

Percepción, marca y representación: tres puntos cardinales para orientar una teoría y una práctica psicosomáticas

Jorge C. Ulnik¹

1. Psicoanalista (APA) y psiquiatra. Profesor Regular Adjunto, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA. Profesor Regular Asociado, Fisiopatología y enfermedades psicosomáticas, Facultad de Psicología, UBA. Responsable del área de psicósomática del Master de psicoterapias psicoanalíticas, Universidad Complutense de Madrid.

E-mail: jorgeulnik@gmail.com

Resumen

La concepción acerca de la capacidad de simbolizar en los pacientes con enfermedades somáticas se puede enriquecer si consideramos distintos niveles de simbolización.

En función de ello, se postula que hay somatizaciones que solo indican un exceso, otras que imitan un estímulo o una escena imaginaria y otras que simbolizan una situación afectiva y vincular compleja.

Para abordarlas se propone estudiar la relación entre percepción, marca y representación, teniendo en cuenta la relación entre el mundo, el cuerpo y el otro.

Como un banner en la calle felicitando una graduación o anunciando un evento privado, el proceso de condensación del cuerpo, el mundo y el otro queda fijado en la piel o en un órgano y expuesto ante todos como una marca que se pueda percibir para siempre. Todo funciona como si esa marca ha quedado inscripta en forma separada de la que promueve las palabras y el lenguaje, la ha reemplazado para enfrentar determinadas realidades y ha quedado ligada a una inervación, un órgano, una reacción química o una expresión genética.

La persona y el cuerpo del analista deben permitirse quedar involucrados en ese evento privado por medio de una transferencia particular que debe ser comprendida e interpretada por medio de actos analíticos y de una actitud más activa que la tradicional, sin perder de vista los conocimientos más consistentes de su teoría y su práctica.

Palabras clave: Psicosomática – Psicoanálisis – Somatización – Cuerpo – Marca – Representación encarnada.

PERCEPTION, MARK AND REPRESENTATION: THREE CARDINAL POINTS TO GUIDE A PSYCHOSOMATIC THEORY AND PRACTICE

Abstract

The conception about the ability to symbolize in patients with somatic diseases can be enriched if we consider different levels of symbolization.

Based on this, in this paper it is postulated that there are somatizations that only indicate an excess, others that mimic a stimulus or an imaginary scene and others that symbolize an affective situation and complex links in conflict.

To address them, it is proposed to study the relationship between perception, mark and representation, taking into account the relationship between the world, the body and the other.

Like a banner on the street congratulating a graduation or announcing a private event, the process of condensation of the body, the world and the other is fixed on the skin or on an organ and exposed to all as a mark that can be perceived forever. Everything works as if that mark has been registered separately from the one that promotes words and language, has replaced it to face certain realities and has been linked to an innervation, an organ, a chemical reaction or a genetic expression.

The person and the body of the analyst must allow themselves to be involved in that private event through a particular transference that must be understood and interpreted through analytical acts and a more active attitude than the traditional one, without losing sight of the most consistent knowledge of his theory and practice.

Key words: Psychosomatics – Psychoanalysis – Somatization – Body – Mark – Embodied representation.

En la práctica clínica actual recibimos frecuentemente consultas de pacientes con problemas somáticos. Algunos tienen auto-lesiones que dejan marcas en el cuerpo, otros se quejan de dolores corporales invalidantes y otros padecen enfermedades somáticas crónicas que no evolucionan bien o enfermedades graves que no tienen cura. Gran parte de estos pacientes no quieren asociar libremente y son difícilmente analizables y otros al mismo tiempo que sueñan, imaginan y asocian libremente, evolucionan de su enfermedad como si fuera por un camino paralelo, sugiriendo de este modo que su padecer somático no tiene ninguna conexión con su discurso, su mente y sus emociones.

Luego de un análisis apresurado, se podría considerar que todos estos casos no tienen indicación de tratamiento psicoanalítico. Además, la mayoría de los trabajos extranjeros sugieren que cuando pudiera estar indicado, el tratamiento psicológico debe ser cognitivo-conductual. Sin embargo, psicoanalistas de las más diversas escuelas psicodinámicas han trabajado y han escrito acerca de este tipo de casos, reportando éxitos terapéuticos.

El tratamiento psicoanalítico suele ser a largo plazo y, mediante su técnica, logra una buena adherencia de los pacientes. De este modo, el análisis longitudinal permite comparar el pasado y el presente de cada paciente después de largos períodos de tiempo y los psicoanalistas con práctica psicodinámica agregan datos clínicos nuevos y heterogéneos: modificaciones de la evolución de la enfermedad a lo largo del tiempo, cambios en las características semiológicas de la enfermedad (especialmente en enfermedades crónicas), alternancias entre enfermedades somáticas y cuadros psicopatológicos, remisiones "espontáneas", etc.

Como los síntomas y las quejas están relacionados con el cuerpo y los pacientes usualmente tienen una disociación psico-somática, la clave para tratarlos es relacionar la psique y el soma y construir puentes apropiados para ello. Si entre ambos polos hay un abismo, habrá que encontrar los atajos para ir una y otra vez de un lado al otro como si se tratara de zurcir dos bordes cuya costura es imposible. Para ello, es necesaria una forma de pensar y procesar que sea transindividual, transdisciplinaria, creativa y salvaje.

Transindividual porque hay muchos pacientes con familias aglutinadas, relaciones simbióticas, y síntomas que parecen estar relacionados con historias, creencias, mandatos y costumbres de sus ancestros. Transdisciplinaria porque es necesario trabajar en equipo y estar dispuestos a que el punto de vista de otros especialistas modifique y enriquezca el propio, generando un abordaje más complejo, creativo y original. Y cuando decimos salvaje, no nos referimos a un pensamiento de nivel inferior o relativo a los aborígenes, sino al concepto de Levi-Strauss (1, 2) quien dice que es un pensamiento primitivo en estado puro como el que todos tuvimos en el transcurso de nuestra evolución y después fuimos capaces de superar. Este tipo de pensamiento pone en primer plano la restauración del sentido de la enfermedad y su lugar en la historia y la dinámica del paciente y

su familia. Además relaciona, borrando en parte sus bordes, el cuerpo, el mundo interno, el mundo externo y el otro con el cual nos relacionamos.

Los hechos vitales, los significados, las emociones y las fantasías no son las causas de la enfermedad. Sin embargo, si abandonamos aunque sea temporariamente el enfoque causal es posible considerar a nuestros pacientes como sujetos imbuidos del deseo de comunicar no sólo con el lenguaje sino también con todo el cuerpo, tomando en cuenta tanto su funcionamiento normal como patológico.

Los niveles de simbolización

El campo psicodinámico está dividido entre los que piensan que los pacientes "psicodinámicos" no simbolizan y que las manifestaciones somáticas no deben ser interpretadas porque no tienen ningún sentido más que el que artificialmente les puede adjudicar el observador externo, y los que van a la búsqueda de un sentido oculto, que tiene valor simbólico y que puede ser interpretado (3, 4, 5).

La eterna discusión acerca del sentido de los trastornos somáticos y la capacidad simbólica de los pacientes psicodinámicos, cuando es planteada en términos dicotómicos (simbolizan vs no simbolizan) a mi entender obtura el conocimiento de la existencia de diferentes niveles de simbolización. No importa si el nivel más básico no merecería llamarse simbolización, o si nuestra concepción en capas o niveles no impide diferenciar tajantemente símbolo y signo.

Lo que importa es que las analogías y las equivalencias adquieren un peso enorme cuando la distancia entre representación y percepción se achica, y entra a jugar un rol esencial un tercer elemento -Peirce lo llama "interpretante"- que será el que determine *a posteriori* de qué clase de símbolo o signo estamos hablando. El interpretante no es una persona que interpreta sino un nuevo signo que interactúa con los anteriores, modificándolos (6).

Todos tenemos experiencias con pacientes cuyas lesiones y/o enfermedades sugieren un sentido. Mientras que algunos amigos y familiares que conocen bien al paciente piensan que ese sentido se ajusta bien y "encaja" en su historia y su situación vital, médicos y psicoterapeutas usualmente consideran que esos sentidos son el producto de su propia imaginación o simplemente coincidencias. A veces hay enfermedades que aparecen después de la muerte o la separación de un ser amado. En ocasiones, el nombre o el apellido del paciente parece inconscientemente conectado con los síntomas de su enfermedad o las características de sus lesiones: color, forma, etc. Más frecuentemente, el mismo paciente habla de su enfermedad utilizando palabras que son aplicables también a su estado emocional, su familia, su historia vital, su trabajo, sus objetos preferidos, sus duelos, etc.

Pero el sentido no se manifiesta siempre del mismo modo. A veces el factor cuantitativo es esencial, y el nivel de stress o la fuerza de las emociones no permiten a las palabras ejercer su rol. Según Peirce, un signo en rela-

ción a su objeto puede parecerse, indicarlo o tomar su lugar. Es entonces respectivamente ícono, índice o símbolo (6). De ahí que, inspirados por la semiótica de Peirce, nos permitimos establecer tres formas diferentes de somatización:

Las *somatizaciones indicativas o indiciarias*, que son las que ocurren a consecuencia de estímulos que superan cierto umbral, como por ejemplo, la reacción frente a un alto e inespecífico nivel de stress. Son la consecuencia de un exceso cuantitativo. La alteración del funcionamiento del cuerpo o de su integridad estaría *indicando* ese exceso.

Las *somatizaciones icónicas*, que son las que *imitan* los estímulos. La enfermedad se parece a la situación o a la escena traumática. Quizás las neuronas espejo jueguen un papel esencial en este tipo de respuesta. Por ejemplo, la aparición de una alopecia areata en una adolescente luego de ver que su padre sostenía de los pelos a su madre mientras la golpeaba.

Las *somatizaciones simbólicas* que son las que *simbolizan* una idea, un sentimiento o una escena compleja. Implican un proceso de alto rango, una imitación más compleja y una fuerte intención subjetiva de comunicar. Por ejemplo, la aparición de eczema en la piel de una mujer en el mismo lugar del cuerpo en el que su madre lleva un tatuaje de un campo de concentración o el cáncer de mama en una mujer cuyo hijo tiene un bebé recién nacido que la nuera no la deja visitar

Según sea ícono, índice, o símbolo, el signo en cuestión remite cada vez más indirectamente a su objeto.

Las tres dimensiones de la representación

De acuerdo a A. Green (4), el campo de la representación se extiende sobre tres diferentes espacios: el cuerpo, el mundo y el otro. Para transformar las representaciones que construye nuestro psiquismo es necesario investirles, otorgarles un valor. Si rehuimos hacerlo, o si son demasiado dolorosas como para pensar en ellas, no podremos liberarnos de su dominio, la represión fallará y según el autor, ocurre que queda abolida la distancia entre representación y percepción. "Cuando esto sucede, el mundo, el cuerpo y el otro quedan entremezclados, activándose fuentes semióticas originarias. El sentido de los objetos es experimentado como inseparable de las cualidades sensoriales que se pueden percibir en su superficie". En consecuencia, "...el lugar de los objetos y la constitución del espacio exterior como reflejo del interior crea una equivalencia espacial sin discriminación" (7). Esto se puede apreciar en la costumbre de tatuarse, porque los tatuajes imprimen en el cuerpo los sentimientos, los nombres de las personas, sus figuras, los mitos y fantasías, así como los íconos significativos de un modo concreto, inseparable de la percepción, mimético, "criogenéticamente" eterno.

La percepción, las marcas en el cuerpo y la representación pueden ser consideradas como puntos cardinales para orientar una teoría y una práctica psicodinámicas.

La teoría y el abordaje psicoanalítico son esenciales para comprender el mundo interno y la vida emocional de estas personas. El enfoque psicodinámico cambia la

concepción de la enfermedad porque cuando escuchamos a los pacientes teniendo en cuenta el modo de funcionamiento del inconsciente y su interacción con los procesos corporales podemos darnos cuenta que existen cadenas de asociaciones entre elementos heterogéneos y que la psique y el soma interactúan con una influencia recíproca (8).

Ahora bien, el paciente viene a consultarnos y nos podemos preguntar: ¿Cuál es la enfermedad subyacente al motivo manifiesto de consulta? ¿Cuál es la verdadera enfermedad? ¿Hay una relación entre lo que se percibe como síntoma o signo de la enfermedad, lo que está marcado en el cuerpo y lo que puede ser representado en el psiquismo? Y si esta relación no existe, ¿es posible crearla y una vez creada darle una utilidad terapéutica?

Alergia y lesiones auto-infligidas: ambas son marcas en el cuerpo

Hace unos años atrás, en un congreso de psicodermatología de los que voy habitualmente en España, un dermatólogo presentó un caso junto con un psiquiatra (9). La presentación fue original y llamó especialmente mi atención. Se trataba de una mujer de 40 años, de bajo nivel sociocultural, que tenía lesiones en sus brazos, manos y cara. Las lesiones eran atípicas y los médicos se preguntaban si tenía un eczema o lesiones auto-infligidas. Después de llevar a cabo análisis de laboratorio y test de alergia, le encontraron una reacción al látex. Ella trabajaba como ayudante de cocina y utilizaba guantes hechos de un tipo de látex que le producía el eczema. En consecuencia, el diagnóstico fue dermatitis de contacto alérgica y fue tratada con corticoides, emulsiones hidratantes y antihistamínicos orales. El tratamiento fue exitoso y las lesiones desaparecieron. Hasta aquí se trata de un caso común y corriente. Pero poco tiempo después la paciente asistió a un control en el hospital presentando lesiones en los mismos lugares del cuerpo. Había cambiado de trabajo y ahora era empleada de una empresa de limpieza. Las lesiones seguían siendo atípicas y ahora eran peores que las que tenía cuando fue diagnosticada como eczema. Después de numerosos test que dieron negativos se reorientó la anamnesis poniendo el foco en los aspectos psicológicos y se llegó a la conclusión de que ahora se trataba de lesiones auto-infligidas. Como no reconoció que era ella misma la que provocaba sus lesiones, el diagnóstico fue desorden facticio con predominio de síntomas físicos.

La primera novedad fue que los presentadores relacionaron las dos enfermedades. Por un lado, consideraron que la primera enfermedad era orgánica y causada por factores externos (el látex al cual la paciente era alérgica) pero generaba un beneficio secundario: mantener la atención de su familia dirigida hacia ella. Por otro lado, afirmaron que la segunda enfermedad era producida por ella misma con el mismo objetivo: lo hacía como un llamado, un pedido de atención hacia los demás. Sabemos que a menudo las lesiones auto-infligidas buscan llamar la atención, a veces como una intención consciente, y muchas otras como producto de estados disociativos del paciente.

Este caso me interesó especialmente porque muestra claramente como un mismo problema puede subyacer y manifestarse por medio de dos patologías que la medicina tradicional se esfuerza por diferenciar y nunca por relacionar o asemejar. El acento en el diagnóstico diferencial a veces hace perder de vista el problema principal, que en ésta paciente resulta un denominador común de las dos patologías.

Cuando analizamos la segunda enfermedad –el desorden ficticio con lesiones auto-infligidas–, vemos que los médicos decidieron preguntarle a la paciente acerca de su vida, su familia, sus emociones, y en definitiva acerca de sí misma. A partir de esas preguntas, citaban frases sueltas de sus respuestas y describían algunos aspectos psicológicos. Se trataba de una paciente casada, sin hijos, que vivía con su marido en la misma casa que su suegra, su cuñado y el hijo de su cuñado. La vida en conjunto era difícil y a menudo tenían discusiones y peleas. Ella decía: “Me siento mal en mi casa. Me molesta que no me consideran y me dejan sola. Ellos dicen que soy una niña malcriada y yo me siento más enojada, nerviosa y pierdo la cabeza”. “El nervio se me sube por el pecho a la cabeza como si fuera a explotar y empiezo a tirar todo. Trato de calmarme pero no puedo” (9).

Respecto de las lesiones en la piel, se mostraba muy preocupada porque no se le iban y no reconocía su parte en la producción de las mismas. Decía que sus lesiones no terminaban nunca, no se curaban nunca y que cuando se cerraban, se volvían abrir en otra parte.

A partir de estos datos, el psiquiatra propuso un diagnóstico utilizando las categorías del DSM-IV. Según él, la paciente tenía un retardo mental leve, cumplía con los criterios de un trastorno de ansiedad y su desorden facticio coexistía con un desorden de la personalidad.

Si analizamos este caso en forma diacrónica, podemos preguntarnos ¿por qué no indagar sobre la familia, la convivencia y las emociones también en los pacientes con eczema real? ¿Acaso los datos obtenidos al hacerlo durante la segunda “enfermedad” eran irrelevantes durante la primera? ¿El “llamado de atención” por medio de las lesiones auto-infligidas apareció como continuación de un beneficio secundario obtenido durante el eczema? ¿O en realidad era ya desde ésta primera enfermedad una parte importante del mensaje que el sujeto del lenguaje no sabía o no tenía cómo transmitir? Si es así, la interacción patológica entre el látex y la piel no era más que un efector de tal mensaje. De la misma manera como un sujeto no deja de estar triste si le quitan las lágrimas con una operación en las glándulas lagrimales o se las secan con un fármaco que actúe sobre su secreción, esta paciente mostraba sus “nervios” para quien la quiera ver o interpretar. Lo hacía con su alergia y lo siguió haciendo con sus propias manos cuando los corticoides callaron su protesta.

Utilizamos la palabra “efector” siguiendo a Pommier, quien afirma que “...una función no es explicada por sus efectores. Un músculo determinado permite por ejemplo efectuar un movimiento, pero la intención de ese movimiento es algo más que eso” (10).

En medicina a menudo se confunde el mecanismo con la explicación. Lo que explica una trompada no es la contracción de los músculos del brazo, o los neurotransmisores que intervienen en el movimiento o en la emoción agresiva correspondiente, por más que ésta última se pueda localizar en el cerebro. Todos esos son mecanismos. La trompada es el emergente de una intención o un deseo que según el caso será ganar una pelea de boxeo, defenderse de un asalto, hacer saltar los dientes de un ofensor para borrarle la sonrisa, etc.

Una pregunta surge a partir de estas consideraciones: ¿cómo abordar este tipo de pacientes siendo que ocultan sus motivaciones y a veces hasta sus propios actos? ¿Cómo hacer para introducirse en su vida íntima y conocer sus secretos? ¿Cómo hacer para que ellos mismos quieran reconocerlos? ¿Cómo resolver su propia disociación psico-somática sin que –parafraseando a nuestra paciente– el “nervio” haga explotar la cabeza?

Evidentemente, la técnica psicoanalítica ortodoxa –diván, varias sesiones por semana, asociación libre, etc.– es muy difícil de aplicar en estos casos, y por lo tanto se necesita una técnica diferente, que muchos analistas tradicionales no consideran “psicoanálisis”. Sin embargo, Freud estableció que lo esencial de su tarea fue el descubrimiento del inconsciente y su funcionamiento, no la técnica que él estaba dispuesto a cambiar si se encontraba otra mejor. La técnica tradicional era muy importante para la formación de analistas, pero no para ser aplicada a todos los pacientes.

Antes de considerar no analizables estos casos, creo conveniente buscar las claves que la teoría nos brinda para pensar qué puentes psico-somáticos podemos construir.

¿Existen vínculos entre las representaciones psíquicas, los síntomas corporales y las enfermedades somáticas?

Para encontrar estos vínculos debemos empezar por el desarrollo infantil. Frances Tustin fue una psicoanalista dedicada al autismo (11). Según ella, los bebés perciben una sensualidad elemental. Con estos términos se refería a un amplio rango de sensaciones, ya sea físicas o emocionales: un conjunto no bien diferenciado compuesto por sensaciones de dolor, secreción de mocos, reacciones alérgicas, emociones que afectan el funcionamiento corporal, etc. Toda esta sensualidad elemental debe estar centrada en los padres, porque ellos existen en el tiempo y en el espacio y establecen límites.

Cuando esto no ocurre, la conducta y el mundo del bebé permanecen fijados al funcionamiento de partes, ritmos y órganos del propio cuerpo, que es experimentado como un objeto mecánico y no animado con sus propias leyes y reglas de funcionamiento.

¿Cómo hacen los padres para regular esta sensualidad elemental? Principalmente con el lenguaje verbal: canciones, cuentos, el tono de voz, las caricias, la mirada, la actitud continente.

Cuando el bebé es alimentado, los padres capturan esa sensualidad elemental introduciendo la animación en la comida, transformando una cuchara en un avión,

dedicando cada pedacito de comida a un pariente. Por medio de esta regulación afectiva, evitan que el cuerpo se transforme en algo solamente mecánico y hacen que el concepto del tiempo se vuelva más flexible: si sientes hambre, puedes esperar. Si no quieres algo o a alguien, no significa que nunca más lo vas a querer. Y resulta que introduciendo el cuento –que en definitiva es un texto– en la comida, ¡el bebé que la rechazaba comienza a desearla!

Casas de Pereda llama “suspense acentual” al recurso que los padres utilizan con los bebés cuando les ayudan a construir la idea del tiempo y la capacidad de esperar (12). Cuando le decimos a un niño: “Preparado, listo... ¡ya!” ó “A la una, a las dos y a las... ¡tres!” o cuando el locutor de los Oscars dice: “Y el ganador es...” generamos en la audiencia suspense, interrupción, expectativas que estimulan esa capacidad. El acento juega un rol importante porque la audiencia -o el niño pequeño en desarrollo- está imaginando y anticipando algo fuertemente esperado que dependiendo del caso puede ser el ganador, el salto, su turno, el momento inicial o final de un juego, etc. Así, la imagen visual o la auditiva devienen dueñas del sentido. La madre provee piezas previamente elaboradas que crean una escena y una diversidad de fantasías relacionadas que generan guiones, argumentos, conclusiones, resultados. Finalmente, ¿qué son esas piezas? Objetos manipulables, elementos pensables, ilusiones encarnadas, tanto en la realidad como en la fantasía.

Los analistas hacen lo mismo con el cuerpo real. Con construcciones e interpretaciones componen un texto que –como en los cuentos de hadas y las historias ficcionales– cumple una función estructurante. También trabajan en forma proyectiva, del mismo modo como los cirujanos operan en los cuerpos de verdad mirando las imágenes de ese mismo cuerpo proyectadas con aumento en una pantalla, ya sea aumentando la escena real, o por medio de la proyección de ultrasonidos, rayos, isótopos radioactivos, emisión de positrones, etc.

Para componer sus textos, los analistas transfieren cosas de un reino al otro, del mismo modo como los médicos introducen una válvula de cerdo en el corazón humano o un “hueso” de metal con clavos y tornillos en una pierna de carne y hueso de verdad.

Las sesiones generan suspense acentual: “Nos vemos en la próxima”, “Esto tenemos que seguir elaborándolo”, “Ya veremos en las próximas sesiones”.

Este trabajo analítico construye algo que no había sido construido nunca antes o re-construye algo que a lo largo del tiempo y con sufrimiento, había sido de-construido progresivamente forzando al cuerpo a decir lo que las palabras no podían. Cuando las palabras desaparecen o son insuficientes, el complejo y elaborado mundo representacional sufre una regresión al mundo de la pura percepción. Y como dice Freud en la carta 52, explicando la re-transcripción del material psíquico: “Cuando la re-escritura posterior falta, la excitación es tramitada según las leyes psicológicas que valían para el período psíquico anterior, y por los caminos de que entonces se disponía.” (13).

Costras y cicatrices

En la novela *La soledad de los números primos* (14), Paolo Giordano nos ayuda a comprender estas ideas de mejor manera. El autor nos muestra las equivalencias que existen entre la piel y las palabras así como también las que existen entre las marcas del cuerpo y las marcas de la vida.

Un número primo sólo puede dividirse por sí mismo o por el número uno. No encaja con ningún otro.

Alice y Mattia, los principales personajes de la novela, son ambos “números primos” que no encajan en ningún lado y están destinados a la soledad. Atormentados por las tragedias infantiles que marcaron sus vidas, no pueden alcanzar a los demás. El daño por la falta de contención parental se va materializando en sus cuerpos.

“...uno tras otro, los días se habían deslizado sobre la piel como un disolvente, llevándose cada uno una finísima capa de pigmento del tatuaje de Alice y de los recuerdos de ambos. Los contornos, igual que las circunstancias, seguían allí, negros y bien perfilados, pero los colores se habían mezclado y desvaído hasta acabar fundidos en un tono mate y uniforme, en una neutral ausencia de significado. Los años del instituto fueron para ambos como una herida abierta, tan profunda que no creían que fuera a cicatrizar jamás” (p.111).

“Con el tiempo, la herida de la adolescencia cicatrizó. Sus labios fueron cerrando de manera imperceptible pero continua. Y aunque a cada roce se abría un poco, enseguida volvía a hacerse costra, más gruesa y dura. Al final se había formado una capa de piel nueva, lisa y elástica, y la cicatriz, de ser roja, había pasado a ser blanca y confundirse con las demás”.

Mattia tenía la tendencia impulsiva a lastimarse las manos. “...se le secaban tanto que para seguir sintiéndolas suyas nada le parecía mejor que pasar por ellas algún objeto con filo”. “...Alice le tomó la mano derecha y le miró la palma. Él no se lo impidió, con ella no tenía que avergonzarse de las cicatrices. Había nuevas, que se reconocían por ser marcas más oscuras en medio de la maraña de señales blancas (...) Alice siguió el contorno con la punta del índice, contacto que, con tantas capas de piel endurecida, él apenas notó. Dejó que ella le mirase bien la mano, pues ésta hablaba de él más que las palabras.” (p.262).

En su *Libro de la piel* Stephen Connor analiza el rol de las costras y las cicatrices:

“La costra es muy ambigua. Ella es la perpetuación de la injuria, a la cual el niño brinda repetida y cercana atención, cada vez que experimenta una renovación, aunque con intensidad gradualmente decreciente, del shock de la lesión en la piel, y de la amenaza que acompaña a la integridad (...) del Yo-piel”(15).

Pero al marcar el lugar de la lesión, al negarse a que se disipe, la costra también la transforma. Como la costra es la marca de la lesión y no la lesión en sí, transforma la lesión de la piel en solo una marca. Una costra es un compromiso visual entre la lesión y la curación; conserva la mancha de la desfiguración en la integridad suave de

la superficie de la piel, incluso cuando afirma la defensa exitosa de la piel contra la perforación y la laceración. Esta es una razón, seguramente, por la cual los niños no pueden resistirse a tocarse y levantar las costras. Una costra es diferente de una cicatriz, ya que una costra desaparecerá. (...) La costra ofrece así el placer de una amenaza evitada; Al reabrir la herida, el niño puede jugar y dominar el riesgo (...) de su integridad psíquica. Por lo tanto, manipular las costras debe entenderse en parte como una variante del procedimiento fort-da de jugar con el peligro, la ausencia o la negatividad para unirse a sí mismo en una especie de sintaxis" (p.52).

"...la cicatrización ya es en sí misma una transformación de la lesión en un símbolo visual (...) La cicatriz significa que ha ocurrido algo real, algo que excede la mera significación, la cicatriz puede convertirse en la figura de la eliminación violenta de la figurabilidad que nos daba la base epidérmica" (p.53).

Estamos hablando de costras, cicatrices, heridas, lesiones autoinfligidas, marcas en el cuerpo... pero ¿qué pasa con las enfermedades somáticas?

Dos marcas y dos destinos

Como explicábamos antes citando a Tustin, el bebé recibe un gran caudal de estímulos que no diferencia bien entre sí y que deben recorrer un camino que va desde la percepción hasta la consciencia. Al comienzo, este camino no ha sido trazado y la percepción y la consciencia están como soldadas, una pegada a la otra al estilo de lo que ocurre en los animales, que no tienen un preconscious desarrollado. Los animales tienen consciencia, pero su consciencia es idéntica a su percepción. En el sujeto humano en cambio, la percepción y la consciencia son diferentes, porque esta última, que al comienzo está unida con la percepción, se va a organizar progresivamente separada de la misma por un tejido representacional.

En efecto, con la maduración y con la intervención de los padres los estímulos perceptivos se van transformando en representaciones y para ello deben enlazarse a las palabras. Para que esto funcione y para que haya palabras disponibles para hacer estos enlaces, tiene que haberse instalado el lenguaje, que es como un sistema operativo que le da un marco de funcionamiento al psiquismo humano.

Cuando le hablan, el bebé tiene una percepción de una imagen sonora. Luego debe enlazar el sonido de la palabra oída que proviene de la madre con las inervaciones motrices de la palabra pronunciada. La suma de la imagen sonora más la inervación motriz va a componer lo que Freud llamó representación motriz de lenguaje. En un comienzo, el bebé dispone de un lenguaje auto-creado compuesto por dos o tres palabras con las que nombra todo. En un siguiente estadio, repite muchas palabras pero no comprende su significado y no tiene total consciencia de lo que dice. Luego, entre percepción y consciencia se produce algo que es propio del hablar: se produce una especie de "marca" que funciona como

un aparato transformador que es también una memoria y una impresión. Ese registro, impresión o marca está relacionado con el concepto freudiano de "afirmación primordial" (*bejahung*) (13, 14).

La marca de la que estamos hablando no es una marca física ni tampoco una marca en la piel. Es una marca simbólica impronunciable. Es como el representante de todas las futuras representaciones. Con esa marca, el niño puede hacer de la imagen sonora de la voz, un verbo que significa algo. La marca que en sí misma es impronunciable, se enlaza y de esa manera se hace pronunciable, gracias a las palabras del Otro, porque es la madre quien posibilita que las palabras que originalmente provienen de ella comiencen a tener sentido y puedan ser pronunciadas. El verbo no es diferente de la voz, sino que es como una figuración de la voz. Si escuchara solo la voz, el que escucha solo escucharía una especie de canto o murmullo. Pero el que escucha no escucha solamente la voz, porque tiene un "aparato", una "marca" que le permite escuchar en la voz (imagen sonora) el verbo (palabras, sentido, texto, etc.).

El lenguaje no va a estar escrito como en el diccionario. El lenguaje no va a ser otra cosa que la posibilidad de esa marca –que venimos describiendo metafóricamente como un sistema operativo– de obtener palabras a partir de las voces que escucha. Dado que al Yo le es imprescindible disponer de un criterio y un signo que le permita distinguir entre percepción y recuerdo (representación), estas palabras van a actuar como signos que permiten hacer esa distinción. Funcionarán como signos de cualidad y de realidad cogitativa (17).

Frente a los estímulos del mundo exterior, el signo de cualidad/realidad aparece siempre. En cambio, frente a los estímulos del mundo interno (el pensamiento, las ideas), el signo de cualidad solo aparece si la intensidad de esas ideas o pensamientos supera cierto umbral. En el "Proyecto de psicología para neurólogos" Freud describe entre otros, dos tipos de pensamiento: el pensamiento reproductivo y el pensamiento judicativo (17). El pensamiento reproductivo irá buscando diferencias y semejanzas entre la situación o el objeto que ve y todos los que recuerda. Se va a guiar por los signos de realidad que le proporciona el lenguaje. En cambio, el pensamiento judicativo tratará de reconducir la información que recibe a los registros que posee emanados del propio cuerpo. Estos son registros que también funcionan como signos de realidad, pero auto-referenciales (por ejemplo, si escucha un grito, lo comparará con su propio grito, si percibe una imagen de movimiento, imita los movimientos mismos, si percibe una imagen de dolor, sentirá el displacer e imitará los movimientos defensivos). El pensamiento judicativo compara la realidad externa con el cuerpo propio y según Freud es tan importante que es la condición necesaria para el desarrollo de los otros tipos de pensamiento que se basan en él (17).

El psicoanálisis –y también las neurociencias– nos enseñan que este tipo de operación también deja memoria y es capaz de producir consciencia. Es una operación

automática que no pasa por el preconscious. Es como cuando uno hace danza y se acuerda los pasos sin pensar en ellos. El cuerpo aprende la coreografía y la coreografía “se hace”, se repite. También se puede comparar con pintar un cuadro. Muchas veces el pintor no sabe cómo pintó el cuadro, y si uno le pregunta cómo lo hizo capaz contestaría: “No sé, pregúntale a mi mano”. Cuando el sujeto produce así su acto creador, desaparece de sí mismo. Cuando uno está en el cine y le gusta mucho la película, uno también desaparece de sí mismo, porque hay algo que transcurre por fuera del sistema del preconscious.

Pero el sujeto que desaparece cuando produce arte tiene que haberse constituido antes. Sólo el sujeto constituido como sujeto puede desaparecer en medio de un acto artístico/creativo.

Como se ve, estamos describiendo los mecanismos por los cuales se construye un mundo representacional que en el caso del pensamiento reproductivo está bien separado de la percepción y progresivamente distanciado del propio cuerpo. Pero lo psicodinámico implica que hay otra marca, aparte de la que utilizamos con el lenguaje verbal.

Esa marca, igual a la del lenguaje, es una marca impronunciable y abstracta. Pero cuando no puede ser articulada con las palabras, se enlazarán con intervenciones somáticas o con marcas reales, ya sea sanguíneas, genéticas, funcionales, dermatológicas o de cualquier otro órgano. Por eso considero un hallazgo la comparación que hace Connor con la irresistible tentación de arrancarse una costra que una y otra vez vuelve a cicatrizar y el *fort-da* de la adquisición del lenguaje al mismo tiempo que se elabora la presencia y la ausencia del cuidador. La conducta de un niño cuando se lastima y se le hace una costra puede ser muy ilustrativa del valor simbólico que una marca puede tener y cuáles son las consecuencias de que esa marca sea real y no puramente representacional.

Habría entonces dos marcas que funcionan como si fueran sistemas operativos que permiten expresar las emociones y procesar los estímulos tanto internos/pulsionales como externos: una, completamente abstracta, conduce al lenguaje abstracto y a la simbolización. Se dirige hacia afuera del cuerpo y nos aleja de él, en camino hacia la cultura. La otra, más concreta, tiende a materializarse y a modificar el cuerpo porque nos conduce hacia él y puede ser una marca en la piel, un tatuaje o hasta una enfermedad somática.

Lo curioso es que la “marca que conduce al cuerpo” que produce ese efecto en la piel, en los pulmones, en la sangre, responde a los mismos estímulos que responde el sujeto del inconsciente. Y el paciente enfermo somático responde frente a su enfermedad de la misma manera que el pintor frente a su cuadro: “¿Quién hizo esto? ¿Cómo lo hice? ¿Qué me pasó? “Hoy me desperté y me agarró este dolor, me salió esto en la piel, me encontré con esto...”.

El trabajo analítico va a consistir entonces en enganchar esos estímulos alrededor de la marca del lenguaje,

para que no se siga activando la marca de la enfermedad. Para ello, propongo lo que se podría llamar la “técnica de la Gradiva”.

La técnica de la Gradiva y la combinación del cuerpo, el mundo y el otro

En “El delirio y los sueños en La Gradiva de Wilhelm Jensen” (18) Freud analiza la forma de actuar de Zoe Bertgang para rescatar del delirio a su amado Norberto Hanold, un joven arqueólogo que la conoce desde joven. Norberto se obsesiona súbitamente con un bajorrelieve pompeyano en el que se ve la figura de una mujer que tiene una singular manera de caminar. La nomina “Gradiva” que significa “la que camina”. Ese andar coincide con el de Zoé, quien advierte que Norberto está enamorado de ella desde siempre pero ha reprimido sus deseos eróticos transformándolos en una vocación arqueológica.

Ambos viajan a Pompeya y ella se introduce en el universo delirante de Norberto haciéndose pasar por Gradiva y apareciendo entre las ruinas de Pompeya como un fantasma.

Ella parece aceptar su delirio en toda su extensión, sin contradecirlo jamás (p.213). Algunas de sus frases tienen doble significado, que además de su significación en el contexto del delirio también se refieren a algo real y presente, como por ejemplo cuando lamenta que él no había logrado constatar la manera de caminar de Gradiva en la calle de su barrio. “Qué lástima, tal vez no hubieses debido realizar el largo viaje hasta aquí”. También se entera de que él bautizó su relieve con el nombre de “Gradiva” y le dice su verdadero nombre, Zoé. El responde: “Ese nombre te sienta muy bien, pero me suena a una amarga ironía, ya que Zoé quiere decir vida”. “Hay que resignarse a lo invariable –responde ella–, y yo hace ya mucho tiempo que me he habituado a estar muerta” (se refiere con ello a que él no le prestó nunca la atención de un enamorado cuando eran vecinos). Con la promesa de volver al mismo sitio al día siguiente, a la hora del mediodía se despide después de haberle pedido unas flores que él recortó. “En la primavera se regalan rosas a quienes están en mejor situación que yo; pero para mí, lo mejor es la flor del olvido entregada por tu mano.” (p.214). “Por cierto que la melancolía es lo apropiado para una persona fallecida tanto tiempo atrás, que sólo ha regresado a la vida por pocas horas.” (p.215).

A Freud le agradaba la comparación del inconsciente y la sexualidad infantil con el pasado histórico sepultado y remanente como restos arqueológicos. Por eso afirma: “El escritor estaba en todo su derecho de demorarse en la valiosa semejanza, rastreada por su agudada sensibilidad, entre una porción del acontecer mental en el individuo y un proceso histórico aislado en la historia de la humanidad” (el sepultamiento de Pompeya).

En este caso coinciden el tratamiento y la investigación del delirio, porque mientras ella va comprendiendo el sentido que tienen las ideas delirantes de Norberto, al mismo tiempo lo va acercando a la realidad actual. La semejanza de la técnica de la Gradiva con el abordaje

psicosomático consiste en la inclusión de las partes y funciones orgánicas afectadas por la enfermedad en el universo relacional, libidinal, fantasmático y material del paciente, como si –aunque parezca delirante– se permeabilizaran las diferencias y las barreras epistemológicas que hacen imposible esa inclusión. Para ello hace falta atravesarlas dentro de uno mismo para poder operar.

Cuando adrede combinamos el cuerpo, el mundo y el otro –las tres dimensiones que Green considera fundamentales de la representación–, “hacemos” un significado donde quizás antes no lo había. Para ello utilizamos como elementos los dichos y los “objetos” del paciente, incluyendo las partes de su cuerpo, tanto sanas como enfermas. Que el producto de esa combinación, hecha de desplazamientos y analogías sea un significado que no proviene entero del psiquismo del paciente, no quiere decir que le es ajeno o que no funcione como herramienta terapéutica.

Las intervenciones del analista no son todas iguales, y su escucha tampoco está atenta a un solo tipo de material. En el historial del “Hombre de las ratas” (19) obtenemos un ejemplo de las variadas maneras en las que se puede escuchar e intervenir. A veces era Freud mismo quien completaba un relato que el paciente no podía o no quería completar. Otras veces, jerarquizaba la vía del significante, con lo cual prevalecían el sonido o la escritura de las palabras: raten-conjeturar; raten-cuotas-dinero; ratten-ratas; spielratte-rata de juego; heiraten-casarse. Más adelante en el mismo historial, Freud añade otras formas de interpretación que se acercan más al simbolismo o al campo de la significación, y trabaja sobre el terreno de las comparaciones y los desplazamientos: rata - infecciones - sífilis - pene.

En conclusión, para Freud la rata era “una palabra-estímulo de complejo” (p.169), es decir, una “palabra puente” capaz de activar y fijar un complejo de representaciones inconscientes. Para que esta activación se produzca, el sujeto tiene que tener inscrita previamente la marca simbólica de la que hablábamos antes. Pero si esa marca no está disponible para una determinada realidad, puede suceder que una serie de ideas, palabras y afectos, en vez de estimular un complejo de representaciones puramente psicológicas pueden quedar ligadas a una inervación, una reacción biológica, un estado afectivo y hasta una expresión genética.

Lo que este trabajo propone es que el funcionamiento normal y patológico del cuerpo también puede quedar enlazado a ese tipo de complejos de ideas y palabras, constituyendo asociaciones de elementos heterogéneos. Las marcas auto-producidas y los tatuajes son como estadios o eslabones intermedios que nos muestran la tendencia humana a procurarse marcas sustitutivas de las palabras cuando estas no alcanzan o no están disponibles para procesar los estímulos tanto internos como externos. Del mismo modo, cuando las raíces simbólicas identitarias vacilan son sustituidas por otras, más concretas y cercanas a la percepción. A pesar de estar alejadas de la voluntad y la decisión del sujeto que las padece, las enfermedades somáticas podrían ser resultado de la

misma función sustitutiva.

Por ejemplo: una paciente de personalidad perfeccionista y exigente que era jubilada docente estaba en diálisis y sin embargo conservaba celosamente la “sensación de orinar”. Sus riñones ya no eran funcionalmente útiles y las pocas gotas o mínimos chorritos de orina que eliminaba no eran el producto de un filtrado eficiente. Pero ella no quería perder esa sensación, la guardaba como una niña guarda “para después de comer” un caramelo que tiene en el bolsillo pero por el momento no puede disfrutar. Una vez que se decidió a aceptar un trasplante, manifestaba gran ansiedad y temor de recibir un riñón que no fuera bueno, porque su perfeccionismo le hacía desconfiar de cualquier cosa que no fuera de ella. Además, su madre le había enseñado que tenía que ser independiente, y ella no quería depender del riñón de otra persona. Su identidad estaba como soldada a los ideales de independencia, autonomía y autosuficiencia, y su insuficiencia renal la ponía en crisis. Mi intervención fue: “No se preocupe tanto, si le toca un riñón más o menos, dígame a su chorrito, ese que usted guarda desde hace años para esta ocasión, que le enseñe al riñón trasplantado cómo hacer bien su trabajo”. Al mismo tiempo que ella comprendía el “como si” de mis palabras, la animación del cuerpo y sus productos adquiría para ella un sentido literal y eficaz, al igual que lo que ocurre con los juegos de los niños. Esta intervención disminuyó mucho su ansiedad y la paciente aceptó mejor la idea de ser trasplantada. Finalmente, el trasplante fue realizado con éxito. Se podría discutir a qué nivel actuó la intervención: ¿su corteza cerebral?, ¿su riñón trasplantado?, ¿su sistema inmune?, ¿su sistema límbico? ¿Todos los niveles al mismo tiempo? Aún si llegamos a la conclusión de que lo único que hizo la intervención fue disminuir la ansiedad de la paciente, resultó una forma efectiva de acceder a ella como persona (como psicoanalista podría decir: como sujeto del inconsciente). Más tarde, sucedieron cambios en su mundo interno de relaciones que ocurrieron al mismo tiempo que los cambios positivos que tuvo la evolución de su función renal con el riñón trasplantado. Algo parecido sucedió con otro paciente que mejoró la función de su riñón trasplantado en la medida en que iba reparando los filtros y las fisuras que tenía la piscina de su casa de fin de semana.

Una niña de dos años comenzó a jugar con un gran perro de peluche que tenía abandonado, una vez que los padres le pusieron la correa de su perro de verdad. Lo paseó durante largo rato por toda la casa, lo puso a hacer sus necesidades, le dio vida a su perro “de mentira” gracias a los recuerdos “de verdad” que esa correa tenía atados.

Una persona con psoriasis en sus piernas tenía dificultades para caminar y permanecer parado. Una vez que con tratamiento se liberó de la psoriasis en sus piernas, sus várices venosas empeoraron y se infectaron. Su dificultad para caminar y estar parado permaneció inalterada. ¿Tenía solamente psoriasis o padecía de una dificultad para avanzar en la vida y sostenerse a sí mismo? He visto muchos pacientes con psoriasis y síndrome metabólico que no van a la playa usando su enferme-

dad de la piel como coartada. Una vez que su psoriasis remite la obesidad reemplaza a la psoriasis como excusa para evitar exponer el cuerpo frente a los demás y evitar así ciertos contactos sociales.

¿Cuál es la verdadera enfermedad? ¿Cuál es su “causa”? ¿A qué nivel comienza?

Para Barthes (20) el gran secreto de la semántica viva es el escalonamiento de articulaciones. La combinación de elementos insignificantes produce el nacimiento del significado. Pero dicho escalonamiento no sólo forma parte de nuestra compleja psicología, sino también de nuestra compleja biología. Combinando diferentes niveles de simbolización paciente y doctor establecen equivalencias: a veces, la equivalencia del ser: “Este es un linfocito killer” –dice el patólogo, como si hubiera linfocitos “asesinos” – y a veces, la equivalencia del *hacer*: la imagen del tatuaje del campo de concentración de una madre y la historia contada tantas veces del sufrimiento padecido *hacen* en su hija una impresión equivalente que como resultado se manifiesta con una lesión de eczema en el mismo lugar. En este contexto *hacer* significa componer, de la misma manera como se compone una pieza musical.

Algunas conclusiones

Así como existen distintos tipos de marcas en el cuerpo (tatuajes, costras, cicatrices, maculas, heridas, etc.) que estimulan la percepción y que pueden funcionar como parte de la identidad, hay diferentes “marcas” no materiales capaces de funcionar como sistemas operativos del mundo afectivo y representacional. Cuando una parte del cuerpo, un órgano o una función orgánica se fijan indisolublemente a la identidad del sujeto, es difícil desplazar los sentimientos de ese lugar. Cada cri-

sis, cada conflicto o simplemente cada hecho vital significativo que supere cierto umbral puede desencadenar una enfermedad nueva o una recaída o empeoramiento de otra ya declarada. Todo funciona como si esa marca ha quedado inscrita en forma separada de la que promueve las palabras y el lenguaje y ha quedado ligada a una intervención, un órgano, una reacción química o una expresión genética.

Por lo tanto, si queremos actuar como psicoterapeutas sobre este tipo de problemas, es necesario recurrir a los mecanismos básicos del inconsciente –la condensación y el desplazamiento– para deshacer la fijación que ha ocurrido y ayudar a un proceso de reconstrucción. A pesar de que la condensación y el desplazamiento son mecanismos psicológicos, la práctica psicósomática muestra muchas veces que el cuerpo es una especie de pantalla y terreno en el cual esos mecanismos también actúan, combinando elementos heterogéneos: palabras, órganos, objetos materiales del mundo externo, etc.

Como un banner en la calle felicitando una graduación o anunciando un evento privado, el proceso de condensación del cuerpo, el mundo y el otro queda fijado en la piel o en un órgano y expuesto ante todos como una marca que se pueda percibir para siempre.

Para “leer” ese cartel es necesario comprender que existen distintos niveles de simbolización, y que con leerlo no alcanza. Ya Freud nos alertaba de que nadie se puede alimentar solo con un menú. La persona y el cuerpo del analista deben permitirse quedar involucrados en ese evento privado por medio de una transferencia particular que debe ser comprendida e interpretada por medio de actos analíticos y de una actitud más activa que la tradicional, sin perder de vista los conocimientos más consistentes de su teoría y su práctica. ■

Referencias bibliográficas

1. Keck F (2005). *Lévi-Strauss y el pensamiento salvaje*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
2. Lévi-Strauss (1964). *El pensamiento salvaje*. Fondo de cultura económica. México.
3. Aisenstein M, Aisemberg E (2010). *Psychosomatics Today. A psychoanalytic perspective*. Karnac, London.
4. Chiozza L (2008). ¿Por qué nos enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo. Libros del Zorzal, Buenos Aires.
5. Maladevsky A et al. (2005). *Psicosomática. Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
6. Deladalle G (1996). *Leer a Pierce hoy*. Ed. Gedisa, Barcelona.
7. Green A. “Teoría”. En: Maladevsky A et al. (2005). *Psicosomática. Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
8. Freud S (1905). Tres ensayos de teoría sexual. Vías de influencia recíproca. En *Obras Completas* (Vol. VII). Ed. Amorrortu.
9. Miranda Romero A, Miranda Sivelto A (2015). *Eczema y dermatitis autoprovocada*. Presentado en Congreso GEDEPSI, Barcelona, España
10. Pommier G (2010). *Cómo las neurociencias demuestran el psicoanálisis*. Pp.12. Letra Viva, Buenos Aires.
11. Tustin F (1996). *Estados autísticos en los niños*. Paidós, 2da. reimpresión.
12. Casas de Pereda M (1999). *En el camino de la simbolización. Producción del sujeto psíquico*. Paidós, Buenos Aires.
13. Freud S (1896). Carta de Freud a Fliess del 6 de diciembre de 1896 (Carta 52). En OC. Tomo I, Biblioteca Nueva, Madrid, España. 3era. ed., (p.276).
14. Freud S (1915). “Lo Inconsciente”, *Obras Completas*, Tomo II. Biblioteca Nueva, Madrid, España. 3era. Ed.
15. Giordano P (2009). *La soledad de los números primos*. Ed. Salamandra, Barcelona.
16. Connor S (2004). *The Book of skin*. Reaktion Books. London, UK.
17. Freud S (1895). “Proyecto de una psicología para neurólogos”, *Obras Completas*, Tomo I. Biblioteca Nueva, Madrid, España. 3era. ed., 1950
18. Freud S (1906-1908). El delirio y los sueños en la «Gradiva» de W. Jensen, y otras obras. En *Obras completas*, Tomo IX. Ed Amorrortu.
19. Freud S (1909). A propósito de un caso de neurosis obsesiva (El “hombre de las ratas”). En OC, Tomo X. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
20. Barthes R (1986). *Lo Obvio y lo obtuso. Imágenes, gestos, voces*. Paidós Comunicación, Barcelona