

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana  
Facultad de Ciencias Médicas "Finlay-Albarrán"

## Las historias psicosociales y el diagnóstico médico

### Psychosocial history and medical diagnosis

Miguel Blanco Aspiazú<sup>I</sup>, Amaya Blanco del Frade<sup>II</sup>, Joel Antonio García Álvarez<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Doctor en Ciencias Médicas. Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. Profesor Titular. e.mail: [aspiazu@infomed.sld.cu](mailto:aspiazu@infomed.sld.cu)

<sup>II</sup> Estudiante de Quinto año de Medicina. Alumna ayudante de Psiquiatría. Facultad de Ciencias Médicas "Finlay-Albarrán".

<sup>III</sup> Estudiante de Tercer año de Medicina. Alumno Ayudante de Ortopedia. Facultad de Ciencias Médicas "Finlay Albarrán".

*La práctica médica no es una situación de esto o aquello.  
No hay dicotomías: los clínicos necesitan la ciencia y  
la emoción, la razón y la intuición, la tecnología y la  
conversación, la ecuanimidad y la empatía.*

Howard M. Spiro

---

#### RESUMEN

**Introducción:** a pesar del tiempo transcurrido el paradigma biologicista de atención médica no ha sido sustituido por el paradigma biopsicosocial. En las historias clínicas que se confeccionan en salas de hospitalización se incluye una historia psicosocial que todavía no satisface el diagnóstico de la afectación y el padecer del paciente.

**Objetivo:** evaluar la contribución de las historias psicosociales al diagnóstico de la afectación y el padecer de pacientes hospitalizados.

**Material y Métodos:** se revisaron historias psicosociales, comentarios médicos y discusiones diagnósticas de 83 historias clínicas de diferentes salas de hospitalización. Se analizó el abordaje de la afectación y el padecer en las mismas.

**Resultados:** los estudiantes de Medicina solo realizan la mitad de las historias psicosociales de salas de Medicina Interna y ninguna en el resto de las salas en estudio. La información sobre la afectación y el padecer de los pacientes es insuficiente en las historias clínicas del área quirúrgica.

**Conclusiones:** la confección de historias psicosociales por los estudiantes de Medicina ocurre en el tercer y sexto años de la Carrera y en exámenes finales de las asignaturas Propedéutica, Medicina Interna y Psiquiatría. La contribución al diagnóstico de la afectación por la enfermedad y su padecer es muy escaso tanto en el texto de las pocas historias psicosociales que realizan los estudiantes como en el resto de las historias clínicas.

**Palabras clave:** Historia psicosocial, diagnóstico médico, paradigma biopsicosocial, educación médica.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** in spite of the elapsed time the biologicist paradigm of medical attention has not been substituted by the biopsychosocial paradigm. Psychosocial stories in the clinical records manufactured on ward in hospitals not yet fulfill the diagnosis of the affectation and suffering of the patient.

**Objective:** evaluating the contribution of the psychosocial stories to the diagnosis of affectation and suffering of hospitalized patients.

**Material and Methods:** psychosocial stories, medical comments and diagnostic arguments of 83 clinical records of different wards of hospitalization were analyzed. The boarding of affectation and suffering was examined in the same.

**Results:** the students of medicine accomplish only half of the psychosocial stories of internal medicine wards and no one in the rest of wards under consideration. The information on affectation and suffering is insufficient in the clinical records of surgical wards.

**Conclusions:** the confection of psychosocial stories by students of medicine happens in the third and sixth year of the career and in finals examination of the subjects of study Propedeutic, Internal Medicine and Psychiatry. The contribution to the diagnosis of the affectation for the disease and of suffering is very scarce in the text of the few psychosocial stories that the students make up as in the rest of the clinical records.

**Key words:** Psychosocial history, medical diagnosis, biopsychosocial paradigm, medical education.

---

## INTRODUCCIÓN

La propuesta de humanizar el currículo médico es universal <sup>1</sup> e incluye la mejor comprensión de la persona que está enferma. Bajo el paradigma psicosocial

---

enunciado por Engels<sup>2</sup> se propone que en el proceso del diagnóstico médico se tenga en cuenta toda la información del paciente tanto el componente biologicista como el psicosocial integrados.

Con el componente biologicista se aspira a identificar la causa de su problema de salud en términos de entidades nosológicas, en las cuales se suele reconocer una base estructural que explica las alteraciones fisiopatológicas.

El componente psicosocial incluye todo lo que se asocia al origen y manifestación del problema de salud en los campos psíquico y social. En este caso, no se reconoce una base estructural para las expresiones clínicas. El enunciado diagnóstico aquí no se concreta en el área tradicional de entidades nosológicas, sino en la de dos conceptos que deben integrarse a las mismas: afectación y padecer.

Toda alteración de la salud se expresa no solo por la presencia de una enfermedad, inevitablemente siempre va asociada a algún grado de disfunción y discapacidad.

La afectación consiste en el deterioro de la vida de relaciones del paciente por la enfermedad y la atención sanitaria. En relación con la afectación es útil el trabajo de la OMS que cuenta con una familia de clasificaciones internacionales entre las que se encuentra la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).<sup>3</sup> Conocer estos aspectos es fundamental para incluir en el diagnóstico, además de las enfermedades reconocidas por sus bases de lesiones estructurales, las alteraciones del funcionamiento y discapacidades.

En la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS se definen dos conceptos importantes, el funcionamiento y la discapacidad.<sup>4</sup>

Se incluyen en el funcionamiento a las funciones corporales, actividades de la vida diaria y participación, mientras que discapacidad incluye los déficits, limitaciones para actividades y restricciones en la participación. De esta manera, se caracteriza el impacto de la enfermedad. Existen numerosas escalas que permiten establecer grados de disfunciones, lo cual es imprescindible para la solución integral de los problemas de salud y medir la efectividad de las intervenciones.<sup>4</sup>

En nuestras historias clínicas de pregrado, existen elementos que permiten evaluar el funcionamiento, tales como los señalados por Fernández López y colaboradores: la memoria, la comprensión, la capacidad de andar, el autocuidado, las relaciones interpersonales, entre otras.<sup>5</sup>

Para el modelo biopsicosocial, la discapacidad es una experiencia humana universal y dinámica que resulta de la interacción entre el estado de salud y los factores contextuales internos y externos al individuo.<sup>6</sup>

La discapacidad no solo depende de la presencia de enfermedad, sino también del entorno social del individuo. De aquí que la solución de los problemas de salud del individuo no se pueda limitar a acciones directas sobre él, sino que implicará abordar su entorno social.<sup>7</sup>

El padecer es la expresión emocional y sentimental derivada de la enfermedad y la afectación. La información necesaria para diagnóstico en esta área proviene de la anamnesis donde se recogen el terreno de riesgo con sus aristas genéticas y ambientales, y la historia psicosocial que profundiza en las expresiones psíquicas del paciente. El diagnóstico de padecer puede resumirse de alguna forma en dos variantes extremas de respuesta emocional: la respuesta adaptativa adecuada y

conveniente, y la respuesta inadaptable inadecuada e inconveniente para la solución del problema de salud.<sup>8</sup>

De tal modo que en la práctica médica y en el plano didáctico se puede concebir el diagnóstico del paciente con los siguientes componentes reflejados en la siguiente Figura.<sup>8</sup>



**Fig.** Componentes del diagnóstico médico.

Problema práctico: A pesar del tiempo transcurrido, el paradigma biologicista de atención médica no ha sido sustituido por el paradigma biopsicosocial. Las razones se ubican tanto en la educación médica como en la práctica médica. Una expresión particular del problema es que en las historias clínicas que se confeccionan en salas de hospitalización se incluye una historia psicosocial que todavía no satisface el diagnóstico de la afectación y el padecer del paciente.

Ante tal complejidad de causas, los autores se plantean en esta investigación responder la pregunta: ¿Satisface las historias psicosociales un diagnóstico médico integral?

## **OBJETIVO**

Nuestro objetivo es evaluar la contribución de las historias psicosociales al diagnóstico de la afectación y el padecer de pacientes hospitalizados.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en el que se revisaron todas las historias clínicas presentes en seis salas de ingreso: Psiquiatría pediátrica, Psiquiatría de adultos, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia.

Con estas historias clínicas se cumplieron las tareas de investigación.

**Tarea 1.** Determinar si contaban con historia psicosocial.

**Tarea 2.** Análisis documental de la historia psicosocial.

*Análisis externo:* Consistió en la identificación de la fecha de confección en relación con la fecha de ingreso; nivel del registrador de la historia psicosocial.

*Análisis interno:* Se identificó en el texto de la historia psicosocial, contenidos que se agruparon en:

Variables del contenido de la historia psicosocial.

- Caracterización socioeconómica. Edad, sexo, estado civil, convivencia familiar, escolaridad, ocupación, sexualidad.
- Valoración de su enfermedad.
- Presencia de estresores agudos y crónicos.
- Percepción del apoyo social.
- Estado emocional y afrontamiento de la enfermedad.

Cada una de las variables se clasificaron por su presencia en el total de historias analizadas en cada especialidad en:

- Casi Siempre Presente: En más de 90% de las historias psicosociales.
- Parcialmente Presente: Entre 50 y 89% de las historias psicosociales
- Casi Ausente: En menos de 50% y más de 10% de las historias psicosociales.
- Ausente: En 10% o menos de las historias psicosociales.

**Tarea 3.** Análisis de las evoluciones discusión diagnóstica y comentarios médicos en cuanto a variables componentes del diagnóstico.

*Análisis interno:* Se identificó en el texto de la discusión diagnóstica y comentarios médicos de contenidos que se agruparon en:

- Referencia a la afectación. Toda expresión de repercusión de la enfermedad y la atención médica en la vida de relaciones del paciente en las esferas: pareja, familiar, laboral o estudiantil, actividades de la vida diaria, autocuidado.
- Referencia al padecer. Toda expresión de respuesta emocional y sentimental del paciente ante la enfermedad y la atención médica. Las mismas en el caso de los documentos escritos suelen expresarse en el registro de opiniones sobre las causas de su enfermedad, preocupaciones sobre su vida y expectativas del paciente sobre la solución de su problema.

Cada una de las variables se clasificaron por su presencia en el total de historias analizadas en cada especialidad en:

---

- Casi Siempre Presente: En más de 90% de las historias clínicas.
- Parcialmente Presente: Entre 50 y 89% de las historias clínicas.
- Casi Ausente: En menos de 50% y más de 10% de las historias clínicas.
- Ausente: En 10% o menos de las historias clínicas.

Procesamiento de la información.

Cuantitativo. Se basó en estadígrafos descriptivos como frecuencias absolutas y relativas.

Cualitativo. Se basó en los procedimientos lógicos del pensamiento.

Se solicitó autorización de los jefes de sala para revisar las historias clínicas. Se convino en mantener discreción y anonimato respecto al centro de referencia y nombre de pacientes. La planilla de registro de la información queda bajo el cuidado de los autores.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En relación con el primer objetivo del trabajo se muestran los resultados en la tabla 1 que reflejan diferencias importantes en cuanto a la presencia de las historias psicosociales en historias clínicas de salas de diversas especialidades médicas.

**Tabla 1.** Frecuencia de confección de historias psicosociales en diferentes salas de hospitalización

Especialidad	Total de historias clínicas	Total de historias psicosociales	Razón de historias psicosociales/historias clínicas
Medicina Interna	40	18	0,45
Cirugía	17	0	0
Ortopedia	30	0	0
Psiquiatría infantil	8	8	100
Psiquiatría de adultos	12	12	100

Se debe partir de que se realizó un control puntual, lo que no necesariamente refleja la situación habitual. En este control, fue evidente que la confección de historias psicosociales fue una regla en las salas de psiquiatría incluso en pacientes de menos de 48 horas de ingreso; sin embargo, tienen un formato diferente (Anexo) y las confeccionan trabajadoras sociales.

Aunque en la sala de Medicina Interna está orientada su confección, hubo pacientes con más de dos semanas de ingreso que no las tenían. En las salas de Cirugía y Ortopedia analizadas no se encontró ninguna historia psicosocial.

Los autores consideran que estas especialidades y sus respectivas salas, difieren entre sí por el tipo de problema de salud que afrontan; por el enfoque de la atención médica que deben brindarles y por el papel que tienen en la enseñanza de esos aspectos a las estudiantes (Recuadro).

**Recuadro. Algunas diferencias entre salas incluidas en esta investigación**

Criterio de diferencia	Salas de pacientes quirúrgicos.	Salas de pacientes no quirúrgicos.	Salas de pacientes mentales.
Problemas de salud de sus ingresados	Su tratamiento suele exigir técnicas quirúrgicas.	Su tratamiento incluye el control con fármacos.	Su tratamiento suele radicar en psicofármacos.
Enfoque de la atención médica	Solucionar un problema actual, con corta estancia hospitalaria y corto seguimiento.	Curar o controlar hasta el egreso con seguimiento a corto o largo plazos.	Controlar hasta el egreso con seguimiento a largo plazo.
Papel que tiene su aprendizaje.	Consolidación y particularización.	Aprendizaje inicial y consolidación.	Perfeccionamiento y consolidación.

No se puede esperar una estructura similar de las historias clínicas en pacientes tan diversos, pero sí que la integralidad en la atención sea una cualidad común que quede reflejada en las historias clínicas.

Se logró revisar un total de 38 historias psicosociales.

Mediante el análisis externo constatamos que en las salas de Psiquiatría las historias psicosociales se realizaban a todos los pacientes incluidos aquellos con menos de 72 horas de ingreso.

El primer elemento a destacar es que difieren las historias psicosociales de las salas de Psiquiatría de las de Medicina Interna. En las salas de Psiquiatría, el estudiante debe realizar historia psicosocial durante el examen práctico final; sin embargo no durante la estancia. Aunque el estudiante se desarrolla en el manejo de pacientes con trastornos mentales.

La estructura según el instructivo de la asignatura Psicología Médica que es la que en nuestro plan de estudio de la carrera dicta lo que se debe o no hacer en este aspecto.<sup>9</sup>

- Caracterización socioeconómica. Edad, sexo, estado civil, convivencia familiar, escolaridad, ocupación, sexualidad.
- Valoración de su enfermedad.
- Presencia de estresores agudos y crónicos.
- Percepción del apoyo social.
- Estado emocional y afrontamiento de la enfermedad.

El análisis de los acápites de las historias psicosociales atendiendo a lo orientado en el plan de estudio aportó los resultados mostrados en la tabla 2. Véase como a

pesar de la diferencia de formato entre ambas salas en la práctica se recogen informaciones en esencia similares.

Destacaron como problemas específicos que se detectaron en las psicosociales de salas de Medicina Interna:

- Referencia a la sexualidad superficial por primeras relaciones sexuales.
- Superficialidad del dato económico.
- Contradicciones internas no esclarecidas.
- Referencias de información relevante no comentadas.

**Tabla 2.** Frecuencia de acápite de la historia psicosocial en el total de las revisadas por sala

Acápite de la historia psicosocial.	Psiquiatría (20)	Medicina Interna (18)
Caracterización socioeconómica. Edad, sexo, estado civil, convivencia familiar, escolaridad, ocupación, sexualidad.	Casi Siempre Presente.	Casi Siempre Presente.
Valoración de su enfermedad.	Casi Siempre Presente.	Parcialmente Presente.
Presencia de estresores agudos y crónicos.	Casi Siempre Presente.	Casi Ausente.
Percepción del apoyo social.	Casi Siempre Presente	Ausente
Estado emocional y afrontamiento de la enfermedad.	Ausente	Casi Ausente

\* Se reúne adultos e infantil.

A partir de la experiencia de los autores,<sup>10</sup> se esperaba que no todas las historias tuviesen realizadas historia sicosocial, por ello se revisó el resto de la historia clínica en busca de cualquier referencia relacionada con los conceptos ya definidos de afectación o padecer. Los resultados de esta tarea aparecen en la tabla 3.

**Tabla 3.** Frecuencia de referencias a afectación y padecer fuera de las historias psicosociales revisadas por sala

Referencia	Psiquiatría* (20)	Medicina Interna (18)	Ortopedia (18)	Cirugía (17)
Afectación	Casi Siempre Presente.	Casi Ausente.	Casi Ausente.	Casi Ausente.
Padecer	Casi Siempre Presente.	Casi Ausente.	Ausente.	Ausente.

\* Se reúne adulto e infantil



Estos resultados evidencian que aun tratándose de problemas de salud traumáticos de naturaleza quirúrgica no se refleja en las historias clínicas este tipo de información.

Otros autores que han revisado la presencia de información sicosocial en historias clínicas han encontrado resultados que demuestran un problema frecuente. Meuleman encontró que la historia social se exploró en su serie de forma breve en 17 % de las ocasiones y la psicológica no se abordó en 71%.<sup>11</sup> Duffy constató que la historia social de sus casos no se exploró en 40% de los mismos.<sup>12</sup> Woolliscroft consideró inaceptable la historia social de 51% de las entrevistas de residentes de medicina interna.<sup>13</sup> Noren por su parte reportó que en 97% de su muestra de alumnos y residentes de medicina interna y atención primaria no se abordaron los aspectos psicológicos.<sup>14</sup> Estos estudios citados desde la década de los 80 del pasado siglo, reflejan resultados que todavía arrastramos en nuestro medio.

Las razones para que no se hagan historias psicosociales y más aún para que ni siquiera se aborden estos elementos en otras partes de la historia clínica como puede ser la propia enfermedad actual, discusión diagnóstica, evoluciones y comentarios médicos, rebasan el hecho de que esté orientado o no por los profesores y especialistas y llegan a ser expresión del predominio del paradigma biologicista en la atención médica. Dada la importante ligazón práctica entre la docencia y la asistencia, si no se resuelven estos problemas prácticos encontrados en salas de diferente perfil, especialmente las quirúrgicas, es difícil que se logre un egresado que en su accionar vea como algo inherente y constitutivo el abordaje de la información psicosocial dentro y fuera de la historia psicosocial.

Por otro lado, en la experiencia de los estudiantes existe una barrera a romper cuando en la asignatura Psicología y en Propedéutica se les orientan la confección de las historias psicosociales. ¿Cómo romper esa barrera moral y emocional que implica entrar en áreas de alto contenido moral de un paciente que ven por primera vez?

Se ha recomendado que este acercamiento al paciente y su mundo personal, no sea agresivo, sino a modo de invasión consentida y necesitada por el paciente.

Este acercamiento del estudiante al diagnóstico de la afectación y el padecer es consustancial a la propuesta de diagnóstico integral del paciente como ser biosicosocial y debe tener continuidad a lo largo de su carrera.

## CONCLUSIONES

La contribución al diagnóstico de la afectación por la enfermedad y su padecer es muy escaso tanto en el texto de las pocas historias psicosociales que realizan los estudiantes como en el resto de la historia clínica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Swanwick T. Doctors, science and society. *Med Educ.* 2013;47:3-17.
2. Engel GL. From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. *Psychosomatic.* 1997; 38(6):521-8.

3. Herrera-Castanedo S, Vázquez-Barquero JL, Gaité Pindado L. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). *Rehabilitación*. 2008;42(6):269-75.
4. World Health Organization (WHO). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2001.
5. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. La Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF): Un modelo conceptual y metodológico en salud para el siglo XXI. SIIC, Buenos Aires, 2012. [Consultado 13 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.siicsalud.com/dato/experto.php/124365>.
6. Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Ustün TB. Models of disablements, disabilities and handicaps. *Soc Sci Med*. 1999; 48: 1173- 87.
7. Fernández-López JA. Hacia una mejor comprensión de los enfermos. *Semergen*. 2013;39(8):403-405.
8. Blanco Aspiazú MÁ, Suárez Bergado R, Fernández Camejo J, González Pérez JL, Ramírez Chávez J. Algunas reflexiones sobre el problema diagnóstico en clínica. *Educ Med Super* [revista en la Internet]. 2009 Dic; 23(4):238-244. [citado 2014 Abr 03]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412009000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412009000400009&lng=es).
9. Núñez de Villavicencio F, Iglesias O. Aspectos psicológicos y sociales de la historia clínica. En: Núñez de Villavicencio F. *Psicología y salud*. Parte VIII. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001, p. 233-6.
10. Blanco Aspiazu MA. *Rediseño de un Instrumento de Evaluación de la Calidad de la Entrevista Médica*. Trabajo para optar por el título de Máster en Educación Médica. La Habana: 2007.
11. Meuleman JR, Caranasos GJ. Evaluating the interview performance of internal medicine interns. *Acad Med*. 1989;64:277-9.
12. Duffy DL, Hamerman D, Cohen MA. Communication skills in house officer: a study in medical clinic. *Ann Intern Med*. 1980;93:354-7.
13. Woolliscroft JO, Stross JK, Silva J. Clinical competence certification: a critical appraisal. *J Med Educ*. 1984;59:799-805.
14. Noren J, Frazier T, Altmann I, De Lozier J. Ambulatory medical care: a comparison of internist and family general practitioners. *N Engl J Med*. 1980;302:11-6.

## **ANEXO**

### **Modelo que estructura la historia psicosocial en la asignatura Psiquiatría de la Carrera de Medicina**

Chrislon V. Jones HISTORIA PSICOSOCIAL

Nombre y apellidos:      Sexo: .....      Raza: .....      Edad: .....

Escolaridad (último grado aprobado): .....

Estado civil: .....

Ocupación Actual: .....

Tipo de trabajo: .....

Dirección Particular:

Nombre del entrevistado: .....

Parentesco: .....

Fecha de la entrevista:

MI o de Consulta: .....

HEA: .....

.....

.....

.....

APP:

Prenatales: .....

Natales: .....

Postnatales: .....

APF: (suicidios, alcohólicos, RM, psicóticos, dementes, epilépticos) .....

.....

.....

Historia escolar: .....

.....

.....

Historia laboral: .....

.....

Historia psicosexual: .....

.....

Historia familiar: .....

.....

Convivencia actual: .....

Historia Económica: .....

Vinculación política y religiosa: .....

.....

Intereses culturales y recreativos: .....

.....

PPM: .....

Opinión del entrevistado: .....

.....

Identificación problemas sociales: .....

.....

Tratamiento social: .....

.....

Firma del entrevistado: .....

Recibido: 15 de enero de 2015.  
Aprobado: 20 de mayo de 2015.