

Que adiciona el artículo 77 Bis 37 de la Ley General de Salud, a cargo de la diputada Rosa Alba Ramírez Nachis, del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano

La suscrita, Rosa Alba Ramírez Nachis, diputada federal a la LXIII Legislatura del honorable Congreso de la Unión, con fundamento en los artículos 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación con el artículo 6, numeral 1, fracción I, y 77, del Reglamento de la Cámara de Diputados, somete a la consideración de esta honorable asamblea la presente iniciativa que adiciona el párrafo XVII del artículo 77 Bis 37 de la Ley General de Salud, al tenor de la siguiente

Exposición de Motivos

Para muchos individuos, el momento de asistir a una consulta médica crea un sufrimiento emocional por la incertidumbre que se crea al interrumpir las actividades de la vida cotidiana para ser sometido a una atención clínica. Gracias a ello, el paciente es muy común que se sienta en una etapa de bloqueo por no poder tomar las decisiones de la forma adecuada.

En las últimas décadas han sido un sinnúmero de investigaciones las que se han realizado con la intención de analizar todos los factores psicológicos que van implícitos en el proceso y diagnóstico de cualquier enfermedad, siendo estos desde diversas formas de actuar hasta la aparición de diferentes reacciones y síntomas de una enfermedad.

Se suelen presentar ciertos miedos hacia la propia enfermedad, pensando que la situación familiar sufrirá un cambio o simplemente saltará la incógnita con respecto a la nueva forma de vida en el futuro, es decir, a lo desconocido, ya que en nuestra sociedad al hablar de “cáncer, diabetes, hipertensión, entre otros” se piensa que es hablar de la muerte, como antes se pensaba de la tuberculosis.

Un mecanismo de defensa que se presenta al sentir el miedo es la negación, la cual es expresada por el deseo de no querer hablar de la enfermedad ni saber de ella. Muchas de las veces, no solamente es el paciente quien expresa esta negación, sino que también algunos familiares o amigos suelen manifestarla al negar la enfermedad de un ser querido, con lo cual contribuyen a quitarle importancia a los síntomas que está presentando el enfermo, incluso provocando no hablar del tema con lo cual se propicia que al no diagnosticarse la enfermedad a tiempo, ésta corre el riesgo de propagarse e incrementar el daño dentro del paciente y que en muchos de los casos los Sistemas de Salud ya no tienen las posibilidades de dar solución al problema.

Ahora bien, cuando se realiza un diagnóstico, el paciente puede realizarse la siguiente pregunta ¿Por qué yo? Es muy probable que el coraje y el enfado puedan recaer sobre las personas más cercanas al paciente y que en ocasiones se incluye a médicos y enfermeras. Para ello es importante que el familiar o la persona más cercana no consideren o tomen esta reacción como un ataque personal, sino como una reacción ante el diagnóstico y es donde se requiere la atención psicología en una etapa temprana.

Por otro lado, la ansiedad es una reacción normal que experimenta el paciente ante el diagnóstico y durante el proceso del tratamiento. La ansiedad puede aumentar la sensación de dolor, causar vómitos y náuseas, alterar el ritmo del sueño y, por lo tanto, interferir con la calidad de vida del paciente y de su familia.

Hablar de todo este mecanismo, es conocer los efectos y reacciones que tiene el individuo, un paciente puede sentir que los amigos, conocidos o familiares se alejan de él al conocer el diagnóstico. Otras veces es el paciente quien se encierra en sí mismo y evita por todos los medios la comunicación con los demás. Todo por no ser tratado por un psicólogo. Es natural que los pacientes se sientan un poco aislados después de conocer el diagnóstico de la enfermedad, para ello es recomendable que los familiares o amigos más cercanos muestren una apariencia firme ante la situación recomendándole al paciente que siga realizando sus actividades cotidianas pero sin mostrarle una actitud de compasión, para que no se sientan inútiles ante la vida futura. Por otra parte, también es muy normal que tanto los pacientes o familiares y amistades muestren tristeza ante los diagnósticos poco favorables y que en muchas ocasiones los llevan a la depresión cambiando sus hábitos diarios debido a la presencia de la incertidumbre de su vida futura.

Para lo anterior se recomienda establecer con su médico una buena comunicación efectiva, la asistencia de un psicólogo, será de vital importancia para que trate al paciente con respecto al entendimiento y seguimiento de la enfermedad ya que se el paciente requiere de una información clara y concisa para planificar su cuidado y tratamiento. El trabajo que se realice en equipo siempre va a ayudar a la obtención de resultados óptimos en el seguimiento, cada una de las partes involucradas, asume su propia función con responsabilidad y esto mantiene un ambiente más favorable principalmente para el paciente, logrando minimizar en mucho los problemas de salud.

Por otro lado si hablamos de la yatrofobia, como afirma Bassi, C (2016) “es

miedo o temor a los médicos, ese temor irracional de ir al médico es una fobia social que puede tener repercusiones graves en el estado de salud del afectado”.

También menciona Bassi, C. (2016) lo siguiente:

En el caso de la yatrofobia, el objeto fóbico es la figura del médico. La persona afectada sufre de ansiedad ante todo lo relacionado con este profesional, al acercarse el día y hora de la cita médica o al aproximarse al espacio físico donde tendrá lugar la visita.

Este trastorno se desarrolla por dos motivos. En ocasiones, se da tras una experiencia negativa previa, en la infancia o al acudir a una consulta médica. Otras veces se sufre tras un proceso de angustia generalizado que la persona experimenta desde hace tiempo sin ser consciente de ello, ni de haber padecido una experiencia traumática anterior que la haya provocado; ni siquiera al rastrear en su historial clínico para intentar identificar un antecedente, es capaz de encontrar una causa.

Pues bien, aunque es bien sabido que la aparición de las fobias es más común verlas en la etapa de la infancia y en los primeros años de la juventud, también se han presentado casos en los adultos. Amaya Terrón, psicóloga de Madrid informa: “No hay un perfil inmune a padecer una fobia. Depende más de las situaciones que se viven, y del ambiente, que de la personalidad. También hay quienes son más resistentes y toleran mejor la ansiedad, mientras que otras, que son más vulnerables, no son capaces de ponerle freno y sufren un proceso de inquietud generalizada”. Asimismo advierte que: “Los pequeños suelen tener miedo a las agujas (aicmofobia) pero, a veces, ese temor ha sido contagiado por la cara que ponen los padres ante la situación, que actúan como espejos, de manera que los pequeños absorben sus emociones. Los padres que sienten nerviosismo contagian a sus hijos. Por eso, es importante tranquilizar a los niños e intentar que no los acompañen los adultos impresionables”, Para Terrón, (Bissi, C. 2016). Toda relación con un objeto fóbico genera malestar en forma de ansiedad y se puede propagar a todo lo relacionado con él, en este caso al médico, y al ambiente que le rodea, es decir, al ámbito sanitario. Así, los afectados pueden comenzar a sentir sudoración, ansiedad e, incluso, pánico, al ver un ambiente sanitario, enfermeras, batas blancas, al notar el olor característico de los hospitales, muchas veces, antes de ver al facultativo”.

A pesar de que todo procedimiento o prueba diagnóstica genera cierto grado de desasosiego y la mayoría de las personas se asustan ante la posibilidad de padecer una enfermedad grave, “hay que calcular los

beneficios de ir al médico, frente a los costos de no hacerlo por angustia. Aunque es cierto que las pruebas diagnósticas generan preocupación, no realizarse, por ejemplo, una citología puede provocar un problema mayor”, reconoce la experta. Las consecuencias patológicas de llegar a un diagnóstico tardío pueden ser fatales y mortales. Por eso, los afectados por esta fobia “deben comprender que es disfuncional y contraproducente, porque les hace asumir conductas de riesgo en contra de sí mismos. Hoy en día para tratar el miedo irracional existen dos terapias cognitivo-conductuales que utilizan los psicólogos. Una de ellas es la que se conoce como directa, de inserción o inundación, más drástica, la cual consiste en exponer al afectado frente al causante de su fobia y ansiedad para disminuirla, por ejemplo las arañas o subir a un avión. La otra es la técnica de exposición gradual misma que elimina el miedo mediante un acercamiento paulatino al objeto fóbico, donde se le pide al paciente que imagine que se aproxima al estímulo, se le enseña a relajarse y a disminuir su nivel de ansiedad en forma progresiva, hasta que se logra que el estímulo fóbico pierda fuerza y con ello erradicar el miedo irracional. Un ejemplo de esta técnica es guiar al paciente lentamente hacia el estímulo, se le pide que imagine a su médico, que le hable por teléfono para pedir una cita, se le deja que experimente un poco de angustia y que esta baje; después se da otro paso más, y así hasta que está preparado, el psicólogo lo acompaña físicamente a la consulta.

Aunado a lo anterior es importante destacar que muchas veces y muy seguido, el tratamiento no solamente es hacia la fobia, sino que también se presenta la ansiedad como otro problema y ésta también debe ser tratada para eliminar los efectos secundarios que pueda provocar, es decir; cuando se han eliminado los miedos es probable que después de unos meses surjan otras situaciones que les provoquen o generen incomodidad y que esta aparición sea un reflejo provocado por un condicionamiento en la época de la infancia sin que se le haya buscado una solución a tiempo por lo que se debe seguir tratando al paciente para disociarla y evitar en el afectado una conducta disfuncional.

Algunos datos específicos publicados por Bassi, C. (2016) en su artículo *Miedo a ir al médico* nos dicen:

Un estudio epidemiológico de los trastornos mentales en Europa, correspondientes a la población adulta de España, publicados en 2006, indican una prevalencia de fobias a lo largo de la vida del 5.61 por ciento, incluida la fobia social (1.17 por ciento), la fobia específica (3.82 por

ciento) y la agorafobia (0.62 por ciento).

Si proyectamos estos porcentajes sobre el número de adultos residentes en España, en 2011, de acuerdo con el censo que publicó el Instituto Nacional de Estadística, se obtiene que cerca de 2.63 millones de adultos alguna vez ha padecido alguna fobia a lo largo de su vida. Un 0.55 por ciento (más de medio millón de personas) habría sufrido un trastorno de ansiedad por fobia social; un 1.79 por ciento, fobia específica; y un 0.29 por ciento, (casi 300 mil personas adultas) agorafobia”, informa Antonio Cano, presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés.

Está comprobado que no todas las personas reaccionan igual ante el diagnóstico, es muy normal, como ya se comentó anteriormente, que aparezcan momentáneamente sentimientos tales como: negación, rabia, miedo, aislamiento, ansiedad y, en algunos casos, episodios depresivos, los cuales también puede dar pie a dificultad para conciliar el sueño, inapetencia o miedos acerca del futuro. Se recomienda que el paciente tenga siempre presente que además de la curación, se pretende que siga gozando de mejor calidad de vida en la medida de lo posible. Si presenta un estado emocional estable, esto ayudará a mejorar dicha calidad colaborando con su manera activa de llevar el tratamiento.

Se ha mencionado que el tumulto de estas emociones son reacciones comunes y normales al momento de enfrentarse ante una difícil situación, por lo que es recomendable que los enfermos siempre expresen con libertad esos sentimientos, a las personas que les tengan confianza y que se sientan en comodidad, esto ayudará en gran medida a tener un sentimiento más relajado que facilitará la ayuda hacia ellos.

Por otro lado, es importante mencionar que a través de los psicólogos, el tiempo que cada persona necesita para asimilar el diagnóstico es variable. El paciente no debe pensar que las personas que lo rodean son demasiado mayores, jóvenes o frágiles emocionalmente para comunicarles el diagnóstico, deben pensar que estas personas son resistentes a estas situaciones y que en ellas van a encontrar un verdadero apoyo.

Es bien sabido que al inicio no siempre es fácil comunicar sentimientos, miedos y temores acerca de la enfermedad ya que hay personas que no están suficientemente preparadas para afrontar la situación y algunas de las preguntas que formula el paciente puede entristecer o malhumorar a sus familiares o amistades, esencialmente porque tienen miedo de aconsejarle mal o no saben qué responder. Si esto ocurre es aconsejable que el paciente busque a profesionales especializados en el tema psicológico y poder salir

adelante.

Para poder comprender más con exactitud algunas preguntas respecto a lo que es y las funciones que desempeña un psicólogo clínico es necesario hacer referencia al artículo Actualidad clínica en psicoterapia. (Sin fecha).

¿Qué hace un psicólogo clínico?

Un psicólogo clínico es un profesional de la salud, es decir, una persona que recibió educación formal en la comprensión y estudio de procesos mentales de los seres humanos especializado en el campo de la asistencia sanitaria. Para ejercer como tal, es necesaria una cédula profesional o licencia que acredita este grado emitida a nivel estatal o federal. A diferencia del psiquiatra, el psicólogo carece de licencia médica, por lo que no puede administrar fármacos, ni está acreditado para realizar valoraciones clínicas fuera del campo de la salud mental. Un psicólogo clínico está facultado para diagnosticar, pronosticar y atender diversos padecimientos que afectan la salud de un paciente, especialmente aquellos que tienen como origen o causa principal alguna alteración en los procesos mentales.

¿Qué tipo de padecimientos atiende un psicólogo clínico?

La capacidad de atención de un psicólogo clínico depende de su especialización. La gran mayoría de los psicólogos clínicos están capacitados para atender problemas emocionales como estados de depresión, estrés, fobias y pánico. Varios psicólogos se especializan en la atención de problemas conductuales y adaptativos en niños, como son el mutismo selectivo, el déficit de atención, la enuresis nocturna, y la agresividad infantil. Los psicólogos que trabajan de forma multimodal con otros especialistas suelen atender casos de anorexia nerviosa, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, y algunas psicosis no afectivas. Psicólogos con un alto grado de especialización pueden atender trastornos del estado del ánimo secundarios a epilepsia y esclerosis múltiple, desórdenes emocionales secundarios a enfermedad médica, y diseñar programas de atención para demencias tipo Alzheimer.

¿Cómo es el tratamiento que da un psicólogo clínico?

El psicólogo clínico cuenta con una amplia gama de intervenciones para atender los diversos cuadros clínicos que enfrenta día a día. Al ser especialista en los procesos mentales, la mayoría de sus intervenciones son psicológicas, es decir, carecen de sustrato físico. La intervención por excelencia del psicólogo clínico es la psicoterapia. Sin embargo, no todos los tratamientos que da un psicólogo clínico son psicoterapéuticos. Así, se podrán dar tratamientos basados en el registro de diarios, en programas de

seguimiento telefónico, en el llenado de cuadernos de trabajo, refuerzo de la conducta, sistemas de retroalimentación, y muchas más.

¿Qué es una psicoterapia?

El término de psicoterapia se refiere a un modelo de intervención clínica estructurado donde el agente de intervención es psicológico. Es decir, es un tratamiento que –al igual que un fármaco– se administra al paciente basado en datos científicos que justifican su elección para atender una situación específica. La diferencia con el fármaco radica en que el tratamiento administrado no es físico. La psicoterapia, al igual que todos los tratamientos clínicos, es delicada y requiere que sea administrada por un experto.

No existe en país alguno el grado académico al que se hace referencia. El reconocimiento de “psicoanalista” lo otorga la Asociación Psicoanalítica Internacional, por lo que podemos recomendarle contactar a la representación de dicha asociación en su país. Todas las demás opciones académicas se ofrecen como grado de especialidad, diplomado o maestría, los cuales no le facultan para ejercer como terapeuta, por lo que inevitablemente deberá hacer la titulación en psicología o medicina.

Por otro lado, revisemos las aportaciones realizadas por Labrador, F., Vallejo, M., Echeburúa, E., Bados, A. & Fernández, J. (2002), en su artículo *La eficacia de los tratamientos psicológicos*.

Un tratamiento psicológico es una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico (Centro de Salud Mental, Hospital, consulta privada, Asociaciones de personas afectadas, etcétera). En ella un especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana. Ejemplos de esto son ayudar a una persona a superar su depresión o reducir sus obsesiones, trabajar con una familia con conflictos entre sus miembros para que sepan comunicarse mejor, o enseñar a un adolescente a relacionarse con otros compañeros de modo más sociable y menos agresivo.

Un tratamiento psicológico implica, entre otras cosas, escuchar con atención lo que el paciente tiene que decir y buscar qué aspectos personales, sociales, familiares, etc., son responsables del problema. También supone informar al paciente sobre cómo puede resolver los problemas planteados y emplear técnicas psicológicas específicas tales como, por ejemplo, el entrenamiento en respiración o relajación, la resolución de problemas interpersonales, el cuestionamiento de creencias erróneas, el entrenamiento en habilidades sociales, etc. El empleo de fármacos no es parte del tratamiento psicológico,

aunque pueden combinarse ambos tipos de terapia cuando se considera oportuno.

En resumen, los tratamientos psicológicos son aplicados por psicólogos clínicos, que son los especialistas en los problemas del comportamiento humano y que utilizan técnicas especializadas de evaluación (una entrevista, una historia clínica, tests y cuestionarios, etcétera), y de tratamiento, cuya eficacia ha sido contrastada en diversas investigaciones científicas.

La forma habitual de tratamiento psicológico supone un contacto personal con el psicólogo. No obstante, también pueden utilizarse medios complementarios para cubrir algunos aspectos del tratamiento: teléfono, correo o Internet (e-mail, videoconferencia, Chat). El uso de estos medios, con las garantías clínicas y éticas precisas, es útil cuando el paciente: a) tiene dificultades físicas o geográficas para acudir a la consulta del profesional o su problema se lo impide (p.ej., agorafobia o fobia social severas), b) quiere seguir la terapia con el mismo terapeuta, pero debe ausentarse por traslado u otras causas, c) desea un anonimato mayor o total, d) es capaz de comunicarse eficazmente a través de los medios técnicos citados, e) posee los recursos para manejar sus problemas con el apoyo no presencial, f) presenta un trastorno no muy grave, g) desea simplemente hacer una consulta o solicitar la opinión profesional del psicólogo.

En suma, conocer qué tratamientos psicológicos concretos son más efectivos para los problemas que nos afectan es fundamental. De ello depende, en gran medida, el éxito de la intervención que se va a recibir. En los últimos años se han llevado a cabo numerosas investigaciones dirigidas a evaluar la eficacia de cada tratamiento específico para los principales problemas psicopatológicos. En general, los tratamientos psicológicos más efectivos tienen objetivos claros, están centrados en la solución de problemas inmediatos, son más bien de corta duración (de 2 a 6 meses, aunque es mayor en problemas graves o cuando hay varios problemas) y Por ejemplo, en el estudio a gran escala realizado en EE.UU. por el Consumer Reports sobre la eficacia de la terapia psicológica en la práctica clínica real, el 54% consideraba que la terapia psicológica les había ayudado mucho y el 36%, que les había ayudado algo. Algo similar sucede en España, en la encuesta de Berenguer y Quintanilla en 1994, las personas encuestadas consideran que la intervención del psicólogo les ha sido útil y eficaz: están satisfechos con el trabajo del psicólogo (4'72, sobre 6); aconsejarían a otras personas sus servicios (4'93, sobre 6), consideran que el tratamiento fue eficaz (4'78, sobre 6) y, lo que es más importante, solucionó el motivo de su consulta

(4'59, sobre 6). Pero aunque estas opiniones son muy importantes, no es suficiente, es necesaria una evaluación científica de cada tratamiento para establecer su eficacia o su valor real.

En virtud de lo anterior, propongo se adicione el párrafo XVII del artículo 77 Bis 37 de la Ley General de Salud en el cual se incluya atención psicológica al interpretar algún cuadro clínico médico, cuando este contraponga la salud mental de la persona.

Someto a la consideración de esta honorable Cámara de Diputados la siguiente iniciativa con proyecto de

Decreto por el que se adiciona el párrafo XVII del artículo 77 Bis 37 de la Ley General de Salud

Artículo único: Se adicione el párrafo XVII del artículo 77 Bis 37 de la Ley General de Salud en los términos siguientes.

Artículo 77 Bis 37. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:

...

...

XVII. Recibir información y atención psicológica al diagnosticar un cuadro clínico médico.

Transitorio

Único. El presente decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Referencias

Actualidad clínica en psicoterapia. (Sin fecha). Psicología clínica y psicología. Diciembre 8, 2016, de Blog Actualidad clínica en psicoterapia Sitio web:

<https://actualidadclinica.wordpress.com/faq-de-pacientes/psicologia-clinica-y-psicoterapia/>

Al Cosmetic Oncology S.L. (Sin fecha). *Reacciones ante la noticia del diagnóstico*. Psicología. Diciembre 8, 2016, de Al Cosmetic Oncology S.L. Sitio web:

<http://www.alcolaboratory.com/pagina-ejemplo/>

Bassi, C. (2016). *Miedo a ir al médico*. Diciembre 8, 2016, de Eroski Consumer Sitio web:

<http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2013/02/24/215919.php>

Labrador, F., Vallejo, M., Echeburúa, E., Bados, A. & Fernández, J.. (2002). *La eficacia de los tratamientos psicológicos*. Diciembre 8, 2016, de Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI Sitio web:

<http://www.sepcys.es/index.php?page=documentos>

Papeles del Psicólogo. (1985). Definición del psicólogo clínico y funciones que desempeña. Diciembre 8, 2016, de Papeles del Psicólogo Sitio web:

<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=222>

Santacreu, J. (2011). Protocolo General de Intervención. Clínica de Psicología. Diciembre 8, 2016, de UAM Sitio web:

<https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/>

[protocolo_general_intervencion_clinica.pdf](#)

Dado en el Palacio Legislativo de San Lázaro, a 13 de diciembre de 2016.

Diputada Rosa Alba Ramírez Nachis (rúbrica)