

## Narrativa, ficción y mito: vértices para comprender la subjetividad de los trastornos mentales

Dr. Carlos Armando Herrera Huerta\*, Mtro. Erich Fierro Villalobos\*\*, Mtro. Miguel Raymundo López Ortez\*\*\*

.....  
\*Departamento de Psiquiatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

\*\*Profesor adjunto del módulo de psicoterapia, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

\*\*\*Departamento de Letras y Lingüística, Universidad de Sonora  
.....

### RESUMEN

La Psiquiatría contemporánea, en un intento por consolidarse como ciencia médica, ha excluido disciplinas aparentemente ajenas a su objeto de estudio, como lo son filosofía, lingüística, sociología, literatura, entre otras. Sin embargo, la historia clínica puede considerarse un género literario que delimita la amplia realidad del paciente y la particular significación de su *pathos* al utilizar recursos narrativos restringidos y criterios estructurales consensuados. El síntoma mental no puede entenderse sólo en términos de un mal funcionamiento orgánico, de ahí que el positivismo radical de las neurociencias, con todo y su sofisticación tecnológica, aún sea incapaz de enunciar

los principios universales de la mente humana. El presente artículo nace de las limitaciones de los modelos diagnósticos categoriales y biologicistas actuales como únicos instrumentos descriptivos de la enfermedad mental.

**Palabras clave:** *narrativa, ficción, mito, trastorno mental, psicoanálisis.*

### INTRODUCCIÓN

La Psiquiatría contemporánea, en un intento por consolidarse como ciencia médica de vanguardia, excluye disciplinas aparentemente ajenas a su objeto de estudio neurobiológico, como lo son filosofía, lingüística, sociología, literatura, entre otras.



Es histórica la función de la literatura, y principalmente la del mito, en la representación de estados mentales patológicos en los tratados psicoanalíticos. Hemos olvidado que la literatura, a través del lenguaje y la construcción de las líneas narrativas, funcionan como móviles interpretativos, esquemáticos y lúdicos para entender la fenomenología de los padecimientos mentales.

La historia clínica puede considerarse un género literario que delimita la amplia realidad del paciente y la particular significación de su *pathos* utilizando recursos narrativos restringidos y criterios estructurales consensuados: psicopatología descriptiva, semiología médica y sistemas nosológicos internacionales. Este relato patobiográfico tiene la finalidad de reducir el universo psíquico del paciente en un número finito de características que sustenten un diagnóstico, para que, ulteriormente, se pauten un tratamiento que disminuya o desaparezca el estado sintomático.

El síntoma mental no puede entenderse sólo en términos de un mal funcionamiento orgánico, de ahí que el positivismo radical de las neurociencias, con todo y su sofisticación tecnológica, aún sea incapaz de enunciar los principios universales de la mente humana.

El presente artículo nace de las limitaciones de los modelos diagnósticos categoriales y biologicistas actuales como únicos instrumentos descriptivos de la enfermedad mental. Proponemos la revisión de tres recursos auxiliares para comprender el significado humano y universal del dolor psíquico: la narrativa, la ficción y el mito.

### NARRATIVA Y FICCIÓN EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS

La narración es un discurso que se construye sobre una línea temporal (ordenamiento temporal),

es decir, el tiempo transcurre, avanza o retrocede y necesita de actores (personajes) que produzcan o sufran cambios. Los elementos básicos de la narración (narrador, personajes, cronotopo) interactúan para generar un sentido particular al mismo tiempo que una experiencia estética en el lector. El relato es una forma de narrativa, de carácter transhistórico y transcultural, que puede ser ficcional o real (Contursi y Ferro, 2000). La historia de la humanidad y de nuestra existencia se compone de múltiples relatos. Para Barthes, «nuestra vida está tejida de relatos: a diario narramos y nos narramos el mundo», y en esta actividad perenne realizamos «una selección orientada de nuestra experiencia, para llevar a cabo una composición que signifique y/o resignifique esa experiencia» (Barthes, 1966, citado por Pimentel, 1998, p. 7).

Las historias clínicas psiquiátricas son relatos patobiográficos que tratan de describir en un ordenamiento secuencial y lógico los sucesos que el paciente experimentó para llegar a un estado morbo de carácter psíquico. Los estilos narrativos de las historias clínicas dependerán de diversos factores, como el nivel de desarrollo de la ciencia, circunstancias socioculturales, el tipo de patología y la forma particular del clínico para entender y describir la enfermedad. Clásicamente hay dos momentos o secciones en la historia clínica: uno es descriptivo, parte de la narración de una etapa de la vida humana; el otro es intelectual, apartado donde el médico debe explicar cómo entiende el caso clínico a través de la subjetividad del paciente y proponer una conclusión diagnóstica o *epicrisis* (Huertas, 2001).

Laín Entralgo considera clave en la transición del siglo XIX al XX en la historia de la medicina a «la introducción del sujeto» en el método de descripción clínica psiquiátrica (citado por Huertas, 2001, p. 10). Si antes el paciente era la objetividad compuesta por una articulación dinámica de ór-

ganos, aparatos y sistemas, ahora se añadía la subjetividad con el comportamiento, la verbalización de los síntomas y la singularidad de su percepción ambiental.

El reconocimiento de la realidad del paciente y su comprensión requiere de una construcción narrativa, del orden factual y la descripción de la experiencia, nada más cercano que el mismo proceso creativo en la ficción, es decir, «una ficción de la realidad que construye una realidad de la ficción» (Ceberio, 2018). La narrativa clínica transcribe realidades ajenas, emociones y hechos, tal y como un narrador lo hace con la vida de un personaje en un drama, una tragedia o un cuento. Sin embargo, a diferencia de estos géneros literarios, la historia clínica es una translación de la narrativa del paciente a estructuras gramaticales y semánticas encauzadas a la descripción lógica del origen del síntoma y la enfermedad.

Mientras que el paciente siente necesidad, deseo y hasta angustia por ubicar el sentido social, moral y existencial de su enfermedad, para el clínico —que no deja a un lado su pragmatismo científico y una cadena de juicios de valor personales— ese imperativo es irrelevante. De aquí la importancia de situar los problemas humanos, los del paciente, en referentes culturales cognoscibles y replicables a lo largo de la historia de la humanidad, como la literatura, por ejemplo, para entender la universalidad del dolor psíquico.

Toda narrativa personal tiene un doble sesgo: el filtro cognitivo del narrador y el del lector/oyente. Por lo tanto, es imposible hablar de una historia clínica si no de *historias clínicas* que se van transformando sucesivamente con cada encuentro entre narrador, relato e intérprete (Ceberio, 2018). La *metanarrativa* —narrativa de las narrativas— de la enfermedad puede utilizarse como un poderoso recurso de análisis: distanciarse del relato para entender sus potencialidades y limitaciones. En palabras

de Eckhart: «el hombre no debe considerar tanto lo que hace sino lo que *es*».

Barthes distingue tres niveles interdependientes en toda obra narrativa: el nivel de las funciones (unidades narrativas mínimas), el de las acciones (principios y medios de acciones del personaje-paciente) y el de la narración (relación entre narrador y lector). La historia clínica psiquiátrica es un relato que parte de unidades narrativas típicas: una integradora, donde se describe la identidad del paciente, sus rasgos caracterológicos y situaciones contextuales; y otra distribucional, donde la acción del personaje se estudia por su propósito y significado dentro del relato, es decir, la evolución de su enfermedad y la participación que ha tenido hasta el estado morbo actual. Por último, el nivel de la narración establece qué tipo de narrador está detrás del relato, en este caso el clínico es un *narrador observador*, dado que su tono es apersonal: describe lo que observa y escucha sin participar en el relato del paciente (figura 1) (Barthes, 1966; Alonso y Rodríguez, 2006; Balderrama, 2008).

Toda creación literaria es una remodelación de la realidad (Spang, 1984), por lo tanto, la narrativa clínica es un género ficticio, no en el sentido de imaginario o falso, si no por su construcción empírica del *origen y evolución de los síntomas*. Un trastorno existe en función de sus criterios diagnósticos, los cuales han sido definidos por expertos, consensuados en mesas de discusión y que, inevitablemente, fueron producto de descripciones pretéritas. Entonces el síntoma mental se reduce a una sustancia fija y de una variabilidad semántica mínima. Para Fromm (1978), el idioma es un proceso que permite que «ciertas sensaciones adquieran formas de representaciones mentales específicas». De esta forma, apelando por la universalidad del lenguaje nosológico, un trastorno mental existe a pesar de la diversidad cultural y la singularidad del sujeto, lo que en última instancia refuerza la naturaleza ficticia del relato clínico (figura 2).



### EL PACIENTE COMO PERSONAJE PROTAGONISTA

El objeto de estudio de una disciplina determina su tema de interés, los métodos de investigación utilizados, sus principios de actuación y de qué forma responde a problemáticas generales o específicas. La Psiquiatría, por su parte, se enfrenta a severas dificultades por la naturaleza de sus *objetos*: no son totalmente físicos ni totalmente abstractos. Los trastornos y síntomas mentales tienen una naturaleza híbrida, de ahí la confusa constitución de la *episteme* psiquiátrica, que en palabras de Berrios está «a caballo entre las ciencias naturales y las humanidades» (Berrios, 2011).

Actualmente, se propugna el «modelo biopsicosocial» como la mejor oferta de la medicina del siglo XXI para explicar el proceso de salud-enfermedad

al superar las históricas limitaciones del «modelo causa-efecto». Sin embargo, el síntoma mental pervive en los claroscuros esenciales del hombre: el origen de la conciencia, la dualidad mente-cuerpo y la construcción de la realidad como mecanismo compartido entre individuos a través de la comunicación. Estas dificultades teóricas provienen de la subjetividad e intersubjetividad humanas, habitualmente incomprendidas por las ciencias biomédicas por considerarse objeto de estudio de las ciencias sociales.

La psicopatología de corte fenoménico estabilizó la telúrica colisión metodológica entre el reduccionismo materialista de la Psiquiatría clásica (alteración de la conducta en términos biologicistas y de localizacionismo cerebral) y la filosofía de la mente (Marietán, 2004; Ramos & Adán, 2013). La psicopatología fenomenológica de Karl Jaspers (adaptación de la clásica fenomenología de Husserl en el

estudio de los trastornos mentales) es el arquetipo por excelencia de este paradigma, donde los estudios de los fenómenos (experiencias de la conciencia) parten de la inmediatez vivencial, un proceso sensitivo y perceptivo sin prejuicios ni preconcepciones y que son recogidos a través de la primacía de la descripción aséptica (Aguirre y Jaramillo, 2012; Ramos y Adán, 2013).

El personaje, ese ente que surge dentro de su historia para contemplar y narrar su historia, es una extensión condensada del fenómeno psíquico. El valor de los personajes en los diversos géneros literarios (y más recientemente de películas y series televisivas) reside en su milenaria labor como voz y cuerpo de la condición humana. De ahí que, en el decurso de los anales de la Medicina y la Psiquiatría, se recurra a nombrar síndromes y complejos psicológicos como algún personaje famoso inscrito en las letras universales: Narciso, Otelo, Edipo, el barón de Münchhausen, entre otros.

Las teorías literarias consideran al personaje como una construcción polisémica, artificial y metafísica: la cosmovisión del autor a través de la cosmovisión del personaje (Marietán, 2004; Sosa, 2007). En el relato patobiográfico, el paciente es un *personaje protagonista*, condenado a verbalizar los pormenores y vicisitudes que preceden a su enfermedad. La historia clínica psiquiátrica se edifica con las expresiones verbales y no verbales del personaje protagonista, y ocasionalmente de los personajes secundarios (los individuos que forman parte de su realidad cotidiana), como una forma de hermanar la subjetividad e intersubjetividad del síntoma mental (Huertas, 2001). El paciente hace, al tiempo, de personaje, de narrador y autor, al ser parte central de la trama, la voz que articula el relato y la entidad discreta que ordena los recursos y selecciona los elementos de la narración.

Un paciente-autor se da a la tarea de seleccionar y organizar los elementos de la narración, de articular los recursos del narrador y finalmente alterar el sentido ético de la historia narrada a través de un ordenamiento «para la ocasión», es decir, construido para afectar la interpretación de su escucha. La historia narrada deja de ser una simple sucesión de hechos, es un acto comunicativo complejo, motivado a obtener una respuesta específica. El paciente-autor se revela en los artificios que lo enmascaran.

### EL PSICOANÁLISIS EN RELACIÓN CON EL MITO

El objeto de estudio del psicoanálisis es el inconsciente y una de sus principales labores es reconocer la subjetividad. Esto implica darle un lugar al sujeto, particularmente a aquel que queda escindido cuando la ciencia lo investiga, ya sea como organismo o como un conjunto de comportamientos, dejando así fuera las posibilidades de investigar lo que no puede ser sometido a la comprobación empírica (Jardim y Rojas, 2010).

En una carta de Freud a su amigo Fliess fechada en 1895, éste le confiesa «los casos que escribo parecen novelas y, por así decir, les falta la señal distintiva de seriedad del método científico», pero concluía: «es la naturaleza del tema, más que mi predilección, lo que evidentemente debe considerarse responsable de este resultado». Es decir que el carácter de relato, de narración literaria, no tiene que ver sólo con el estilo del autor, sino con la naturaleza de la cosa descrita. En esta aguda observación Freud ya aborda la relación profunda entre el psicoanálisis y la creación literaria (Gay, 1989).

La mitología es una importante parte de la constitución epistemológica del psicoanálisis. Los mitos dan la explicación del origen, de la necesidad de las instituciones y de las leyes, por lo que actúan como garantes de la permanencia de la sociedad a partir

del seguimiento del orden normativo; podemos decir que en el mito encontramos la explicación pura del ser del hombre (Tappan, 2021).

La forma mítica se diferencia de la leyenda, de la fábula, del cuento popular o del relato, ya que el mito tiene un carácter universal y trágico, en el sentido de que da cuenta de lo esencial en la vida propiamente humana a la manera de una gesta, de ahí su carácter atemporal. La cultura también es una expresión de cronología y el mito es siempre anterior, lo que explica su carácter fundante y esencial en las sociedades. No hay hombres ni civilizaciones sin mitos, son estos los elementos esenciales y ordenadores de lo que podríamos llamar «los parámetros de la subjetividad y de la cultura». El mito, como dijo Thomas Mann, «es una verdad eterna en contraste con una verdad empírica. Esta última puede cambiar con el periódico cada día con cada nueva lectura sobre los descubrimientos científicos, pero el mito va más allá del tiempo» (Mann citado por May, 1992, p. 24).

Los mitos son esencialmente etiológicos: muestran los orígenes de las cosas, los sustratos causales, el cómo se llegó a determinada situación. Además, forman parte de un entramado de mayor complejidad: los personajes, ya sean divinos o mortales, omnipotentes u ordinarios, tienen en sí mismos (más allá de la historia del mito contado) una historia particular en relación con otros mitos y cada lugar descrito también evoca otros lugares. Asimismo, están constituidos sobre una gran cantidad de simbolismos prestos a ser codificaciones por el lector, y sus personajes poseen poderes que obligan a exceder el marco racional (Ceberio, 2018).

Gran valor tuvo para Freud el mito de *Edipo Rey*, Narciso y la personificación de Tánatos y Eros; al igual que *La Orestíada* de Esquilo para Klein, así como en Lacan el papel del mito de Narciso dio

lugar a la función estructurante del encuentro del sujeto con su propia imagen, a través del espejo, todos como modelos para esquematizar y dar cuenta de sus teorías respecto de los fenómenos de la vida anímica. Bajo la lupa del psicoanálisis es en los mitos donde se encuentran las bases y los cimientos que constituyen al sujeto y lo que éste proyecta, generando la materia prima de la que se sirvió la sociedad primitiva para construirlos. Entonces, los mitos no son objeto de creencia sino de interpretación. Están plagados de simbolismos que deben ser codificados por sus receptores para entender el mensaje que encierran (Ceberio, 2018).

Freud consideraba que la estructura esencial de la mente era compartida por todos los hombres; eso le condujo a estudiar lo estimado en esa época como las formas elementales —las características indispensables de las distintas producciones sociales y culturales— que se encontraban en las comunidades autóctonas del mundo, sobre todo en las llamadas «primitivas» (Tappan, 2021).

La historiadora, psicoanalista y biógrafa de Freud, Elisabeth Roudinesco, define el psicoanálisis como una epopeya sobre los orígenes, una canción de gesta, con sus fábulas, mitos e imágenes. Es decir, que la invención de la subjetividad moderna pasó para bien por convertir al sujeto en algo parecido a un héroe. Para ella esa fue la gran labor de Freud: nos convirtió en héroes de nuestras vidas (Vicente, 2015).

Por ejemplo, *Edipo Rey*, de Sófocles, es el mito que explica cómo es que el ser humano es víctima de su propio deseo confundiendo con el destino. El *Complejo de Edipo* fue descubierto en un principio por Freud no sólo para dar cuenta de que la sexualidad infantil tiene apuntalamientos de carácter triangular e incestuoso, sino para mostrar como desde etapas muy tempranas es evidente y prevalente en el ser humano la ambivalencia de afectos e identificaciones, es decir, una conjunción de de-

seos amorosos y hostiles al mismo tiempo y hacia la misma persona.

Para comprender el texto freudiano de *El malestar en la cultura* debe estar por entendido que conceptos como Complejo de castración o el Complejo de Edipo implican un orden cultural, donde poseer derechos es siempre correlativo a haber pasado a un tipo de prohibición y por ende a una renuncia (exigencia de la cultura que se vive hasta nuestros días). Es la amenaza de castración la que sella la prohibición del incesto, y se encarna la función de la Ley como instauradora del orden humano. La antropología psicoanalítica se dedica a buscar la estructura triangular del Complejo de Edipo, cuya universalidad se afirma en las más diversas culturas y no sólo en aquellas en que predomina lo que conocemos como familia conyugal. Así, el padre es el regulador de la economía pulsional entre madre-hijo, pues el incesto imposibilitaría la estabilidad familiar. La identificación con el padre sacrificado y la culpa como fundamento de la prohibición dan surgimiento a leyes que de alguna manera siguen vigentes (Bettelheim, 2013).

En palabras de Roudinesco, el genio de Freud fue devolver los honores a los mitos griegos. A principios del siglo pasado éste le dijo a cada persona que sufría perturbaciones psíquicas: «Usted es Edipo. Es decir, un príncipe. Usted pertenece a una dinastía real. Usted es alguien trágico a quien su destino se le escapa». Es mejor esto que decir: «Usted es neurótico, incapaz de funcionar bien, le trataremos en una clínica, le haremos exámenes». Mejor parecer un rey que un paciente ordinario. El mito significa que tenemos una genealogía, que somos el fruto de una historia de familia. Freud es un antropólogo y un mitógrafo, alguien que nos hizo pensar de otra manera. El mito humaniza al paciente y su condición al concederle la posibilidad de ordenar su situación en palabras más cercanas a su imaginario y ser conarador de su propia historia (Bassets, 2019).

## DISCUSIÓN

Aunque es claro que algunos rasgos y exigencias de la cultura pueden modificarse a lo largo del tiempo, siempre habrá un subtexto inherente y constante que emana de la cultura y las preocupaciones fundamentales del ser. Los trastornos mentales son denominaciones artificiales (en el sentido lingüístico) que son organizados mediante un lenguaje nosológico que los agrupa por características sintomáticas y etiológicas. El estudio de la ficción, la narración y el mito como vértices de la subjetividad del síntoma mental proviene de esa particular relación lingüística entre paciente y clínico: el paciente relata oralmente cómo experimenta la enfermedad, y es el clínico quien recoge sus expresiones verbales y no verbales, a manera de un lector experto (narrador observador), para terminar de trasladar psicopatológicamente esa *subjetividad* en una narración cronológica, coherente y *objetiva* del origen de su estado clínico actual, más aún, «leer» los vacíos en la trama y ahondar en los motivos del paciente-autor. El cuestionamiento de la naturaleza del lenguaje clínico, sus limitantes y potencialidades, es fundamental para el proceso mismo de la crítica objetiva, de la construcción del conocimiento científico y la aproximación a la subjetividad del paciente.

## FUENTES

- Alonso L.E. & Rodríguez C.J.F. (2006). Roland Barthes y el análisis del discurso. *Empiria. Revista de metodología de las ciencias sociales* (12), 11-35. Disponible en: <https://bit.ly/3CfdmP8>
- Aguirre-García J.C. & Jaramillo-Echeverri L.G. (2012). Aportes del método fenomenológico a la investigación educativa. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos* 8, 51-74. Disponible en: <https://bit.ly/3CqghVn>

Balderrama L.S. (2008). El esquema actancial explicado. *Punto Cero*. Universidad Católica Boliviana, 13(16), 91-97. Disponible en: <https://bit.ly/3opYZT6>

Barthes R. (1966). Introduction à l'analyse structurale des récits. *Communications*, 8(1), 1-27.

Bassets M. (2019, 22 enero). Élisabeth Roudinesco: «El psicoanálisis vuelve a convertirse en una terapia para ricos». *El País*. Disponible en: <https://bit.ly/3Hedvpl>

Berrios G.E. (2004). La epistemología y la historia de la psiquiatría. *Vertex* 15(55), 29-37. Disponible en: <https://bit.ly/3HnDVVS>

Berrios G.E. (2011). Psiquiatría y sus objetos. *Revista de psiquiatría y salud mental* 4(4), 179-182. Disponible en: <https://bit.ly/30kwCOP>

Bettelheim B (2013). *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Barcelona: Paidós. 362.

Ceberio M.R. (2018). *Te cuento un cuento. Uso de narraciones y metáforas en psicoterapia*. Herder.

Contursi M.E. & Ferro F. (2000). *La narración: usos y teorías* (Vol. 5). México: Editorial Norma.

Fromm E. (1978). *¿Tener o ser?* México: Fondo de Cultura Económica.

Gay P. (1989). *Freud. Una vida de nuestro tiempo*. Barcelona: Paidós.

Huertas R. (2001). Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría* 1(2), 7-37. Disponible en: <https://bit.ly/30iaOCr>

Jardim L. Rojas M.C (2010). Investigación psicoanalítica en la universidad. *Estudios de Psicología. Campinas* 27(4) octubre-diciembre. 533. Disponible en: <https://bit.ly/3DeopJr>

López-Silva P. (2014). Consideraciones críticas sobre la propuesta de Thomas Szasz. Entre filosofía de la mente, fenomenología y psiquiatría. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental* 17, 234-250. Disponible en: <https://bit.ly/3CdN2ok>

Marietán H. (2004). Historia de la psiquiatría. *Alcmeón* 11. Disponible en: <https://bit.ly/3CkKh4Y>

May R. (1992). *La necesidad del mito*. Barcelona: Paidós.

Pimentel L.A. (1998). *El relato en perspectiva: estudio de teoría narrativa*. México: Siglo XXI.

Ramos Gorostiza P. & Adán Manes J. (2013). El problema psicopatológico y la fenomenología. Lo vivo y lo muerto en la psiquiatría fenomenológica. *Actas Españolas de Psiquiatría* 41, 301-310. Disponible en: <https://bit.ly/3Ffnf0Y>

Sosa E. (2007). El personaje literario: una expresión fenomenológica de la realidad en la literatura. *Letras* 49, 152-178. Disponible en: <https://bit.ly/3HgEctQ>

Spang K. (1984). Mimesis, ficción y verosimilitud en la creación literaria. *Anuario filosófico* 17(2), 153-159.

Tappan Merino J.E. (2021). Introducción epistemológica al psicoanálisis. Una mirada a la construcción de su conocimiento. Casa Alef Editorial, 368-406.

Vicente Á. (2015, 5 septiembre). Élisabeth Roudinesco: «Freud nos hizo héroes de nuestras vidas». *El País*. Disponible en: <https://bit.ly/3kCsno3>

**Figura 1.** Estructura narrativa de la historia clínica psiquiátrica y su relación con los niveles de descripción de Roland Barthes

Propósito	Estructura clásica de la historia clínica psiquiátrica	Funciones	Acciones	Narración
Momento descriptivo	Identificación del paciente	Unidad integradora	Actante: ¿de qué forma participa en el proceso de su enfermedad?	El clínico como «narrador observador»
	Psicobiografía: desarrollo biopsicosocial del paciente Salud mental previa: historia de síntomas mentales previo al estado morbo actual Padecimiento actual: estado sintomático del paciente que lo llevó a solicitar la atención médica-psiquiátrica	Unidad distribucional		
Momento intelectual o epicrisis	Examen mental: descripción ordenada del estado físico y psíquico del paciente	Unidad integradora		
	Análisis: integración de los elementos clínicos (subjetivos) del paciente y los obtenidos de la exploración física (objetivos)			
	Plan: tratamiento que se establecerá para reestablecer el estado previo de funcionamiento del paciente			

**Figura 2.** Proceso de creación de la historia clínica

