

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Uso correcto de la Historia Clínica y su incidencia en Diagnósticos adecuados
en casos clínicos de niños y adultos atendidos en el Centro de Asistencia Social
–CAS- de Universidad Panamericana, Quetzaltenango**
(Tesis de Licenciatura)

Aura del Carmen Rodas Rodríguez

Quetzaltenango, septiembre 2019

**Uso correcto de la Historia Clínica y su incidencia en Diagnósticos adecuados
en casos clínicos de niños y adultos atendidos en el Centro de Asistencia Social
–CAS- de Universidad Panamericana, Quetzaltenango**
(Tesis de Licenciatura)

Aura del Carmen Rodas Rodríguez

M.SC.Ana Lucrecia Muñoz (Asesor)
Lcda. María Edith Manzano Figueroa (Revisor)

Quetzaltenango, septiembre 2019

Autoridades de la Universidad Panamericana

Rector	M. TH. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de Gonzalez
Vicerrector Administrativo	M.A. Cesar Augusto Custodio Cobar
Secretario General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vicedecano	M Sc. Ana Muñoz de Vázquez

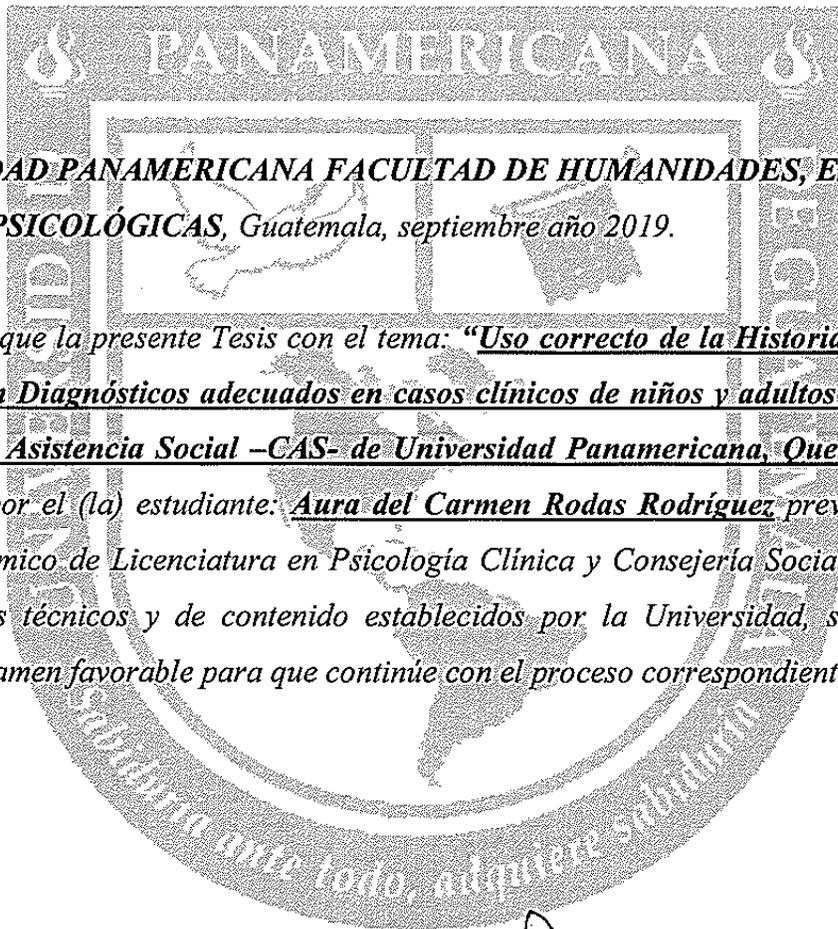
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, diciembre año 2018.

En virtud de que la presente Tesis con el tema: “Uso correcto de la Historia Clínica y su incidencia en Diagnósticos adecuados en casos clínicos de niños y adultos atendidos en el Centro de Asistencia Social –CAS- de Universidad Panamericana, Quetzaltenango”.

Presentada por el (la) estudiante: Aura del Carmen Rodas Rodríguez previo a optar al grado Académico Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



M.Sc. Ana Lucrecia Muñoz
Asesor



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, septiembre año 2019.

*En virtud de que la presente Tesis con el tema: **“Uso correcto de la Historia Clínica y su incidencia en Diagnósticos adecuados en casos clínicos de niños y adultos atendidos en el Centro de Asistencia Social –CAS- de Universidad Panamericana, Quetzaltenango”**. Presentada por el (la) estudiante: **Aura del Carmen Rodas Rodríguez** previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

*Lcda. **María Edith Manzano**
Revisora*



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, mes de septiembre 2019. -----

En virtud que la presente Tesis con el tema "Uso correcto de la Historia Clínica y su incidencia en Diagnósticos adecuados en casos clínicos de niños y adultos atendidos en el Centro de Asistencia Social –CAS- de Universidad Panamericana, Quetzaltenango", presentado por el (la) estudiante Aura del Carmen Rodas Rodríguez reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.


M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



Nota: *Para efectos legales, únicamente el sustentante es el responsable del contenido del presente trabajo.*

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1 Marco Referencial	
1.1 antecedentes de la investigación	1
1.2 Planteamiento del problema	2
1.3 Pregunta de investigación	3
1.4 Justificación del estudio	3
1.5 Alcances	3
1.6 Limites	4
1.7 Limitantes	4
1.8 Objetivos	4
1.8.1 Objetivos generales	4
1.8.2 Objetivo específico	4
Capítulo 2 Marco Teórico	
2.1 Historia clínica	6
2.2 Usos de la historia clínica	10
2.3 Características de la historia clínica	11
2.4 Diagnóstico	12
2.5 Características biopsociales del niño y adolescente	15
Capítulo 3 Marco Metodológico	
3.1 Método	18
3.2 Tipo de investigación	18
3.3 Niveles y técnicas de investigación	18
3.4 Pregunta de investigación	18
3.5 Variables de investigación	18
3.6 Hipótesis	19

3.7 Análisis de factibilidad	19
3.8 Muestreo	19
3.9 Sujetos de investigación	19
3.10 Instrumento de Investigación	19
3.11 Procedimiento	19
3.12 Cronograma	20

Capítulo 4 Presentación y discusión de resultados

4.1 Prueba de instrumentos	23
4.2 Recopilación de datos	23
4.3 Recopilación de información	24
4.4 Tabulación e interpretación de resultados	24
4.5 Perfil de análisis y contraste de la información	25
4.6 Cronogramas de acciones	26
4.7 Recursos	
4.8 Presentación de resultados	36
4.9 Análisis e interpretación de resultados	38
4.10 Comprobación de hipótesis	38
Conclusiones	39
Recomendaciones	40
Referencias	41

Lista de Cuadros

Cuadro No. 1 Población entrevistada	25
-------------------------------------	----

Lista de Gráficas

Gráfica No. 1 ¿Explique qué es una historia clínica?	26
Gráfica No. 2 Defina diagnóstico	27
Gráfica No. 3 Enumere los elementos de la historia clínica	28
Gráfica No. 4 Aspectos que intervienen en el diagnóstico del Trastorno Mental	29

Gráfica No. 5	La historia clínica fundamentada en el diagnóstico psicológico	30
Gráfica No. 6	¿Qué es una patología con comorbilidad?	31
Gráfica No. 7	¿Utiliza el diagnóstico multiaxial?	32
Gráfica No. 8	Importancia de la referencia en la historia clínica	33
Gráfica No. 9	Características del proceso diagnóstico	34
Gráfica No. 10	Fundamentos éticos de la historia clínica	35

Lista de Tablas

Tabla No. 1	Actividades programadas por trimestre	21
Tabla No. 2	Cronograma de actividades	23

Resumen

En la presente tesis se realiza el análisis y evaluación del uso adecuado de la historia clínica por parte de las practicantes que conforman el Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana Quetzaltenango. En el primer capítulo se describe el entorno que se vive dentro de la muestra estudiada y donde se aplica el uso de una historia clínica. En el capítulo dos refiere al marco teórico y la importancia de conocer cada uno de los aspectos que conforman la historia clínica y donde se utilizan dentro del campo profesional. En el capítulo tres se presenta la metodología que permitió desarrollar el siguiente trabajo y aspectos que fueron utilizados para llevar a cabo dicha investigación.

En el capítulo cuatro se expone como se desarrolló todo el marco operativo de la investigación y los resultados gráficamente de las encuestas aplicadas a la población estudiada, se expone el análisis e interpretación de resultados y la comprobación de la hipótesis planteada durante el marco metodológico. Finalmente, se exponen las conclusiones obtenidas de la investigación, en las que se expone que el uso de la historia clínica si tiene incidencia en establecer un diagnóstico.

Introducción

El registro de la historia clínica construye un documento muy importante dentro del ámbito clínico ya que contiene toda la información respecto al paciente para poder establecer un diagnóstico adecuado; por ello el presente trabajo de investigación analiza el uso correcto de la historia clínica en diagnósticos de casos clínicos de niños ya que se ha visto como una debilidad dentro del ámbito psicológico profesional.

Para efecto de la siguiente tesis, además de elaborar el marco teórico y conceptual, se brindan los datos obtenidos durante el proceso de investigación respecto a la problemática en cuestión. La evidencia empírica se basa en los trabajos de campo con el apoyo de instrumentos de recolección de datos, entre ellos un cuestionario, entrevista no estructurada y el empleo de otras colectas de datos como la observación; el cuestionario fue aplicado a integrantes del Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana

Las variables e indicadores de estos instrumentos giraron en torno a dos aspectos importantes que se considera que inciden directamente en agudizar el problema, el primero el factor del uso adecuado de las historias clínicas como un instrumento de recolección de datos y segundo el correcto diagnóstico al utilizar dicho instrumento.

La tesis en su conjunto comprende el marco referencial donde se conoce acerca de la población estudiada y sus orígenes y como es el ambiente que desarrolla en la actualidad. Describe la metodología, población y muestra, así como el diseño de la investigación y los datos obtenidos de diversas fuentes. Contiene el marco teórico de los temas sobre la historia clínica, los elementos que la conforman, usos clínicos, el diagnóstico, elementos para un buen diagnóstico.

Se exponen los resultados de la investigación realizada y los datos oficiales obtenidos en diversas fuentes, presentación de los resultados como manera de conclusiones obtenidas y se expone la discusión de resultados que nos permitirán demostrar o rechazar la hipótesis de la investigación.

Capítulo 1

Marco Referencial

1.1 Antecedentes de la investigación

En el campo de la Psicología Clínica, se requieren de múltiples conocimientos, que sirven de base para la práctica.

Con respecto a la historia clínica: La fundación “Salud 2000, Madrid” presenta un informe en el año 2015 basándose en el acceso a la historia clínica de los pacientes, planteando cuestiones que en este ámbito no resultan del todo pacíficas, como puede ser el necesario conocimiento de datos de carácter personal por parte de los investigadores. Plantea en el informe la creación de una Big Data, donde se recoge por parte de la administración los datos de los historiales médicos y psicológicos para una posterior explotación.

La Big Data, se refiere a una acumulación de información que se ha obtenido a través de las entrevistas realizadas con pacientes de todo tipo, es un sistema de identificación inmediata de los usuarios.

La historia clínica es la relación de los eventos de la vida de una persona, en ella se registran datos muy íntimos pues se sabe que en cualquier distorsión de la información puede afectar en la interpretación del proceso del paciente, además por el registro de información familiar también se mantiene cierto cuidado y confidencialidad. En la historia clínica queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar a una conclusión y diagnóstico adecuado.

De acuerdo con Guzmán F. Arias en el informe realizado en 2015, la queja del paciente se ubica dentro de un marco teórico que sea capaz de integrar sus síntomas, signos y documentos para clínicos, con el objetivo de explicar la causa de la dolencia y las formas de combatirla en sus mismas raíces (Guzmán, F. Arias, 2015)

De acuerdo con la Ley reguladora del consentimiento informado y la Historia clínica de los pacientes de la comunidad Autónoma de Galicia es necesario administrar correctamente todos los mecanismos y procedimientos que siguen las Historias Clínicas desde su apertura, de manera tal, que se pueda responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad las demandas cada vez más exigentes de los pacientes/usuario.

Al mismo tiempo la importancia de un correcto diagnóstico es vital en muchos aspectos, ya que ayuda comprender los problemas o trastornos mentales y la importancia de estos, como se debe actuar y las posibles consecuencias. Los diagnósticos permiten saber a qué tipo de patologías se enfrenta y como comprender qué tipo de tratamiento se debe suministrar al paciente.

1.2 Planteamiento del problema

La historia clínica constituye un instrumento de máxima importancia en el ámbito sanitario, siendo la razón fundamental de su existencia la mejora de la asistencia al paciente. Incorporando a esto todos los datos que permiten un conocimiento más amplio del ciclo de vida y el estado mental del paciente.

Si la información que se obtiene no es coherente con la realidad de la persona, puede incidir en los procesos de diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Siendo el centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana uno de los establecimientos donde la historia clínica es utilizada día a día y por ende su buen o mal uso puede incidir de manera significativa en el reconocimiento de signos y síntomas para llegar a elaborar un cuadro clínico y posteriormente un tratamiento oportuno para la mejora del paciente.

En ámbitos sanitarios la historia clínica es la herramienta de trabajo fundamental del clínico y debe de conocerse los elementos que la conforman para integrar cada uno de ellos y establecer el diagnóstico. Por tal motivo, se decidió abordar la importancia y uso de la historia clínica como un instrumento de apoyo para el correcto diagnóstico de los trastornos que se presentan día con día en el centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la incidencia de la historia clínica en los diagnósticos clínicos de los pacientes del Centro de Asistencia Social?

1.4 Justificación del estudio

La historia clínica es una de las herramientas básicas para establecer un diagnóstico, encajar a los pacientes dentro de un cuadro clínico adecuado y elaborar un tratamiento para la curación de las diferentes patologías que podamos encontrar al momento de la evaluación clínica con todas las herramientas necesarias, debido a la importancia que tiene la historia clínica es muy fácil determinar que se utiliza en diferentes ámbitos, tanto en lo educativo como lo clínico o médico.

En el caso del ámbito clínico o psicológico la historia clínica cuenta con una serie de elementos que ayudan a indagar y profundizar en el conocimiento de ciertas patologías o conductas desadaptativas que poseen los sujetos o pacientes. Es sumamente importante que estos elementos estén muy bien contextualizados y abordados para poder llegar a establecer un diagnóstico clínico adecuado y sobre todo preciso.

La investigación surge a con la necesidad de conocer la importancia del uso correcto de la historia clínica y saber en qué porcentaje se hace un correcto diagnóstico y de manera más precisa en el ámbito de la psicología clínica. Ya que la historia clínica es una herramienta fundamental en el diagnóstico y tratamiento de problemas o males que aquejan la salud mental y física. se decidió abordarlo específicamente en una población donde se ve su uso diario como herramienta para el diagnóstico.

1.5 Alcances

La investigación del uso correcto de la historia clínica y su incidencia en diagnósticos adecuados en casos clínicos de niños y adultos pretende establecer la incidencia del uso general de la historia clínica como instrumento en diagnósticos y encontrar posibles soluciones o mejorías para su utilidad en el Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana.

1.6 Limites

Se pretende estudiar el uso que se le da a la historia clínica dentro del Centro de Asistencia Social de Quetzaltenango, tanto en las practicantes de terapia del habla como de psicología, no se abordará en si el uso de la historia clínica de manera personas, pero si se realizara un estudio profundo del conocimiento del uso y los elementos que presenta.

1.7 Limitantes

Algunas limitantes que se pudieron encontrar dentro de este estudio fueron el corto tiempo que se tuvo para evaluar y profundizar en los elementos que poseían las historias clínicas y también la falta de algunas historias clínicas en algunos casos.

1.8 Objetivos

1.8.1 Objetivo general

Determinar la importancia clínica en el correcto diagnóstico de casos clínicos

1.8.2 Objetivos específicos

- Definir que es la historia clínica.
- Reconocer el uso adecuado de la historia clínica.
- Interpretar la incidencia de la historia clínica en el diagnóstico

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Historia clínica

“La historia clínica es un documento médico legal, que surge del contacto entre médico y paciente y en ella se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes, registrada por su médico y los profesionales sanitarios implicados en su asistencia”(Armada, 2003)

Según Amada (2003) la historia clínica es un documento de suma importancia y básico en el trabajo clínico ya que su función es fundamental en la recopilación de información del paciente que servirán más adelante para establecer un diagnóstico y un plan terapéutico adecuado.

A pesar de la importancia que se le da a este documento clínico, suele ser muy común que no exista un gran acuerdo sobre los elementos que una historia clínica posee, pero si hay un formato básico de elementos de los cuales se guían los profesionales para su uso y manejo en la clínica, este formato se realiza mediante un proceso que se basa en buscar a manera de consenso y comprobar en qué forma se valen de este instrumento y realizan un uso adecuado dentro del trabajo clínico y por ende se revisa la historia clínica y se pone en práctica para comprobar su uso y eficiencia dentro de la clínica.

La constante revisión de las historias clínicas es un método de investigación donde se hace una evaluación de su utilidad para de esa manera poder mejorar su estructura dentro del proceso asistencial de diferente forma.

Se realiza cierta revisión como una retroalimentación para conocer y evaluar las decisiones de los profesionales sobre el uso y proceso de entrevista para recopilar información de la historia clínica. La revisión por lo tanto es un método sistemático y de mejora de la calidad para la

asistencia brindada a los pacientes. La historia clínica cuenta con las características que es sistemática, tiene un énfasis en la calidad y siempre es realizada y comprobada por profesionales en el área clínica psicológica, como lo indica la Normativa de uso y ordenación de la Historia Clínica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, 1993

Es importante tener el conocimiento de la salud del paciente y así como el diagnóstico de algún trastorno que altere su salud mental basándose en tres pilares básicos e importantes. Estos tres pilares son: la anamnesis, el examen clínico y las pruebas proyectivas o psicométricas y complementarias.

En los niños pequeños a diferencia de los jóvenes, la fuente principal son los padres o en su defecto los cuidadores, pero en cualquiera de los casos la anamnesis es primordialmente la primera etapa del encuentro inicial, la historia clínica va antes del examen mental y se considera esencial para poder definir el problema y establecer un diagnóstico nosológico. En el caso de los niños no suele comúnmente haber una queja o molestia principal, si no que la anamnesis viene en este caso determinada por un estado alterado o por la presencia de factores de riesgo de un trastorno mental.

Recordando que en la historia clínica se conocen datos importantes sobre la gestación, nacimiento y eventos importantes que hayan marcado la vida del paciente. (Guerrero, 2003, p. 39).

2.1.1 Objetivos y elementos de la historia clínica

El principal objetivo de una historia clínica es el de ayudar y orientar para alcanzar un diagnóstico y al mismo tiempo el poder establecer una relación terapéutica de confianza entre paciente y psicólogo y padres y terapeuta.

Debido a que en la historia clínica se hace énfasis en la búsqueda y delineación de factores de riesgo de trastornos, se puede decir que un factor de riesgo es una condición biológica que

aumenta el riesgo de padecer alguna enfermedad mental, lo que normalmente conocemos como diátesis estrés, la predisposición a padecer una patología y el aprendizaje. La mayoría del tiempo son indicadores indirectos de otro factor o de un grupo heterogéneo de factores.

A sí mismo, la entrevista clínica ofrece una oportunidad única para ayudarles a comprender a los padres o tutores el trastorno de su hijo o hija y poder brindarles un apoyo psicológico. También ofrece la oportunidad de obtener datos socioculturales como educación y los recursos de la familia, adaptación en la comunidad, valores y actitudes ante el problema o ante la paternidad y lo más importante permite que se conozcan aspectos psicológicos y conductuales de la familia

La anamnesis debe de recopilar y registrar la fuente de información, los antecedentes familiares, los antecedentes del embarazo o parto, antecedentes sociales y personales de los padres en el caso de los menores

Con la anamnesis se comienza el contenido de la historia clínica. Armada (2003) la define como: “el arte de averiguar y conocer a través del relato oral, gesticulaciones o apariencia del paciente, datos fundamentales para el diagnóstico de la enfermedad actual, siendo necesario que se establezca una comunicación bidireccional entre el paciente y el médico”. (p2)

La historia clínica cuenta con ciertos elementos básicos que nos ayudan a elaborar el relato escrito de la enfermedad y que por medio de la anamnesis podemos recopilar, para Aragón (2002), los elementos son los siguientes:

- Identificación: en esta parte va descrito el lugar donde se realiza la historia clínica o la entidad que lo realiza, también el nombre del centro o profesional a realizarla
- Expediente: es importante tener un orden en el número y registro de los expedientes que se llevan en la clínica.
- Datos generales: en esta sección se coloca el sexo, la edad, profesión, estado civil y es de suma importancia el no colocar el nombre y apellido del paciente si no únicamente las iniciales.

- Referencia: es voluntaria cuando el paciente decide ir por su cuenta e involuntaria cuando hay intervención de personas interesadas en el paciente.
- Motivo de consulta: es la razón por la cual el paciente llega a la clínica o en este caso es el factor que lo llevó a buscar un psicólogo, se escribe de manera literal como lo dice el paciente.
- Historia del problema actual: se refiere al curso que ha tenido el padecimiento expuesto en el motivo de consulta, desde donde se inició hasta el momento de visitar la clínica, cuando y como empezó a manifestarse y a qué momento o circunstancia lo asocia.
- Historia patológica y no patológica: en esta parte se detalla acontecimientos tanto positivos como negativos que han sucedido a lo largo de la vida del paciente, sobre todo y en suma importancia aquellos que han sido índices de algún trauma, su historia personal, datos del embarazo, lenguaje, alimentación, sueño, relación del paciente a lo largo de su vida con su entorno social e historia escolar.
- Historia familiar: en esta parte se detalla la estructura familiar, miembros que componen a la familia y conviven con el paciente, la dinámica familiar, relaciones e interacciones que se establecen entre cada uno de los miembros y el paciente y las actitudes que tiene la familia frente a otros ambientes que vive el paciente. En esta sección se puede agregar el genograma como medio de indagación en el proceso de la historia familiar.
- Examen mental: se realiza una evaluación de las funciones psicológicas, apariencia general y actitud hacia el entrevistador, el estado de conciencia que posee, estado de ánimo, la actividad motora, el pensamiento, la memoria, el contenido del pensamiento, lenguaje, emociones y sentimientos, fluidez de ideas, sensación, percepción, psicomotricidad, atención, memoria.
- Informadores secundarios: se les llama así a las personas que pueden servir de apoyo para recabar información sobre el paciente como los vecinos, colegio, lugar de trabajo.
- Aplicación de pruebas auxiliares: en este apartado se colocan únicamente el nombre de las pruebas aplicadas y la fecha en que se realizaron las mismas. Estas sirven para poder establecer un diagnóstico y poder determinar las patologías.

- Diagnóstico: es el proceso de reconocimiento y análisis de los signos y síntomas para determinar el origen de la patología y de esta manera poder establecer en base a esta un plan terapéutico.
- Pronóstico: es la predicción acerca de la evolución de la patología del paciente.
- Plan terapéutico: incluye todas las herramientas que se usaran dentro de la terapia para poder guiar al paciente a una mejora, los objetivos, áreas a trabajar y la escuela psicológica en la que esta guiado el plan.
- Notas evolutivas: se hace la redacción de lo que se va trabajando en la clínica, tareas y lo trabajado en las sesiones con el paciente.

2.2 Usos de la historia clínica

La historia clínica es un instrumento que garantiza la asistencia adecuada y correcta al paciente. Los profesionales en el área de salud mental son los únicos que tienen la accesibilidad completa al contenido de las historias clínicas de sus pacientes y brindar una adecuada asistencia. (Pastor, López, Gérvas, 1997, p 107)

La finalidad de la historia clínica es básicamente la obtención de datos del estado de salud del paciente para de esa manera facilitar el diagnóstico. Las historias clínicas son instrumentos primordiales en la atención psicológica porque ayuda a tener una visión completa de contexto y las patologías que engloben al paciente.

Para Aragón L; Silva, A, (2002) entre otras finalidades de la historia clínica están las siguientes:

- Docencia e investigación: a partir de un estudio de las historias clínicas pueden realizarse investigaciones sobre determinadas patologías y poder hacer aportaciones científicas.
- Evaluación de la calidad asistencial: la historia clínica es un reflejo de la relación que existe entre paciente y profesional, se puede llevar como un registro de la actuación prestada al paciente y nos da pautas para poder evaluar la calidad de asistencia.

- Administrativa: es importante tomar la historia clínica también como un instrumento de control y gestión de servicios dentro de la institución.
- Legal: es un documento semipúblico ya que tiene el acceso limitado y regulado, es obligatoria en su cumplimiento ya que tiene un extraordinario valor jurídico siendo por orden judicial la prueba material principal del proceso de atención sanitaria y profesional. Es a través del uso de la historia clínica que puede comprobarse si se cumplió con el deber de informar, se pidió el consentimiento y si se hizo de forma adecuada y eficaz para la finalidad. (p87)

2.3 Características de la historia clínica

Para Perez- Tamayo (2005) la historia clínica debe de cumplir con diferentes normas que ayudan a que esta sea integral y pueda utilizarse con mayor precisión dentro del ámbito clínico, es importante que los elementos que la caracterizan sean aplicados en todos los ámbitos y de esa manera se pueda tener mayor confianza en la misma. Se mencionan a continuación:

Confidencialidad: es una de las más importantes características de la historia clínica ya que los datos recaudados guardan un nivel de seguridad y protección, no se puede divulgar o dar a cualquier persona, en la mayoría de los casos el paciente es el único que tiene acceso a ella y en el caso de los niños los padres de familia o tutores.

Seguridad: los datos que se adquieren son verídicos y hay que lograr que los pacientes puedan decir de la mejor manera y la forma más honesta de todo lo que en ella incluye.

Única: ya que cada persona es única y diferente las historias clínicas son de la misma forma debido a las patologías que presentan y los signos y síntomas de cada persona, no existen dos historias clínicas iguales.

Legible: lo ideal sería poder llevar un registro electrónico de los datos de la historia clínica, pero por el tiempo y momento en que se toman algunos datos la mayoría de ellas es llenada a mano, por lo que el profesional deberá cuidar en gran medida su ortografía y caligrafía para el uso o lectura en otro momento. (p.23)

2.4 Diagnóstico

Según Marín y Rodríguez (2001) el diagnóstico es la “identificación de las manifestaciones individuales de lo psíquico en la naturaleza y desarrollo de los conocimientos psíquicos y se enriquece teniendo su base en los conocimientos, análisis y generalización de los hechos psicológicos e individuales de las personas” (p. 12)

El diagnóstico psicológico es un procedimiento de investigación que es específico del quehacer profesional psicológico que tiene objetivos y finalidades delimitadas, así como coordinadas diferenciadas.

El psicólogo en este proceso se implica fundamentalmente en orientar y encauzar la investigación que se hace para generar hipótesis sobre la estructura psicológica de un sujeto que parte de la individualidad de su postura epistemológica a lo generalidad del trastorno.

El diagnóstico psicológico es considerado como el resultado al que llega un profesional después de hacer una evaluación profunda utilizando tres aspectos: las pruebas auxiliares, la valoración del contexto familiar y escolar y por último signos y síntomas que obtenemos por medio de la anamnesis como lo indica Marín y Rodríguez (2001, p.14)

Para Donosa y Figuera (2007) El diagnóstico hace referencia a las enfermedades psíquicas y físicas. El objetivo de hacer un diagnóstico es clasificar de manera correcta los signos y síntomas y poder agruparlos dentro de un grupo o patología específica y poder de esta manera facilitar el

estudio y elaboración de un tratamiento adecuado y con relación a las características antes especificadas.

Es una herramienta indispensable e imprescindible para la comunicación entre los profesionales y la sociedad de manera general ya que con una sola palabra podemos entender muchas veces el origen y desarrollo o la sintomatología presente y una evolución aproximada.

Muchas veces los diagnósticos pueden fallar debido a que hay una doble patología y se complica el diagnóstico o se encuentran síntomas de un trastorno menos profundo y se trata su sintomatología, pero se deja a la espera o de manera oculta el tratamiento de la segunda patología esto puede hacer que no haya un avance en el paciente o una evolución de la manera más adecuada u oportuna.

El proceso de diagnóstico a partir de nuevos enfoques se le considera dentro de la intervención según Donosa y Figuera (2007) la intervención siempre debe acompañar el diagnóstico, no se limita únicamente a describir a el sujeto, pero si intenta que tenga una conciencia de su realidad y con esta praxis adecuada poder superar sus carencias o deficiencias y desarrollar de manera óptima sus habilidades

2.4.1 Condiciones que intervienen en el proceso diagnóstico

Para García Jiménez (1995) tres son las condiciones que interfieren en el proceso diagnóstico, la primera es el profesional que realiza el diagnóstico y los conocimientos, experiencias, habilidades terapéuticas y algunas conductas relevantes que posee. La segunda es la persona a la que se le realiza el diagnóstico, la actitud y colaboración del paciente serán un factor importante y que repercute en el resultado del proceso terapéutico ya sea negativo o positivo. La tercera condición es la situación de diagnóstico que puede considerarse como las variables que inciden en el proceso y el adecuado uso de las herramientas y técnicas terapéuticas. (p. 118)

2.4.2 Etapas del proceso diagnóstico

Según García Jiménez (1995) el proceso de diagnóstico implica el adquirir decisiones que fundamenten el proceso sobre la situación en la que se encuentra el paciente. Estas decisiones ayudan al clínico para realizar un adecuado plan terapéutico y un proceso ideal para una sanación. El tipo de información para poder comprender mejor el problema, los procedimientos y técnicas del diagnóstico, contextualización del problema o motivo de diagnóstico, el origen que se detecte de las necesidades, una correcta propuesta de intervención y fundamentalmente quienes desarrollaran las propuestas. Haciendo una comparación, en el diagnóstico pedagógico se comparten cinco fases semejantes variando en el contenido y el perfil de un alumnado al cual se pretende diagnosticar.

2.4.3 Evaluación de la información

Es necesario recopilar la información relacionada con toda la situación actual del paciente o en el caso de los niños conocer los aspectos que les preocupan a los padres siendo estos muchas veces el motivo de asistencia a la clínica.

Para García Jiménez (1995) cabe resaltar que muchas veces en el caso de los padres no refieren algunas de las conductas que puedan ponerles en mal o que puedan hacerlos vulnerables como padres, es importante recalcar la honestidad de la información y sobre todo poder tener las habilidades para indagar en aspectos que son relevantes para establecer un diagnóstico y si en caso estos aspectos no quedan claros poder auxiliarnos de pruebas psicométricas o proyectivas para la elaboración de un diagnóstico más exacto. (p201)

2.4.4 Psicodiagnóstico

Según Nicolasa Galeano (2009) “el psicodiagnóstico es un encuentro personal e interactivo entre personas, cuyo primer objetivo es lograr una descripción comprensiva lo más amplia del funcionamiento de la personalidad.” (p.39-40)

Posee una finalidad específica que se puede definir en poder utilizar las diferentes técnicas que forman una batería de test y así obtener un diagnóstico y la dirección de la cura o plan de tratamiento en el caso que sea indicado que el evaluado requiera.

2.5 Características biopsicosociales del niño y adolescente

Galeano (2009) define las características biopsicosociales como el conjunto de caracteres duales biológicos y físicos e influenciados por aspectos psicológicos y por el entorno social. Estas características las podemos dividir en etapas según sea la edad del paciente. Galeano propone como dichas etapas las siguientes que se describen:

En la primera etapa que es la preescolar se refuerzan las capacidades de vincular con el cual se inician los procesos de socialización. La dependencia afectiva que maneja el niño hacia sus padres es muy fuerte por ello es importante que se relacionen con otros niños de su edad.

En esta etapa existe el riesgo del desarrollo de algún trastorno vincular por lo que es relevante que los papas estén con sus hijos, los cuiden, protejan y escuchen. En diferentes ocasiones los niños sufren de ciertos traumas que pueden ser provocados por abandono, separación, maltrato, trabajo de padres en largas jornadas, asistencia a un centro educativo en edades muy tempranas, estar en incubadoras, entre otras.

Sus emociones se ven desbordadas o descontroladas y necesitan tener esa contención emocional para controlarlas, No establecen un límite entre lo que es real o fantasía y es por eso que muchas veces los niños son más creativos más que los adultos.

Además, los niños son poco tolerantes al estrés, ya que no toman la suficiente distancia de los acontecimientos y es por ello que necesitan protección y ser escuchados por que si el estrés logra desestabilizarlos tiene gran repercusión y puede provocar ansiedad.

A la edad de cinco años se comienza un proceso de reconstrucción cerebral y de esta manera se facilita en gran medida la aparición de nuevas habilidades en las diferentes áreas cognitivas y vuelve a aumentar la aparición del estrés y el desarrollo moral primario se empieza a manifestar en obediencia.

Después de los seis años comienza la edad en que los niños recuperan su serenidad al pasar por periodos de estrés y se abren a otras experiencias, el autocontrol va teniendo un avance, la conciencia moral va surgiendo más y tiene un extremo cumplimiento en la obediencia que es impuesta por los padres.

Hay más claridad de lo real con la fantasía y disfrutan de mayor libertad, aunque con cierta protección de los adultos y los ven como sus ídolos, principalmente a sus padres.

En la etapa prepuberal empiezan los cambios corporales como el vello facial y corporal, son más susceptibles a los cuadros de ansiedad y compromiso anímico siendo más temerosos e inseguros. Durante esta etapa hay poca concentración, son silenciosos, sin ganas de nada y su ansiedad es calmada comiendo compulsivamente carbohidratos como golosinas, chocolates, helados, galletas. También buscan evadir la realidad por medio del uso de la tecnología de manera poco racionada. Están pasando por una etapa de duelo, donde se va perdiendo la niñez y viene la adolescencia, están emotivos, sensibles y experimentan de manera negativa y doliente algunos enamoramientos fallidos.

Durante la etapa puberal empiezan a tener habilidades intelectuales y sociales que ponen en práctica en etapas próximas. Les atrae lo novedoso, son más impulsivos, desaparece el miedo por la pérdida de la niñez y buscan sensaciones más intensas con amigos, las hormonas alborotadas son causantes de enfrentamientos o conductas vulnerables.

El desarrollo moral está bastante afianzado, poseen valores inculcados por la familia y centro de estudios, pero buscan la autonomía, tiene buena capacidad reflexiva que choca muchas veces con

su impulsividad. Necesitan una gran fuerza de autocontrol y en este caso por ello es importante tener a los adultos (padres) afectuosos, comprensivos y serenos.

Aproximadamente a los quince años amplían sus conocimientos y establecen relaciones, esto descalifica a los adultos y llegan a pensar que solo ellos son poseedores de la verdad. Esta etapa se caracteriza por importantes conquistas en los ámbitos cognitivos y emocional social.

Se comienza el umbral del goce, aumentándose a tal manera que requieren más estímulos intensos para disfrutar. En el grupo de amigos el goce es más intenso y ellos neutralizan el miedo y la excitación de la aventura, compiten para encontrar quien es el más audaz y atrevido sintiéndose fuertes e invulnerables.

Experimentan un intenso despertar sexual. Participan en juegos grupales, empiezan a tener relaciones de pareja y despiertan los sentimientos de afecto.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Método

El principal método que se utilizó en la investigación fue el método mixto, debido a que se utilizaron herramientas de manera cuantitativa como las encuestas aplicadas y cualitativas mediante la observación. Se decidió abordarlo de esta manera ya que era el más indicado para la investigación que se pretendía.

3.2 Tipo de investigación

El tipo de investigación utilizado es el de campo, debido a que con esta se pretendía dar a explicar el uso de la historia clínica y su incidencia en los correctos diagnósticos de niños y adolescentes, se decidió utilizar una investigación de campo. Se usó este tipo de investigación debido a que se extrajeron datos e información directamente de los participantes con el fin de dar una respuesta a la hipótesis planteada.

3.3 Niveles y técnicas de investigación

De acuerdo con la naturaleza del estudio de la investigación, reúne por su nivel las características de un estudio explicativo buscando encontrar las razones o causas que ocasionan problemas a la hora de establecer un diagnóstico mediante el uso de la historia clínica y de esta manera dar razonamientos deductivos para establecer premisas a los enunciados planteados.

3.4 Pregunta de investigación

¿Cuál es la incidencia de la historia clínica en los diagnósticos clínicos de los pacientes del Centro de Asistencia Social?

3.5 Variables de la investigación

- Historia clínica
- Elementos que conforman la historia clínica
- Usos de la historia clínica
- Uso de la información recolectada para historia clínica.
- Diagnóstico
- Casos clínicos exitosos en niños y adultos
- Características Biopsicosociales de niños y adolescentes

3.6 Hipótesis

La historia clínica incide en los diagnósticos de casos clínicos de niños y adultos atendidos en el Centro de Asistencia Social –CAS- de UPANA, Quetzaltenango

3.7 Análisis de factibilidad y viabilidad

- Factibilidad: Para elaborar la investigación se cuenta con la teoría necesaria, los recursos y permisos para poder realizarla en la muestra observada
- Viabilidad: Se cuenta con el permiso y autorización del centro donde se realizará la investigación.

3.8 Muestreo

El tipo de método utilizado en la investigación fue no probabilístico y por conveniencia ya que todas las terapeutas del Centro de Asistencia Social fueron seleccionadas en función de su accesibilidad y a criterio personal e intencional del investigador.

3.9 Sujetos de la investigación

Los sujetos de la investigación fueron los terapeutas del Centro de Asistencia Social Universidad Panamericana que se encuentran en un proceso de práctica como requisito previo para la obtención de un cierre de pensum de Técnico en Terapia del Habla y Licenciatura en Psicología clínica, siendo de diferentes lugares de origen de Guatemala y edades que varían entre los 21 y 31 años.

3.10 Instrumentos de la investigación

Para poder encontrar una respuesta a la hipótesis planteada se abordaron diferentes instrumentos para realizar la investigación, estos métodos fueron los siguientes:

- Historia clínica: se realizó un análisis de historias clínicas vacías que se utilizan en el centro para realizar la entrevista clínica de las dos áreas.
- Cuestionarios: Se administró una serie de cuestionarios con 10 preguntas con opción a respuestas abiertas para establecer el conocimiento que se tiene sobre aspectos básicos que la conforman.
- Entrevistas: se realizaron diferentes tipos de entrevistas a personal del centro, practicantes y profesionales para realizar una investigación más profunda del uso que le dan a la historia clínica y que tan funcional es para establecer un diagnóstico, cabe resaltar que fue una entrevista no estructurada.

3.11 Procedimiento

Primeramente, se elaboró el tema de investigación y se envió para su revisión y aprobación, al ser aprobado el tema, se realizó la tabla de variables y al ser revisadas y corregidas se procedió a la elaboración del marco referencial, teórico, conceptual y los informes de resultados obtenidos. La investigación de campo se realizó en diferentes fases, en las cuales se observó primeramente a los sujetos y después se aplicaron las herramientas necesarias. Las entrevistas se realizaron en los tiempos libres de los practicantes, así como la administración de los cuestionarios. Se consultó a la encargada del centro desde su punto de vista profesional y la observación que ella realizaba de los diferentes casos.

3.12 Cronograma

Tabla No. 1
Actividades Programadas por Trimestre

Marco	Junio	Julio	Agosto
Elección del tema de investigación	24/05/18		
Corrección de datos revisados		07/07/18	
Marco Referencial		20/07/18	
Marco Conceptual		20/07/18	

Fuente: elaboración propia

Capítulo 4

Presentación y discusión de resultados

4.1 Prueba de instrumentos

Se realizó la interpretación de los instrumentos de investigación el sábado 27 de octubre del 2018, después de ser revisados los instrumentos para la recolección de datos los cuales constaban de cuestionarios a integrantes del Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana. El objetivo era si las pruebas de validación dan una respuesta acorde al planteamiento propuesto por la investigación y que nivel de confiabilidad dan las respuestas proporcionadas por los encuestados sobre “La historia clínica incide en los diagnósticos de casos clínicos de niños y adultos atendidos en el Centro de Asistencia Social –CAS- de UPANA, Quetzaltenango”

4.2 Recopilación de datos

Dentro del proceso de trabajo teórico y práctico que se realizó para la comprobación de la hipótesis “La historia clínica incide en los diagnósticos de casos clínicos de niños y adultos atendidos en el Centro de Asistencia Social –CAS- de UPANA, Quetzaltenango, dio como resultado lo siguiente: conocer en forma cualitativa los resultados de los cuestionarios, se pretende conocer la problemática del uso adecuado de la historia clínica. El propósito de la historia clínica es ayudar a dar una mejor atención dentro del ámbito clínico.

4.3 Recopilación de información

Luego de ser aplicado el instrumento, se procedió a la clasificación de información realizándose de la siguiente manera:

4.4 Tabulación e interpretación de resultados

Se procedió a realizar el recuento de instrumentos de la investigación de la unidad de análisis, que dio como resultado frecuencias absolutas y porcentajes, que dieron lugar a una interpretación, basada en inferencias de tipo técnico donde se cruza la información de los marcos: conceptual, contextual y teórico que da lugar al desarrollo del análisis y discusión de resultados y al desarrollo de la posterior propuesta.

4.5 Perfil de análisis y contraste de la información

De acuerdo con las unidades de análisis: integrantes practicantes del Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana.

4.6 Cronograma de acciones

Tabla No. 2
Cronograma de Acciones

Actividades	sábado 27 de octubre	lunes 29 de octubre	martes 30 de octubre	miércoles 31 de octubre	miércoles 31 de octubre
Aplicación de cuestionarios a integrantes de porra la curva.					
Clasificación y tabulación de instrumentos					
Interpretación					

de instrumentos					
Revisión de interpretación					
Elaboración del marco operativo					

Fuente: elaboración propia (2018)

4.7 Recursos

Se disponía de los siguientes recursos para efectuar la investigación:

Recursos humanos: miembros del CAS de Quetzaltenango, dentro de los encuestados se tabularon 7 mujeres y 1 hombre.

Financieros: que sufragaron los gastos de investigación, inducción y presentación de resultados

Tecnológicos: que sirvieron de apoyo para la realización y presentación de este proyecto.

Encuesta aplicada a integrantes practicantes de Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana.

Cuadro No.1
Población entrevistada
Centro de Asistencia Social, Quetzaltenango

SEXO		PORCENTAJE
MASCULINO	1	12%
FEMENINO	7	88%
TOTAL	8	100 %

Fuente: elaboración propia (2018)

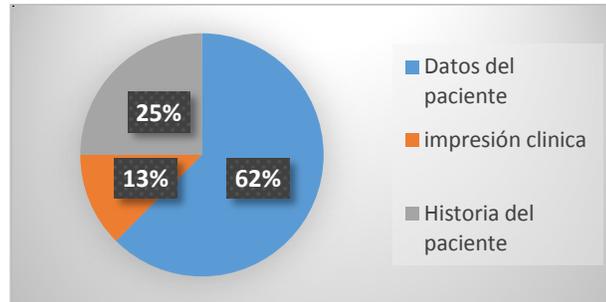
4.8 Presentación de resultados

Como parte de la investigación se realizaron encuestas a los participantes, con estas encuestas se pretendía dar a conocer los diferentes aspectos de la historia clínica y el uso que le daban a los mismos, así como dar una descripción del uso correcto y el objetivo de los mimos. A continuación, se presenta la interpretación de cada una de las interrogantes.

Gráfica No. 1

Pregunta No. 1

Explique que es una historia clínica



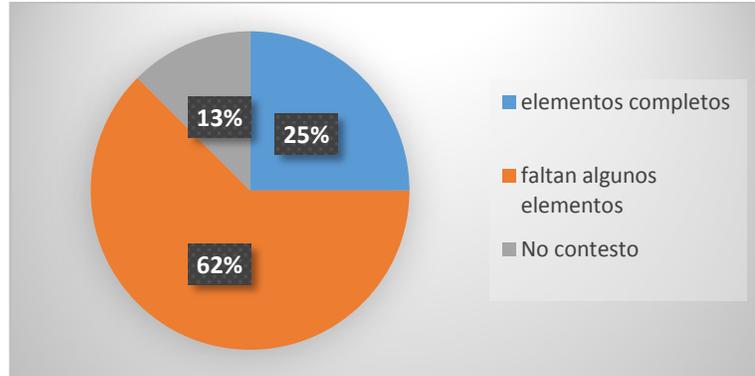
Fuente: elaboración propia

De acuerdo con la información obtenida se queda un tanto limitada porque reducen la historia clínica a datos del paciente, a una impresión clínica y de manera general expresan que es la historia del paciente, cuando el registro es de forma general, involucrando datos de todo tipo en relación con la curva vital o biográfica de la persona. La historia clínica es un instrumento que se utiliza en las ciencias de la salud, inclusive la carrera de psicología, y se relaciona con un registro de los datos de la persona que realiza consultas psicológicas. Estos datos son de vital importancia porque fundamentan un diagnóstico.

Gráfica No. 2

Pregunta No. 2

Defina que es un diagnóstico clínico



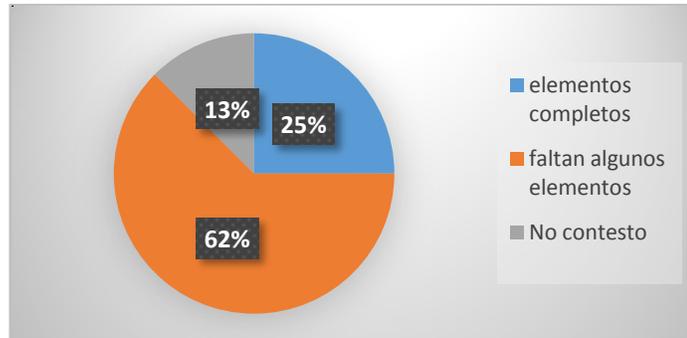
Fuente: elaboración propia

De acuerdo con la información obtenida se plantea que el diagnóstico clínico es la herramienta que ayuda a clasificar la patología, también define pacientes por medio de las características que presentan y por último se indica que da lugar a tratamientos adecuados. Una adecuada anamnesis es la base de un diagnóstico clínico, inducido por los requisitos fundamentales para reconocer los elementos que definen al paciente, conocer la secuencia habitual del diagnóstico y entender las diferentes estrategias utilizadas

Gráfica No. 3

Pregunta No. 3

Enumere los elementos que conforman la historia clínica



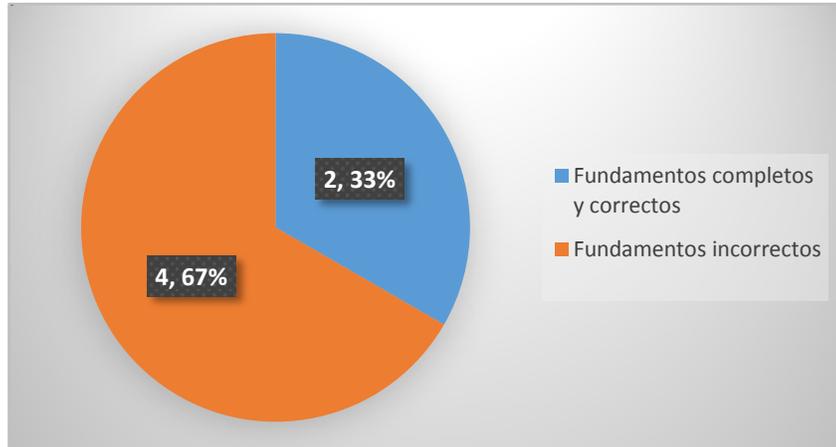
Fuente: elaboración propia.

En la encuesta realizada en su mayoría se indica que se conocen escasamente los elementos que conforman una historia clínica únicamente el 25% de los encuestados conoce que conforma la historia clínica. Los elementos que la conforman son los siguientes: identificación, número de expediente, datos generales de la persona, referencia, motivo de consulta, historia del problema actual, historia patológica y no patológica, historia familiar, examen mental, informadores secundarios, pruebas o test aplicados, diagnóstico, pronósticos, plan terapéutico y notas evolutivas.

Gráfica No. 4

Pregunta 4

¿Qué aspectos intervienen en el diagnóstico clínico de los trastornos mentales?



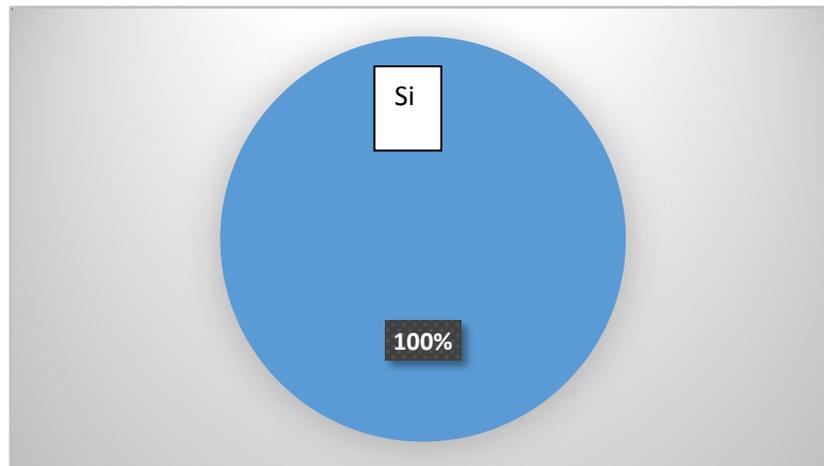
Fuente: elaboración propia.

Un 33% respondió que los aspectos que intervienen son los fundamentos complejos y correctos, mientras que el 67% respondió los fundamentos incorrectos. Los trastornos mentales, se sistematizan en la ciencia de la psicopatología, que se reduce a enfermedad mental, dicha clasificación se centra en categorías generales tales como, neurosis, psicosis, psicopatías, trastornos del desarrollo, etc., por lo tanto, el psicólogo debe tener un conocimiento profundo sobre los cuadros clínicos con los cuales debe trabajar, la preparación es fundamental. Además del conocimiento de la psicopatología, debe hacer uso del encuadre psicológico, la alianza y los procedimientos de relaciones psicólogo paciente.

Gráfica No. 5

Pregunta No. 5

¿La historia clínica es una herramienta que fundamenta el diagnóstico psicológico?



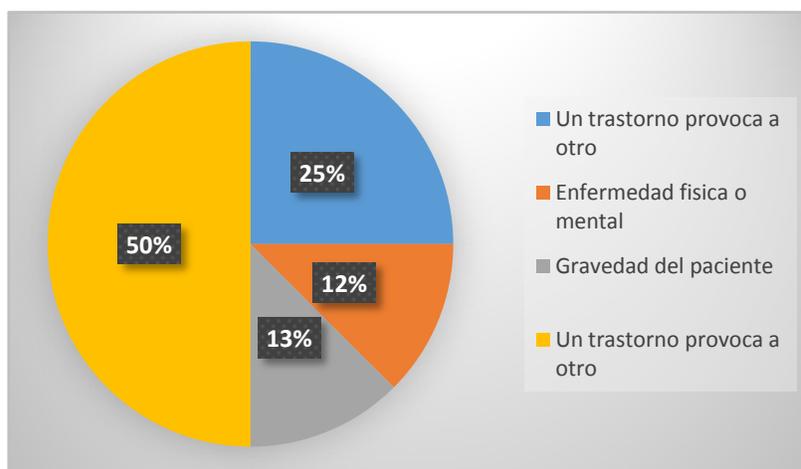
Fuente: elaboración propia.

El 100% respondió que la historia clínica es una herramienta fundamental en el diagnóstico psicológico. El conocimiento del estado de salud del paciente, así como el diagnóstico de un trastorno que altera su salud mental, se basa en tres pilares básicos y ordenados de forma consecutiva: la historia clínica, el examen clínico y las pruebas complementarias. La anamnesis es el procedimiento fundamental para establecer una orientación o un juicio diagnóstico, e incluye información sobre el pasado, la condición actual y la historia familiar.

Gráfica No. 6

Pregunta No. 6

¿En qué consiste una patología con comorbilidad?

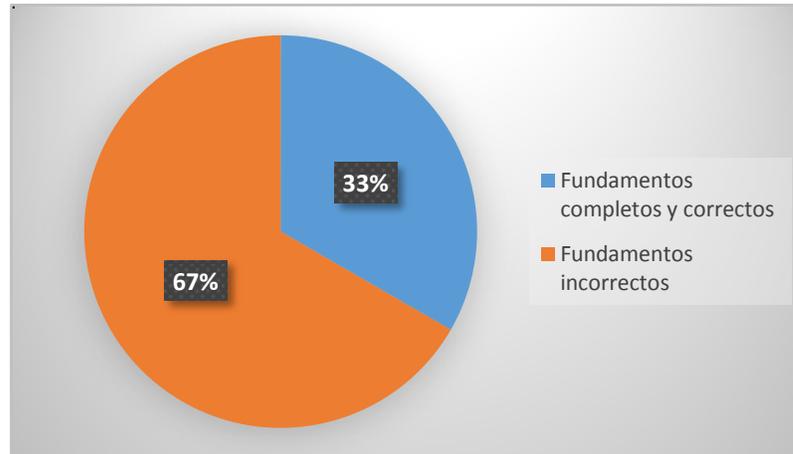


Fuentes: elaboración propia.

El 25% de la muestra estudiada considera que la comorbilidad es un trastorno que provoca a otro, el 12% considera que es una enfermedad física o mental, el 13% refiere que es la gravedad del paciente y el 50% considera que un trastorno provoca a otro refiriéndose ellos a la comorbilidad.

La comorbilidad es un término asociado a describir dos o más trastornos que ocurren en la misma palabra, también indica que hay una relación entre ambos trastornos y que este puede afectar uno al otro o haber pasado uno antes que el otro. También hace referencia a los efectos de dichos trastornos sobre la persona y su entorno. Las comorbilidades psiquiátricas más relevantes son las psicosis orgánicas, el abuso de alcohol, esquizofrenia y la psicosis no orgánica, las que son 4-6 veces más frecuentes que en la población general.

Gráfica No. 7
Pregunta No. 7
¿Utiliza el diagnostico multiaxial?



Fuentes: elaboración propia.

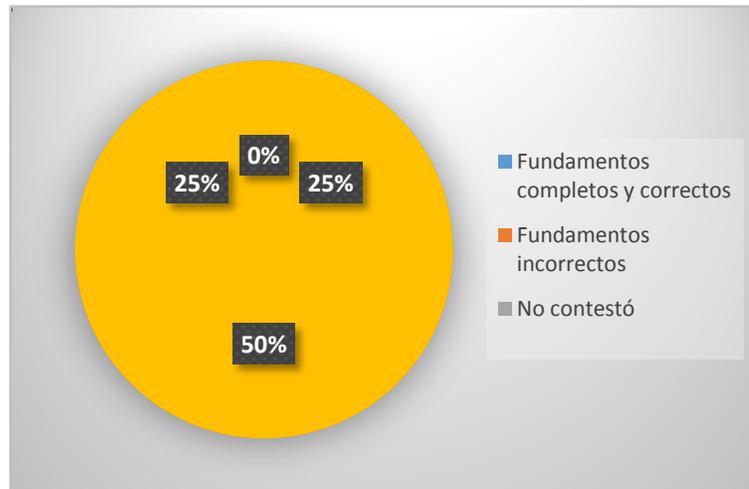
El 33% refiere saber la utilización de la evaluación multiaxial y fundamenta su respuesta, el otro 67% no tenía conocimiento alguno sobre la evaluación multiaxial y sus componentes. Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes y cada uno de ellos concierne a un área específica que ayuda al clínico al planteamiento del tratamiento y una predicción de resultados.

Aunque su uso es exclusivo del DSM- IV puede servirnos como una herramienta diagnóstica para poder facilitar una evaluación completa y sistemática. de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad. Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica.

Gráfica No. 8

Pregunta No. 8

Explique la importancia de la referencia de la historia clínica



Fuentes: elaboración propia

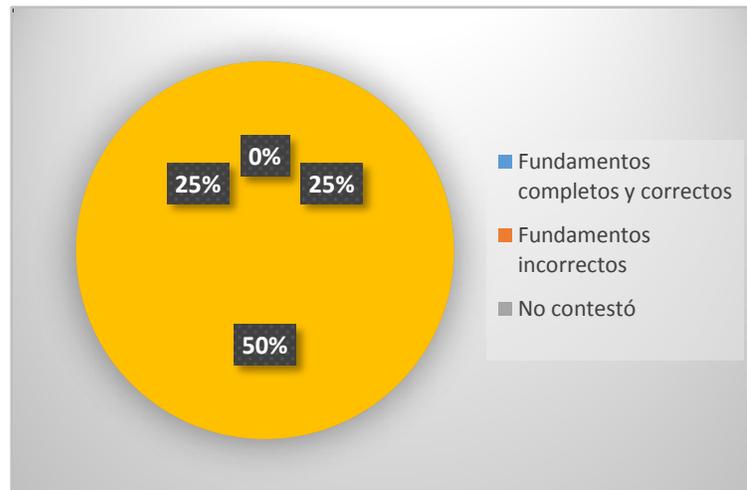
El 25% únicamente contestó adecuadamente la importancia de la referencia en la historia clínica, el 50% no conocía que era la referencia en la historia clínica y el 25% no contestó.

La referencia dentro de la historia clínica es de suma importancia ya que nos ayuda a establecer si el paciente llega de manera voluntaria o involuntaria a la clínica, si es el primer caso nos da un panorama para un pronóstico más favorable de cooperación por parte del usuario y de mejor disposición para poder realizar las técnicas que se soliciten dentro del proceso terapéutico. Si contamos con una referencia involuntaria debemos de evaluar la situación del paciente y poder determinar si habrá cierto grado de cooperación y aceptación de una psicoterapia.

Grafica No. 9

Pregunta No. 9

Indique cuales son las características del proceso diagnostico



Fuentes: elaboración propia

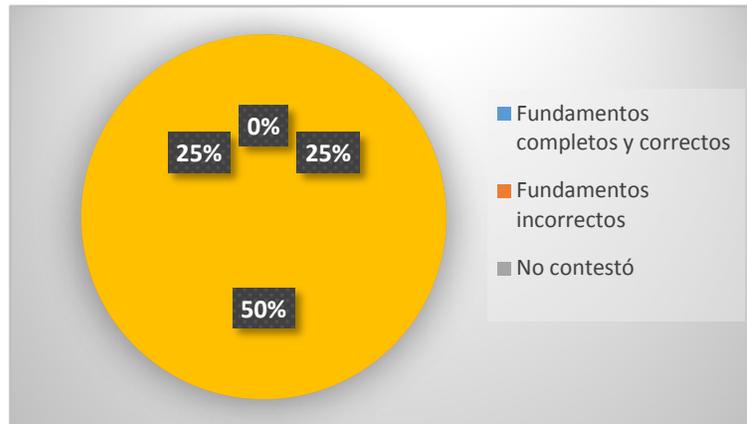
El 25% de las personas encuestadas conoce las características del proceso diagnóstico, el 50% no conocía los elementos para elaborar un diagnóstico y el 25% no contestó a esta interrogante.

Comienza con la llegada del paciente a la clínica, a continuación, se describe con rigurosa ordenación cronológica el curso de la enfermedad. Se examina desde el comienzo las semejanzas y desemejanzas con el estado de salud empezando por lo que se puede percibir con la vista o se realiza por simple observación estableciendo así un examen mental adecuado, se realiza la historia clínica y la descripción de signos y síntomas. Seguidamente se aplican pruebas proyectivas o psicométricas para complementar el proceso diagnóstico y establecer un plan terapéutico.

Gráfica No. 10

Pregunta No. 10

Enumere los fundamentos éticos de la historia clínica



Fuentes: elaboración propia

El 50% de la muestra estudiada no pudo enumerar los fundamentos éticos de la historia clínica, el 25% conocía alguno de los fundamentos colocando tres de los más importantes y el 25% no contestó.

Ya que cada uno de los datos recaudados guardan cierto nivel de protección y no se le puede confiar o divulgar a cualquier persona, inclusive es únicamente el paciente quien tiene acceso a ella o en el caso de los niños, los padres. Los datos que se recaudan son certeros y verídicos y hay que hacer que los pacientes puedan decir de la mejor manera y de honesta todo lo que en ella se incluye. Debido a que cada persona es única, al igual que en la clínica, cada caso es único debido a las patologías que se presentan y los signos o síntomas de cada persona particular, no hay dos historias clínicas igual.

4.9 Presentación de resultados

Este análisis cuantitativo y cualitativo, marcó los elementos esenciales del trabajo de campo. Permite comprender la incidencia que tiene un uso adecuado de la historia clínica en el ámbito profesional para establecer un diagnóstico. A continuación, se detallan los resultados y se describen puntualmente de acuerdo con la investigación realizada.

La historia clínica es un documento básico en el trabajo del clínico ya que cumple funciones insustituibles para recopilar información del paciente, como para la planificación y seguimiento del tratamiento. Debido a esto es de suma importancia el conocer cada uno de los elementos que la conforman y poder recopilarlos de la mejor manera.

La revisión de las historias clínicas es uno de los métodos de evaluación de la calidad de los cuidados que ha demostrado su utilidad para mejorar los procesos asistenciales en diferentes formas. Es un método sistemático y de mejora de la calidad de la asistencia brindado a los pacientes con las siguientes características: sistematización, énfasis en la calidad, exigencia en los estándares con los que comparar y normalmente realizado por colegas.

Además del objetivo tradicional de ayudar a orientar o alcanzar un diagnóstico, la historia busca identificar factores de que han influido en la creación de un trastorno. Asimismo, la entrevista para la anamnesis permite establecer una relación de confianza entre el psicólogo y los padres y ofrece una oportunidad única para ayudarles a comprender el trastorno de su hijo y proporcionarles apoyo psicológico.

La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia. La finalidad primordial de la historia clínica es recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria. El motivo por el que

el psicólogo inicia la Elaboración de la historia clínica y la continua a lo largo del tiempo es el requerimiento de una prestación de servicios sanitarios por parte del paciente.

El diagnóstico parte en la identificación de las manifestaciones individuales de lo psíquico; de los conocimientos generales de la psicología sobre la naturaleza y el desarrollo de lo psíquico y enriquece, reaccionando sobre su propia base los conocimientos básicos mediante el análisis y la generalización de los hechos psicológicos y de los hechos individuales.

El psicodiagnóstico es un proceso, que tiene diversos objetivos y etapas. Ya que tiene como objetivo el lograr un acercamiento al examinado, tener una visión más dinámica del examinado, comprendiendo e integrando los elementos parciales. Describir al examinado en algún aspecto específico.

4.9 Análisis e interpretación de resultados

Con base en la hipótesis “la historia clínica incide en los diagnósticos de casos clínicos de niños y adultos atendidos en el Centro de Asistencia Social –CAS- de UPANA, Quetzaltenango” se analizaron los datos obtenidos dando como resultado las siguientes afirmaciones, las cuales corresponden y son ciertas para este estudio en específico:

La historia clínica es un documento legal de suma importancia en el diagnóstico de casos clínicos, al momento de realizar una historia clínica los profesionales deben de establecer un rapport adecuado para extraer cada uno de los datos que conforman la misma.

El registro de la información de manera ordenada y correcta juega un papel fundamental para guiar al profesional a poder establecer diagnóstico y por ende un plan terapéutico adecuado.

Al momento de establecer un diagnóstico debemos tener muy claros los elementos de la historia clínica para de esta manera poder brindar una mejor atención al paciente y ayudarlo a mejorar o disminuir las patologías presentes.

Algunos profesionales aún utilizan la evaluación multiaxial como apoyo al diagnóstico establecido y se guían de esta manera en poder definir la patología del paciente o usuario.

4.10 Comprobación de la hipótesis

Al realizar la investigación se comprobó que un uso correcto de la historia clínica en el Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana si influye en establecer diagnósticos adecuados y que estos sean culminados con éxito, ya que al momento de no realizarla de la manera adecuada interfiere en el proceso diagnóstico y plan de tratamiento. También se confirma la hipótesis en su totalidad “la historia clínica incide en los diagnósticos de casos clínicos de niños y adultos atendidos en el Centro de Asistencia Social –CAS- de UPANA, Quetzaltenango”

Conclusiones

La historia clínica es una herramienta fundamental dentro del diagnóstico y es esencial el poder recaudar cada uno de sus datos de manera en que puedan ser ordenados y clasificados para obtener un diagnóstico y establecer un tratamiento.

Los usuarios del Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana llenan un formato parecido a la historia clínica donde se establecen aspectos neonatales y actuales hasta poder llegar al momento en que los signos y síntomas se manifiestan en el individuo.

Las características personales pueden influir sobre la conducta de la persona a la que se diagnostica y pueden repercutir en los resultados. Estas características, se refieren a los conocimientos, experiencias sobre la aplicación de instrumentos, habilidades, su personalidad, las expectativas que provoca sobre la conducta de la persona diagnosticada. El sexo y la apariencia externa también son condiciones relevantes

Al comienzo de la historia clínica, inmediatamente después de presentarnos e identificar la fuente de información y antes de entrar en el interrogatorio acerca de los antecedentes del niño o de los familiares, es conveniente examinar con los padres los problemas por los que está ingresado su hijo y las razones por las que vamos a realizar el interrogatorio.

La revisión de las historias clínicas es uno de los métodos de evaluación retrospectiva de la calidad de los cuidados que ha demostrado su utilidad para mejorar los procesos asistenciales en diferentes formas.

Recomendaciones

Se debe realizar una constante revisión de los elementos que conforman la historia clínica y la manera en que estos se aplican dentro de la clínica y como ayudan al terapeuta con un diagnóstico clínico.

En el caso de que algún elemento no sea funcional dentro de la historia clínica puede sustituir por otra forma de evaluar el área en específico.

Es importante que se tenga un conocimiento adecuado y sobre todo que los practicantes se informen de cuál es el uso adecuado y la mejor manera de aplicación de los elementos de la historia clínica. También es importante hacer una evaluación constante de la información obtenida por la historia clínica y si hay una evolución en alguna de las áreas de desadaptación.

Dentro del Centro de Asistencia Social se debe establecer un formato diferente para cada área que se trabaja en la clínica, ya que las historias clínicas varían de acuerdo a la orientación que se debe, por ejemplo, dentro de terapia del habla hay requerimientos más específicos que se deseen tomar.

Para establecer un correcto diagnóstico se debe establecer un tiempo estimado para realizar cada parte de evaluación, historia clínica y examen mental para de esta manera elaborar un diagnóstico adecuado.

Referencias

- Aragón, L; Silva, A (2002). Fundamentos teóricos de la Evaluación Psicológica. México: Editorial Pax
- Asociación Americana de Psiquiatría, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) 5º Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014
- Diccionario de términos fundamentales. Bruno FJ 2005.
- Donosa y Figuera (2007), *Niveles de diagnóstico en los procesos de inserción*, Revista electrónica, psicoeducativa, España
- Ed. Díaz de Santos, *Normativa de uso y ordenación de la Historia Clínica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*. Barcelona, 1993. 2. Bonal de Falgás J, Castro Cels I. Manual de formación para farmacéuticos clínicos.
- García Jiménez (1995), *la práctica del diagnóstico en educación*, Sevilla, Kronos.
- García-Alix, Alfredo, and José Quero. *La historia clínica*, Ediciones Díaz de Santos, 2012.
- José Joaquín. *Resultados de una auditoría de historias clínicas en salud mental*, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2003.
- Marín y Rodríguez (2001), *Prospectiva del diagnóstico y la orientación*, revista de investigación educativa, Barcelona
- Nicolasa Galeano, “Herramientas básicas del Psicodiagnóstico”, Ed. I- México, 2009
- Pérez-Tamayo R. Ética médica, salud y protección social. *Salud pública de México*, vol. 47, No.3, mayo-junio 2005