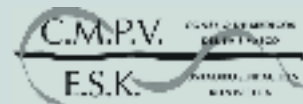


Paseo de la Bonanova, 47
08017 Barcelona
Teléfono 93 567 88 56
Fax 93 567 88 54
fgalatea@fgalatea.org
www.fgalatea.org



Con la colaboración de:



Societat Catalana
de Seguretat i Medicina
del Treball



Generalitat de Catalunya
Departament
de Salut

Con el patrocinio de:



La salud del MIR

Guía para los servicios de prevención
de riesgos laborales

La salud del MIR

Guía para los servicios de prevención
de riesgos laborales

Grupo de trabajo que ha elaborado este documento

Cristina Abadía Castelló. Servicio de prevención de riesgos. Consorci Sanitari de Terrassa.

Olinda Anía Lafuente. Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Salut.

Dolors Benito Carreras. Servicio de prevención. Hospital de Palamós. COMG.

Francisco Collazos Sánchez. Servicio de Psiquiatría. Hospital Vall d'Hebron. PAIME.

José Manuel da Pena Álvarez. EAP Sardenya. Barcelona.

Roser Garcia Guasch. Servicio de Anestesiología. Hospital Germans Trias y Pujol.

Albert Mariné Torrent. Servicio de Prevención de Riesgos. Hospital Parc Taulí. Sabadell.

Viki Mazo Ancochea. Residente de MFyC. Barcelona.

Lydia Navarro Blasco. Servicio de Prevención de Riesgos. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Rafael Padrós Selma. Servicio de Prevención de Riesgos. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Eva Sancho Izquierdo. Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Salut.

Sandra Tarragó Amigó. Unidad Prevención. ICS Àmbit Tarragona-Reus. COMT.

Coordinación del grupo de trabajo y de la redacción

Antoni Arteman Jané. Fundació Galatea.

Eulàlia Masachs Fatjó. Fundació Galatea.

Asesores

Felip Carbajo y Pernau. Recursos Humanos. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Fernando G. Benavides. CISAL – Universitat Pompeu Fabra.

Joan Inglès Torruella. Hospital Sant Joan de Reus. COM Tarragona.

Pere Plana Almuni. Sociedad Catalana de Seguridad y Medicina del Trabajo.

Àngel Plans Canamares. Sociedad Catalana de Seguridad y Medicina del Trabajo.

Consol Serra Pujadas. Unidad Docente de Medicina del Trabajo "Mateu Orfila". Universitat Pompeu Fabra. Hospital del Mar.

Maria del Carme Riu Riu. COM Lleida.

Miquel Vilardell Ynaraja. Consorci Hospitalari de Vic. Servicio de Prevención y Medio Ambiente.

Asesores de la edición en español

Dr. Serafín Romero Agüit, secretario general del Consejo General de Colegios de Médicos de España.

Dr. Ander Larrazabal Bilbao, vicepresidente 1º del Colegio Oficial de Médicos de Vizcaya y coordinador del PAIME del País Vasco

Dr. Ignacio Martínez Hens, psiquiatra Unidad ambulatoria PAIME Córdoba. Fundación Colegio de Médicos de Córdoba.

Instituciones que han propiciado la edición española de esta guía

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (OMC)

Fundación Galatea del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña

Fundación Colegio Oficial de Médicos de Córdoba

Consejo de Colegios de Médicos Vascos

Índice

	Prólogo a la edición en español	9
	Presentación	11
	Introducción	13
1	Marco legal sobre la salud del MIR	15
	a. La Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, el Estatuto del residente y la convocatoria de pruebas	15
	b. Actuaciones desde los servicios de prevención de riesgos laborales	17
	c. La confidencialidad	20
2	La atención a la salud mental del médico residente	21
	a. La atención inicial a la salud del MIR	21
	a.1. El examen previo de los adjudicatarios	22
	a.2. La acogida del residente	25
	b. Seguimiento y control de la salud mental del MIR	28
	b.1. Seguimientos médicos periódicos	28
	b.2. Consultas por propia iniciativa del residente	28
	b.3. La consulta por parte del tutor	29
3	Recursos terapéuticos para la salud del MIR	30
	a. Servicio de Counselling Laboral	30
	b. La Fundación Galatea y el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo - PAIME	30

4	Actividades preventivas y de promoción de la salud profesional	32
	a. Formación sobre riesgos psicosociales de la profesión médica	32
	b. Grupos de apoyo	33
5	El tutor y la Comisión de Docencia ante la salud del MIR	34
	a. El rol del tutor	34
	b. La tutoría, un espacio para la detección de situaciones de riesgo	35
	c. Funciones de la Comisión de Docencia en relación con la salud del MIR	36
6	Anexos	37
	Tests y entrevistas recomendadas	37
	Legislación	39
	Otras disposiciones legales	41
7	Bibliografía	41



Dr. Juan José Rodríguez Sendín
 Presidente del Consejo General
 de Colegios de Médicos
 de España

Los médicos en su condición de humanos, son tan vulnerables a la enfermedad como lo son sus pacientes y, por consiguiente, pueden enfermar por múltiples causas. Diversos estudios han alertado sobre los niveles elevados de estrés, de *burn-out* y de malestar psicológico que se dan dentro de la profesión médica y que ya se detectan desde los primeros años de la etapa MIR. Precisamente los jóvenes y menos experimentados son los más proclives a verse afectados por estas patologías que, en el caso de nuestra profesión, cuesta más reconocer al anteponer la salud del enfermo a la del propio médico.

Está claro que a los médicos nos cuesta vernos como enfermos, máxime cuando –como en el caso de las enfermedades mentales o los procesos de adicción– el sentimiento de culpa y de estigmatización de la propia enfermedad incapacitante, hace que los médicos que las padecen traten con frecuencia de negarla u ocultarla.

En estas situaciones se hace más necesario que nunca superar esas barreras que nos impiden vernos como pacientes, que nos frenan a la hora de pedir ayuda cuando detectamos que se comienza deteriorar nuestra capacidad de juicio o nuestra habilidad técnica. En tales momentos la confianza entre iguales, la confidencialidad y la exigencia profesional permanente, son el marco de garantía para que el médico enfermo dé ese último paso que es el pedir ayuda o aceptar la misma.

Han pasado más de 10 años desde la puesta en práctica del Programa PAIME, que ha encontrado en la Fundación Galatea el puntal necesario para extender sus servicios a todos los médicos que, en un momento determinado, puedan necesitarlo.

La presente Guía, “La salud del MIR”, es un claro ejemplo de ese doble objetivo que se persigue: por una parte, conseguir que el médico enfermo se sienta respaldado con un programa que busca, por encima de todo, su rehabilitación y, por otra parte, dar a los pacientes la garantía de que el médico que les atiende está en óptimas condiciones para ejercer.

Los médicos ha sido la primera profesión que ha abordado con valentía esta realidad que se da en todos los colectivos y que han puesto los medios para

su prevención y corrección desde el mismo periodo de formación. Es también un ejemplo de cómo los Colegios de Médicos defienden por encima de todo la salud de los ciudadanos y no permiten que un mal entendido “corporativismo” pueda poner en peligro la asistencia sanitaria que se presta a los pacientes. El Programa PAIME es un instrumento de control de la buena praxis médica y por tanto un elemento de garantía para la población, y la presente Guía es una muestra más de este compromiso profesional.

En nombre del Consejo General de Colegios de Médicos, no me queda más que felicitar a los autores y a cuantos han colaborado en la edición de esta Guía que, a partir de ahora, deberá acompañar tanto a los residentes que comienzan su trayectoria profesional como a todos los médicos, ya que en la misma se ofrece la orientación, habilidades y recursos que todos necesitamos para lograr un desarrollo profesional saludable.

Juan José Rodríguez Sendín

Presidente del Consejo General de Colegios de Médicos



Dr. Jaume Padrós i Selma
Presidente del Patronato

La colección de manuales que edita la Fundación Galatea tiene la finalidad de establecer y divulgar criterios de actuación sobre temas relacionados con la salud de los profesionales sanitarios. Como ya es conocido, la Fundación Galatea y el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), creados por el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, trabajan desde hace más de diez años en la atención a los médicos con problemas de orden psiquiátrico y de adicciones, y también en el desarrollo de actividades dirigidas a su prevención.

El manual que ahora presentamos responde a un tema de gran actualidad y trascendencia: la valoración de la salud mental de los médicos que acceden a plazas de residentes. Esta cuestión, que se puso encima de la mesa a raíz de algunos desgraciados incidentes que desafortunadamente tuvieron gran impacto social y mediático, se concreta en una normativa que aparece en la convocatoria de plazas MIR del año 2005. A partir de dicho año, las convocatorias a la residencia prevén la realización de un examen de salud al candidato que garantiza las condiciones para el ejercicio de la especialidad elegida.

Conscientes de la complejidad que conlleva la aplicación de esta medida legal, y teniendo en cuenta la experiencia del PAIME en el ámbito de la salud mental de los profesionales, hemos creído conveniente trabajar en los criterios, instrumentos y recursos que puedan ayudar a conseguir que la aplicación de esta normativa estatal sea un instrumento que mejore la calidad de la preparación de nuestros futuros especialistas, que se eviten interpretaciones alarmantes y se favorezca una visión integradora de la salud psiquiátrica.

Con esta finalidad se creó un grupo de trabajo, con la colaboración de profesionales expertos y relacionados con el tema (médicos psiquiatras, de salud laboral, tutores y los propios residentes), para que establecieran unas recomendaciones que sirvan de ayuda, fundamentalmente, a los servicios de prevención de riesgos laborales, que son los que deben de llevar a cabo las mencionadas revisiones. De todos es conocida la elevada prevalencia de malestar psicológico y estrés que se dan actualmente en la profesión médica, ante los cuales la prevención y promoción de la salud son herramientas básicas. De

acuerdo con esta realidad, el manual va más allá del establecimiento de unos meros criterios para la detección de patología, y propone medidas que favorezcan un desarrollo profesional saludable, teniendo en cuenta que los residentes serán los futuros médicos y que deben de serlo gozando de un buen equilibrio psico-afectivo.

Quiero agradecer a todos los participantes en el grupo de trabajo su dedicación a la tarea encomendada, a los asesores que han aceptado revisar el documento y también a los Laboratorios Almirall su colaboración en la realización de este proyecto.

Dr. Jaume Padrós Selma
Presidente del Patronato

Introducción

A partir de la convocatoria MIR 2005/06 se establece la obligación de realizar a los médicos adjudicatarios de las plazas un examen de salud que garantice las condiciones necesarias para el ejercicio de su especialidad. Esta disposición legal plantea de entrada una cuestión que, aunque pueda parecer sencilla, no lo es tanto cuando hablamos de la salud mental. Las características de los trastornos mentales pueden hacer difícil delimitar una línea clara sobre las aptitudes del candidato a especialista. Si bien puede ser muy conveniente establecer legalmente una garantía en el ejercicio de la profesión, se plantea la necesidad de determinar las herramientas prácticas y los criterios clínicos que permitan llevarla a cabo de una manera adecuada.

Nuestra aproximación a la salud mental del profesional nos lleva a abordar la cuestión teniendo en cuenta dos consideraciones previas. La primera, que la enfermedad mental requiere fundamentalmente un planteamiento integrador entre el individuo y su entorno y, en el caso que nos ocupa, del entorno laboral. Y la segunda, que más allá de los casos donde la existencia de una psicopatología determine la necesidad de una atención especializada, la salud mental de los profesionales es importante en términos de prevención y promoción de unas aptitudes personales y unas condiciones de trabajo que permitan un desarrollo profesional saludable. La implicación de las instituciones sanitarias en la generación de estas condiciones laborales y su papel en la prevención y promoción de la salud de sus trabajadores es fundamental. Desde estas dos vertientes se orienta el presente trabajo.

Los objetivos del grupo de trabajo han sido:

- Clarificar el marco legal y los procedimientos correspondientes en relación con la incorporación de los nuevos residentes y su adecuación a la plaza que han solicitado.
- Consensuar las herramientas de exploración básica de la salud mental del residente en los exámenes médicos preventivos que exige el marco legal.

- Sensibilizar sobre la necesidad de tener un criterio integrador a la hora de detectar problemas de salud mental en el residente y orientar posibles itinerarios formativos y el desarrollo profesional.
- Sensibilizar acerca de la necesidad de establecer, desde las unidades docentes, medidas de prevención y de promoción de la salud psico-afectiva de los residentes, de forma que sean en el futuro profesionales aptos para el ejercicio de la medicina, teniendo en cuenta los riesgos psicosociales que este ejercicio conlleva.

Marco legal sobre la salud del MIR

1

a. La Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, el Estatuto del residente y la convocatoria de pruebas MIR

La Ley 44/2003, de 22 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) establece que la formación especializada en ciencias de la salud tiene como objeto dotar a los profesionales de los conocimientos, las técnicas, las habilidades y las actitudes propias de la especialidad correspondiente, de forma simultánea a la progresiva asunción por parte del interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la especialidad. De acuerdo con la LOPS, la formación especializada se realiza por el sistema de residencia y se prevé que durante el periodo de formación se establezca una relación laboral especial entre el servicio de salud o el centro sanitario y el especialista en formación.

Esta relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud, establecida en la LOPS, ha sido objeto de regulación específica, mediante el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, que regula los aspectos laborales de la relación entre los especialistas en formación y los centros. En cuanto a la forma, contenido y eficacia del contrato, se establece que el contrato de trabajo se establecerá por escrito entre el residente, en su condición de trabajador, y la entidad titular de la unidad docente acreditada para impartir la formación, en su condición de contratante o empresario.

Sin embargo, antes de la formalización del contrato, cada residente debe de someterse a un examen médico para comprobar que no sufre ninguna enfermedad ni está afectado por ninguna limitación física o psíquica incompatible con las actividades profesionales que exige el correspondiente programa formativo de la especialidad elegida. El contrato quedará sin efecto si, una vez completado todo el procedimiento previsto en la convocatoria, en virtud de la cual el residente obtuvo plaza, se resuelve la no superación del mencionado examen médico.

Más recientemente ha sido publicado el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, mediante el cual se determinan y clasifican las especialidades en

Ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. El Real Decreto enfatiza las estructuras docentes tanto desde el punto de vista organizativo como desde el punto de vista docente y asistencial, ya que inciden directamente en el aprendizaje de los especialistas en formación. Los órganos colegiados y unipersonales que establece, en contacto directo o indirecto con los especialistas en formación, crean la estructura adecuada y colaboran activamente en el aprendizaje, la adquisición de conocimientos y habilidades del especialista en formación y valoran las aptitudes del residente.

Mediante la Orden SCO/2642/2008, de 15 de septiembre, se hizo pública la convocatoria de las pruebas selectivas para acceder en el año 2009 a las plazas de formación sanitaria especializada. En la base XIII de la convocatoria, se establece la obligatoriedad que tienen los adjudicatarios de someterse a reconocimiento médico durante el periodo de toma de posesión de la plaza por el sistema de residencia, con la finalidad de comprobar que no sufren ninguna enfermedad ni están afectados por ninguna limitación física o psíquica que sea incompatible con el desarrollo de las actividades profesionales que les exige el correspondiente programa formativo. Se prevé que el examen médico se realice en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales que en cada caso corresponda.

Si el resultado del examen médico es positivo, el contrato en formación tiene efecto. Si el resultado del examen médico es negativo, la adjudicación y el contrato en formación, que, en su caso, las partes hubieren suscrito, queda sin efecto.

Resulta necesario, sin embargo:

- 1) motivar y especificar los objetivos y competencias profesionales que, de acuerdo con los programas formativos, el adjudicatario no podría adquirir como consecuencia de sus limitaciones físicas, psíquicas o funcionales, y
- 2) tramitar el expediente a la Dirección General de Ordenación Profesional y Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección del Ministerio de Sanidad y Consumo, que dictará la resolución que corresponda, a la vista del dictamen médico, de los informes que considere necesarios y previa audiencia del interesado.

En caso que el adjudicatario esté afectado por una discapacidad igual o superior al 33% y que la viabilidad de poder realizar el programa no esté

en función de las limitaciones funcionales del discapacitado, sino de las condiciones específicas del centro o unidad docente, el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales propondrá la adopción de medidas técnicas y de accesibilidad que permitan al aspirante el desarrollo del programa formativo. Las medidas propuestas deben de ser proporcionadas y factibles. La resolución de la viabilidad de adoptar las medidas propuestas recae en la representación legal del centro o unidad, resolución que, en cualquier caso, debe de ser motivada. Para la adopción de estas medidas se debe de tener en cuenta lo que establece el Real Decreto 505/2007, de 20 de abril, por el cual se aprueban las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad, para el acceso y utilización a los espacios públicos urbanizados y edificaciones.

b. Actuaciones desde los servicios de prevención de riesgos laborales

Desde la publicación de la Ley de prevención de riesgos laborales (LPRL 31/1995) y Reglamento de los Servicios de prevención (RD 39/1997), quedan establecidos cuáles son las funciones y actuaciones que, desde el punto de vista sanitario, deben de cubrir los servicios de prevención dentro de las organizaciones empresariales. Estas actuaciones se llevan a cabo desde las unidades de salud laboral de los mencionados servicios, y las podríamos resumir de la manera siguiente:

1. Vigilancia de la salud

Recogida, análisis e interpretación sistemática de datos de la salud de los trabajadores con la finalidad de proteger la salud y prevenir la enfermedad. La vigilancia está garantizada (el empresario está obligado a ofrecerla), debe de ser específica (en función de los riesgos identificados en la evaluación) y es voluntaria. Esta última característica tiene algunas excepciones, siempre con consentimiento del Comité de Empresa, y estas excepciones son: si existe alguna disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad; que los reconocimientos sean indispensables para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores; o bien que el estado de salud del trabajador pueda constituir un riesgo para él mismo o para terceros.

Esta función de vigilancia puede ser **colectiva**: realización y análisis de medidas rutinarias, continuadas y sistemáticas sobre el estado de salud en una población activa, para ayudar a planificar y evaluar los programas de prevención. O bien, **individual**: aplicación sistemática de procedimientos médicos y administración de pruebas a los trabajadores.

Los procedimientos de vigilancia individual quedan recogidos en los llamados protocolos de vigilancia sanitaria específica. Estos protocolos son guías de actuación elaboradas por el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, y en ellos se establecen su periodicidad y contenidos específicos, de acuerdo con lo que establece la Ley General de Sanidad. Tienen en cuenta a qué trabajadores se aplicará, la frecuencia de aplicación, el contenido, el baremo de decisión (incluye los criterios diagnósticos y de aptitud) y los instrumentos de medida que utilizaremos (exámenes de salud, indicadores biológicos y encuestas de salud). En el momento actual no existe ningún protocolo en relación con la salud mental.

La finalidad de la **vigilancia individual** es:

- La detección precoz de las alteraciones de la salud que puedan estar relacionadas con el trabajo o bien que puedan interferir en éste. Se trata de una función de cribado. El diagnóstico de confirmación se lleva a cabo por parte de otros especialistas médicos.
- La identificación de los **individuos especialmente sensibles o vulnerables**, es decir, individuos que presenten alguna alteración de la salud por la cual sea necesario algún cuidado específico, realizar controles periódicos y/o modificar las condiciones de trabajo.
- **La adaptación del trabajo a las personas**: adecuar el lugar de trabajo y sus condiciones a las características de la persona. Para poder llevarla a cabo, entre otras, se establecen diversos tipos de intervenciones:
 1. **Exámenes de salud previos.**
 2. **Exámenes de salud periódicos.** La periodicidad es variable en función del riesgo o bien del estado de salud de cada trabajador.
 3. **Exámenes de retorno al trabajo.** Se suelen efectuar después de una ausencia del trabajo prolongada por motivos de salud. La finalidad es, por un lado, valorar si el motivo de la ausencia puede estar relacionado con el trabajo y, por otro lado, si la patología ha podido generar alguna limitación para las tareas a desarrollar.

2. Evaluación de la salud

Implica la emisión de una **valoración de aptitud**. Esta función normalmente forma parte del resultado de la vigilancia de la salud, pero también como consecuencia del reconocimiento solicitado por el propio trabajador o bien por su mando. Las valoraciones pueden ser: apto; apto con limitaciones; no apto temporal, y no apto.

A partir de esta valoración se pueden derivar actuaciones de reorientación profesional o bien de cambios de lugar de trabajo, siempre en colaboración con otros miembros de la organización, según sea el caso: tutores, mandos, responsables de recursos humanos, etc.

3. Promoción de la salud

Como por ejemplo establecer protocolos de detección y control de patologías de riesgo poblacional (ex: HTA, hiperlipidemias, diabetes, etc.); establecer programas sanitarios: tratamientos de deshabituación tabáquica; realizar inmunizaciones.

4. Primeros auxilios

Para la atención inicial del trabajador accidentado.

5. Formación e información

Se participa a través de los planes de acogida y las sesiones de divulgación y formación sobre riesgos laborales dirigidas a la prevención y promoción de la salud.

La atención a la salud mental del MIR

De acuerdo con lo que acabamos de exponer, por lo que se refiere a la salud del médico residente, las funciones del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales serán las que corresponden al resto de profesionales de los centros sanitarios, relacionadas con la vigilancia, evaluación y promoción de la salud. Tal como establece la Orden SCO/2907/2006, de 14 de septiembre, de convocatoria de las pruebas selectivas para acceder en el año 2007 a las plazas de formación sanitaria especializada, corresponde a los servicios de prevención la cuestión específica de realizar el examen médico previo para determinar la aptitud del futuro médico residente para el desarrollo de la especialidad elegida.

Además de esta concreción legal, sabemos que son muchas las circunstancias que hacen que la residencia sea un periodo sometido al estrés. Es por ello que en la atención a la salud mental del MIR por parte del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales será especialmente importante: el seguimiento periódico —que permita detectar la adaptación y evolución del profesional novel— y adaptar posibles itinerarios formativos; la incidencia en las medidas preventivas; y la formación y promoción de hábitos laborales saludables.

c. La confidencialidad

La confidencialidad en todas aquellas actuaciones que se lleven a cabo desde la Unidad de Salud del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales queda garantizada en la misma Ley 31/1995, de prevención de riesgos laborales (Art.22). En este punto se hace referencia a la exigencia de mantener el derecho de confidencialidad de toda la información relacionada con el estado de salud de las personas sometidas a la vigilancia. Los resultados no pueden ser utilizados en perjuicio del trabajador y el acceso a la información médica de carácter personal quedará limitado al personal médico y las autoridades sanitarias, sin facilitarla a ninguna otra persona sin un consentimiento expreso del trabajador.



La atención a la salud mental del médico residente

2

Un estudio realizado recientemente por la Fundación Galatea demuestra que los residentes de Cataluña presentan una elevada prevalencia de malestar psicológico, que se sitúa en el 30% (1).

Esta cifra es concordante con la observada en otros estudios comparables llevados a cabo entre residentes y médicos en ejercicio. En todos ellos, las cifras de malestar psicológico, medido con el cuestionario GHQ, van del 26% al 37% (2, 3).

En el caso que nos ocupa, la prevalencia observada en los MIR de Cataluña triplica la de la población catalana entre 24 y 30 años, que es de 8,8%, según la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA 2006). Es interesante subrayar que estos mismos residentes tienen una buena percepción de su estado de salud general y que los que han consultado un profesional por temas de salud no alcanza el 40%.

A pesar de que el cuestionario Golberg es tan solo un indicador de riesgo de patología mental y no de diagnóstico psicopatológico, la importancia de estos datos reside en el hecho, harto conocido, que la situación de malestar psicológico, cuando se cronifica, y cuando no se dispone de capacidades psicológicas para afrontarla, puede dar lugar a psicopatología y también al abuso de sustancias.

Algunos aspectos de la tarea médica y la responsabilidad que ésta conlleva resultan en sí mismos estresantes e inevitables. Sin embargo, debe de tenerse en cuenta que minimizar el estrés en el trabajo no es tan solo una cuestión importante para el bienestar del profesional, sino que repercute directamente en la calidad de la asistencia que reciben los pacientes. (4)

a. La atención inicial a la salud del MIR

En primer lugar consideramos imprescindible realizar una referencia específica a la dificultad que conlleva diagnosticar un trastorno mental o un trastorno de la personalidad cuando éste debe de hacerse de forma “transversal”,

es decir, en un examen puntual, sin la oportunidad de ver una evolución en el tiempo.

Otra reflexión esencial es la que se refiere al modelo de salud psíquica con que trabajamos. ¿Qué se entiende como tal? ¿Qué salud psíquica es necesaria para ejercer la medicina? ¿O qué patología mental lo impide? No creemos que en este caso “salud psíquica que permite ejercer la profesión” se refiera tan solo a la presencia o ausencia de un trastorno mental. Por ejemplo, psiquiátricamente no se entiende que una esquizofrenia tenga la misma entidad que una fobia social, y sin embargo ésta última puede también limitar enormemente la **funcionalidad** del residente. Por este motivo creemos conveniente huir de hacer listas de trastornos mayores y trastornos menores. Lo importante, a la hora de evaluar la salud psíquica de los residentes, no es tanto la determinación de un diagnóstico, sino establecer la repercusión del estado de salud mental del residente en su capacidad para trabajar como médico de la especialidad que haya elegido.

En definitiva, la perspectiva clínica no es tanto la que nos interesa en el caso del examen de salud psíquica del MIR, sino la perspectiva pericial, en tanto que debe evaluarse la repercusión funcional, laboral en este caso, que el trastorno tiene sobre la actividad del médico.

a.1. El examen previo de los adjudicatarios

Con la nueva normativa deben evaluarse los posibles problemas de salud de los residentes considerando las habilidades y competencias que deben de poder adquirir durante el periodo de formación. Si los problemas de salud son suficientemente importantes, debiera de darse el “no apto” o eventualmente el “apto condicionado”.

Por lo que se refiere a la valoración de la salud mental se puede afirmar que:

- Hay muy pocos trastornos mentales que inexorablemente incapaciten de forma global y permanente para ejercer la medicina. En todo caso serían trastornos de tipo neuropsiquiátrico con déficits cognitivos que difícilmente hubieran permitido acabar la carrera y pasar un examen MIR.
- En cuanto a trastornos mentales con una posible repercusión funcional, como la esquizofrenia, el trastorno obsesivo compulsivo o el trastorno bipolar, dependiendo de la evolución y del tratamiento, pueden ser compatibles con el desarrollo de una actividad profesional compleja. Por lo tanto, sólo en caso de descompensación coincidente con la fase de incorporación sería necesario emitir un “apto condicionado”.



El objetivo principal del examen previo es la detección de patología mental severa. Con esta finalidad podemos utilizar instrumentos diagnósticos que deben ser utilizados en el contexto de un examen de salud de la visita médica.

Instrumentos diagnósticos:

1. Cribado inicial: El cuestionario de salud de Golberg GHQ-12 o 28 es útil para identificar pacientes con malestar psíquico en el ámbito clínico de la atención primaria o de no especialistas en psiquiatría. Por este motivo se recomienda incorporar este cuestionario como parte de la batería de pruebas de salud que se le practican al residente al comenzar su especialidad. El GHQ-12 es suficientemente válido y sensible para la detección inespecífica de malestar mental, y más aceptado por su brevedad. Pero el GHQ-28 aporta más información, puesto que discrimina cuatro áreas psicopatológicas. Si se dispone de tiempo para pasarlo, éste último sería la mejor opción. En los casos que resulten de “riesgo psíquico” debiera procederse a una buena entrevista que evalúe posible psicopatología pasada y actual mediante la realización de una entrevista diagnóstica.

2. Entrevista diagnóstica: la entrevista realizada por un profesional experimentado es el instrumento más adecuado para poder diagnosticar patología psiquiátrica. Pueden ser de ayuda algunas entrevistas estructuradas como la SCID (Structural Clinical Interview for DSM-IV), CIDI-SF (Composite Diagnostic Interview-Short Form) o la MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). Por su relativa sencillez, resulta recomendable la MINI, que tiene un tiempo de administración de unos 15 minutos, y no requiere demasiado entrenamiento para su utilización.

3. Examen psiquiátrico: en los casos en que se detecta una posible patología mental severa que puede resultar incapacitante, los afectados deben de ser objeto de un **peritaje** por parte de un psiquiatra. Es importante señalar esta idea ya que, tal como hemos dicho, el diagnóstico clínico no tiene importancia de forma aislada, sino que es la repercusión de este trastorno sobre la capacidad para el trabajo de médico lo que interesa.

Interpretación de los resultados:

Es importante señalar que a pesar de que la motivación de incapacitación total o parcial de un residente corresponde por ley al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, esta determinación debe ser el resultado de una valo-



ración profesional muy cuidadosa en la cual deben intervenir, como hemos dicho antes, el psiquiatra y los responsables docentes, dada la necesidad de especificar los objetivos y competencias que hipotéticamente el residente no podría alcanzar.

Es muy importante la observación del médico en formación a lo largo de los primeros años de la residencia (actitudes, conductas, relaciones, reacciones, etc.) para detectar la presencia de psicopatología que pudiera interferir en su práctica y su desarrollo profesional. Aquí, la coordinación entre tutores y servicio de prevención resultará esencial.

Características de personalidad o rasgos de carácter:

Por lo que se refiere a la detección de posibles rasgos de carácter que pudieran conllevar riesgos de malestar psíquico (*distress*) y agotamiento profesional, diversos estudios sobre *burnout* en médicos apuntan que determinados rasgos de personalidad o “estilos de afrontamiento” conllevan que la persona sea más proclive al desgaste emocional (5, 6, 7). El debate está encima de la mesa, pero creemos que se trata de un tema amplio y complejo que debe ser valorado con mucho cuidado, y que en el momento actual no se justifica tenerlo en cuenta en un examen previo de la salud mental del residente.

El interés en conocer los rasgos de personalidad estaría motivado principalmente si se pudiera ofrecer ayuda psicológica específica. Resulta, por lo tanto, más interesante plantearse la detección de forma longitudinal en aquellas personas que pueden estar en una situación de riesgo ante el estrés, y estar atento a las posibles consecuencias negativas que éste puede suponer a largo plazo sobre su salud mental. Los exámenes periódicos y el papel del tutor resultarán fundamentales en este aspecto.

En todo este proceso de evaluación inicial es imprescindible ganarse la confianza del residente, ya que puede condicionar posteriores demandas de ayuda.





a.2. La acogida del residente

Para facilitar la incorporación de los nuevos residentes al funcionamiento del centro sanitario y disminuir el impacto que representa el desconocimiento por parte del residente del funcionamiento y de los recursos de que dispone dentro de la institución, algunas unidades docentes tienen sistematizado un Plan de Acogida.

Esta actividad, además de suponer una presentación formal del centro, tiene una vertiente preventiva en relación con la salud laboral y la adaptación del residente a la nueva condición profesional.

Recomendaciones para el Plan de Acogida del residente al centro docente

Se trata de hacer una recepción formal y completa que ayude en el proceso de adaptación al nuevo trabajo. Es conveniente disponer de un programa de acogida dirigido al personal de nueva incorporación, en el cual se informe sobre aspectos generales, organizativos y funcionales específicos del área de trabajo.

¿A quien va dirigido?

Licenciados al inicio de la residencia para su formación en las diferentes especialidades de las ciencias de la salud. Se realizará en el momento de la incorporación del residente al centro docente.

Objetivos del Plan de Acogida desde el punto de vista de la prevención de riesgos laborales:

- Informar sobre el funcionamiento del centro sanitario y sobre los recursos de que dispone dentro de la institución donde trabajará. El conocimiento de estos recursos puede ayudar a evitar los retrasos en la solicitud de ayuda.
- Dar instrumentos para prevenir los efectos sobre la salud de los diferentes factores de riesgo que se encontrarán en la etapa que comienzan, entre ellos los psicosociales.
- Analizar brevemente con los mismos médicos en formación los puntos de su tarea diaria que pueden devenir factores de riesgo.

¿Quiénes deben de ser los responsables de la organización?

Se trata de una actividad que implica, por un lado, a los responsables de la formación de los MIR y, por otro lado, al Servicio de prevención y la dirección misma de la institución.

¿Qué contenidos básicos debe tener?

Esta información deberá de facilitarse también por escrito entregando un dossier con la información más relevante.

1. Características del centro y aspectos de su funcionamiento (organigrama del centro, mapa de localización, vías de información institucional (intranet, línea de mando, correo electrónico, boletines periódicos, etc.).
2. Política preventiva definida en la institución, modelo de gestión de prevención de riesgos laborales presente en el centro de trabajo, información sobre el órgano de participación en materia de prevención de riesgos laborales: Comité de Seguridad y Salud, los delegados de Prevención.
3. Información sobre el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales: miembros, funciones, localización.
4. Información sobre los riesgos que afecten al colectivo médico: explicar los riesgos (de seguridad, higiénicos y ergonómicos) así como las medidas preventivas genéricas de que disponen (procedimientos de trabajo, uso de equipos de protección individual y cómo se gestionan en el centro).
5. Se darán a conocer los procedimientos a seguir en las diferentes situaciones relacionados con la prevención de riesgos laborales:
 - Procedimiento de actuación en caso de sufrir un accidente laboral.



- Procedimiento en caso de sufrir un accidente por pinchazo o contacto cutáneo mucoso de líquido biológico.
 - Procedimiento de comunicación de la existencia de un riesgo en su lugar de trabajo.
 - Procedimiento de declaración de embarazo, de manera que se puedan tomar las medidas necesarias para proteger el estado de salud del feto, de las médicas, así como la lactancia después del parto.
 - Acceso a formación específica en prevención de riesgos laborales
6. Información específica respecto a los riesgos psicosociales:
- Informar sobre el Protocolo de atención al riesgo psicosocial disponible en cada centro, que contendrá la información sobre:
 - Recursos terapéuticos propios.
 - Recursos terapéuticos ajenos: psicólogo externo, PAIME, etc.
 - Información sobre el circuito de derivación de casos al Servicio de Salud Laboral, ya sean provenientes del tutor, de docencia, o del residente mismo, manteniendo el compromiso de confidencialidad que rige las actuaciones de la Unidad de Salud del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
 - En aquellos centros que dispongan de ellos, ofrecer la realización de talleres de formación específicos dirigidos a los médicos internos residentes, para capacitarlos en la adquisición de recursos propios para afrontar aquellos factores que identifiquen como estresantes (gestión de emociones, prevención del *burnout*, comunicación, mediación de conflictos, duelo ante la pérdida de un enfermo, etc.).
 - En el momento de la formación inicial se informará sobre los resultados de la última evaluación de riesgos psicosociales, en concreto de los departamentos donde deben de desarrollar su formación y que afecta a su colectivo profesional. Esta evaluación proporciona información no tan sólo sobre los factores de riesgo sino también sobre nivel de salud del colectivo (salud general, salud mental, vitalidad, sintomatología de estrés y satisfacción en el trabajo) y puede ser un buen instrumento preventivo.
 - Aquellos centros que dispongan de uno, pueden dar a conocer el procedimiento de actuación en caso de sentirse acosado en el lugar de trabajo, así como el procedimiento de actuación en caso de agresión por parte de los usuarios.

b. Seguimiento y control de la salud mental del MIR

b.1. Seguimientos médicos periódicos

El objetivo de los seguimientos médicos periódicos es detectar la aparición de problemas psíquicos y especialmente *burnout*.

Periodicidad

Debiera realizarse un seguimiento después del primer y tercer año de residencia. El seguimiento se realizará más a menudo entre aquellos residentes en que se haya detectado patología mental severa o rasgos de carácter de riesgo.

Instrumentos diagnósticos

Los instrumentos utilizados en el seguimiento debieran de dar continuidad a los utilizados en el examen inicial. Preferentemente, como ya hemos dicho, el GHQ-28.

1. **Cribado de la salud mental** con el cuestionario GHQ-12 o GHQ-28, según se haya utilizado inicialmente.
2. **Entrevista diagnóstica.** Si se ha realizado una entrevista estructurada debiera darse continuidad al instrumento utilizado inicialmente. Tal como hemos señalado, en la entrevista inicial se recomienda la utilización de la entrevista MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview).
3. **Agotamiento profesional.** Debiera de considerarse el cuestionario MBI (Maslach Burn-out Inventory), para valorar el *burnout* o agotamiento profesional.

b.2. Consultas por propia iniciativa del residente

En cualquier momento de su recorrido formativo, el residente puede consultar por propia iniciativa al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. En estos casos, el médico del trabajo realizará visita médica y explorará síntomas de ansiedad y de depresión, y tratará de establecer una posible relación con las vivencias en el entorno laboral. Es importante investigar la calidad del sueño y los hábitos de alimentación. También valorará posibles sucesos vitales que hayan podido tener un impacto emocional.

- Si los síntomas ansiosos o depresivos son leves o moderados realizará un seguimiento y un apoyo. En el caso que exista un dispositivo de aten-

ción psicológica específica dentro del ámbito laboral, se ofrecerán sus servicios.

- La derivación al Servicio de Salud Mental de la red pública deberá de tomarse en consideración, extremando la confidencialidad y siempre que pueda ofrecer un apoyo psicológico consistente y continuado.
- Si se detecta algún factor laboral como sobrecarga de trabajo asistencial o falta continuada de apoyo o consideración, se investigarán las circunstancias concurrentes.
- Si se detecta sintomatología sugestiva de abuso continuado de alcohol u otras drogas, de depresión mayor o de trastorno psicótico, se derivará el residente al programa PAIME, así como también aquellos casos en que el facultativo de Salud Laboral crea conveniente la derivación.
- Se ofrecerá al residente la realización de talleres específicos como herramienta terapéutica, para adquirir habilidades para hacer frente a los principales factores estresantes, así como grupos de apoyo en aquellos centros que de ellos dispongan.

Es conveniente ofrecer al residente el abanico de recursos terapéuticos disponibles en cada centro, para así consensuar durante la entrevista clínica, y en los casos en que ello sea posible, la mejor herramienta para cada caso.

b.3. La consulta por parte del tutor

Debe de estar en disposición de atender las consultas que hagan los tutores en relación con los problemas que presenten los residentes que tienen asignados. Su percepción de determinados comportamientos inadecuados, o de falta de rendimiento de los residentes, pueden hacerles sospechar que éstos sufren una situación de estrés o algún tipo de trastorno mental (8). La derivación a Salud Laboral para realizar una evaluación es conveniente en estos casos, a pesar de que puede ser complicada y requerir una preparación previa.

Es conveniente la realización de sesiones formativas dirigidas a los tutores con la finalidad de sensibilizarlos ante posibles casos de malestar y problemas de salud mental en los residentes, así como informarles del protocolo y de los recursos terapéuticos disponibles. Asimismo, se les puede ir informando sobre los datos disponibles relativos a la salud de los MIR, del propio centro o de otros.

Recursos terapéuticos para la salud del MIR

a. Servicio de Counselling Laboral

En algunos centros sanitarios existen dispositivos específicos de asistencia psicológica para el personal (9, 10). Están pensados para realizar entrevistas de orientación centradas en problemas y abordajes psicoterapéuticos que tratan de modificar maneras de afrontar las dificultades o pautas de relación inadecuadas. Los residentes que presentan trastornos adaptativos o rasgos de personalidad rígidos se pueden beneficiar de este tipo de dispositivos. Los trastornos más severos sólo pueden ser atendidos si se incluye la posibilidad de tratamiento psiquiátrico.

b. La Fundación Galatea y el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo -PAIME-

La Fundación Galatea se creó por iniciativa del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, con la finalidad de actuar fundamentalmente en beneficio de la salud de los médicos y otros profesionales de la salud.



La Fundación Galatea engloba un conjunto de programas dirigidos a los médicos y otros profesionales sanitarios para la promoción de su salud, su bienestar y su calidad de vida. El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) se creó en el año 1998 conjuntamente con el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña y el Servicio Catalán de la Salud. Este programa tiene como finalidad asistir, de manera integral, a los médicos que sufren problemas psíquicos y/o conductas adictivas, para asegurar que reciban el tratamiento adecuado y, en consecuencia, puedan ejercer la medicina en las mejores condiciones posibles para la salud de sus pacientes.

El PAIME es un programa pionero en Europa que dispone de unos procedimientos colegiales (de acceso directo, de confidencialidad, de uso de contratos terapéuticos para el seguimiento de casos complejos, etc.) y de una unidad asistencial propia, con servicios de internamiento, de hospital de día y de tratamiento ambulatorio, especializados y confidenciales, específicos para los profesionales de la medicina.

La filosofía del PAIME se basa en los contenidos del Código de Deontología actualizado por acuerdo del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña de 24 de enero de 2005, que dice textualmente:

Artículo 101.- El médico que se sepa enfermo, que conozca que puede transmitir alguna enfermedad o que se vea con dificultades para ejercer con plena eficacia su profesión, tiene el deber de consultar a otro u otros colegas para que valoren su capacidad profesional, y de seguir las indicaciones que se le den.

Artículo 102.- El médico que sepa que otro médico, por sus condiciones de salud, hábitos o posibilidad de contagio puede perjudicar a los pacientes, tiene el deber, con obligada discreción, de comunicarle y recomendarle que consulte a quien pueda aconsejar la mejor actuación, y igualmente tiene el deber de ponerlo en conocimiento del Colegio de Médicos. El bien de los pacientes debe ser siempre prioritario.

Pueden encontrar más información sobre los programas de la Fundación Galatea en la web www.fgalatea.org y en concreto sobre los servicios asistenciales del PAIME y la forma de acceder en <http://paimm.fgalatea.org>.

Actividades preventivas de la salud profesional

4

Las actividades preventivas van dirigidas a dotar a los futuros profesionales de herramientas y recursos personales para un desarrollo profesional saludable. La implicación tanto de la dirección del centro docente como de los responsables de la formación del MIR en este objetivo es fundamental para llevarlas a cabo. En este ámbito tienen una relevancia especial la formación y las actividades de apoyo al residente.

a. Formación sobre riesgos psicosociales de la profesión médica

Una vez iniciada la residencia, sería interesante ofrecer actividades docentes que ayuden en la adquisición de herramientas y en la capacitación psicológica necesaria para un ejercicio adecuado de la tarea asistencial, como por ejemplo:

1. Talleres de formación en relación con los riesgos **psicosociales** de la profesión —situaciones generales y específicas para el médico MIR— y medidas psicológicas, organizativas y legales que pueden ayudar en la prevención.
2. Formación en la **gestión del estrés**: para adquirir habilidades individuales para el manejo del estrés laboral.
3. Formación en **habilidades de relación y de comunicación**: que debiera de incluir las de comunicación con el paciente, las de trabajo en equipo y las de gestión de emociones relacionadas con la tarea médica.
4. Curso de **gestión de conflictos**: Conflictos interpersonales, comunicación, pacientes conflictivos, quejas y reclamaciones, maltratos psicológicos.
5. **Prevención y gestión de la agresividad en la consulta.**
6. Formación en **bioética y valores** de la medicina.



b. Grupos de apoyo

Por otro lado, también es interesante que exista un espacio en que los MIR puedan hablar de aquellas situaciones o factores que viven como difíciles de contener o afrontar, y que generan angustia. En este sentido, vemos como en otros países el aprendizaje de la gestión de las emociones y la comunicación se inicia ya en las facultades de medicina y sigue en la formación especializada. Son mayoría las facultades en los EEUU, el Reino Unido, Holanda, etc. que dentro de sus curriculums incorporan este aprendizaje, no sólo en el terreno teórico, sino a través de grupos de apoyo, grupos Balint, talleres prácticos para hablar de situaciones reales y poder elaborar experiencias y desarrollar de forma personal los aspectos humanísticos de la profesión y los propios recursos para hacerles frente (11).

En nuestro ámbito, quizás por el hecho que se define como una especialidad más holística, la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es la que más en cuenta ha tenido hasta ahora estos aspectos. En algunas unidades docentes, los grupos Balint forman parte del currículum de los años de especialidad.

También en muchos centros docentes se promueve formación complementaria de los residentes en habilidades de comunicación y relación, como parte de su itinerario formativo.



El tutor y la Comisión de Docencia ante la salud del MIR

a. El rol del tutor

5

Dentro del proceso de formación, el residente cuenta con una referencia clave: el tutor. De acuerdo con la Orden de acreditación de tutores, el tutor tiene asignadas las responsabilidades de orientar, guiar, velar, organizar, gestionar, realizar el seguimiento y evaluar el proceso de formación de los residentes.

El papel del tutor, más allá de ayudar a obtener un mínimo de objetivos técnicos y metodológicos, es el de velar para que este aprendizaje sea progresivo, integrado en el entorno laboral y corporativo de la medicina, y procurar enderezar aquellas situaciones o factores de riesgo que puedan desestabilizar este proceso.

A pesar de que el tutor puede no estar presente en el día a día del trabajo del residente, tarea que corresponde a los facultativos responsables de los diferentes servicios por donde éste haga las rotaciones, la supervisión que tiene encomendada le obliga a un contacto estrecho con él. En la relación de tutoría aparecen, en la práctica, cuestiones que van más allá de la planificación de rotaciones y objetivos de aprendizaje —problemas personales, vivencias profesionales, dudas y dilemas, etc. — y se trata de una oportunidad para la detección de malestar, sobre el cual el tutor puede ofrecer orientación y consejo. La asignación de un mismo tutor durante todo el periodo que dura la residencia puede facilitar esta relación y la posibilidad de un trabajo a fondo.

Como pautas generales, cabe insistir en la importancia que tiene que el tutor establezca una relación de confianza con el residente. El tutor debe ser considerado por parte del residente como alguien que puede ayudarlo, y no perjudicarlo, en su desarrollo profesional y personal a lo largo de los años de residencia.

El tutor debe de ser capaz de encontrar espacios que proporcionen al residente la confianza y la intimidad suficientes para abrirse con sinceridad sobre las limitaciones que se va encontrando en su práctica diaria. La realización de preguntas abiertas, en las cuales el residente pueda exponer lo que

está viviendo en estos primeros momentos de su carrera profesional, resulta mucho más adecuado que no las preguntas cerradas. Una escucha activa, sensible y empática resulta un arma fundamental para proceder con éxito.

La capacidad de reflexión por parte del residente será también esencial. Trabajar este aspecto debiera de ser otra de las tareas del tutor. El residente que entienda la importancia de reconocer sus propias dificultades ante las exigencias de su situación profesional llevará mucho ganado.

b. La tutoría, un espacio para la detección de situaciones de riesgo

En el documento elaborado por la Fundación Galatea *La salud del MIR — Guía para tutores y profesionales de los centros sanitarios docentes—* (8), dirigido específicamente a tutores y responsables docentes, describíamos algunas estrategias para el reconocimiento de señales de alerta y detección de situaciones de riesgo, que ahora recordaremos.

El residente, como cualquier persona, puede sufrir alguna descompensación psicopatológica a lo largo de su vida. Algunos, los menos, ya presentan un claro desajuste en el momento de acceder a la plaza MIR. El proceso de examen y selección actual permite que una persona con un trastorno mental grave pueda acceder a una plaza. Si el grado de disfunción es grande, se acostumbra a poner en evidencia de forma casi inmediata en el momento de incorporarse al trabajo.

También puede suceder, de acuerdo con la experiencia del PAIME, que los residentes desarrollen, a lo largo del periodo de formación, algún tipo de sufrimiento psíquico, con mayor o menor transcendencia clínica. La posible influencia de los factores de estrés a los cuales se ven sometidos ya ha sido suficientemente desarrollada en los capítulos anteriores. En estos casos, el papel del tutor es mucho más importante. El conocimiento del residente desde el inicio, como persona sana, y de los factores de estrés a que puede estar sometido, permiten al tutor advertir si existe alguna señal de alarma en relación con la salud mental del residente.

No es tarea del tutor explorar psicopatológicamente el residente. Además, hay que decir que hablar de temas que afectan la salud mental es muy difícil. El miedo a las posibles consecuencias que sus problemas puedan tener sobre su carrera profesional, pueden provocar que al residente le cueste hablar o mostrarse en una situación de sufrimiento.

Hemos comentado que el estrés es una reacción normal y adaptativa ante estímulos que son interpretados como mal o amenaza. ¿Pero si se trata de una reacción normal, cuando debemos de preocuparnos? Existen diferentes signos de alerta que nos indican que una reacción de estrés ya no es adaptativa y, por lo tanto, hay que actuar. El tutor debe de saber que detrás de un residente que:

- baja el rendimiento,
- evita el contacto con los compañeros,
- presenta absentismo laboral,
- se muestra más irritable de lo habitual,
- cambia su comportamiento de forma evidente,

puede haber una persona que sufre y para la que sería beneficioso un tratamiento especializado.

Entre la estigmatización y la inhibición, el tutor y las personas que supervisan más directamente el residente deben de encontrar la manera de poner los medios necesarios para encaminarlo hacia la situación más conveniente.

c. Funciones de la Comisión de Docencia en relación con la salud del MIR

Por Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, se publica el Acuerdo de la Comisión Nacional de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud por la cual se fijan los criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, funciones del jefe de estudios y nombramiento de tutores.

A las comisiones de docencia se les asignan funciones relacionadas con la coordinación y supervisión del desarrollo adecuado de los programas de los especialistas en formación y con la garantía de la calidad de las estructuras docentes y del proceso formativo. Entre ellas cabe destacar la “elaboración del protocolo de supervisión de los residentes en los términos establecidos en la legislación vigente” y la de “garantizar que todos los residentes de las especialidades que se estén formando en su unidad cuenten con el correspondiente plan individual de formación, y verificar juntamente con los tutores de la especialidad que se trate su adecuación a la guía formativa o itinerario tipo”.

Anexos

6

Tests y entrevistas recomendados

GHQ (General Health Questionnaire)

GOLBERG, D. & WILLIAMS, P. Cuestionario de Salud General GHQ (General Health Questionnaire). *Guía para el usuario de las distintas versiones*. 1-163. 1996. Barcelona, MASSON.

MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)

SHEEHAN DV, LECRUBIER Y, HARNETT-SHEEHAN K, JANAVS J, WEILLER E, BONORA LI, KESKINER A, SCHINKA J, KNAPP E, SHEEHAN MF, DUNBAR GC. *Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview M.I.N.I.): According to the SCID-P. European Psychiatry*. 1997; 12:232-241.

LECRUBIER Y, SHEEHAN D, WEILLER E, AMORIM P, BONORA I, SHEEHAN K, JANAVS J, DUNBAR G. *The MINI International Neuropsychiatric Interview M.I.N.I.) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. European Psychiatry*. 1997; 12: 224-231.

SHEEHAN DV, LECRUBIER Y, HARNETT-SHEEHAN K, AMORIM P, JANAVS J, WEILLER E, HERGUETA T, BAKER R, DUNBAR G: *The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview*. *J. Clin Psychiatry*, 1998;59(suppl 20):22-33.

SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV)

FIRST MB, SPITZER RL, GIBBON M, WILLIAMS JBW. *User's guide for the Structured Clinical Diagnostic Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997.

CIDI-SF (Composite International Diagnostic Interview - Short Form)

ROBINS LN, WING J, WITTCHEN HU, HELZER JE, BABOR TF, BURKE J, ET AL. *The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures.* Arch Gen Psychiatry 1988;45:1069-77

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The composite international diagnostic interview, core version 1.1.* Washington, DC: APA, 1993.

MBI (Maslach Burnout Inventory)

MASLACH, C. Y JACKSON, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (2^a ed, 1981 1^a ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Legislación

Protocolo de actuación en caso de reconocimiento médico negativo. Convocatoria 2008/2009

La ORDEN SCO/2642/2008, de 15 de septiembre (Boletín Oficial del Estado número 227, de 19 de septiembre), así como la SCO/2643/2008, de 15 de septiembre (Boletín Oficial del Estado número 227, de 19 de septiembre), establecen en las bases decimotercera y duodécima respectivamente la obligatoriedad de los adjudicatarios de plaza por el sistema de residencia de someterse, en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales que en cada caso corresponda, a examen médico para comprobar que no sufren ninguna enfermedad ni están afectados por ninguna limitación física o psíquica que sea incompatible con las actividades profesionales que el correspondiente programa formativo exija al residente. Asimismo, establecen que, si no se supera este examen, la adjudicación y, en su caso, el contrato en formación que se hubiera suscrito se entenderán sin efecto. Las mencionadas bases establecen la obligatoriedad de resolución por parte de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-presupuestarios cuando el informe médico sea negativo.

Procedimiento en el caso de examen médico negativo.

1. Remisión por parte de la Unidad Docente a la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-presupuestarios, cuando el informe médico sea negativo, y adjuntar copia del informe que deberá ser motivado y tendrá que especificar los objetivos y competencias profesionales que, según el correspondiente programa formativo, no puede adquirir el adjudicatario por causas imputables a sus limitaciones físicas o psíquicas o funcionales.
2. Audiencia al interesado, para que en el término de 15 días alegue y presente los documentos y justificaciones que crea pertinentes.

3. Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-presupuestarios en la cual se determinará:

- a) que el examen negativo está justificado, en este caso la adjudicación y, en su caso, el contrato en formación que se hubiese suscrito se entenderá sin efecto,
- b) que no existe justificación en el informe médico negativo y se puede determinar la formalización de un nuevo examen médico por los facultativos que se determinen,
- c) que el examen negativo está justificado solamente parcialmente o, en su caso, que se declare al adjudicatario como apto con limitaciones, y que dependa la viabilidad de la realización del programa formativo de las condiciones específicas del centro o unidad, y en este caso el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales debe de realizar el preceptivo examen médico, determinar la adopción de medidas técnicas y de accesibilidad que, si son proporcionadas y factibles, permitan el normal desarrollo del programa formativo, y corresponde al representante legal del centro o unidad resolver sobre la viabilidad de la adopción de las medidas propuestas. Para la adopción de estas medidas se podrá solicitar el asesoramiento de CEAPAT u otras entidades públicas o privadas especializadas en la materia.

Otras disposiciones legales

- Ley de ordenación de las profesiones sanitarias:
<http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el cual se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud:
<http://www.boe.es/boe/dias/2006/10/07/pdfs/A34864-34870.pdf>
- Real Decreto 505/2007, de 20 de abril, por el cual se aprueban las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización para los espacios públicos urbanizados y edificaciones:
<http://www.boe.es/boe/dias/2007/05/11/pdfs/A20384-20390.pdf>
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el cual se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada:
<http://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>
- Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la cual se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el cual se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada i al nombramiento del tutor:
<http://www.boe.es/boe/dias/2008/03/05/pdfs/A13586-13587.pdf>

- Convocatoria 2008-2009:

<http://www.boe.es/boe/dias/2008/09/19/pdfs/A38245-38255.pdf>

http://www.boe.es/boe/dias/2008/09/19/pdfs/SUP08_227C.pdf

<http://www.boe.es/boe/dias/2008/09/19/pdfs/A38255-38263.pdf>

http://www.boe.es/boe/dias/2008/09/19/pdfs/SUP08_227C.pdf

- Orden SLT/396/2005, de 28 de septiembre, por la cual se hace pública la convocatoria del proceso de acreditación por parte del Departamento de Salud de tutores de especialistas en formación médicos, farmacéuticos, químicos, biólogos, bioquímicos, psicólogos y radiofísicos de centros sanitarios acreditados para la docencia sanitaria especializada de la red sanitaria de utilización pública de Cataluña DOGC 4487, de 11 de octubre de 2005, Pág. 32.471.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (BOE 27, de 31 de enero de 1997).
<http://www.boe.es/boe/dias/1997/01/31/index.php>

Bibliografía

7

1. BLANCAFORT X; MASACHS E.; VALERO S.; ARTEMAN A. *Estudios sobre la salud de los residentes de Cataluña*. Estudios y informes. Fundación Galatea. 2005.
2. FIRTH-COZENS, J. The psychological problems of doctors. A: FIRTH-COZENS, J; PAINER,R. *Stress in health professionals: Psychological and organizational causes and interventions*. Wiley & sons Ltd. West Sussex, England, 1999: 79-92.
3. ESTEVA M, LARRAZ C, JIMÉNEZ F. *La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo*. Rev Clin Esp. 2006; 206(2): 77-83.
4. NHS NATIONAL CLINICAL ASSESSEMENT AUTHORITY. *Understanding performance difficulties in doctors*. 2004.
5. FIRTH-COZENS J; CORDING H; GINSBURG R. *Can we select health professionals who provide safer care. Quality and safety in health care*. Dec 2003; Health and medical complete. (www.qshc.com).
6. BAMBER M, MCMAHON R. *Danger-early maladaptive schemas at work!: The role of early maladaptive schemas in career choice and the development of occupational stress in health workers*. Clin Psychol Psychother. 2008 Mar; 15(2): 96-112.
7. MCCRANIE EW, BRANDSMA JM. *Personality antecedents of burnout among middle-aged physicians*. Hosp Top. 1989 Jul-Aug; 67(4): 32-7.
8. FUNDACIÓ GALATEA. *La Salud del MIR. Guía para tutores y profesionales de centros sanitarios docentes*. Guías y Manuales. 2007.
9. HUGHES R, KINDER A. *Guidelines of counselling in the workplace*. British Association for Counselling & Psychotherapy. www.counsellingwork.org.uk
10. CARROL M. *Counselling in Organizations: an overview (cap.1) Handbook of counselling in organizations*. Sage Publications. 1997. London.
11. TIZÓN JL. *Sobre los grupos Balint, el movimiento Balint y el cuidado de la relación médico-paciente*. Aten Primaria, 2005; 36(8) 453-5.



Fundación  GALATEA

Contactos PAIME España

Institución	Persona de contacto	Teléfono
COM Alicante	Dr. Francisco Bellvert Ortiz	965 261 011
COM Almería	Dr. Francisco Ortega Viñolo	950 233 122
COM Asturias	Dr. Alejandro Braña Vigil	985 230 900
COM Badajoz	Dr. José Alberto Becerra Becerra	630 966 758
COM Cáceres	Dr. Carlos Arjona Mateos Sr. Jenaro Rojo	927 222 622
COM Cádiz	Dr. Manuel Casanova Fernández	956 212 221
COM Cantabria	Dr. Ricardo de las Cuevas Allende	629 777 101
COM Castellón	Dr. José A. Herranz Martínez	964 220 012
COM Ceuta	Dr. Emilio Hambrona Vega	956 512 818
COM Córdoba	Sra. Maria Salud Carmona	647 917 153
COM Granada	Dr. Salvador Galán Ocaña	958 806 600
COM Huelva	Dr. Jose M ^a Morón Contreras	959 540 630
COM Illes Balears	Dra. M ^a Isabel Justé Pina	971 722 200
COM Jaén	Dr. Antonio Salido Sánchez	953 295 940
COM La Coruña	Dr. Guillermo Debén Ariznavarreta Sr. Juan Correa	981 295 899
COM Las Palmas	Dra. Belén Alonso Ortiz	928 362 519
COM Lugo	Dra. Felisa Rey González	982 280 279
COM Málaga	Dra. Asunción Alonso Salgado	605 854 470
COM Madrid	Dr. Vicente Arias Díaz	(mañanas) 915 385 104 (resto día) 653 513 435
PAIPSE Madrid	Dr. José Carlos Mingote Adán	913 303 926
COM Melilla	Dr. Laureano Folgar Erades	952 695 865
COM Murcia	Dr. Manuel del Pozo Rodríguez Sra. Ana Esmeralda Palacios Sastre	868 940 230
COM Navarra	Dra. Estrella Petrina Jaúreguí	608 157 774
COM Ourense	Dr. José Manuel Bendaña Jacome	636 114 562
COM Pontevedra	Dr. Pedro Silva Arochena	620 067 956
COM Sevilla	Dr. Miguel Librero Cuevas	954 231 990
COM Sta. Cruz de Tenerife	Dr. Juan Fierro Fernández	922 271 431
COM Valencia	Dr. Francisco Andrés Ferreres	963 355 110

Institución	Persona de contacto	Teléfono
Consejo de Colegios de Médicos de Aragón	Dra. Piedad Arazo Garcés Dr. Angel Jimeno Aranda	661 888 222
Consejo de Colegios de Médicos de Castilla-La Mancha	Dra. M ^a Mar Sánchez Fernández	651 555 206
Consejo de Colegios de Médicos de Castilla-León	Dr. Joaquín Fernández Valderrama	628 793 793
Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña. Fundación Galatea	Dra. Carme Bule Arbiol	902 362 492
Consejo Médico Vasco	Dr. Ander Larrazábal Bilbao	646 581 200

