



EMPATÍA, INTERSUBJETIVIDAD Y DIALOGO TÓNICO: EL TRABAJO PIONERO DE JULIAN AJURIAGUERRA¹

José Guimón²

Universidad del País Vasco, UPV/EHU

En este artículo se resumen los intentos realizados recientemente para encontrar una base neurofisiológica a conceptos tales como empatía e intersubjetividad. La “empatía” interviene como un “diálogo intersubjetivo” entre la madre y su niño, el psicoterapeuta y el paciente y en las interrelaciones humanas en general. Ese diálogo intersubjetivo, que había ya sido descrito por Julián Ajuriaguerra a partir de 1950 como “diálogo tónico”, ha encontrado en los recientes hallazgos sobre las “neuronas espejo” una base fisiológica atractiva, aunque todavía no es totalmente extrapolable a los seres humanos.

Palabras clave: Diálogo tónico, Intersubjetividad, Empatía

This article summarises the recent attempts to find neural bases to concepts such as Empathy and Intersubjectivity. “Empathy” intervenes as an “intersubjective dialogue” between the mother and her child, the patient and the therapist and in all human relations. This intersubjective, empathic dialogue, which had already been described by Julian Ajuriaguerra as “tonic dialogue” since the 1950’s has found an attractive physiological base in the recent findings on “mirror neurons”, even though it still cannot be totally extrapolated to human beings.

Key Words: Tonic dialogue, Intersubjectivity, Empathy.

English Title: *INTERSUBJECTIVITY, EMPATHY AND TONIC DIALOGUE: THE SEMINAL WORK OF JULIAN AJURIAGUERRA*

Cita bibliográfica / Reference citation:

Guimón, J. (2009). Empatía, Intersubjetividad y Diálogo Tónico. El trabajo pionero de Julián de Ajuriaguerra. *Clínica e Investigación Relacional*, 3 (3): 557-573.
[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen33Octubre2009/tabid/645/Default.aspx>] [ISSN 1988-2939]

La “empatía” interviene como un “diálogo intersubjetivo” en las interrelaciones humanas. Ese diálogo intersubjetivo había ya sido descrito por Julián Ajuriaguerra (Aguirre, J.M, J.Guimón, 1994), a partir de 1950 en París y Ginebra, como “diálogo tónico” y ha encontrado en los recientes hallazgos sobre las “neuronas espejo” una base fisiológica atractiva. En el presente trabajo, tras repasar algunos conceptos vecinos resumiremos sus implicaciones en la psicología, la psicopatología y la psicoterapia.

1. Varios conceptos emparentados

La “contención” (Bion, 1965; Winnicott, 1971) ha sido definida como la capacidad de enfrentarse a la ansiedad de otro ser humano, de comprenderla y proyectarla de manera que se la despoje de su poder negativo. Algunos autores matizan que implica la capacidad de responder activa, sensible y apropiadamente a las necesidades del paciente. Esa capacidad de “estar con el otro” incluiría a la vez “empatía” y “simpatía”. Pero esos dos términos no son definidos de forma unánime.

Se distingue, en efecto, frecuentemente en el lenguaje psicológico entre empatía y simpatía. La empatía sería ponerse en el lugar del otro sin experimentar necesariamente sus emociones, como cuando anticipamos las reacciones de alguien. La empatía no sería ni identificación, ni contagio, ni fusión. Sería, en realidad, equivalente al concepto que actualmente se utiliza como “intersubjetividad” y se relacionaría con el conocimiento del otro, el compartir su estado emocional, tomar su perspectiva subjetiva y tener ante él una respuesta afectiva. Constituiría, en definitiva, la “aptitud para ponerse en el lugar de los demás, (...) y su ausencia o déficit, explicarían la crueldad cotidiana”³. Por su parte, la “simpatía”, consistiría en experimentar las emociones del otro sin necesariamente ponerse en su lugar. Sería un contagio de las emociones, del que un ejemplo típico es la “risa tonta”. La simpatía implicaría una relación más distanciada. Se puede ser empático sin sentir simpatía y viceversa.

Decety (2004) recuerda que Freud utilizó el concepto de empatía en “Psicología de las masas y análisis del yo”: “a partir de la identificación una vía lleva, por imitación, a la empatía, es decir a la comprensión del mecanismo que nos hace posible cualquier toma de posición de cara a otra vida psíquica”. La empatía tiene como consecuencias, entre otras, que se restringe la agresión contra la persona con la que se está identificado, que se metaboliza la agresividad y que se le puede aportar ayuda.

Bion (Bion, 1970) se refirió a la empatía con el término inglés de “*compassion*”, diciendo que “es un sentimiento que se necesita expresar, un impulso que se experimenta en relación con los demás y algo que se necesita sentir en las actitudes de los otros hacia uno mismo. Su ausencia, dice, puede ser primaria (innata e irremediable, aunque el psicoanálisis puede modificar sus consecuencias) o secundaria (debida al temor, al odio, la envidia o amor)”. Otros autores kleinianos (especialmente los seguidores de Bion), ven el origen de esa capacidad en la relación precoz madre-bebé. Aceptan que en la madre existe una capacidad de “reflexión empática”, de “*reverie*”, a través de la cual “el bebé es alojado en el pezón de la mente de la madre en una ilusión de unidad primaria”. Tustin la relaciona con el “*éxtasis*” que surge en estados de intensa excitación que el niño experimenta con su madre y que no puede soportar y procesar solo. Si la madre no puede “contenerle” (Almond, 2003) el infante se ve sobrenadado y

experimenta un estadio precoz de dualidad (*Two-ness*) amenazante y confusional. Kohut define la empatía como "identificación vicariante". El filósofo noruego Vetlesen (Vetlesen, 1994) piensa que se sustenta en la facultad humana de desarrollar preocupación (*concern*) por los demás y que requiere una especial capacidad para escuchar, es decir para prestar atención⁴.

Existe una relación íntima de ese rasgo con otros como el "apego" (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2004; Garmezy, 1993; Rutter, 1993; Tisseron, 2007; Werner & Smith, 1993), la "seguridad básica" (*basic trust*) y la "maleabilidad" o resiliencia (*resilience*). En esa línea cobra un valor decisivo el intento que se está haciendo actualmente para comprender mejor la relación entre el capital genético de cada individuo y su expresión, a través del concepto de "mentalización", entendido como la "capacidad de dar sentido a un suceso para reaccionar ante él de forma adaptada".

Actualmente (Berthoz A., Jorland, A, 2009), los tests de comportamiento permiten evaluar la existencia o no de actitudes empáticas, la imaginería cerebral permite estudiar algunas de sus manifestaciones y la genética molecular intenta explicarlas en términos de errores del programa genético.

2. Neurofisiología

Ajuriaguerra (1974) denominó "equipo de base" al conjunto de factores innatos con que el niño se enfrenta al desarrollo y se interesó en especial por el desarrollo psicomotor⁵. Los niños interactúan con sus padres (con su madre, sobre todo) en una relación que va modulando sus diferentes funciones⁶. Avanzándose a los descubrimientos actuales, señalaba este autor que había una interrelación entre la Neurofisiología cerebral y la influencia del entorno en el proceso de especificidad de las neuronas y de las sinapsis. Se adscribía al paradigma neurobiológico de la auto-organización de los procesos neurobiológicos por el que el genoma se nos presenta como la memoria a muy largo plazo de los procesos auto-organizadores que determinaron las características generales de la especie. Recordaba que la estabilidad de la memoria genética está compensada por el azar de las recombinaciones genéticas y el de la memoria epigenética o el azar de la vida.

Ajuriaguerra estudió en ancianos y en niños, (inicialmente con André Thomas y con posteriores colaboradores después), la neurología madurativa y la ontogénesis del funcionamiento neuro-psicológico del desarrollo⁷. Por otra parte, con Henri Wallon estudió las relaciones entre la vida emocional y el tono muscular. Ajuriaguerra llevó al máximo desarrollo las relaciones entre el tono, la expresión corporal y la vida emocional. Describió cómo el ser humano, aunque esté callado, "habla" a través de su cuerpo, y "habla" con y para el "Otro", estableciendo una comunicación que es un verdadero "Diálogo Tónico". Esa es el modo de comunicación principal al comienzo de la vida y, aunque luego pierde cierta relevancia, también en el adulto. En efecto, la armonía del tono muscular se relaciona íntimamente con el área afectivo-cognitiva, propia e intransferible de cada individuo. Por ejemplo, las emociones pueden llegar a producir alteraciones (a veces paroxísticas) en el tono⁸.

Ajuriaguerra publicó con García Badaracco otro trabajo sobre este tema⁹ en el que señalan el escollo que surge en la relación con el paciente cuando un problema psicológico actúa sobre el cuerpo y la importancia de saber comprenderlo, contemplándolo como una forma que tiene el paciente de "hablarnos" de ese cuerpo. Señalan los autores que el aprendizaje del tono muscular es una parte del aprendizaje de la Realidad¹⁰.

2.1. Hacia una anatomía de la empatía

Jean Decety¹¹ propone una anatomía de la empatía y para ello la descompone en una resonancia motriz no intencional y, por otra parte, en la adopción intencional del punto de vista del otro (Tabla 1). La resonancia motriz sería producida por las “neuronas espejo” del córtex motor y del córtex parietal que descargan tanto cuando el sujeto actúa, como cuando observa a otro sujeto realizar la acción. Como es sabido, las neuronas espejo fueron un descubrimiento casual del equipo dirigido por Giacomo Rizzolatti (Rizzolatti y cols, 2009; Cattaneo y Rizzolatti, 2009) de la Universidad de Parma, mientras trabajaba en monos en los que se activaban neuronas de áreas motoras cuando observaban la acción de otros monos. V. Gallese y otros autores han estudiado las consecuencias de ese hallazgo para la psicología humana (Gallese, 2009) y el psicoanálisis (Eagle y Gallese y cols, 2009).¹² La adopción del punto de vista del otro, que presupone una distinción entre sí mismo y el otro, se efectuaría en el córtex frontal y parietal por inhibición de nuestro propio punto de vista. Recíprocamente, las lesiones de esas áreas corticales se traducen en trastornos psíquicos de la expresión o del sentimiento de las emociones o, de forma más global, en una falta de empatía.

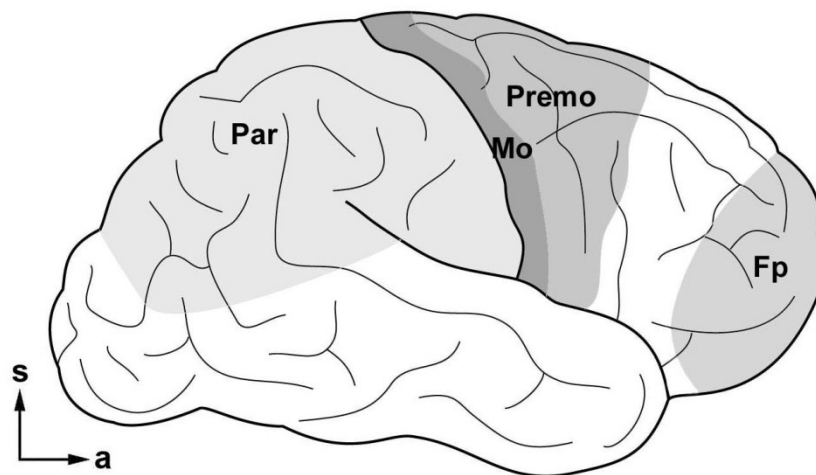


TABLA 1: Anatomía de la empatía

Par, corteza parietal
 Premo, áreas premotoras
 Mo, área motriz primaria
 Fp, corteza frontopolar

s, superior; a, anterior

Tabla 1. Centros neurológicos relacionados con la empatía

Según este autor, en la empatía habría por una parte un componente de “resonancia motriz” (diálogo tónico de Ajuriaguerra), desencadenado la mayor parte de las veces automáticamente, no controlable y no intencional; por otra parte, habría una toma subjetiva de perspectiva del otro, más controlada e intencional. La primera aparece en el desarrollo y se remonta a la historia evolutiva de los primates no humanos. La segunda

es más reciente y parece propia de la especie humana. Los mecanismos precursores de la empatía, de esa comunicación no verbal, se basarían en las propiedades del mimetismo y de la resonancia motriz, que explican, en el hombre, el contagio emocional y los fenómenos de facilitación social. Según él, a partir de una "predisposición innata a sentirse atraído por las demás personas", los bebés interactúan casi desde el nacimiento por imitación con los adultos, hacia quienes manifiestan expectativas sociales específicas. Los bebés son sensibles ya al malestar de los otros por el fenómeno del contagio.

Para Decety, existiría un código común para planificar una acción, imaginarla y percibir las acciones realizadas por los demás. Según este autor, los progresos de las neurociencias permiten identificar las redes neuronales implicadas en esas representaciones compartidas. En efecto, se activa una misma red neuronal cuando tenemos la intención de actuar, cuando pensamos actuar, y cuando miramos a otras personas actuar.

Existe sin embargo una diferencia subjetiva esencial entre ser el agente y el observador de la acción de los demás. Algunas regiones cerebrales juegan un papel esencial en las relaciones entre sí mismo y el otro. Así, mientras que las lesiones del córtex prefrontal de cualquiera de los dos hemisferios conllevan déficits de empatía, una agresión posterior (parietal) tendría un efecto mayor, pero solamente si está localizada en el hemisferio derecho. Según Decety, en los trastornos antisociales el defecto de empatía se vincula a una alteración de la amígdala en el curso del desarrollo, mientras que estos sujetos no son especialmente deficitarios en las capacidades ejecutivas. En el caso del autismo infantil le es más difícil a ese autor aventurar una hipótesis, aunque Rizzolatti (2009) ha propuesto algunos elementos.

2.2. Lesiones cerebrales y trastornos de la identidad

En 1952 Ajuriaguerra publicó con M. Hécaen sus estudios¹³ sobre la Integración y la desintegración de algo que con nombres variados y no siempre equivalentes se ha llamado "imagen espacial del cuerpo", "esquema postural", "imagen de uno mismo", "imagen de nuestro cuerpo" o "somatognosia". Se basaron esos autores en los trastornos somatognósticos que hallaron en numerosos casos de lesiones encefálicas, en particular, el desconocimiento o la desvalorización de la propia hemiplegia, (anosognosia y anosodiaforia, respectivamente), la sensación de ausencia de un hemicuerpo, las ilusiones de transformación corporal y las ilusiones de miembros fantasma (en amputados). Por lo que concierne al cuerpo en su relación con el espacio, estudiaron de las desorganizaciones del gesto, de la orientación y del conocimiento de ese cuerpo en el momento de "actuar" o de "ser actuado" (apraxia constructiva y apraxia del vestirse). Trataron, además, de las perturbaciones somatognósticas en el transcurso de determinados síndromes psiquiátricos como la despersonalización, el fenómeno del doble o sosias, la autoscopia y el fenómeno de desaparición de la imagen en el espejo (autoscopia negativa).

Recientemente, Bachoud-Levi (Berthoz A., Jorland, G, 2004) presentó su descubrimiento de dos trastornos de la designación desconocidos hasta entonces: la alotopoagnosia y la heterotopoagnosia¹⁴. En el primero los pacientes han perdido la facultad de designar cualquier elemento del mundo externo y, en el segundo, la designación de las partes del cuerpo del otro, pero en ambos conservan la capacidad de designar las partes del propio cuerpo. Parece que hay una relación estrecha entre

designación y objetivación, que hace pensar que la designación es correlativa con la objetivación¹⁵. Estos trastornos ilustran, por lo tanto, una condición primordial de la empatía: la distinción entre sí mismo y el otro. La designación, es pues, una forma rudimentaria de intersubjetividad. Se han visto alteraciones de esas capacidades en trastornos como el autismo, que antes se explicaba por las carencias parentales, maternas sobre todo.

Decety (2004) señala que el hecho de distinguirse a sí mismo del otro es fundamental en la empatía. El lóbulo parietal inferior del hemisferio derecho se activa más cuando el sujeto es imitado por otro y el lóbulo parietal del hemisferio izquierdo se activa más cuando el sujeto imita al experimentador. En el lóbulo parietal y en el córtex frontopolar del hemisferio derecho se detecta un fuerte aumento del metabolismo cuando los sujetos toman la perspectiva de otro (Tabla 2).

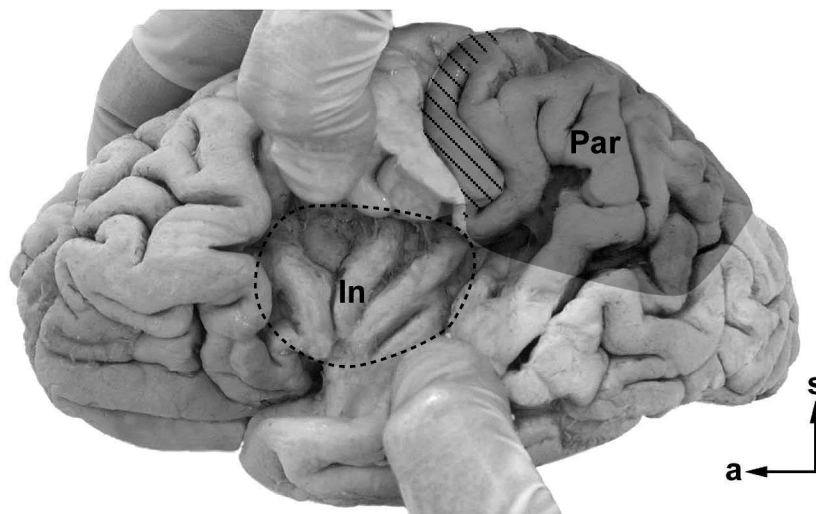


Tabla 2 : La distinción de sí mismo y del otro.

In, ínsula
 Par, corteza parietal (gris)
 Zona rayada, giro postcentral
 s, superior; a, anterior

En cambio, cuando los objetos imaginan una acción en primera persona, se activan más la ínsula, el giro postcentral y el córtex parietal del hemisferio izquierdo. Por otra parte, gracias a nuestra capacidad de representación interna del mundo exterior y de nosotros mismos, no es necesario que realicemos una acción para conocer sus consecuencias, porque podemos anticiparla y simularla mentalmente.

Muchos estudios realizados con técnicas de neuroimagen identifican las regiones cerebrales implicadas en la simulación mental de las acciones (tabla 1): áreas premotrices, motrices primarias, parietales y cerebelosas, con predominio del hemisferio derecho. Vittorio Gallese (Gallese, 2004) dice que las investigaciones han puesto en evidencia los mecanismos neurales que median entre la experiencia personal que tenemos sobre nuestro cuerpo y las apreciaciones que tenemos sobre los demás. Ese conocimiento personal, relacionado con la experiencia corporal, permite nuestra relación

fina con los otros y la intersubjetividad. Es la “simulación corporalizada”, de la que el sistema de neuronas espejo es probablemente una correlación. La simulación, para este autor, no es necesariamente el resultado de un esfuerzo cognitivo consciente y voluntario para interpretar las intenciones ocultas de las conductas públicas de los demás, sino más bien un mecanismo básico del funcionamiento de nuestro cerebro. Este mecanismo parece jugar un papel importante en nuestra aproximación al mundo, porque representa el resultado de posibles acciones, emociones o sensaciones que uno podría realizar o experimentar y sirve para atribuir ese resultado a otro organismo¹⁶.

También se ha visto que las variaciones de los índices fisiológicos asociadas a la expresión de las emociones (ritmo cardíaco, presión arterial, sudoración) son semejantes en las personas que actúan de determinada manera, en las que las observan tal acción y en las que la imaginan.

3. Psicología

Para Ajuriaguerra, hay que ser cautos a la hora de interpretar socialmente los descubrimientos anatómicos y fisiológicos: "hay que ceñirse modestamente a ser psicólogos, hablando humildemente el lenguaje del comportamiento, de la acción, y dejarse de pretensiones anatómicas y fisiológicas". Sin embargo, él mismo señaló que, a partir de la dinámica del diálogo con el entorno, el niño utiliza los potenciales de base innatos¹⁷. Propuso que la actitud de aceptar o rehusar que tomamos ante los demás es ya una forma de relacionarnos con el mundo que aprendimos en un lenguaje primitivo al relacionarnos con la madre¹⁸. A través de las caricias se desarrollan la somatognosia (descubrimiento y conocimiento del cuerpo) y la practognosia (el cuerpo vivido como operante sobre el medio). Estudió Ajuriaguerra el desarrollo de otras formas de comunicación: grito, mirada, sonrisa, lenguaje verbal¹⁹. La risa y la sonrisa son exclusivamente humanas y evolucionan desde ser formas de respuesta positiva innata hasta adquirir un grado de libertad y de intencionalidad que llega a lo cómico y lo lúdico. La mirada, más allá del acto de visionar, permite seguir, buscar, fijar el "objeto", (pezón, rostro de la madre, sonajero, chupete o "máscara"). El "barrido" ocular permite entrar en contacto con el "otro".

Siguiendo la senda marcada por Ajuriaguerra y otros autores señala Decety (2004) que, en un momento de la evolución difícil de datar, aparece en el niño la discriminación de las expresiones faciales, principalmente de la madre, cuyas emociones constituyen una fuente de información esencial. El niño imita, y esa competencia imitativa refleja no solamente una tendencia a reproducir movimientos de los otros, sino a identificarse con ellos. Hay estudios comportamentales y neurológicos que favorecen la teoría de las “representaciones compartidas” que implican la influencia de la presencia de los demás sobre nuestro comportamiento: facilitación social, mimetismo de las posturas en un grupo, contagio emocional, etc.

Muchos comportamientos de ese tipo (como la “resonancia motriz”, el diálogo tónico) se explican, como hemos descrito antes, por la activación automática de las representaciones motrices y la ausencia de inhibición. Como es sabido, actualmente se han descubierto neuronas en el córtex premotor del mono (región implicada en la programación de los movimientos voluntarios) que se activa cuando se ejecuta una acción orientada hacia un objeto (coger un trozo de alimento por ejemplo) y cuando él observa al experimentador realizar la misma acción. En el hombre, con neuroimagen funcional, se ha visto que cuando observamos una acción realizada por otra persona, se

activan las regiones cerebrales del córtex premotor y del córtex parietal (Tabla 1) especializadas en la generación de acciones integrales. Esta resonancia motriz se organiza de forma somatotípica, porque las zonas del córtex premotor (que programan las unidades musculares implicadas en un gesto dado) que se activan a la vista de una acción realizada por otro son precisamente las que son responsables de la acción real. Cuando el sujeto percibe movimientos imposibles (por ejemplo un gesto de la mano que atraviesa la cabeza) la región del córtex prefrontal ventromedial implicada en la detección de conflictos o incoherencia, se activa fuertemente (Tabla 3)

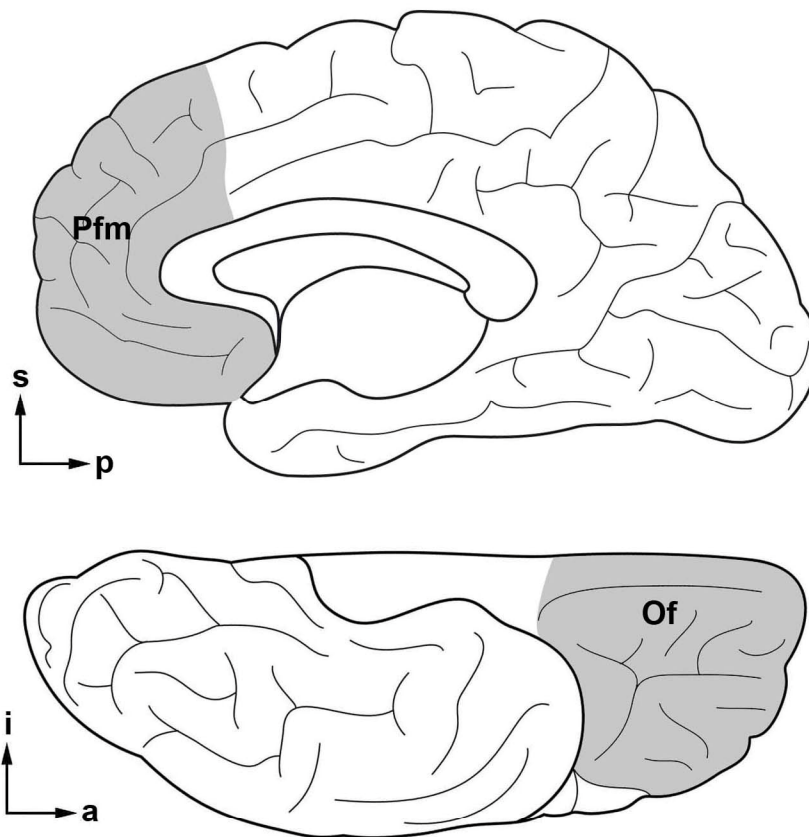


Tabla 3: Centros neurológicos relacionados con la imitación y la simulación

Pfm, corteza prefrontal medial

Pfdl, corteza prefrontal dorsolateral

Of, Corteza orbitofrontal

s, superior; p, posterior; a, anterior; i, interno

Pacherie (Berthoz A., Jorland, G, 2004) recurre a la articulación de la imitación y la simulación para explicar dos formas de empatía que se ven en el curso de desarrollo

del niño. Las emociones intencionales del otro llegan al sujeto como aprobación y desaprobación, y su reconocimiento empático es un vector de interiorización de las normas sociales, lo que abre, naturalmente, la psicología a la psicología social.

Se ha discutido (Premack y Woodruff, 1978) si la capacidad de interpretar el comportamiento de sí mismo y de los demás en términos de inferencias a partir de los estados mentales del otro (deseos, intenciones, creencias, conocimientos) es o no exclusiva del hombre. Esta capacidad ha sido estudiada con PET y Baron en 1994 ha demostrado que, al desarrollarla, se produce un aumento de la actividad del cortex prefrontal orbitomediano derecho. (Tablas 3)

Parece que fue Darwin el primero en describir los procesos emocionales en los animales (su perro en particular) y el hombre, y en proponer una continuidad de mecanismos entre las diferentes especies (Decety, 2004). Las emociones ejercen funciones preeminentes en la movilización de respuestas adaptativas en las situaciones de urgencia (por ejemplo, modificaciones metabólicas, endocrinas y vegetativas que preparan la huida o la lucha)²⁰. Compartimos con otros animales un conjunto de mecanismos de tratamiento de la información emocional que juegan un papel regulador en la vida en grupo. Estos mecanismos residen en un conjunto de circuitos neuronales específicos del sistema límbico, que unen la amígdala al córtex temporal, al córtex singular, y al córtex orbitofrontal (Tabla 4).

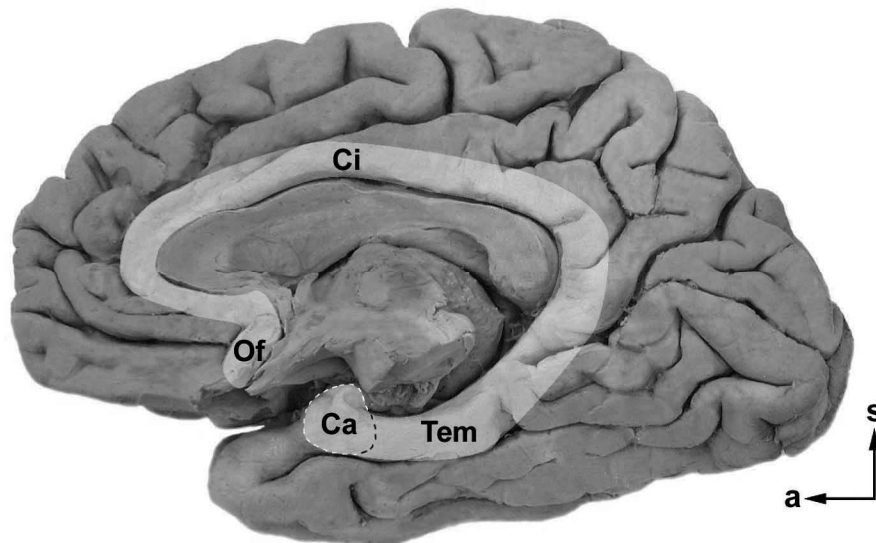


Tabla 4: Sistema límbico

Ca, complejo amigdalino
 Tem, corteza temporal
 Ci, corteza cingulada
 Of, corteza orbitofrontal

s, superior; a, anterior

Determinada emoción, una vez activada por señales del ambiente, desencadena una cascada de reacciones a corto término (por ejemplo, huir de un depredador) o a largo

término (por ejemplo, evitar ese peligro en el futuro).

Para Decety (2004), sin embargo, sólo el *homo sapiens* estaría dotado de la capacidad de “mentalización”, es decir de considerarse o considerar a los otros como seres cuyo comportamiento está causado por estados mentales (intenciones, creencias, emociones) que pueden ser similares o diferentes a los nuestros. Señala que, cuando un recién nacido escucha llorar a otro bebé, tiene también tendencia a hacerlo, por un mecanismo ligado al contagio emocional, precursor de la empatía. Esta reacción ante la ansiedad del otro se manifiesta exclusivamente hacia los seres humanos y no es desencadenada cuando el bebé es expuesto al llanto de un bebé chimpancé: el bebé comparte las emociones con las personas con las que puede identificarse y establece sólo con ellas una distinción entre sí mismo y el otro.

Barresi (1996) describe los 4 niveles de desarrollo de la representación mental de las “intenciones” y señala que algunos chimpancés se reconocen en un espejo, por lo que tienen una representación imaginada, un concepto de sí mismos (Nivel 3). Pero, además, son capaces de representarse de forma imaginada las relaciones intencionales respecto a ellos y de imaginarse el estado mental y atribuirlo a sus congéneres y a los seres humanos. Serían capaces, por ejemplo de engañar, como los humanos (Nivel 4). En cambio, muchos niños autistas presentan trastornos cognitivos graves de desarrollo que afectan a la comunicación social, al contacto afectivo, a la empatía y la simpatía y no logran esas capacidades. Jorland (en Berthoz A., Jorland, G, 2004) concluye que existe una empatía “intraespecífica” entre los no humanos, pero también una empatía “interespecífica” entre los humanos y las otras especies animales esencialmente los primates

Otra capacidad propia a los comportamientos inter-relacionales es la de controlar la violencia. Un llamado “inhibidor de la violencia” forma parte del mecanismo cognitivo de comunicación no verbal descubierto por Lorenz (1996) en el animal²¹. Ese inhibidor interviene en las que se pueden llamar “emociones morales”: empatía, simpatía, culpabilidad, remordimientos. Los niños desde el mes 39 distinguen sin ambigüedad dos tipos de normas. Por una parte, las “reglas morales propiamente dichas” que se refieren a la felicidad, a la justicia, a los derechos, y que están fundadas sobre la honestidad y la idea de evitar hacer el mal y las juzgan obligatorias. Por otra parte, “las reglas convencionales”, que se juzgan no generalizables y contingentes, incluso si dependen de una pretendida “palabra de Dios” y que están fundadas en la organización social. El niño “psicópata” (antisocial) no muestra en cambio ninguna reacción emocional al malestar del otro, es violento y agresivo, sin remordimientos ni culpabilidad (Blair, 1995)

4. Psicopatología

En algunos sujetos con síndrome de Asperger, trastornos de personalidad (por ejemplo el trastorno narcisista) y otros cuadros psiquiátricos (Decety, 2004) se encuentra una carencia de empatía, una “desempatía” (Sironi (en Berthoz A., Jorland, A, 2009). Se suele afirmar que las lesiones vasculares del hemisferio derecho están asociadas a déficits emocionales. Las lesiones del córtex prefrontal dorsolateral y medial pueden conllevar un trastorno de la expresión de las emociones, una falta de motivación a involucrarse en interacciones sociales y a veces un estado general de apatía. Una lesión del córtex orbitofrontal altera esencialmente la vivencia emocional.

Existen, por otra parte, personas sin patología psiquiátrica evidente que

presentan una cierta “sordera psicológica”. Consideramos que estas personas tienen poca capacidad de contención.

Spaans (6) señala que algunos síntomas médicamente no explicados se comprenden mejor por una “mentalización-corporalizada” que puede explicarse a través de las teorías sobre el apego y la mentalización. La mentalización corporalizada es la capacidad de detectar las señales propias y del otro, de responder a ellas y de percibir los vínculos con los estados mentales subyacentes. En pacientes con trastornos médicos no explicados se produce observa a menudo, como es sabido, una mentalización corporal pobre (de alguna manera superponible a la “alexitimia”) que puede ser tratada mediante programas psicoterapéuticos intensivos.

Skårderud (7) señala que la mentalización es un concepto nuevo que se refiere a la autorreflexión y a la comprensión de los demás, básica en las relaciones humanas y en la comunicación. La alteración de la capacidad de mentalización se relaciona con diferentes tipos de psicopatología. Mizen (8) considera que el concepto de mentalización utilizado por Fonagy y colaboradores tiene relaciones con el modelo de la mente de Bion. Piensa este autor que tiene limitaciones en el sentido de que da demasiada importancia a unos tipos de interacción entre el bebé y quien le cuida, y demasiada poca a los procesos internos psicobiológicos. Lo que se discute aquí es la forma en que el cuidador del niño facilita el desarrollo de la capacidad de dar significado a las experiencias. El concepto de Bion supone un modelo relativamente “interior” en el que el cuidador capacita al niño para extraer de su experiencia el significado, mientras que Fonagy y colaboradores, tienden a hablar más en términos de la forma en que el cuidador da a la experiencia del niño, un significado. Mizen hace referencia al concepto de Fordham de identidad quien señala que el modelo de Freud considera a la mente como proveniente de identificaciones complejas del niño con sus cuidadores. Por su parte, el modelo de Young mira los estados precoces del desarrollo de la identidad como los medios por los que las capacidades inherentes se realizan.

5. Psicoterapia

Hartmann (2009) propone que los hallazgos neurobiológicos explican las alteración de la empatía como un “contagio” al que se superpone un proceso cortical cognitivo. El proceso terapéutico en la psicología psicoanalítica del self implica una disrupción y una reparación en la que se realiza una internalización y se ve el proceso como intersubjetivo, como una construcción conjunta entre paciente y analista.

Decety (2004) dice que la empatía permite al terapeuta participar de la forma más íntima posible en la experiencia del paciente, permaneciendo, sin embargo, emocionalmente independiente. Ya lo había en cierta manera mencionado Theodor Reik en 1948 en *“Listening with the Third Ear: The Inner Experience of the Psychoanalyst”* trabajop en el que describe los cuatro aspectos que componen el proceso de empatía en psicoterapia: la desidentificación, la incorporación, la red de reverberación y el distanciamiento.

Ajuriaguerra, durante los tiempos en que dirigió los servicios psiquiátricos de Ginebra instauró entre los que éramos residentes de psiquiatría el aprendizaje de las relaciones interpersonales aconsejándonos que participáramos en grupos dinámicos de reflexión que se ofrecían en su Departamento. Así mismo nos animaba a que aprendiéramos su técnica de relajación en los cursos que allí auspiciaba. Ambas

experiencias, en las que participé en mi periodo de formación con él resultaban extremadamente útiles para el desarrollo de las habilidades interpersonales y la relación empática con los pacientes., Por ello, posteriormente las incluí en los programas formativos de los profesionales de la salud mental de Ginebra y Bilbao, cuando, con el tiempo, tuve la ocasión de dirigirlos. Lo que sigue es una breve reflexión sobre esas experiencias.

5.1. ¿Se puede enseñar la empatía?

Decety (2004) considera que el papel del terapeuta es el de experimentar las sensaciones y las emociones de su cliente y comunicarle esta comprensión. Para Rogers, el proceso de empatía se define como “percibir el cuadro de referencia interno del otro tan precisamente como sea posible, con los componentes emocionales y las significaciones que le pertenecen como si se fuera esa persona, pero sin perder nunca de vista esa condición de “como si”. Para Decety la dificultad y el desafío para el terapeuta es situarse tan exactamente como sea posible en el marco referencial de la otra parte por un comportamiento “en espejo” o en eco sin nunca perderse en él. Pero ¿es posible entrenar a los profesionales de la salud y a los psicoterapeutas en la percepción y el manejo de la empatía?

La participación en grupos dinámicos puede capacitar al profesional para percibir las semejanzas y diferencias entre él y los demás miembros del grupo (o los seres del exterior), lo que le permite contrarrestar las defensas primitivas de escisión y proyección que llevan a ver a los demás como totalmente iguales o diferentes a uno mismo. Pueden, como dice Foulkes (Foulkes, 1974) ayudarles a tener más receptividad para los “procesos “transpersonales” “para ver un poco mejor, más profundo, antes que los demás, lo que sus pacientes están realmente diciendo ... (porque) los individuos se comunican sin saberlo a través de procesos inconscientes que están entre ambos y los permean”. Nuestra experiencia de más de 30 años en la formación de terapeutas grupales (Guimón, 2001, 2004, 2008) nos demuestra que se puede sin duda mejorar la utilización de esos mecanismos esenciales en la psicoterapia.

Por otra parte, nuestra experiencia de 20 años de sensibilización de los alumnos de Medicina a la relación médico-enfermo a través de su participación en grupos dinámicos (Erroteta y cols, 2008; Totorika y cols 2008; Guimón, 2008) nos muestra que se pueden también mejorar, por mecanismos de identificación, algunos aspectos de la entrevista médica superficiales (la adecuación del entorno, los signos de respeto e interés) y más profundos (el evitar dar signos de agobio). La duración de nuestros grupos no permite en general modificar otros aspectos más “temperamentales” de la empatía y nuestra experiencia en psicoterapia analítica grupal nos hace pensar que, incluso con terapias prolongadas, esos rasgos se modifican poco. En efecto, estamos de acuerdo con Bion en que, al igual que existen personas sin oído para la música o que otras no detectan adecuadamente sus emociones, existen sordos psicológicos “constitucionales” (personas con poca *psychological mindness*), que seguirán siéndolo. Sin duda que muchos de estas personas podrán trabajar en el sistema sanitario, pero se sentirían más cómodos y serían más útiles en especialidades alejadas del trato con los enfermos, especialmente con aquellos que presentan patologías graves o padecimientos psicosomáticos o psiquiátricos.

Este tipo de grupos podrían ser utilizados en la selección y orientación de los profesionales y, en algunas ocasiones, escasas por lo delicado del tema, hemos utilizado con éxito la visión privilegiada que nos proporcionan para intervenir fuera del grupo sobre ciertos aspectos de algunos de los participantes con consejos en ese sentido. (Ainsworth, 1969).

5.2 La empatía en la técnica de relajación de Ajuriaguerra

Ajuriaguerra desarrolló su técnica de relajación corporal a partir de la de Schultz y le confirió un valor dinámico especial al aplicar a la comprensión de la relación terapeuta-paciente que se crea sus observaciones sobre el diálogo tónico que se establece entre la madre y el bebé. En su técnica subraya la verbalización de las sensaciones subjetivas del paciente, ayudándole a reconocer sus tensiones en la relación con el terapeuta y a darles un lenguaje tónico-emocional. Posteriormente se le anima a utilizar sus adquisiciones en la vida real y se le pregunta por los momentos de tono mal adaptado que surgieron en las relaciones interpersonales. La vuelta a la normalidad que se hace al fin del ejercicio le permite al paciente aprender a integrar la sensación de "estar relajado" con la anterior de "estar tenso". Se busca la automatización de la primera actitud que evita los síntomas, lo que da resultados espectaculares en los pacientes con tics, los tartamudos, los hiperemotivos y los débiles motores.

Ajuriaguerra, con Cahen ²² profundizó en la técnica y dinámica interpersonal profunda de la cura de relajación: el investimento de lo corporal, la retirada pasajera de lo "real", la despersonalización y sus riesgos, la vivencia de la regresión y su valor dinamizador, el "abrirse" de la personalidad y de los afectos en la relación con el terapeuta.

En el curso de la terapia, algunos pacientes tienen una dificultad particular en tomar conciencia de un sentimiento muscular. Otros sienten una fatiga intensa y otros tienen tentación de dormirse, lo que les permite huir de la búsqueda deseada. Algunos pacientes no aceptan cerrar los ojos durante un tiempo, como para conservar el control visual de su entorno y defenderse del alejamiento de los contornos de la realidad. Todos ellos temen la distancia que sienten que se instala entre su persona y esa realidad particular, que es el lugar del encuentro con el terapeuta. Al principio esa distancia produce miedo por la aparición de imágenes inquietantes. Pero aprenden a controlarlo.

Cuando el paciente intenta conservar un control sensorial reasegurante de la realidad que le envuelve, puede sentir miedo al descontrol. Se trata de una experiencia, no de despersonalización, sino de desrealización: la proyección de una visión inquietante de sí mismo sobre el mundo que le rodea. Una de las preocupaciones del terapeuta es por ello dosificar la tensión de las situaciones terapéuticas para quedarse siempre por debajo de una situación dramática insostenible al yo del enfermo. Esas situaciones son manejables por técnicas como el psicoanálisis pero no en la relajación, por lo que hay que evitarlas, respetando la reticencia del paciente.

Las condiciones físicas y relacionales del ejercicio invitan al paciente a aceptar una experiencia regresiva, que tiene algunos riesgos en pacientes muy perturbados. En general no tiene riesgos. La regularidad de los encuentros terapéuticos asegura la continuidad de la relación terapéutica y permite al enfermo hacer la experiencia repetida de esta relación con el otro primitivamente temida y desdramatizarla.

La relajación puede ser una experiencia más completa que la psicoterapia verbal

que habitualmente no se permite más que interpretaciones de la experiencia extraterapéutica (aunque las actuales técnicas “intersubjetivas” las alientan). Evidentemente esta técnica propone finalidades más modestas que el psicoanálisis. No se puede hablar de relaciones de transferencia en el sentido estricto. Mientras que el psicoanalista permite que se proyecten sobre él imágenes contradictorias, y resuelve las tensiones que suscitan por interpretaciones que hacen intervenir la experiencia actual y la historia del sujeto, el terapeuta de relajación confirma la imagen reasegurante que el sujeto busca en él. Por otra parte, aunque esta técnica no permite la elaboración de la génesis histórica de los trastornos, ciertas observaciones permiten reconocer y situar las emergencias del pasado.

Lamentablemente, esta técnica, que fue muy desarrollada en París y Ginebra, ha ido hoy cayendo en desuso. En el contexto de la formación de profesionales en Salud mental en Bilbao y en Madrid hemos utilizado una técnica semejante de “psicoterapia autógena” propuesta y difundida por José Luis González de Rivera.

REFERENCIAS

- Aguirre, J.M. y Guimón, J. (Eds). (1994). *Vie et oeuvre de Julián de Ajuriaguerra*, Paris, Masson (166 pags). Versión española (1992) «Vida y obra de Julián de Ajuriaguerra», ELA Eds, Madrid
- Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of the mother-infant relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Ajuriaguerra, J. (1969). *La Relaxation*. Jean-G. Lemaire. Paris: Bibl. Payot
- Ajuriaguerra, J. y Garcia Badaracco, J. (1953). *Las terapias de relajación en medicina Psicosomática*. *Presse médicale*, 15, 316-320.
- Ajuriaguerra, J. y Stambak, M. (1958). *Evolution de l'extensibilité musculaire depuis la naissance jusqu'à l'âge de 2 ans. Eude comparative entre l'évolution de l'extensibilité, le tonus statique et autres activités motrice*. *Presse médicale*, 66, 2, 24-27.
- Ajuriaguerra, J. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Nouvelle édition refondue, Masson édit., Paris.
- Ajuriaguerra, J. (1978-79). Collège de France. *Evolución de los funcionamientos Neuropsicológicos en el niño*
- Ajuriaguerra, J. (1981). J. Collège de France. *Hacia una neuropsiquiatría del desarrollo*
- Almond, R. (2003). The holding function of theory. *J Am Psychoanal Assoc*, 51(1), 131-153.
- Bartolomeo P, Chokron S, Degos J. (2000). Right parietal lesions, spatial neglect and egocentric reference. *Rev Neurol*. 2000;156(2):139-43
- Berthoz A., Jorland, G (Eds). (2004). *L'Empathie*, Odile Jacob, Paris
- Bion, W. R. (1965). *Recherche sur les petits groupes*. Paris: Presses Universitaires Françaises.
- Bion, W. R. (1970). *L'attention et l'interprétation*. Paris: Payot.
- Cattaneo L, Rizzolatti G. (2009). The mirror neuron system. *Arch Neurol*. 2009 May;66(5):557-60
- Cleret de Langavant L, Trinkler I, Cesaro P, Bachoud-Lévi A. (2009). Heterotopagnosia: When I point at parts of your body. *Neuropsychologia* 2009;47(7):1745-55
- Decety, J. (2004). L'empathie est-elle une simulation de la subjectivité d'autrui ? In A. Berthoz & G. Jorland (Eds) (pp 53-89). Paris : Odile Jacob.
- Eagle MN, Gallese V, Migone P. (2009). Mirror neurons and mind: commentary on vivona. *J Am*

- Psychoanal Assoc.* 2009 Jun;57(3):559-68 discussion 569-73.
- Erroteta J, Eguiluz I. (2008). Grupos Balint para afrontar las crisis psicológicas. In: Guimón J, Dávila R, Andreoli A, editors. *Crisis y contención*. Madrid: Eneida; 2008. p. 211-5.
- Felician O, Romaguère P. (2008). Your body and mine: a neuropsychological perspective. *Neurophysiol Clin* 2008;38(3):183-7
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). *Affect, Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Foulkes, S. (1974). My Philosophy in Psychotherapy. *Group Analysis*.
- Frassinetti F, Maini M, Romualdi S, Galante E, Avanzi S. (2008). Is it mine? Hemispheric asymmetries in corporeal self-recognition. *J Cogn Neurosci* 2008;20(8):1507-16
- Gallese V. (2009). Motor abstraction: A neuroscientific account of how action goals and intentions are mapped and understood. *Psychol Res.* 2009; 73 (4): 486
- Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Journal of Psychiatry*, 56.
- Hartmann H. (2009). Psychoanalytic self psychology and its conceptual development in light of developmental psychology, attachment theory, and neuroscience. *Ann N Y Acad Sci.* 2009;1159:86-105.
- Guimón, J. (2001). *Introduction aux thérapies de groupe*. Paris, Masson, (274 pags)
- Guimón J, Ayerra JM, Trojaola B, González E, de la Sierra E. (2004). Thirty Years Experience of Group Analytic Training in Bilbao. *The European Journal of Psychiatry* 2004;18(Sup):27-33.
- Guimón, J. (2008). Salud Mental basada en las pruebas, Universidad del País Vasco, Bilbao, 2008
- Guimón, J. (2009). Cuerpo, self y creatividad. *Advances in Relational Mental Health*, 8, 2, 2009
- Hécaen, H y Ajuriaguerra, J. (1964). *Méconnaissances et hallucinations corporelles. Intégration et désintégration de la somatognosie*", Paris:Masson édit.
- Mizen R. (2009). The embodied mind. *J Anal Psychol.* 2009; 54(2):253-72
- Rizzolatti G, Fabbri-Destro M, Cattaneo L (2009). Mirror neurons and their clinical relevance. *Nat Clin Pract Neurol.* 2009 Jan; 5(1):24-34.
- Rizzolatti G, Fabbri-Destro M. (2009). Mirror neurons: from discovery to autism. *Exp Brain Res.* 2009 Sep 18
- Rutter, M. (1993). Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Skårderud F, Sommerfeldt B. (2008). Mentalisation--a new theoretical and therapeutical concept. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2008;1(128):1066-9
- Spaans J, Veselka L, Luyten P, Bühring M. (2009). Bodily aspects of mentalization: a therapeutic focus in the treatment of patients with severe medically unexplained symptoms. *Tijdschr Psychiatr.* 2009;51(4):239-48
- Tisseron, S. (2007). *La résilience*. Paris: PUF.
- Torika K, Eguiluz I, González Torres M. (2008). La sensibilización psicológica en el pregrado de Medicina: una experiencia grupal. In: Guimón J, Dávila R, Andreoli A, editors. *Crisis y contención*. Madrid: Eneida; 2008 p. 201-11.
- Vetlesen, I. (1994). *Perception, Empathy, and Judgement*. Pennsylvania State University.
- Werner, E. E., & Smith, S. S. (1993). *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. Londres: Tavistock.

NOTAS

¹ Las figuras que ilustran este artículo han sido realizadas por la Dra. Inmaculada Gerrikagoitia, Profesora Titular de Anatomía Humana del Departamento de Neurociencias de la UPV/EHU.

² José Guimón es Catedrático de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Professeur Honoraire de l'Université de Genève. Miembro de la International Psycho-Analytical Association.

³ Malcolm Pines llama empatía simplemente a la "capacidad de relacionarse con otros"

⁴ Por "*Concern*" (preocupación) entiende Vetlesen la consideración innata, simpatía o valoración por el otro, lo que impele a una relación positiva, no meramente, pasiva hacia él. No es sólo un deseo de "no dañarle" sino de ocuparse de él porque está vivo y sentirse curioso hacia él precisamente porque está vivo

⁵ Señaló que había sido evaluado por distintos autores con diferentes escalas: Krannogorski describió niños normales, excitables, fuertes rápidos y niños anormales, que serían no excitables, no fuertes y lentos; Escalona habló de niños activos y niños inactivos

⁶ Ajuriaguerra, Stambak y Lézine describieron en esa relación las actitudes de niños "hipotónicos" e "hipertónicos".

⁷ André-Thomas y J Ajuriaguerra "L'Axe corporel. Musculature et innervation. Flammarion édit. André-Thomas. y J Ajuriaguerra, 1949 - "Etude sémiologique de tonus musculaire", Flammarion édit.; Ajuriaguerra, J y M. Cahen. Tonus corporel et relation avec autrui. L'expérience tonique au cours de la relaxation La Relaxation, 3^{ème} édition, París, 1 Vol., L'Expansion, 1964.; Ajuriaguerra, J- Emociones y trastornos tónicos paroxísticos. L'évolution psychiatrique, 1948, Abril-Agosto; Ajuriaguerra, J, 1964 "La Relaxation". Jean-G. Lamaire. Bibl. Payut, París. Ajuriaguerra, J, 1974. "Manuel de psychiatrie de l'enfant". Nouvelle édition refondue, Masson édit., París.

⁸ Los accidentes paroxísticos son provocados en un mismo enfermo por emociones diferentes, aunque en ciertos casos, como en la "*Lachsachlag*", se desencadena por una emoción (la risa o lo cómico) y en la orgasmoplexia por el orgasmo. Estos trastornos del tono pueden afectar a segmentos parciales (la mitad del cuerpo en la Epilepsia refleja, o al cuerpo entero (automatosis). En la cataplexia, orgasmoplexia y en el "*Lachsachlag*", la pérdida de tono, generalmente es total pero puede -a veces- limitarse a los miembros inferiores.

⁹ Ajuriaguerra, J y García Badaracco, J.: "Les Thérapéutiques de Relaxation en Médecine psycho-somatique" En la "Presse Médicale"

¹⁰ El niño va a aprender que el éxito le será dado a través del dominio del cuerpo y de sus posibilidades. En ese aprendizaje están incluidas las reacciones tónicas a la agresividad: "La vida de los demás es sentida y reflejada por el cuerpo, bajo la forma de reacciones tónicas, hipertónicas o de pasividad que son a la vez incorporación de "el otro" y manipulación de la agresividad propia".

¹¹ Jan Decety, profesor de neurociencias sociales en Washington, mantiene que la empatía se basa en una simulación mental de la subjetividad del otro. Esa simulación es posible, porque poseemos una disposición innata a sentir que las demás personas son "como nosotros" y porque desarrollamos en la autogénesis la capacidad de ponernos mentalmente en el lugar del otro.

¹² Estos estudios han dado una base biológica a modelos explicativos de la empatía, la relación intersubjetiva, el autismo, etc. Sin embargo, Morton Ann Gernsbacher y otros autores han subrayado que estos estudios investigan en células únicas en macacos del córtex premotor ventrolateral o cuando observaban a otro macaco ejecutar la misma acción. Sin embargo, los estudios de neuroimagen en humanos no han demostrado esas pruebas, por lo que Rizzolatti advierte que han fallado esas pruebas para demostrar la existencia de un circuito similar al descrito en el mono.

¹³ "Méconnaissances et Hallucinations Corporelles". Intégration et Desintégration de la Somatognosie". Más tarde, en 1960, publicó con H. Hécaen y R. Angelerques "La négation de la cécité au cours des lésions cérébrales" en el Journal de Psychologie Normal et Pathologique.

¹⁴ Cleret encontró en 3 pacientes entre las capacidades de señalar y de *grasping* manteniendo la hipótesis de que la heterotopagnosia es un trastorno de la función comunicativa en señalar, pero no en *grasping*.

¹⁵ Felician señala que, en general, se piensa que la designación de partes del cuerpo conlleva un sistema de representación común de características visuoespaciales tanto en el cuerpo propio como en el cuerpo de otros individuos. Sin embargo, la observación de dos pacientes en que había habilidades disociadas, conduce a cuestionar ese modelo. En el mismo sentido, Frassinetti estudió pacientes con daño en el lado derecho e izquierdo y sanos, sugiriendo que el hemisferio derecho debe estar involucrado en el reconocimiento de las partes del cuerpo propio a través de una red frontoparietal. También Bartolomeo estudiando pacientes con amplias lesiones parietales derechas y otros sin ellas encontraron datos que relacionan el sitio de la lesión, los signos de negligencia y el campo de referencia egocéntrico.

¹⁶ Una acción exitosa, dice Gallese, requiere la capacidad de predecir las consecuencias esperadas de la acción. Ambos tipos de predicciones parecen depender de estados neuronales inconscientes que se pueden describir como procesos de simulación. Una simulación embodied (corporalizada) no se confina al control motor, sino que es una dotación general y básica de nuestro cerebro.

¹⁷ Ajuriaguerra, J. Curso 1976-77 del Collège de France "Las primeras organizaciones neuro-psicológicas: (movimientos espontáneos o posturas, equilibrio, desplazamiento, ritmo y fenómenos de repetición, estímulos, dolor y placer)"

¹⁸ Ajuriaguerra, J. Curso 1977-78 del Collège de France "Organización de la personalidad y socialización" trató básicamente del mundo de las aferencias y las carencias en los niños.

¹⁹ Wolff estudió el "grito-llanto" semana a semana, hasta el sexto mes e hizo una detallada relación de su significado que va unido al hambre, al fin de la tetada, a la voz de la madre, a la presencia o ausencia de la madre o de otros adultos.

²⁰ Para evaluar la empatía (Decety) los investigadores estudian, por ejemplo, la manera cómo los grandes antropoides reaccionan ante el sufrimiento del otro, transmiten esas informaciones (ciertos gritos y posturas características) y suscitan comportamientos sociales apropiados (de consuelo). Parece que sólo los grandes simios (chimpancé, gorila, y orangután) consuelan espontáneamente a las víctimas de una agresión.

²¹ Entre los 4 y 7 años el niño se hace sensible a la expresión triste de la cara y a los gritos y lloros de quien le agrede y abandona entonces todo acto violento.

²² J. Ajuriaguerra y M. Cahen. "Tonus Corporel et relation avec autrui au cours de la Relaxation", 1964.