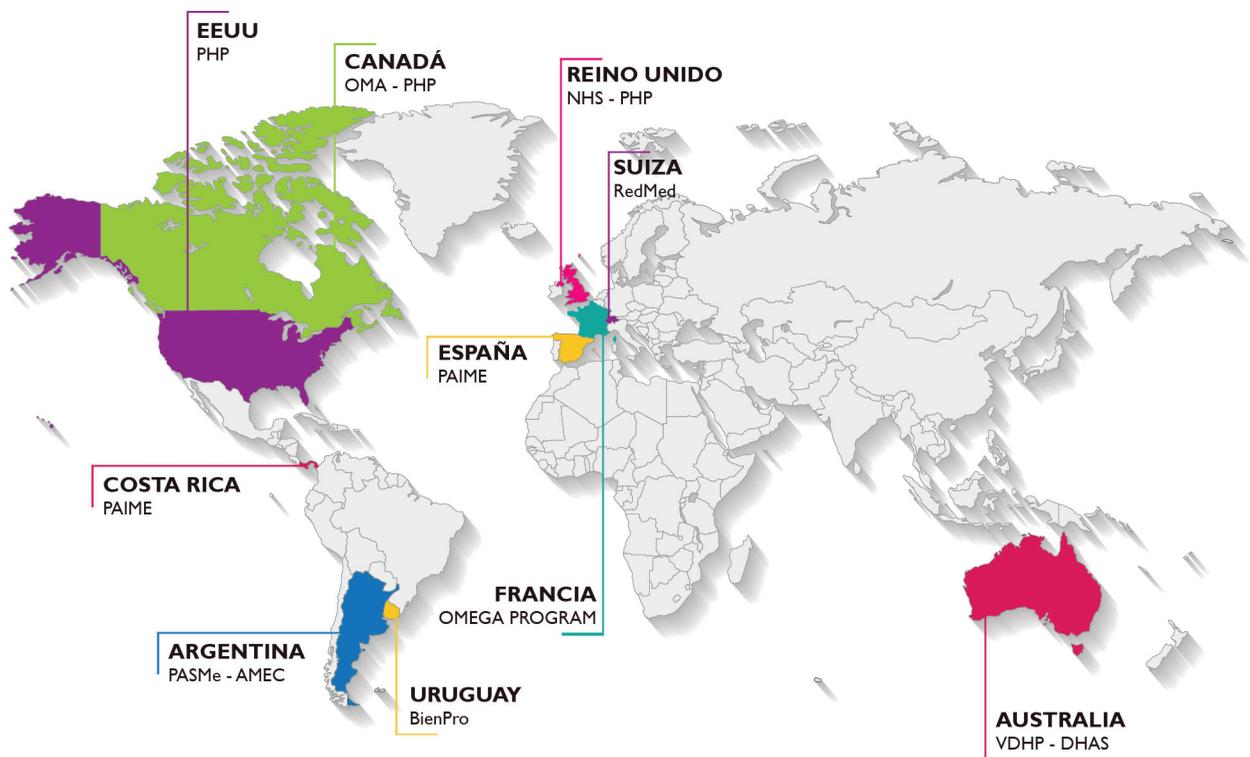
A principios de 1970 la AMA apoyó el desarrollo de programas de salud para tratar a médicos con adicciones con el doble objetivo de: 1) proteger a los pacientes de los médicos enfermos, y 2) salvar las carreras y las familias de estos médicos (DuPont & Skipper, 2012). Con el paso de las décadas nuevos programas han surgido en diferentes países con diferencias en sus modalidades (ver Figura 1). Las principales características de los programas más divulgados han sido resumidas en la Tabla 1 (ver más adelante).

Physicians' Health Programmes (PHP) - Estados Unidos

En los Estados Unidos, los médicos identificados con TUS son remitidos a su PHP estatal para facilitar la evaluación formal y valorar las necesidades de tratamiento (DuPont et al., 2009; DuPont & Skipper, 2012; McLellan et al., 2008)

Los médicos en este programa se someten a tratamientos intensivos contra el abuso de sustancias (en su mayoría, en régimen residencial y de uno a tres meses de duración). Los PHP usan como estrategia la participación frecuente en grupos de apoyo de la comunidad, incluidos, entre otros, los programas de confraternidad de 12 pasos. En Estados Unidos, existe una estrecha relación entre los proveedores de programas PHP y las juntas de licencias médicas. Los profesionales participantes son controlados en forma frecuente mediante pruebas aleatorias de detección de drogas y alcohol por un período de cinco o más años. Las consecuencias de abandonar o de recaer en el consumo durante el tratamiento de PHP incluyen el riesgo de ser apartados de la práctica médica y/o la pérdida de la matrícula. Una vez reincorporado al

Figura 1. Principales programas a nivel global de atención al médico con enfermedad de salud mental



ejercicio clínico, el programa puede incluir episodios adicionales de tratamiento a los tres meses iniciales (DuPont & Skipper, 2012). En vista de estas regulaciones, los defensores de estos programas en Estados Unidos destacan los altos índices de recuperación, mientras que los detractores señalan la obligatoriedad del tratamiento y su costo (Lenzer, 2016).

Ontario Medical Association Physician Health Program (OMA-PHP) - Canadá

El OMA-PHP es uno de los programas más extensos en Canadá. Se formó en 1995 y es exclusivamente de seguimiento, no proporciona tratamiento, pero pone en contacto a los profesionales que lo solicitan con los servicios de la comunidad. Abarca médicos y estudiantes de medicina en recuperación que en forma voluntaria establecen un contrato con la entidad para el seguimiento en forma gratuita. La inscripción es bajo políticas de confidencialidad por un gestor de casos del programa que verifica el diagnóstico de TUS, la realización de un tratamiento previo y el estadio de remisión estable temprana. El seguimiento incluye entrevistas con médicos especialistas en adicciones, médico de cabecera, asistencia a grupos de apoyo de profesionales de la salud, asistencia a grupos en la comunidad, seguimiento en el lugar de trabajo y análisis de orina aleatorios para detectar alcohol y sustancias (Brewster et al., 2008). Cualquier consumo o droga psicoactiva no prescrita por el médico del participante se considera una recaída. El acuerdo de seguimiento es por 5 años, de surgir contingencias o el incumplimiento de aspectos del contrato, estos pueden dar lugar a que se comuniquen al Colegio de Médicos y Cirujanos de Ontario, el organismo regulador.

Omega educational program - Francia

El programa de formación Omega es un programa de educación y formación gubernamental utilizado para enseñar a los trabajadores sanitarios habilidades para mejorar su salud mental (Guay et al., 2016). Este programa originario de Canadá, se implantó en Francia en 2005 y se recomienda para los trabajadores de alto riesgo con el fin de prevenir, por ejemplo, la violencia en el lugar de trabajo. El programa Omega lo imparten formadores de pares (agentes de seguridad). Tiene una duración de cuatro días y pretende enseñar a los participantes las habilidades y los métodos de intervención necesarios.

Practitioner Health Programme delivered by the National Health Service (NHS-PHP) -Reino Unido

Este programa es un servicio de tratamiento gratuito,

confidencial y voluntario para médicos y odontólogos con trastornos mentales y adicciones creado en 2007. A diferencia de los PHP de Estados Unidos, el NHS-PHP no tiene ningún vínculo formal con los entes reguladores de la práctica médica (aunque tienen reuniones y revisiones con esos estamentos si el paciente lo consiente). La modalidad de tratamiento es multidisciplinaria a través de ciclos de 8 a 12 sesiones con médicos de cabecera, psiquiatras, enfermeros y terapeutas en una única red, mediante consultas presenciales y virtuales de terapia cognitivo conductual y psicoterapia breve (Practitioner Health, 2022). Tiene como antecedentes otros modelos de protocolos de acción locales, como el programa Red de apoyo a los médicos (Doctors Support Network) y la Fundación médicos enfermos Sick Doctors Trust. Irlanda a su vez tiene un programa más pequeño impartido por la Asociación Médica Irlandesa que colabora con el NHS-PHP.

Victorian Doctors Health Program (VDHP), Doctors' Health Advisory Service (DHAS) - Australia

El programa de salud de médicos de Victoria (VDHP) fue establecido en el año 2000 por el Consejo Médico de Victoria dirigido a médicos y estudiantes de medicina. Funciona por medio de una junta directiva independiente designada para llevar a cabo el programa en forma confidencial. El programa consta de una intervención inicial con la persona que deriva al paciente, una evaluación preliminar y la derivación a programas específicos como el Programa de Gestión de Casos, Cuidados Posteriores y Monitoreo (CAMP, por sus siglas en inglés) y tareas de gestión: puede incluir un seguimiento continuo, defensa y asistencia para la reincorporación al trabajo, según sea necesario. Las tareas también incluyen monitoreo mediante tests de drogas, análisis de conducta y desempeño laboral; la defensa legal en diversos entornos (incluidos el lugar de trabajo y los tribunales); el apoyo familiar, mediante asesoramiento, incluida la terapia de grupo; la asistencia para la reincorporación al puesto de trabajo mediante el desarrollo de un programa estructurado de reincorporación y el seguimiento con contactos periódicos para determinar el cumplimiento y la eficacia de la terapia (Schattner et al., 2004).

El Servicio de Asesoramiento Sanitario de los Médicos (DHAS, por sus siglas en inglés) asiste a médicos, odontólogos, veterinarios o estudiantes brinda servicios por medio de una línea telefónica de ayuda que funciona todos los días y que ofrece asesoramiento independiente y confidencial a médicos y estudiantes,

así como a colegas y familiares, en relación con el estrés y trastornos mentales, adicciones, y trastornos en las relaciones y otros problemas personales (Doctors' Health Advisory, 2022). Este servicio funciona con el apoyo del Consejo Médico de Australia, la Asociación Dental Australiana, el Consejo Dental y el Consejo de Veterinarios y en colaboración con el VDHP.

Réseau de soutien pour médecins (ReMed) - Suiza

ReMed funciona desde el 2010 como parte de la Federación Médica Suiza (FMS) y recibe solicitudes de ayuda en situaciones de crisis vía web o por teléfono, además de realizar tareas de promoción y prevención (Keller et al., 2007). La implementación operativa de la red de apoyo con sus ofertas recae principalmente en un comité de gestión (dirección médica) y los miembros de la red, y tiene lugar fuera de las estructuras de la FMS pero es un organismo supervisor y no tiene poderes de investigación ni de sanción, además de garantizar la confidencialidad de los profesionales. Las ofertas terapéuticas apuntan a prevención secundaria para evitar la cronicidad de una enfermedad y prevención terciaria para que las disfunciones no creen problemas derivados. Existen también programas de supervisión para la reinserción laboral en la que junto a un mentor los pacientes son monitoreados en su desempeño (este programa no es gratuito).

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) - España

Este programa fue creado en 1998 con el objetivo de mantener el equilibrio entre la promoción del tratamiento voluntario y la garantía de una práctica médica segura para médicos con trastornos de salud mental. Por lo tanto, su diseño es a través de un programa gratuito, altamente confidencial y especializado con intervenciones de prevención y de tratamiento. El programa es financiado tanto por los colegios profesionales-consejos como por el Departamento de Salud de Cataluña. A los pacientes se les ofrecen intervenciones ambulatorias, hospital de día u hospitalización en función de su gravedad clínica. Se encuentra en vinculación con el Colegio de Médicos quien, sólo cuando hay evidencia o riesgo de problema en la práctica, impone medidas de tratamiento específicas como condición para conservar la matrícula para ejercer la profesión (Braquehies et al., 2014).

En 2008, el PAIME puso en marcha un programa específico, el Programa de Adicción Galatea para Médicos Enfermos, con un enfoque integral y una fase

inicial intensiva sistemática seguida de una psicoterapia de grupo semanal de 2 a 5 años para médicos con TUS (Bruguera et al., 2020). En todos los casos se realiza evaluación y seguimiento interdisciplinario que incluye controles toxicológicos para comprobación de consumo activo (cribado de drogas con frecuencia pautada y aleatorios). Asimismo, el programa cuenta con sesiones familiares de tipo psicoeducativas. El modelo se ha extendido progresivamente a otros profesionales de la salud cuyo ejercicio debe ser regulado por un consejo profesional (por ejemplo, enfermeros, farmacéuticos, veterinarios, dentistas, psicólogos, trabajadores sociales y fisioterapeutas) y ha sido adoptado por otros países en América Latina.

Se da particular importancia a la confidencialidad de los usuarios utilizando apellidos ficticios y manteniendo oculta la ubicación de la Clínica Galatea, sólo accediendo a esa información quienes inician la experiencia terapéutica.

Programa de Bienestar Profesional del Colegio Médico del Uruguay (BienPro) - Uruguay

El programa de reciente creación es gratuito y confidencial para médicos colegiados y tiene como antecedente la creación de la Comisión de Bienestar del Médico en 2016, un programa de salud del médico orientado sobre todo a la atención de problemas de salud mental (Dapueto et al., 2021). El diseño de BienPro brinda asesoramiento a colegas que necesitan asistencia sobre tópicos como *burnout* o adicciones. Dentro de las actividades del programa se planifica: 1) La promoción y prevención de desgaste como el dictado de talleres de reducción del estrés basados en *mindfulness*, 2) Generar dispositivos de asistencia en salud mental por medio de una Unidad Clínica con la participación de psiquiatras, psicoterapeutas y trabajadoras sociales que trabajan en conjunto con el tratamiento psiquiátrico del médico por su obra social. Esta unidad facilita el acceso a la consulta psiquiátrica de rápida coordinación sin requisitos burocráticos y tiene tres áreas de intervención: trastornos del estado de ánimo y problemas psicosociales, trastornos adictivos y trastornos psiquiátricos graves persistentes, 3) Instancias de remediación. Talleres de intervención psicoeducativa y de apoyo ante situaciones de suicidio o comportamientos disruptivos. Se trata de un taller orientado a la atención de las personas del entorno laboral de trabajador de la salud que cometió suicidio y psicoterapéuticas basadas en la terapia dialéctico conductual para personas con trastornos de personalidad, 4) El BienPro puede abogar en favor del médico ante instancias institucionales en la medida que el médico se adhiera a las recomendaciones.

Programa de Atención al Médico (PAIME) - Costa Rica

Fue impulsado por el Colegio de Médicos de Costa Rica en mayo de 2015 por encargo del Tribunal de Ética Médica por el incremento de casos de médicos con TUS.

El programa es un sistema de prevención e intervención dirigido a los médicos del Colegio y financiado por este, con el fin de prevenir el consumo problemático de sustancias psicoactivas y coadyuvar a su tratamiento y reinserción laboral. El PAIME funciona junto otro programa: "Mi salud depende de mí", destinado a sensibilizar a estudiantes de medicina de las universidades públicas y privadas de Costa Rica, y a los médicos residentes de las diferentes especialidades sobre la importancia del autocuidado de su salud mediante talleres y otras actividades.

El programa está dirigido por una comisión conformada por 6 integrantes médicos (un coordinador, representante del Tribunal de Ética Médica del Colegio, un representante de la Fiscalía del Colegio, un representante del Ministerio de Salud, un especialista en Medicina Laboral, un representante del Programa de Posgrado de Anestesiología y un psiquiatra) y es exclusivo para TUS. Los casos son evaluados confidencialmente y se prestan servicios asistenciales de rehabilitación y reincorporación al ámbito social y familiar, también y laboral si fuera posible (Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe, 2015).

Programa de Atención de Salud Mental al Médico (PASMMe) y Programa de Asistencia al Médico en Crisis (AMEC), del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito 3 y 5 - Argentina

El PASMMe (PASMMe, 2021) creado en el 2005 por el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires - Distrito III, es un programa preventivo-asistencial, interdisciplinario, confidencial, gratuito, destinado a profesionales matriculadas/os en el Distrito 3. Desde su creación ha asistido en forma ininterrumpida mediante intervenciones institucionales y de orientación clínica con abordajes psicoterapéuticos y psicofarmacológicos de problemas y patologías de salud mental. Ofrece servicios de asistencia sanitaria (ambulatoria y de internación), atención social, soporte legal y asesoramiento laboral en forma gratuita.

El Programa AMEC (AMEC, 2019) funciona en el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires-distrito V desde el 2018, es de carácter confidencial y gratuito y está a cargo de un equipo de profesionales de salud mental especializados en la atención a

médicos. El programa funciona a través de un primer contacto por mensaje de WhatsApp que es recogido, analizado y respondido en menos de 48 horas, donde se pauta una entrevista personal o virtual para una evaluación clínica tras la cual se define la derivación a un equipo de profesionales para su tratamiento, seguimiento y supervisión.

Programa de Asistencia y Protección de la Salud de Médicas y Médicos (PROTEM) - Agronomía Médica Platense - La Plata, Argentina

La Agronomía Médica Platense y el Instituto de Investigación y Educación en Salud (INSAP) han desarrollado un programa para asistir a profesionales con problemáticas relacionadas al *burnout* y salud mental desde marzo de 2022 (Agronomía médica platense, 2022). El programa cuenta con capacitación y entrenamiento para la formación de un equipo, y asistencia clínica individual y familiar mediante abordajes en psicoterapia y psicofarmacología.

Al comparar los distintos programas, se puede ver que desde el origen de los mismos sus filosofías han ido virando desde un carácter más punitivo y de control de las posibles conductas de mala praxis a modelos más centrados en el apoyo al profesional, buscando un ambiente empático de confianza y apertura. Dentro de esta evolución el costo del tratamiento también tiende a dejar de ser sostenido por el profesional para pasar a ser financiado por instituciones médicas y/o de salud, entendiendo que es un problema de salud pública y no de la persona. En esta mirada, el desarrollo de un TUS por un profesional de la salud se comienza a conceptualizar más cercano a otros trastornos de salud mental, lo que da lugar a medidas o instancias preventivas y el inicio de tratamientos en estudiantes de estas carreras en los programas. A su vez, los tratamientos requieren de equipos abocados a la temática y experiencia específica, sobre todo atendiendo a los requerimientos especiales de esta población (la responsabilidad legal por el profesional y sus propios pacientes, las características de la personalidad y el conocimiento y accesibilidad a drogas que otras poblaciones). Otro eje de comparación es la confidencialidad, que puede mantenerse aún con la vinculación a colegios médicos. Creemos que alguna forma de protección de la entidad puede articularse en instancias como la detección y financiamiento de programas, pero la atención debe ser tercerizada brindando un seguimiento y permitiendo un espacio donde luego el paciente pueda continuar con cuidados en forma anónima.

Tabla 1. Similitudes y diferencias de los principales programas internacionales

| | |
|---|---|
| Nombre del programa | PHP |
| País o región | Estados Unidos |
| Población a la que está dirigida | Médicos |
| Vinculación con entes reguladores de la práctica médica | Sí |
| Política de confidencialidad | No |
| Régimen | Obligatorio |
| Ámbito (sólo salud mental, salud mental y adicciones, sólo adicciones) | Sólo adicciones |
| Costo | Pago |
| Características del programa | Programa intensivo (en su mayoría de régimen residencial, de uno a tres meses de duración) con participación frecuente en grupos de apoyo de la comunidad. Durante un seguimiento de 5 años se realizan frecuentes pruebas aleatorias de drogas y alcohol. Se recurre a períodos adicionales de tratamiento cuando son necesarios, pero las consecuencias de abandonar o de recaer en el consumo imparte el riesgo de que los médicos sean apartados de la práctica médica y/o la pérdida de la licencia. |
| Datos de efectividad | En un seguimiento de 5 años, el 78% de los que completaron el periodo de tratamiento tenían licencia y estaban trabajando (DuPont et al., 2009; DuPont & Skipper, 2012; McLellan et al., 2008). |
| Nombre del programa | OMA-PHP |
| País o región | Canadá |
| Población a la que está dirigida | Médicos y estudiantes de medicina en recuperación |
| Vinculación con entes reguladores de la práctica médica | Sí |
| Política de confidencialidad | Sí |
| Régimen | Voluntario |
| Ámbito (sólo salud mental, salud mental y adicciones, sólo adicciones) | Sólo adicciones |
| Costo | Gratuito |
| Características del programa | Es exclusivamente de seguimiento. Incluye visitas a un médico especialista en adicciones, visitas a un médico de cabecera, asistencia a grupos de apoyo de profesionales de la salud, asistencia a grupos de apoyo mutuo en la comunidad, seguimiento en el lugar de trabajo y análisis de orina aleatorios para detectar alcohol y drogas de abuso. |
| Datos de efectividad | En un seguimiento de los primeros 100 médicos enrolados el 71% de los participantes no tuvo ninguna recaída conocida. Otro 14% completó el programa, después de algún tipo de recaída (Brewster et al., 2008). |
| Nombre del programa | Omega |
| País o región | Francia |
| Población a la que está dirigida | Médicos y enfermeros |
| Vinculación con entes reguladores de la práctica médica | No |
| Política de confidencialidad | No |
| Régimen | Voluntario |
| Ámbito (sólo salud mental, salud mental y adicciones, sólo adicciones) | Sólo salud mental |
| Costo | Gratuito |
| Características del programa | Es un programa de educación y formación impartido por pares y tiene una duración de cuatro días. |
| Datos de efectividad | El programa mostró reducir significativamente los puntajes de agotamiento emocional y despersonalización en personal médico y enfermería que trabaja en salud mental (Sturzu et al, 2019; Geoffrion et al., 2017). |

Tabla 1. Similitudes y diferencias de los principales programas internacionales (Continuación tabla 1 - página 89)

| | |
|---|---|
| Nombre del programa | NHS-PHP |
| País o región | Reino Unido |
| Población a la que está dirigida | Médicos y odontólogos |
| Vinculación con entes reguladores de la práctica médica | No |
| Política de confidencialidad | Sí |
| Régimen | Voluntario |
| Ámbito (sólo salud mental, salud mental y adicciones, sólo adicciones) | Salud mental y adicciones |
| Costo | Gratuito |
| Características del programa | Un equipo multidisciplinario (médicos de cabecera, psiquiatras, enfermeros y terapeutas) en una única red ofrece consultas presenciales y virtuales de terapia cognitivo-conductual y psicoterapia breve. Estas sesiones suelen ser de entre 8 y 12 sesiones con seguimiento a 5 años. |
| Datos de efectividad | Los reportes describen una tasa de abstinencia completa del 77,8 % a los 12 meses o al alta (Gerada, 2018). |
| Nombre del programa | VDHP |
| País o región | Australia |
| Población a la que está dirigida | Médicos y estudiantes de medicina |
| Vinculación con entes reguladores de la práctica médica | Sí |
| Política de confidencialidad | Sí |
| Régimen | Voluntario |
| Ámbito (sólo salud mental, salud mental y adicciones, sólo adicciones) | Salud mental y adicciones |
| Costo | Gratuito |
| Características del programa | Programa estructurado que coordina atenciones en tres niveles: - Atención estándar: evaluación preliminar y Derivación, y hasta dos consultas con el VDHP. -Atención ampliada: tres o más consultas con el VDHP - Atención intensiva: entrada en el Programa CAMP. |
| Datos de efectividad | En los primeros tres años tuvo 438 contactos: 220 contactos que dieron lugar a la prestación de servicios (92 médicos y estudiantes con consumo problemático de alcohol u otras drogas, 82 con trastornos psiquiátricos y 40 con problemas emocionales o relacionados con el estrés). 65 participantes (la mayoría con trastornos por consumo de sustancias) entraron en el Programa CAMP; 57 de ellos han obtenido resultados considerados satisfactorios, y 50 se han reincorporado al trabajo (Warhaft, 2004). |
| Nombre del programa | ReMed |
| País o región | Suiza |
| Población a la que está dirigida | Médicos |
| Vinculación con entes reguladores de la práctica médica | Sí |
| Política de confidencialidad | Sí |
| Régimen | Voluntario |
| Ámbito (sólo salud mental, salud mental y adicciones, sólo adicciones) | Salud mental |
| Costo | Gratuito¶ |
| Características del programa | Tras el primer contacto un equipo de especialistas en Salud Mental deriva a atención en emergencia o coordina una entrevista dentro de las 72hs posteriores para diagramar un plan de acción. |
| Datos de efectividad | Un análisis descriptivo del 2016 mostró que entre 2007 y 2011, el número de casos tramitados aumentó de forma constante, estabilizándose a partir de 2011, y que 50% de los médicos ha recibido información sobre la oferta y casi el 90% de los usuarios de ReMed dicen que la oferta fue útil. En 2015 se recibieron 104 contactos, se realizaron 10 primeros contactos y 4 monitoreos (ReMed, 2022). |

Tabla 1. Similitudes y diferencias de los principales programas internacionales (Continuación tabla 1 - página 90)

| Nombre del programa | PAIME- Programa Galatea |
|--|--|
| País o región | España |
| Población a la que está dirigida | Médicos y otras profesiones |
| Vinculación con entes reguladores de la práctica médica | Sí |
| Política de confidencialidad | Sí |
| Régimen | Voluntario # |
| Ámbito (sólo salud mental, salud mental y adicciones, sólo adicciones) | Salud mental y adicciones |
| Costo | Gratuito |
| Características del programa | A los pacientes se les ofrecen intervenciones ambulatorias, hospital de día u hospitalización en función de su gravedad clínica. Tiene un enfoque integral con una fase inicial intensiva sistemática seguida de una psicoterapia de grupo semanal de 2 a 5 años. |
| Datos de efectividad | La duración media del tratamiento fue de 48 meses. 100% completo el programa con una abstinencia en el 72,2% de los casos. La buena adherencia a los grupos de psicoterapia de seguimiento predijo tanto un menor riesgo de recaída durante el proceso de tratamiento como mayores tasas de abstinencia en el seguimiento (Braquehías et al., 2020). |
| Nombre del programa | BienPro |
| País o región | Uruguay |
| Población a la que está dirigida | Médicos |
| Vinculación con entes reguladores de la práctica médica | Sí |
| Política de confidencialidad | Sí |
| Régimen | Voluntario |
| Ámbito (sólo salud mental, salud mental y adicciones, sólo adicciones) | Salud mental y adicciones |
| Costo | Gratuito |
| Características del programa | Dispositivos de asistencia en salud mental por medio de una Unidad Clínica con la participación de psiquiatras, psicoterapeutas y trabajadora social que trabajan en conjunto al tratamiento psiquiátrico del médico por su obra social. |
| Datos de efectividad | Durante la pandemia el caudal de médicos contactando el servicio fue bajo, y se reportaron recaídas en el consumo de sustancias debido a que el tratamiento se centraba en la recreación y el ejercicio físico, suspendidos por la emergencia sanitaria. Un gran caudal de consultas fue vinculadas a salud mental, relacionadas a insomnio y el aumento del consumo de benzodiacepinas como hipnótico (Filosi, 2020). |
| Nombre del programa | PAIME- Costa Rica |
| País o región | Costa Rica |
| Población a la que está dirigida | Médicos |
| Vinculación con entes reguladores de la práctica médica | Sí |
| Política de confidencialidad | Sí |
| Régimen | Voluntario |
| Ámbito (sólo salud mental, salud mental y adicciones, sólo adicciones) | Sólo adicciones |
| Costo | Gratuito |
| Características del programa | Un equipo interdisciplinario realiza un diagnóstico del paciente, y elabora un plan de atención (propuesta de tratamiento), condicionado a la situación y estado del paciente, donde determina la cantidad de citas y el tratamiento a seguir. |
| Datos de efectividad | No disponibles. |

Tabla 1. Similitudes y diferencias de los principales programas internacionales (Continuación tabla 1 - página 91)

| Nombre del programa | PASMMe |
|---|--|
| País o región | Argentina |
| Población a la que está dirigida | Médicos |
| Vinculación con entes reguladores de la práctica médica | Sí |
| Política de confidencialidad | Sí |
| Régimen | Voluntario |
| Ámbito (sólo salud mental, salud mental y adicciones, sólo adicciones) | Salud mental y adicciones |
| Costo | Gratuito |
| Características del programa | Servicios de asistencia sanitaria mediante una unidad clínica, atención social, soporte legal y asesoramiento laboral. |
| Datos de efectividad | 98% de adherencia al tratamiento* |
| Nombre del programa | AMEC |
| País o región | Argentina |
| Población a la que está dirigida | Médicos |
| Vinculación con entes reguladores de la práctica médica | Sí |
| Política de confidencialidad | Sí |
| Régimen | Voluntario |
| Ámbito (sólo salud mental, salud mental y adicciones, sólo adicciones) | Salud mental y adicciones |
| Costo | Gratuito |
| Características del programa | Servicios de asistencia sanitaria mediante una unidad clínica interdisciplinaria. |
| Datos de efectividad | 98 % de Adherencia al tratamiento* |

PHP: Physicians' Health Programmes. OMA-PHP: Ontario Medical Association Physician Health Program. NHS-PHP: Practitioner Health Programme in the United Kingdom, delivered by the National Health Service. VDHP: Victorian Doctors Health Program. ReMed: Réseau de soutien pour médecins. PAIME: Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. BienPro: Programa de Bienestar Profesional del Colegio Médico del Uruguay. PASMMe: Programa de Atención de Salud Mental al Médico. AMEC: Programa de Asistencia al Médico en Crisis. # sólo cuando hay evidencia o riesgo de problema en la práctica se imponen medidas de tratamiento. ¶ Excepto el programa de mentoreo. *El resto de los datos son confidenciales y deben ser solicitados a la institución.

Por último, las publicaciones sobre la eficacia de los distintos programas marcan buenos resultados, aunque medidas en diferentes aspectos, principalmente: la suspensión y/o recuperación de la matrícula habilitante, abstinencia, tasa de finalización del programa. La reinserción laboral suele funcionar como un motivador externo, pero no es suficiente para demostrar el cambio interno que se asocia a una recuperación a largo plazo. La asociación de abstinencia como eficacia es una medida ampliamente utilizada en las personas afectadas por un TUS, pero en esta población debe tomarse con cautela ya que primero debe adaptarse a sustancias más difíciles de trazar y segundo no debe ser una única toma y herramienta ya que como enfermedad crónica los TUS se comportan con recidivas y recaídas. Desde nuestra experiencia la adherencia es un marcador potente al reflejar el compromiso, con-

ciencia de situación y necesidad de ayuda, todo lo cual otorga mayores márgenes de monitoreo cercano. En nuestra propuesta el trabajar desde un grupo específico potencia la eficacia reforzando el compromiso con compañeros, la grupalidad ayuda a la adherencia y a la finalización del programa.

Problemas de salud mental en médicos Suicidios

Una idiosincrasia a tener en cuenta es la *ocurrencia de suicidios* en esta población. Si bien los porcentajes de intentos y suicidios consumados en los profesionales de la salud no se conocen con exactitud en nuestro país, existen informes en España sobre un mayor riesgo (Braquehais et al., 2020). Las tasas en comparación con la población general muestran que los médicos y enfermeros presentan riesgo de suicidio más ele-

vado (Center et al., 2003; Schernhammer & Colditz, 2004). En un estudio reciente que evaluó este tópico, se observó que el antecedente de consumo de sustancias tendría un efecto en las mayores tasas de riesgo suicida en dichos profesionales (Braquehais et al., 2020). En particular, se identificó que las mujeres médicas presentan mayor riesgo suicida que los hombres (Duarte et al., 2020). El estar inhabilitado para ejercer, tener algún tipo de trastorno de la personalidad y problemas interpersonales son las características identificadas de mayor riesgo (Braquehais et al., 2020). Por ello, se recomienda que los programas de tratamiento especializado para los profesionales de la salud tengan sistemas periódicos para evaluar el riesgo de suicidio, especialmente entre quienes muestran estas características (Bruguera et al., 2015).

Trastornos de salud mental en profesionales de la salud específicos de la profesión

El estrés laboral implica una respuesta física y psicológica ante requerimientos de trabajo que no se ajustan a los recursos o necesidades del trabajador y está considerado por la Unión Europea como el segundo problema de salud laboral más frecuente a continuación de los trastornos músculo-esqueléticos (Leka et al., 2011). Esta entidad afecta un sinnúmero de trabajadores de la salud, y si la respuesta al estrés es inadecuada, puede generar en ellos trastornos orgánicos y psiquiátricos, aumentar el riesgo de conductas suicidas y el abuso de sustancias (Bentolila, 2015a; López et al., 2012; Steinheiser, 2018).

Algunos autores han descrito en profesionales de la medicina el *síndrome de desgaste por empatía* el cual comprende al estrés postraumático secundario y al *burnout*. El estrés postraumático secundario afecta a terapeutas y profesionales ligados a la asistencia de personas con sufrimiento humano extremo. La capacidad de compasión y empatía es esencial para realizar el trabajo con pacientes y es al mismo tiempo una capacidad que expone a un desgaste y enfermedad laboral (Figley, 2013).

El *síndrome de burnout*, puede ser resultante de un prolongado estrés laboral que afecta a personas en cuya profesión el apoyo ante los problemas del otro es el eje central del trabajo y se define como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (Maslach et al., 2001; Martínez & Guerra, 1997; Bentolila, 2008). La OMS ha determinado el estrés laboral y el síndrome de *burnout* como una epidemia,

lo cual remarca la importancia de estudios sobre su génesis en los factores relacionados con la prestación de servicios de salud (López et al., 2012). Por otro lado, existen evidencias de que intervenciones cortas de *mindfulness* son exitosas en reducir el estrés y aumentar la empatía en residentes (Costa et al., 2013).

La utilización de sustancias para reducir la tensión producida por el desgaste emocional es una de sus consecuencias conductuales. Un estudio con profesionales sanitarios en España encontró relación entre el grado de desgaste profesional y el consumo de tabaco, analgésicos y ansiolíticos. El personal sanitario que consumía analgésicos y ansiolíticos presentaba mayor agotamiento emocional, así como peor salud general (Da Silva et al., 1999).

A estos síndromes se agrega, hoy en día, otro agente importante de estrés que es la *caída del valor social* de la profesión médica (Balint, 2002). El desmantelamiento de los servicios hospitalarios, la sobrecarga laboral por el incremento en la demanda o por el sobreempleo, la crisis salarial y el estado de emergencia asociado a la pandemia COVID-19 generaron aún cargas mayores de estrés con respecto a otras profesiones (Wolfberg, 2003; Bentolila, 2021).

Políticas vigentes con respecto al entorno laboral del profesional de la salud con TUS

Políticas de prevención

A pesar de lo descrito hasta aquí, no existen fuertes políticas de prevención en nuestra región. Existe en Provincia de Buenos Aires la red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico (Red PROSAMIC), que se trata de un equipo capacitado técnicamente para actuar en situaciones de emergencia como inundaciones, epidemias y siniestros viales, conteniendo afectados directos, familiares y personal interviniente. Además del trabajo en terreno, en asistencia y consejería, PROSAMIC brinda instancias de capacitación continua (Bentolila, 2015a; 2015b).

Existen también iniciativas específicas en programas de formación en anestesiología que bregan en pos de asumir un concepto de responsabilidad compartida desde una triple perspectiva que involucre al médico, a las sociedades científico-gremiales y a las instituciones médicas empleadoras (Calabrese et al., 2006; Dapuetto et al., 2021, Organización Internacional del Trabajo, 2002).

Las políticas de prevención en estas iniciativas deben ser diseñadas para cubrir los siguientes ítems: a) educación, información y difusión para el anestesió-

logo, b) identificación de los potenciales profesionales con TUS, c) manejo de potenciales factores de riesgo (por ejemplo: estrés crónico laboral, vigilancia continua de medicación psicoactiva y materiales accesorios) (Calabrese et al., 2006; Dapuetto et al., 2021).

Algunos autores proponen incluir residentes de anestesiología como población de alto riesgo (Calabrese et al., 2006; Dapuetto et al., 2021), mediante el dictado de cursos curriculares de educación sobre farmacodependencia, realización de talleres con familiares, jornadas científicas y congresos obligatorios sobre la temática con valor curricular, además de la difusión de información gráfica y audiovisual.

En cuanto a la mirada de los especialistas, las propuestas replican las mismas instancias de psicoeducación arriba descritas. En el programa BienPro se postula la teleasistencia y grupo de apoyo emocional así como talleres de reducción del estrés basados en *mindfulness* (Dapuetto et al., 2021). Mientras que Calabrese et al., proponen una línea telefónica con información para médicos y familiares y un protocolo activo de identificación de posibles pacientes (Calabrese et al., 2006). Este protocolo cuenta con encuestas de evaluación de hábitos, personalidad, antecedentes personales, psicológicos, etc. A lo cual se suman intervenciones como: entrevista psicológica, exámenes de sangre al ingreso, rinoscopia obligatoria, examen de orina, consulta psiquiátrica y evaluación del tipo de medicación de uso frecuente.

Salud laboral

Las adicciones en profesionales de la salud tienen un impacto significativo en su funcionamiento en el trabajo (Shadakshari et al., 2022) y en algunos países constituyen la principal causa de pérdida de matrícula (Norwegian Board of Health, 2004). Ya que estos problemas se producen en la interfase entre la salud laboral y los sistemas de regulación, el médico laboral es una persona importante en la red de atención de profesionales de la salud con TUS (Marshall, 2008). Para el médico laboral existen medidas de acción ante la detección de sustancias en pruebas de tamizaje en el lugar de trabajo para proteger al trabajador y articular un plan de acción con la cobertura social y la patronal, pero no se considera el consumo crónico y patológico. La revisión del listado de las enfermedades laborales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) contempla el estrés postraumático, así como las actualizaciones de la ley 24557 y el decreto 658/96 de nuestro país. Sin embargo, a pesar que la OIT sí incluye "Otros trastornos mentales o del comportamiento [...] cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica

nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y el (los) trastorno(s) mental(es) o del comportamiento contraído(s) por el trabajador", las adicciones no están contempladas como enfermedad laboral en nuestro país (Boletín Nacional, 2014).

Los TUS son la principal condición que puede comprometer el juicio de un médico (Magnavita et al., 2010) y provocar deterioro profesional del enfermero anestesta (Taylor, 2020). Se ha demostrado que el desarrollo de adicciones en los profesionales del ámbito de la anestesiología, una especialidad con tres veces más riesgo de presentar TUS, puede ser secundaria a la contaminación química en los entornos quirúrgicos causada por componentes adictivos en los aerosoles inductores de la anestesia como el propofol o analgésicos como el fentanilo (McAuliffe et al., 2006). Adicionalmente, el envejecimiento en la profesión médica es una preocupación para la salud pública, ya que es una población más propensa a sufrir las llamadas "cuatro D": demencia, drogas, alcohol y depresión (Peisah & Wilhelm, 2007).

La experiencia acumulada apunta a virar el abordaje desde un punto de vista represor o punitivo hacia una política sanitaria que favorezca la rehabilitación personal y profesional (Shadakshari et al., 2022). Es muy difícil para el médico laboral conseguir un equilibrio adecuado entre la rehabilitación laboral del profesional con TUS en tratamiento y la ausencia de daños a sí mismo y a terceros atribuibles a una recaída. Para ello resulta imprescindible establecer un procedimiento de actuación para profesionales que se reincorporan a su trabajo (Otero Dorrego et al., 2008).

Conclusiones

En el presente estudio realizamos una revisión de la bibliografía existente con el objetivo de evaluar tratamientos enfocados en estrés laboral, *burnout* y TUS en población de médicos y profesionales de la salud. Las evidencias muestran tanto las barreras para arribar a un diagnóstico como la complejidad debido a aristas legales y éticas del tratamiento de adicciones en profesionales de la salud.

En nuestro país, el aumento de prevalencia de los trastornos mentales y de demanda de servicios de salud mental también conlleva un desafío complementario, proteger a los profesionales de la salud. La adicción a sustancias psicoactivas se asocia en la población general con dos serios problemas, barreras en el acceso al sistema de salud y el estigma asociado. Entre esta población estas variables se amplifican exponencialmente, a lo que se suma la escasez de dispositivos

específicos para el abordaje de este problema. Entre los médicos se padece la adicción en forma secreta y la problemática se instala como un tabú conocido por todos, pero del que no se puede hablar.

Es por estos motivos que los tratamientos en esta población requieren de un equipo que pueda equilibrar entre cuidar al médico con TUS para evitar su estigmatización y el deber de cuidar a sus pacientes que se encuentran en potencial riesgo de ser atendidos en estados de intoxicación.

Asimismo, por la idiosincrasia del mundo médico el programa podría ser distinto a los propuestos para personas que no tienen esta profesión: en cuanto a ser programas cortos e intensivos, con seguimiento por período de tiempo mayor a través de tamizajes de drogas regulares y obligatorios y el compromiso de la confidencialidad para disminuir la barrera de miedo al estigma por parte del profesional con consumo problemático.

Agradecimiento: los autores quieren agradecer a la Dra. Silvia Bentolila por su contribución con la información local de programas.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Agremiación médica platense. (2022, March 7). *Agremiación Médica Platense*. http://www.amepla.org.ar/noticia/2968_Lanzamiento_PROTEM_-_PROGRAMA_DE_ASISTENCIA_Y_PROTECCION_C3%93N_DE_LA_SALUD_DE_M%C3%89DICOS_Y_M%C3%89DICOS
- AMEC. (2019, January 16). AMEC – Asistencia al médico en crisis. Colegio de Médicos de La Provincia de Buenos Aires. Distrito V. <http://www.colmed5.org.ar/sitio/amec/>
- Balint, M. (2002). The crisis of medical practice. *The American Journal of Psychoanalysis*, 62(1), 7–15. <https://doi.org/10.1023/A:1017907905473>
- Bentolila, S. (2008). Estrés laboral, microtrauma y disociación en J. Moizeszowicz (Ed.), *Psicofarmacología psicodinámica*, p. 43–61. Paseo la Plaza.
- Bentolila, S. (2015a). PROSAMIC – Aufbau eines Netzes zum Schutze der psychischen Gesundheit in Argentinien. https://doi.org/10.1007/978-3-662-45595-1_3
- Bentolila, S. (2015b). *Hacia la prevención del desgaste y el estrés laboral*, en A. Gallini (Ed.), Los talleres. Cuidar al que cuida, p. 11–61. Los talleres.
- Bentolila, S. (2021). Consideraciones acerca de la relación entre la salud mental y la Pandemia por COVID-19. *Subj. procesos cogn*, 24(2): 1-8.
- Boletín Nacional. (n.d.) *Lista de enfermedades profesionales de la OIT*. (n.d.). Decreto 49/2014 | Argentina.gob.ar. (n.d.). Retrieved November 13, 2022, from <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-49-2014-225309>
- Braquehais, M. D., González-Irizar, O., Nieva, G., Mozo, X., Llavayol, E., Pujol, T., Cruz, C. M., Heredia, M., Valero, S., Casas, M., & Bruguera, E. (2020). Assessing high risk of suicide amongst physicians and nurses in treatment. *Psychiatry Research*, 291, 113237. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113237>
- Braquehais, M., Valero, S., Matalí, J., Bel, M., Montejo, J., Nasillo, V., Arteman, A., Padrós, J., Bruguera, E., & Casas, M. (2014). Promoting voluntary help-seeking among doctors with mental disorders. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27(3). <https://doi.org/10.2478/s13382-014-0271-y>
- Brewster, J. M., Kaufmann, I. M., Hutchison, S., & MacWilliam, C. (2008). Characteristics and outcomes of doctors in a substance dependence monitoring programme in Canada: Prospective descriptive study. *BMJ*, 337(nov03 4), a2098–a2098. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2098>
- Bruguera, E., Diaz, A., Casas, M., Braquehais, D. (2015). El médico enfermo. En N. Serebrisky (Ed.), *Trastorno por sustancias*. Poblaciones especiales, p. 99–127. Sciens.
- Bruguera, E., Heredia, M., Llavayol, E., Pujol, T., Nieva, G., Valero, S., Casas, M., & Braquehais, M. D. (2020). Integral treatment programme for addicted physicians: Results from The Galatea Care Programme for Sick Physicians. *European Addiction Research*, 26(3), 122–130. <https://doi.org/10.1159/000505914>
- Burghi, G., Lambert, J., Chaize, M., Goinheix, K., Quiroga, C., Fariña, G., Godino, M., Pittini, G., Pereda, S., Fregossi, C., Mareque, S., Bagnulo, H., & Azoulay, E. (2014). Prevalence, risk factors and consequences of severe burnout syndrome in ICU. *Intensive Care Medicine*, 40(11), 1785–1786. <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3454-x>
- Calabrese, G. (2006). Fármaco-dependencia en anestesiólogos, un gran problema ocupacional actual. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 34(2), 103–111.
- Center, C., Davis, M., Detre, T., Ford, D. E., Hansbrough, W., Hendin, H., Laszlo, J., Litts, D. A., Mann, J., Mansky, P. A., Michels, R., Miles, S. H., Proujansky, R., Reynolds, C. F., 3rd, & Silverman, M. M. (2003). Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA*, 289(23), 3161–3166. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3161>
- Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe. (2015, August 25). Costa Rica: Un 10% de los médicos llega a enfermarse en algún momento de su carrera – CONFEMEL. CONFEMEL. <https://www.confemel.com/costa-rica-entre-un-10-a-un-12-de-los-medicos-llega-a-enfermarse-en-algun-momento-de-su-carrera-profesional>
- Costa, C., Anchorena, M.N., y Battola, J. (2013). La práctica de Mindfulness sobre el bienestar personal y la empatía médica. *Rev Hosp Niños*, 55(251) 246 – 252.
- Dapuetto, J. J., Klasse, E., Campos, N., Rodríguez Andrada, B., Romero Agüit, S., Braquehais, M. D., Tolchinsky, G., Pereira, M. T., Sarubbo, L., Ceroni, C., Sánchez, N., & Blanc, L. (2021). Diseño e implementación del Programa de Bienestar Profesional del Colegio Médico del Uruguay. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.02.005>
- Da Silva Sobral De Matos, H., Daniel Vega, E., & Pérez Urdaniz, A. (1999). Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general [A study of the burnout syndrome in medical personnel of a general hospital]. *Actas españolas de psiquiatría*, 27(5), 310–320.
- Doctors' Health Advisory Service. (n.d.). Telephone Help Line to Offer Personal Advice to Practitioners and Students Facing Difficulties. Retrieved December 26, 2022, from <https://www.dhas.org.au/>
- Duarte, D., El-Hagrassy, M. M., Couto, T. C. E., Gurgel, W., Fregni, F., & Correa, H. (2020). Male and Female Physician Suicidality: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 77(6), 587–597. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0011>
- DuPont, R. L., McLellan, A. T., White, W. L., Merlo, L. J., & Gold, M. S. (2009). Setting the standard for recovery: Physicians' health programs. *Journal of Medical Regulation*, 95(4), 10–25. <https://doi.org/10.30770/2572-1852-95.4.10>
- DuPont, R. L., & Skipper, G. E. (2012). Six lessons from state physician health programs to promote long-term recovery. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(1), 72–78. <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.660106>
- Figley, C. R. (2013). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Routledge.
- Filosi, A. (2020, August 26). BienPro: un programa creado para cuando los médicos se transforman en pacientes. El País. <https://www.elpais.com.uy/vi-da-actual/bienpro-programa-creado-medicos-transforman-pacientes.html>
- Firth-Cozens, J. (2003). Doctors, their wellbeing, and their stress. *BMJ*, 326(7391), 670–671. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7391.670>
- García-Guasch, R., Roigé, J., & Padrós, J. (2012). Substance abuse in anaesthetists. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 25(2), 204–209. <https://doi.org/10.1097/aco.0b013e32834ef91b>

- Geoffrion, S., Goncalves, J., Giguère, C.-É., & Guay, S. (2017). Impact of a program for the management of aggressive behaviors on seclusion and restraint use in two high-risk units of a mental health institute. *Psychiatric Quarterly*, 89(1), 95–102. <https://doi.org/10.1007/s1126-017-9519-6>
- Gerada, C. (2018). The Wounded Healer: Report on the first 10 years of Practitioner Health Service. In Practitionerhealth. GP Health Service. [https://www.practitionerhealth.nhs.uk/media/content/files/PHP-report-web%20version%20final\(1\).pdf](https://www.practitionerhealth.nhs.uk/media/content/files/PHP-report-web%20version%20final(1).pdf)
- Geuijen, P. M., van den Broek, S. J. M., Dijkstra, B. A. G., Kuppens, J. M., de Haan, H. A., de Jong, C. A. J., Schene, A. H., Atsma, F., & Schellekens, A. F. A. (2021). Success rates of monitoring for healthcare professionals with a substance use disorder: A meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 10(2), 264. <https://doi.org/10.3390/jcm10020264>
- Guay, S., Goncalves, J., & Boyer, R. (2016). Evaluation of an education and training program to prevent and manage patients' violence in a mental health setting: A pretest-posttest intervention study. *Healthcare*, 4(3), 49. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030049>
- Hope, V., & Henderson, M. (2014). Medical student depression, anxiety and distress outside North America: A systematic review. *Medical Education*, 48(10), 963–979. <https://doi.org/10.1111/medu.12512>
- Keller, R., Peltenburb, M., Hersperger, M., & Hornung. (2007). Résultats de l'étude de faisabilité concernant un réseau d'assistance pour les médecins. *Bulletin Des Médecins Suisses*, 88(21), 867–873. <https://doi.org/10.4414/bms.2007.12737>
- Leka, S., Jain, A., Cox, T., & Kortum, E. (2011). The development of the european framework for psychosocial risk management: PRIMA-EF. *Journal of Occupational Health*, 53(2), 137–143. <https://doi.org/10.1539/joh.o10010>
- Lenzer, J. (2016). Physician health programs under fire. *BMJ*, i3568. <https://doi.org/10.1136/bmj.i3568>
- Lopez, L., Solano, A., Arias, A., Aguirre, S., Osorio, C., & Vasquez, E. M. (2012). El estrés laboral y los trastornos psiquiátricos en profesionales de la medicina. *Revista CES Salud Pública*, 3(2), 280–288.
- Magnavita, N., Magnavita, G., & Bergamaschi, A. (2010). The impaired radiologist. *La Radiologia Medica*, 115(5), 826–838. <https://doi.org/10.1007/s11547-010-0539-7>
- Marshall, E. J. (2008). Doctors' health and fitness to practise: Treating addicted doctors. *Occupational Medicine*, 58(5), 334–340. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqn081>
- Martinez, M., & Guerra, P. (1997). Síndrome de Burnout: el riesgo de ser profesional de ayuda. *Revista Salud y Cambio*, 8(23), 45–58.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- McAuliffe, P. F., Gold, M. S., Bajpai, L., Merves, M. L., Frost-Pineda, K., Pomm, R. M., Goldberger, B. A., Melker, R. J., & Cendán, J. C. (2006). Second-hand exposure to aerosolized intravenous anesthetics propofol and fentanyl may cause sensitization and subsequent opiate addiction among anesthesiologists and surgeons. *Medical Hypotheses*, 66(5), 874–882. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2005.10.030>
- McLellan, A. T., Skipper, G. S., Campbell, M., & DuPont, R. L. (2008). Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. *BMJ*, 337(nov04 1), a2038–a2038. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2038>
- Merlo, L. J., & Gold, M. S. (2008). Prescription opioid abuse and dependence among physicians: Hypotheses and treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 16(3), 181–194. <https://doi.org/10.1080/10673220802160316>
- Merlo, L. J., Trejo-Lopez, J., Conwell, T., & Rivenbark, J. (2013). Patterns of substance use initiation among healthcare professionals in recovery. *The American Journal on Addictions*, 22(6), 605–612. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12017.x>
- Norwegian Board of Health. (2004). Annual Supervision Report. http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/annual_supervision_report_2004.pdf
- Organización Internacional del Trabajo. (2002). Repertorios de Recomendaciones Prácticas de la OIT (Superintendencia de Riesgos del Trabajo). <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/reporte002.pdf>
- Otero Dorrego, C., Huerta Camarero, C., & Duro Perales, N. (2008). Drogodependencias en personal sanitario, una visión desde la medicina del trabajo (I): Aspectos jurídico-legales y epidemiológicos. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 54(211). <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2008000200003>
- Paladino, M. A., & Martinetti, H. (2005). La salud del anestesiólogo. Factores de agresión y respuesta orgánica. *Revista Argentina de Anestesiología*, 63(1), 45–59.
- PASMMMe. (2021, March 22). ¿Qué es el PASMMMe? Colegio de Médicos de La Provincia de Buenos Aires. Distrito III. <https://www.colmed3.com.ar/index.php/pasmmme/que-es-el-pasmmme>
- Peisah, C., & Wilhelm, K. (2007). Physician don't heal thyself: A descriptive study of impaired older doctors. *International Psychogeriatrics*, 19(5), 974–984. <https://doi.org/10.1017/s1041610207005431>
- Practitioner health. (n.d.). Retrieved December 26, 2022, from <https://www.practitionerhealth.nhs.uk/>
- ReMed, Comité de direction. (2022). Rapport annuel 2021. <https://remed.fmh.ch/files/pdf26/remed-rapport-annuel-2021.pdf>
- Ruetsch, H., Boni, T., & Borgeat, A. (2001). From cocaine to ropivacaine: The history of local anesthetic drugs. *Current Topics in Medicinal Chemistry*, 1(3), 175–182. <https://doi.org/10.2174/1568026013395335>
- Schattner, P., Davidson, S., & Serry, N. (2004). Doctors' health and well-being: Taking up the challenge in Australia. *Medical Journal of Australia*, 181(7), 348–349. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb06321.x>
- Schernhammer, E. S., & Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (meta-analysis). *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2295–2302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2295>
- Serebrisky, D. (2015). "Adicciones entre los profesionales de la salud mental", en N. Serebrisky (Ed.), Trastorno por sustancias. Poblaciones especiales, pp. 95–98. ScienS.
- Shadakshari, D., Muliya, K. P., Jayarajan, D., & Kandasamy, A. (2021). Occupational challenges in physicians with substance use disorder: A qualitative study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 44(3), 253–258. <https://doi.org/10.1177/02537176211020520>
- Steinheiser, M. (2018). Compassion fatigue among nurses in skilled nursing facilities: Discoveries and challenges of a conceptual model in research. *Applied Nursing Research*, 44, 97–99. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.10.002>
- Sturzu, L., Lala, A., Bisch, M., Gutter, M., Dobre, D., & Schwan, R. (2019). Empathy and burnout – A cross-sectional study among mental healthcare providers in France. *Journal of Medicine and Life*, 12(1), 21–29. <https://doi.org/10.25122/jml-2018-0050>
- Taylor L. (2020). Substance Abuse and Misuse Identification and Prevention: An Evidence-Based Protocol for CRNAs in the Workplace. *AANA journal*, 88(3), 213–221.
- Vayr, F., Herin, F., Jullian, B., Soulat, J. M., & Franchitto, N. (2019). Barriers to seeking help for physicians with substance use disorder: A review. *Drug and Alcohol Dependence*, 199, 116–121. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.04.004>
- Warhaft, N. (Jack). (2004). The Victorian Doctors Health Program: The first 3 years. *Medical Journal of Australia*, 181(7), 376–379. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb06333.x>
- Wolfberg, E. (2003). Crisis social y desgaste ocupacional de los profesionales de la salud: alertas y recursos [Social crisis and occupational fatigue among health professionals: warnings and resources]. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, 14(54), 268–279.
- Wolfberg, E., & Moldavsky, D. (2011). Working conditions and job satisfaction of Argentinian psychiatrists: Initial results of a comprehensive survey. *International Psychiatry*, 8(2), 41–43. <https://doi.org/10.1192/s1749367600002447>