

JUAN JOSE LOPEZ-IBOR

ANATOMIA
DEL INTRACUERPO

A T L A N T I D A
REVISTA DEL PENSAMIENTO ACTUAL

Vol. I, Núm. 1

Enero-Febrero, 1963

lograr por la vía filosófica, quisiera plantear, por mi parte, hasta qué punto una experiencia concreta, esa que constituye el campo de la enfermedad, por ejemplo, es capaz de aportar nuevas luces sobre el problema del cuerpo humano. En cualquier caso, las dificultades de la cuestión aparecen claras en cuanto se advierte que no es más que un nuevo aspecto del problema cuerpo-alma. Problema netamente metafísico: pero problema real y concreto, tal como lo demuestra de un modo especialmente plástico la estructura de las neurosis, y la sintomatología de ciertas lesiones cerebrales.

I

EL ESQUEMA CORPORAL

La neurología actual adolece del grave defecto de recurrir a interpretaciones psicológicas que, además de periclitadas, resultan erróneas. Cuando se defiende demasiado apasionadamente la independencia de la neurología como rama del saber médico, se olvida, frecuentemente, el gran dominio que tiene con los problemas psicopatológicos. Nada más urgente que renovar el trasfondo doctrinal de las afasias, agnosias, apraxias, es decir, de buena parte de la patología cerebral. Bergson lo intentó hace muchos años. Desde Bergson hasta ahora, apenas han aparecido otros intentos con análoga ambición. Y la verdad es que tal intento es cada día más necesario.

La noción de sensación que suelen manejar los neurólogos es insuficiente, por demasiado clásica. Supone la existencia de una distinción tajante entre el órgano excitado y el excitante. El proceso en el conocimiento se supone que ha de partir, de un lado, del análisis fino neurofisiológico del órgano sensorial; de otro, del análisis de los estímulos que producen la sensación. Así el problema queda reducido al impacto del estímulo físico-

químico sobre la terminación nerviosa. Es cierto que todos estos análisis han enriquecido nuestros conocimientos, pero ¿dónde queda la sensación? ¿Cuándo aquel impacto ondulatorio se convierte en esa cualidad que llamamos rojo?

La busca de la objetividad ha llevado a un desprecio de la subjetividad, como si la ciencia terminase ahí. La ciencia —una *determinada* ciencia— puede trazar ahí sus fronteras, pero debe saber cuán graves problemas se le escapan. Por otra parte, tampoco existe una subjetividad pura. El rojo, como fenómeno subjetivo, es un mito. Cuando *vemos* el rojo, es siempre como cualidad inherente a un objeto. Lo importante es, pues, la relación que se establece entre la conciencia del sujeto y el mundo que la rodea. Pues bien, esta relación siempre se establece a través de nuestro cuerpo.

Oppenheim fue el primero en llamar la atención sobre el hecho de que cuando se producen simultáneamente dos estímulos simétricos, en dos partes distintas del cuerpo, una de las sensaciones se extingue y, en cambio, la otra se hace prevalente. Hémon puso de manifiesto otro fenómeno singular que ocurre en los amputados portadores de un miembro fantasma. Un estímulo sobre la región del miembro sano correspondiente al punto simétrico de aquel en el que la sensación del miembro fantasma es más viva, basta para borrar el miembro fantasma. Es otra manifestación del mismo fenómeno de la extinción. Head, Holmes y Riddoch descubrieron que una doble excitación luminosa puede no ser percibida más que en un hemicampo visual, cuando el aparato óptico está lesionado de un sólo lado, pero la lesión no es lo suficientemente intensa para provocar, por sí sola, una hemianopsia. Se trataría, pues, de una hemianopsia de situación, es decir, condicionada por una situación determinada, monovalente y no onmivalente. En algún caso tal hemianopsia relativa o de situación es capaz de provocar —en ciertas

lesiones parieto-occipitales— una extinción de las sensaciones táctiles en la mitad homolateral del cuerpo.

Cuando se trata de interpretar estos fenómenos se acude al mecanismo de la *inatención* (Critchley). Pero la explicación por la apelación a una función psicológica tan vaga como la atención resulta insatisfactoria. El hecho es que *el enfermo no presta atención a la sensación extinguida u oscurecida porque no puede*. Un enfermo del mismo Critchley decía: "La sensación más fuerte distrae de mí la facultad de poder experimentar una segunda. Me parece que no puedo prestar atención a mi lado izquierdo cuando el derecho se halla excitado".

Esto ocurre también en el sujeto normal. Hace algún tiempo emprendí una serie de experimentos para demostrar cómo no se pueden oír dos estímulos sonoros iguales, simultáneamente por los dos oídos; por ejemplo, dos aparatos de radio recogiendo la misma emisión y situados simétricamente con respecto al observador. El sujeto oye *distintamente* uno u otro de los dos, pero es imposible oír los dos a un tiempo. La puntualidad del acto psíquico se proyecta sobre la percepción sensorial.

Hace años describí el fenómeno que propuse llamar: *miembro fantasma negativo*. Se produce en las siguientes condiciones: se coloca al sujeto en situación de reposo tratando de lograr una relajación muscular máxima, como en los ejercicios de entrenamiento autógeno de Schulz. En la fase previa, en la que sólo se busca una relajación muscular generalizada, el sujeto tiene la sensación de que desaparecen sus miembros. Está como si no tuviera piernas ni brazos. La ausencia fantasmal se rellena con la impresión de presencia del miembro, cuando se concentra la atención sobre él.

Es difícil de aprehender la imagen de nuestra corporalidad normal. En estos intentos se ve cuán falso es hablar de *esquema corporal*: porque no se trata de un esquema, que siempre recuerda a

una figura geométrica. No es nada definido, fijo, sino algo móvil e impreciso.

En reposo, tenemos la sensación de la postura; en movimiento, la de aquello que va a ser ejecutado. Lo mismo que se dice que el yo existe en tanto que ejecuta su acción, *nuestro cuerpo existe, para nosotros, en tanto se realiza en el mundo*. El intracuerpo sólo en situaciones límites empieza a enviarnos mensajes. El sano sólo cuando corre mucho, siente palpar su corazón. Sólo el enfermo nota la sensación de presión en los sectores de su corporalidad enferma. La sintomatología subjetiva de las enfermedades consiste en esta presencia de sectores inéditos de la corporalidad.

Varias experiencias nos permitirán esclarecer más esta vivencia de la corporalidad. Rosso ha realizado algunas sobre la percepción de la propia cara cuando los ojos están cerrados. Si la cara gira a un lado, se tiene la impresión de que la cara está mirando hacia adelante, pero se aplanan. Más claro es el resultado de la experiencia realizada como yo la propongo: mirándose la cara en el espejo en posición de extremo giro de la misma. La explicación de Ross no es nada satisfactoria: él piensa que el organismo trata de mantener la misma relación entre cara y cuerpo. A mi modo de ver los hechos ocurren de la siguiente manera: la mirada fija en la propia imagen es, por así decirlo, el principio rector de la percepción de la corporalidad. De ahí que la perspectiva en que se ofrece esté sumergida a este principio rector y pueda hacer anular la percepción interna, es decir, la que nos daría la imagen cenestésica de la cara y esta sólo se ve planificada como nos la ofrece la propia perspectiva visual.

La intencionalidad supone una tensión entre un centro activo y su periferia. Cuando miramos un objeto, ¿no estamos, en cierta medida, en el objeto mismo? En las experiencias de relajación absoluta lo que se percibe de nuestra corporalidad es la superficie en la cual estamos

apoyados. Es decir, la frontera en la que la actividad perceptiva se condensa porque encuentra un obstáculo. Otra experiencia: con los ojos cerrados, se trata de percibir la presencia corporal de la mano apoyada sobre la mesa. La zona de condensación perceptiva se establece en los puntos de apoyo. Aplico ahora un libro sobre el dorso de la mano; la franja perceptible se traslada a los puntos de apoyo del libro. Es más: *donde se traslada es al libro mismo*. Lo que percibimos ya no es la presencia de la mano, sino *la del libro mismo*. Si invierto la mano y sostengo el libro, la presencia de la sensación de la mano es más nítida. ¿Por qué? Porque en él hay más coeficiente de actividad que en el acto de sostener el libro.

El esquema corporal se halla ligado, en una u otra forma, a la motilidad real o virtual, y tiene carácter intencional. *En situación de reposo absoluto percibimos de nuestro esquema corporal aquellas partes a las que se dirige nuestra actividad psíquica o aquellas otras partes en actividad por contacto con el mundo exterior*. En reposo y en actitud yacente, el esquema corporal percibido, o sea, la vivencia de nuestra corporabilidad, está constituido fundamentalmente por los puntos en que nuestro cuerpo se apoya sobre la superficie que lo sostiene. A este esquema vivenciado puede agregarse la proyección de un esquema mnésico, constituido, por ejemplo, por el recuerdo de nuestras experiencias visuales. Si en lugar de sentir el cuerpo en reposo, lo sentimos en movimiento, el esquema de la corporalidad vivenciada se halla en aquella parte de cuerpo *que movemos más intencionalmente*. Si andamos y estamos hablando, es en esta segunda acción donde se condensa nuestro esquema corporal.

II

INTENCIONALIDAD Y PRESENCIA

Desde Brentano se ha querido distinguir lo psíquico de lo físico, por esta

nota cualitativa de la *intencionalidad*. Su raíz etimológica viene de *tendere*, indogermanismo *ten-d*, en griego *topos*, equivalente a tensión, tono, tendencia. La tensión se establece entre un centro y un punto posible de la periferia. En esa tensión se halla implícita la sensación de que existimos. El "pienso luego existo", de Descartes, alude a esa tensión en el pensamiento, así como la afirmación de la filosofía existencial del "yo existo" alude a la tensión de las capas tónicas del ser.

Ahora bien, la tensión o la intencionalidad existe en la corporalidad. La corporalidad humana, el hombre en posesión de su cuerpo tiene un carácter intencional. Por eso la imagen corporal resulta de esa misma nota, evidente y primaria, de la intencionalidad. Pero la llamada imagen corporal no es más que una impresión de *presencia* que se mantiene fluida, vaga e indefinida, presta a verse por determinados canales. Schiller habla de que nuestra imagen corporal es algo como hueco y vacío. No es una abstracción, un esquema, ni siquiera una imagen. Por mi parte preferiría decir que es una *experiencia de presencia*.

Tal presencia no se localiza en ninguna parte y puede localizarse en todas: su localización depende de la dirección que tome nuestra actividad psíquica. Este es el gran principio rector de la experiencia. A veces se dice que depende de nuestra *atención*; la palabra sería válida si no tuviese otro significado más concreto en el vocabulario psicológico. De lo que depende es de nuestra *intención*. La mal llamada imagen corporal depende de nuestra *intencionalidad*.

La intencionalidad de los actos psíquicos es la condición exigitiva de la intencionalidad del cuerpo humano. En él se halla inscrita tal intencionalidad. La diferencia entre el cerebro derecho y el izquierdo responde a este mismo principio. Si ambos fuesen iguales, o mejor, equivalentes, no habría derecha e izquierda. Sin tal asimetría no habría posible eje-

cución intencional de los actos psíquicos. La morfología del extracuerpo hay que redescubrirla a la luz de estos principios. En él existen zonas neutras, equivalentes, como pasa en muchos órganos internos. Son órganos sin valencias psíquicas; pero donde existe valencia psíquica aparece la intencionalidad y la asimetría en las funciones corporales correspondientes.

III

PERIFERIA Y CENTRO

Si la imagen del cuerpo es algo inmediato que surge y se percibe en contacto con la experiencia del propio yo, ¿es que la periferia no tiene ninguna participación en ella? ¿Es que la imagen corporal es algo engendrado sólo centralmente, aunque dejemos la palabra central como una referencia todavía indefinida?

La periferia debe intervenir, pero no como se había pensado. El miembro fantasma acompañado de sensaciones dolorosas no desaparece por la anestesia del muñón real de la extremidad amputada, ni por la sección de las vías periféricas o medulares de conducción. Inversamente, la hemiasomatognosia puede desaparecer aunque los trastornos sensitivos permanezcan. La imagen del cuerpo, insistimos, no es una síntesis, una integración, sino una presencia de percepción inmediata.

Ahora bien, el miembro fantasma se acorta más en los casos en los que la amputación de la pierna es bilateral que en los que es unilateral. El miembro sano influye, con su presencia, en el tamaño del miembro fantasma. En los casos de paraplejía acompañados de miembro fantasma, diversos autores han hecho una observación notable. El miembro fantasma está pegado al tronco de un modo distinto a como lo están las piernas reales. Tiene algo de rígido, de mecánico, como las piernas de una marioneta. En las piernas de una marioneta las leyes físicas son otras que en las nuestras, que

sirven para sostener el cuerpo. Aquellas son sostenidas desde arriba. El miembro fantasma es algo así como un *proyecto*. Un proyecto de movimiento *sensorializado*. Esta expresión quizás no sea correcta, pero sí plástica. La periferia lo que hace es contribuir a la constitución de la realidad.

La percepción se ha interpretado sólo como un proceso pasivo, consistente en la llegada a los centros de los estímulos sensoriales. El rayo de luz llega a la retina, pero la percepción de lo que vemos es sólo posible por la interacción entre el impulso que surge del interior y lo que viene de fuera. *Toda percepción es un encuentro*. Y yo diría más, *un encuentro creador*. La percepción completa no existe ni dentro ni fuera, sino en la misma conjunción creadora. El llamado esquema corporal es, pues, el resultado del encuentro de la actividad del yo con el mundo, merced —precisamente— a que esa actividad del yo se halla anclada en una corporalidad.

En este análisis hemos adquirido ya tres notas fundamentales que nos servirán muy eficazmente para la interpretación de los hechos:

La primera, es que *la llamada imagen corporal es una pura experiencia del existir mismo*. En el *Da-sein* de la filosofía existencial el *da* significa eso. Muchas veces se ha querido decir que el *da* es la circunstancia como decía Ortega. El *da*, o sea, el "ahí" de nuestra existencia, es nuestro cuerpo. La presencia del cuerpo es la que concede al existir su carácter de facticidad, su espacialidad y su temporalidad. Sin el "ahí" de nuestra corporalidad el existir sería un vagar de espectros.

En segundo lugar, *tal experiencia es tensiva, intencional*. Tiene un centro y una periferia. Se caracteriza por su movilidad. La tensión no puede girar en el vacío. En la percepción de la corporalidad a algo debe dirigirse. Ese algo depende de las circunstancias a las que se halle sujeto. La patología se caracteriza

porque ese algo tiene *carácter impositivo*. El sujeto que tiene un dolor o cualquiera otra sensación patológica en su cuerpo, con dificultad puede barrerla del campo de su atención.

Y por último, *en esta dinámica intencional, la percepción tiende a rebasar los límites de la propia corporalidad*. En la vida cotidiana desaparece nuestra imagen corporal. Se dice que está en el fondo. Se puede aceptar esa afirmación si se quiere decir que es inconsciente. Lo que percibimos es la realidad exterior. Cuando el libro se apoya sobre la mano no se percibe la mano misma, sino el libro.

Ese desplazamiento fronterizo se encuentra alterado en la patología. Un ejemplo que he tenido ocasión de observar repetidas veces es el de los parkinsonianos. Muchas veces, al atravesar el marco vacío de una puerta, tienen dificultad y quedan detenidos. El estrechamiento del espacio los aprisiona como si realmente se estrechase el espacio físico. Es un curioso fenómeno que no he visto analizado en ninguna parte.

IV

EL INTRACUERPO

La noción del esquema corporal en la neurología ha surgido, como he señalado al principio, a partir de las observaciones clínicas del miembro fantasma, de la anosognosia, etc., pero aludiendo a la presencia en nosotros de una especie de dibujo o de figura del cuerpo vista desde fuera. Tal noción olvida algo importante.

El olvido consiste en no intentar integrar a la noción de la imagen corporal la de la corporalidad interior; es decir, lo que clásicamente llamamos *cenestesia*, que Ortega llamó intracuerpo, o sea, el cuerpo visto por dentro. Claro es que nuestro cuerpo no es visto por dentro; podemos ver un hígado o un riñón, pero eso no tiene nada que ver con la sensa-

ción interna de corporalidad, que no nos revela la presencia del hígado o del riñón, sino que tiene caracteres distintos.

La neurofisiología actual ha realizado grandes progresos en el estudio de la producción de estímulos y vías conductoras de las diversas sensibilidades. La traducción psicológica de tales conocimientos sería la siguiente: una lluvia de estímulos de nuestra corporalidad, procedentes de la periferia, son conducidos a los centros sensoriales y así se establece nuestra imagen corporal interior. Leibnitz, en su correspondencia con Arnauld, decía: "Es verdad que no nos apercibimos distintamente de todos los movimientos de nuestro cuerpo, como por ejemplo, el de la linfa; más, para servirme de un ejemplo que ya he empleado, así como es necesario que yo tenga alguna percepción del movimiento de cada ola sobre la orilla para poder percibir lo que resulta de la reunión de las olas, a saber, el gran ruido que se oye cerca del mar, de igual modo sentimos también algún resultado confuso de todos los movimientos que tienen lugar en nosotros. Mas estando acostumbrados a ese movimiento interno, no nos apercibimos de ello distintamente y en forma reflexiva, sino cuando se produce una alteración considerable, como en el comienzo de las enfermedades. Y sería de desear que los médicos se aplicasen a distinguir con más exactitud esa clase de sensaciones confusas que tenemos en nuestro cuerpo".

Lo curioso es que esa suma de pequeñas percepciones, como en una prodigiosa operación matemática, *dé un resultado negativo*. El que percibe muchos sumandos con relieves plásticos diversos, es el hipocondríaco. En el sano, la suma tiende a cero; pero esta es una expresión inexacta ya que a lo que tiende es a uno. Efectivamente, de nuestro intracuerpo nos llega un mensaje con carácter inmediato, compacto, unitario, tan misterioso e inmediato como el que percibimos de nuestro yo. Nuestro yo corporal es una unidad de presencia dinámica y evasiva.

Sentimos nuestra corporalidad como algo de que disponemos y aplicamos a la acción. El mensaje que nos viene es el de las *realizaciones de la corporalidad*.

El análisis de la situación psicosomática, desde el punto de vista antropológico, el primer problema que plantea es el del intracuerpo. Tanto desde el punto de vista antropológico existencial, como fenomenológico, se han publicado excelentes trabajos en estos últimos años (Boss, Christian, von Weizsäcker, Plügge, G. Marcel, Merleau-Ponty, Zutt, Buytendik, de Waehlens).

Pero, en la vida corriente, no estamos proponiéndonos siempre efectuar un análisis introspectivo del yo, sino que este centro dinámico y personal se vive en su propia actividad, en contacto con el mundo exterior. Este contacto se realiza, además, a través de un medio, que es nuestro propio cuerpo, que por una parte pertenece al mundo exterior, al mundo de las cosas u objetos, y por otra nos pertenece a nosotros mismos. Es curiosa la relación que nos liga a nuestro propio cuerpo. Cuando no pensamos en ella, la vivimos como si el conjunto: cuerpo y experiencia psicológica, fuese un centro del que irradiase nuestra actividad. Esta es una experiencia indiscriminada, pero, vueltos hacia ella, pronto nos damos cuenta de su carácter dual, que se halla reflejado muy bien en las expresiones que Gabriel Marcel ha elegido para señalar la nota esencial de nuestra relación con el cuerpo: *somos* nuestro cuerpo y *tenemos* nuestro cuerpo. Por una parte, nos sentimos unidos al cuerpo, en una situación *concéntrica* de yo y corporalidad, pero, por otra parte, sentimos la corporalidad *excéntrica* con respecto al yo, y por eso la tenemos a mano, la objetivamos como las cosas del mundo exterior (Plessner).

A la unidad de la experiencia del yo psicológico corresponde una unidad de experiencia del yo corporal. La experiencia cenestésica es, pues, *única* en este plano. La existencia de lo que llamó

Scheler sentimientos vitales, con un carácter global, lo demuestra. Nos sentimos cansados o eufóricos *a la vez*, como una sensación *global* de la vivencia en la encarnación del espíritu en el cuerpo.

La experiencia del yo corporal no se ofrece como una noticia pasiva; es un error creer que se trata de una especie de telegramas que va enviando cada órgano —¿y por qué no cada célula?— a un centro donde anida esa percepción del yo corporal que llamamos cenestesia. El mismo inciso que acabo de hacer, demuestra lo absurdo de la hipótesis; porque, en realidad, la experiencia cenestésica no es posible, a la vez, como procedente de todas las terminaciones sensitivas que existen en el cuerpo, sino que *se establece con carácter selectivo*. De ahí que no sea una suma, sino una experiencia global en bloque y primaria que secundariamente podrá ser analizada. Lo que ocurre es que se siente *proyectada* en territorios diversos, *según sea la actividad del sujeto*.

Estamos acostumbrados a pensar en esquemas y estos nos inducen a error. El definir la relación del yo con su cuerpo como concéntrica y excéntrica al mismo tiempo, nos induce a operar con el esquema de un yo puntual, una especie de sol del sistema corporal humano que irradia desde allí sus energías, y que recibe de la periferia sus noticias y mensajes.

Esta idea es errónea. Tratemos de lograr una imagen de nuestro cuerpo en una experiencia de introspección como ya he señalado antes. Lo que aparece, lo que está presente, es la parte del mismo que se apoya en la cama donde está echado. Si nos ponemos de pie se desplaza la experiencia de la corporalidad. No hablemos de las experiencias patológicas. Allí donde pasa u ocurre algo, estamos en aquel momento, allí se halla situada nuestra vivencia del yo. Y como el yo, psicológicamente, no es más que una experiencia, podemos decir que allí está situado el yo. No es, pues, una vivencia que se distancia, sino que se funde con

la actividad momentánea. Fuera de esta zona donde se proyecta el foco luminoso de la actividad, reina la sombra.

Precisamente, por esa actividad es por lo que en todas las experiencias de despersonalización existe esa nota de inapropiación. La actividad es lo que tiene de mía la experiencia, y si esta se perturba, entonces ya no aparece tan mía (sensación de extrañeza). La actividad asume la impresión de que se produce y la incorpora al resto de la vida psíquica. El presente se enlaza con el recuerdo, con el pasado. De ahí la experiencia del *déjà-vu* cuando se perturba esa modalidad de asimilarse al presente.

El papel de la angustia en todas estas experiencias es evidente y esencial. Según he tratado de exponer en varias publicaciones anteriores, una forma de angustia consiste en *la experiencia de la amenaza de la disolución del yo*. Esta disolución del yo puede realizarse en varios planos, y uno de ellos es el de su fusión con la corporalidad. En la experiencia angustiosa aguda, todos los planos se recorren rápidamente, y lo que el sujeto siente es la pura angustia sin saber por qué, es decir, sin referirla a nada. Cuando la experiencia se despliega más lentamente ofrece su anatomía interna y una de sus regiones topográficas se halla constituida por la fusión del yo con su imagen corporal. En la amenaza de la disolución del yo esta imagen se enajena, se convierte en extraña; a veces como totalidad, a veces como parte, según el yo se siente total o parcialmente amenazado. Por eso el enfermo dice: "este cuerpo no es mío", y al objetarle, modifica su expresión y dice: "como si no fuera mío".

Yo no puedo tener mi cuerpo sin concederle esta o aquella significación, es decir, *sin concederle sentido*. Pero si es verdad que tenemos nuestro cuerpo y que, por tanto, al tenerlo, le concedemos un sentido en nuestra vida, no lo es me-

nos que *el cuerpo nos tiene a nosotros*, lo cual quiere decir que limita las posibilidades de sentido que podemos conceder a nuestra vida.

La expresión de Gabriel Marcel: "somos nuestro cuerpo" y "tenemos nuestro cuerpo" habría que ampliarla: "nuestro cuerpo, a su vez, nos tiene". De ahí deriva la facticidad de la vida humana. Nuestra envoltura corporal es, al mismo tiempo, posibilidad y prisión. De ahí su ambigüedad. De ahí, también, su dialéctica entre realidad y posibilidad. La enfermedad es algo inherente a la vida humana como es la muerte misma. La enfermedad es siempre limitación de posibilidades. Conceder un sentido al cuerpo es concedérselo a la enfermedad, pero sentido corporal y sentido de la enfermedad no son caminos ilimitados sino finitos. La misma finitud que tiene nuestra vida.

Nuestro cuerpo es, en estado de salud, el gran silencioso. Tampoco en estado de enfermedad nos revela su anatomía, al modo como se estudia en las salas de disección. Es en otra dirección la disección que nos ofrece. A través de experiencias variadas, tales como la del dolor, la angustia, el vértigo, etc., nos habla otro lenguaje. La anatomía del cuerpo es distinta de la anatomía del intracuerpo, y ésta no es menos importante que aquella. Los signos de las enfermedades nos traducen la anatomía del cuerpo, pero los síntomas, con frecuencia, sólo traducen las de intracuerpo. Su lenguaje es el sufrimiento.

La enfermedad es proceso objetivo por una parte y sufrimiento por otra. Ambas caras cuentan en la medicina. La medicina moderna ha vuelto a descubrir el valor de conocimiento del aspecto pático de las enfermedades. De ahí ha surgido la medicina de las neurosis, la medicina psicosomática y todo aquello que hoy se incluye en la exigencia de una medicina antropológica.

