

## **OBESIDAD INFANTIL Y NARCISISMO.**

**JOSAFAT ARZATE DÍAZ. \***

Licenciado en Psicología por la Universidad del Claustro de Sor Juana. Maestro en Orientación Psicológica por la Universidad Iberoamericana. Maestro en Psicoterapia Psicoanalítica por el Colegio Internacional de Educación Superior (CiES).

Recepción: 20 de julio de 2016 / Aceptación 19 de diciembre de 2016

### **RESUMEN**

Comúnmente a la obesidad se le estudia como una enfermedad que se caracteriza por la acumulación excesiva de tejido adiposo o grasa corporal y sus repercusiones en la calidad de vida; se le mira a distancia como efecto de una vida “ansiosa” y una mala alimentación, es decir, se le aborda desde la seguridad de lo superfluo, desde una lejanía, como algo ajeno, como agente patógeno externo, se le arrebatada su componente subjetivo. A partir de la expulsión del componente subjetivo el tema de la obesidad infantil se bordea desde la estadística, dejando en la periferia los dispositivos para entender qué de la obesidad se estaría jugando en el sujeto en proceso de conformación; exaltando el conteo se borra la diferencia, se limita la comprensión y se le imponen mecanismos de control absurdos.

**PALABRAS CLAVE:** Obesidad, infancia, subjetividad, narcisismo, estructuración.

### **SUMMARY**

Commonly, obesity is studied as an illness characterized by the accumulation of excessive body fat and its effects on life quality; from the distance, it is viewed as the result of an “anxious” life and unhealthy (or poor) eating habits, this is, obesity is addressed from the safety of the superfluous, from far behind, like an exogenous pathological agent, its subjective component is snatched away. From the expulsion of its subjective component, the topic of childhood obesity is bordered (or framed) from statistics, leaving in the periphery the devices to understand what part of obesity would be playing on the subjects under conformation process; exalting the counting deletes the difference, limits the understanding and imposes absurd control mechanisms.

**KEY WORDS:** Obesity, childhood, subjectivity, narcissism, structuring.

## **RÉSUMÉ**

Habituellement, l'obésité est étudiée comme une maladie caractérisée par la accumulation excessive de tissu adipeux ou de la graisse corporelle et ses conséquences dans la qualité de vie, on l'observe au loin comme l'effet d'une vie anxieuse et d'une mauvaise alimentation, c'est-à-dire, on étudie l'obésité d'après la sûreté du superflu, de loin, comme quelque chose d'étranger, comme un agent pathogène externe, on enlève l'élément subjectif. Une fois éliminé l'élément subjectif, l'obésité enfantine est abordée depuis la statistique, en mettant dans la périphérie les mécanismes pour comprendre quels éléments de l'obésité sont en jeu dans l'individu en processus de conformation; avec l'exaltation du comptage, on efface la différence, on borne la compréhension et on impose des mécanismes de contrôle absurdes.

**MOTS CLÉS :** obésité, enfance, subjectivité, narcissisme, structuration.

## **DESARROLLO**

Cuando abordamos a la obesidad no basta centrarse en el componente orgánico, en la biología, sino que es indispensable analizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales que implica. Y debemos aclarar que no todas las personas obesas presentan algún tipo de desorden emocional o patología de la personalidad [1]. Cada sujeto es singular aun con síntomas similares.

En México la tercera causa de muerte está asociada al sobrepeso y a la obesidad, de acuerdo al Programa Nacional de Salud 2007-2012 [1]. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) señala que 29.0% de las niñas y 28.1% de los varones entre 5 a 17 años tenían sobrepeso en México en el 2012, es decir, el promedio de los menores mexicanos con este mal era el cuarto más alto de los países que integran la OCDE. El Instituto Nacional de Salud Pública, informó que en los últimos años creció en promedio 1.1% el número de niños con obesidad y sobrepeso, esto significa que en 1999 18.4% de los menores padecían este problema y en 2006 se elevó a 26.2% (5)[2].

Además tendremos que diferenciar si estamos abordando una obesidad del tipo de un metabolismo patológicamente disminuido, o bien de un tipo en donde el metabolismo es normal y la obesidad estaría dada por una diferencia entre el gasto energético y la comida ingerida (37)[1]. Wyatt S, Winters K, Dubbert P. (2006) nos dirán entonces que: “Las consecuencias psicosociales, el exceso de peso y la obesidad afectan de manera negativa la calidad de vida de las personas, esto conllevan a un estigma social que puede contribuir a índices más altos de ansiedad, depresión y baja autoestima” (23)[3]. Estos niños que reciben burlas se les asocia con síntomas psicológicos y del comportamiento (23)[3].

Para las ciencias “duras” los factores de riesgo encontrados son:

1- La comida (fast food, chatarra) 2- Vida sedentaria. 3 – Genética. Enfermedades Físicas. 5- Enfermedades psiquiátricas: Los niños de 5 años atribuyen a la obesidad términos como perezoso y feo, también presentan un bajo concepto de sí mismo y se ha divulgado que en los niños gordos existe un desorden de depresión y ansiedad (23-24)[3].

La ansiedad puede surgir ante exigencias y amenazas externas, donde se busca la adaptabilidad a dichas situaciones, pudiendo encontrar dicha adaptación en el hecho de retirarse, evitarla. El comer se puede convertir en una forma de reducir la ansiedad, si esto se vuelve común, lo habitual sería que aumentará de peso, estableciéndose un círculo vicioso, donde la ansiedad se reduce comiendo, aumentando de peso, apareciendo de nuevo la ansiedad y una vez más se come como mecanismo para compensar (24)[3].

La obesidad se ha definido como una enfermedad que se caracteriza por la acumulación excesiva de tejido adiposo o grasa corporal y sus repercusiones en la calidad de vida, que conlleva un riesgo elevado de enfermedades.

Entenderemos por calidad de vida como “la percepción que tiene un individuo sobre su propia salud y lo que interpreta como la satisfacción en general que obtiene con su vida” (2)[4].

La imagen corporal está definida como la representación mental que tenemos de nuestro propio cuerpo y esta repercute sobre la autoestima y el auto-concepto. Nuestro entorno social castiga a los obesos y crea constelaciones específicas, sobre todo cuando la obesidad se presenta desde la infancia (3)[4].

Garza Elizondo (2005) nos dice que entre los problemas psicológicos y los trastornos psiquiátricos que acompañan a la obesidad se pueden considerar dos categorías:

1- Las complicaciones o enfermedades intercurrentes: “60% de las personas obesas expuestas al estrés psicológico sufren hiperfagia como forma patológica de defensa, acompañadas de personalidades inmaduras, con rasgos ansiosos y depresivos” (3)[4]. Aquí la ingesta de alimentos se da aburrimiento, angustia, soledad o dificultad para resolver problemas (3)[4].

Zipper E. Vila, G. Dabbas M, y cols. (2001)[4], demostraron que niños y adolescentes de entre 5 y 16 años con obesidad presentaban trastornos psiquiátricos como trastorno negativista desafiante y trastornos de ansiedad en ambos sexos, trastorno depresivo en varones y relación con patologías maternas (4)[4]. Este último punto nos indicaría un tratamiento interdisciplinario, el cual trascendería el tratamiento individual.

2- Factores causales: Estos hacen referencia a la etiología en los patrones de interacción temprana, las cuales incluyen las conductas de apego madre – hijo, las relaciones y patrones de alimentación, “así como los factores socioculturales respecto a los hábitos alimenticios y al significado simbólico de la comida como representante de relaciones afectivas tempranas y su papel en el manejo de la ansiedad y depresión” (4)[4].

En las familias con adolescentes obesos se ha observado que la depresión materna se relaciona con las conductas de adolescentes obesos (1)[5], así como la ansiedad y dicha depresión se correlacionan con el índice de masa corporal (1)[5]. Desde este

contexto entenderíamos a la obesidad como una respuesta a dificultades del desarrollo, a conflictos subyacentes y a la interacción familiar (2)[5]. ¿Por qué hablar de adolescentes si el tema está referido al infante? Porque entendemos que los conflictos no aparecen a partir de un punto aislado, sino que son consecuentes y tienen consecuencias. Se observó que el 60% de las madres, de una muestra de 63 familias, tienen un “trastorno ligero del estado de ánimo”, el tipo de depresión infiere en el sueño, el apetito, variaciones de peso; encontrando, también, “un vacío o una dificultad en la expresión del sufrimiento emocional”; así mismo presentan predisposición a presentar “ansiedad-rasgo”. Es interesante observar que la patología psiquiátrica en los padres es baja (puntuación total 3.29); sin embargo en la dinámica familiar las madres expresan conflictos maritales, malos tratos y enfermedades; los padres expresan conflictos laborales, enfermedades y acontecimientos estresantes pasados, lo cual pondría en duda el resultado para los padres con ausencia de trastornos psiquiátricos (4-7)[5]. Sibel, Quiles, Bassas y Tomás (2001) concluyen que las madres tienen un sentimiento intenso de estrés, ansiedad, depresión y experiencias pasadas graves (malos tratos, duelos, etc.); los padres tienen estrés laboral, problemas económicos y adicción a sustancias en menor grado; generaciones previas han vivido acontecimientos externos de manera traumática, alcoholismo, marginación y antecedentes patológicos médicos como obesidad y en menor grado diabetes, hipertensión y problemas cardiovasculares; el clima familiar y la comunicación están marcadas por poca diferenciación jerárquica entre sus miembros. Posición periférica de la figura paterna, falta de límites, comunicación basada en el comportamiento y lo somático, así como el uso de lenguaje descalificatorio que repercute en la autoestima (7-8)[5].

Ahora, si las madres de niños obesos presentan diversos padecimientos, éstos influirán en cómo perciben a sus hijos. Marcela Díaz P. (2000) encontró en un grupo de 64 madres, donde el 53,3% corresponde al grupo total de obesos, el 26,6% consideraba a su hijo con peso normal, el 37,5 lo encontraban un poco excedido de peso y el 35,9% muy excedido de peso. El 98,4% cree que es más sano un niño de peso normal y sólo el 1,6 considera que es más sano un niño obeso. Lo cual

desmentiría lo que hemos escuchado sobre el sobrepeso y su simetría respecto a la salud, en el saber/percepción común. Sin embargo en dicho grupo se encontró, de la misma manera, que la mayoría de éstas madres relacionaban la obesidad, además de las complicaciones físicas, con torpeza y lentitud al moverse y muy pocas de ellas, 4, con problemas psicológicos. Es interesante observar que el 63,5% de las madres de los niños obesos son obesas también. La autora concluye que la percepción de las mamás de éste estudio esta distorsionada respecto a sus hijos, ya que el 36% de ellas lo considera muy excedido de peso y el 26,22% lo considera dentro del peso normal [6].

La segunda condición que observan las madres de hijos obesos del estudio no son enfermedades sino torpeza o lentitud al moverse, es decir, su mirada le indica que es torpe ¿por naturaleza? ¿Sólo torpe en sus movimientos? ¿Torpe en todo lo demás? Ésta observación ya nos estaría hablando de lo que éstas madres le lanzan a sus hijos; si bien la muestra no es significativa, sí me ayuda a pensar en la revisión que se podría hacer sobre el discurso materno sobre sus hijos y cómo impactó en estos, al final es y será parte del análisis con los adultos.

Ahora, si bien los estudios psicológicos nos hablan de cómo influye la obesidad en la autoestima, entendida ésta como una cuestión de autoimagen que incide en estados emocionales como la ansiedad y la depresión, no nos ayudan a entender qué subyace, cómo es que dicha autoimagen se construye, por ejemplo, el estudio anterior que les acabo de exponer nos habla de una percepción materna distorsionada, pero la percepción de una madre nos hablaría de la mirada, mirada que está atravesada por la subjetividad, mirada que no puede dar cuenta de ese cuerpo que rebosa carne; por lo tanto podríamos cuestionar la manera en que esa madre está traduciendo las necesidades de ese sujeto en conformación. La necesidad de alimentarse podría estar apuntalada en un placer, o bien en la satisfacción de ser reconocido o ser querido. Pensemos en el niño que es amamantado, no únicamente recibe el alimento, recibe las caricias, recibe la mirada, el cuidado, el calor de quien está ahí, y no únicamente eso, se le deposita, de inicio un deseo, deseo que sea alguien. La mirada y la palabra de la madre atraviesa al

sujeto, indica, le dice –en un primer momento- qué es lo que pasa, traduce un movimiento y codifica aquello que lo atormenta o lo extasía. ¿Qué pasa cuando una necesidad de cualquier tipo es nominada con un signo que no corresponde a la satisfacción requerida? Por ejemplo, ¿qué pasa cuando el niño experimenta ansiedad y recibe como traducción un “tienes hambre”? Al parecer se estaría facilitando una vía, estaría construyendo una prevalencia en él. Al mismo tiempo, el reconocimiento de ese cuerpo que se construye estará dado por esa mirada materna, su cuerpo, para él mismo no será “tan” robusto como aparece, si la madre no percibe los riesgos de la obesidad, será difícil que el sujeto, recipiente de esa mirada, de ese concepto velado, pueda dar cuenta de ello; simplemente no existirá. Pero como el psiquismo está en constante constitución vendrá otro que se lo haga saber con toda la violencia que una nueva palabra puede significar en nuestro psiquismo; si la madre no lo pudo nominar habrá otro que se lo haga saber, por lo regular de mala manera.

Sabemos que la madre influye sobre el niño, pero sabemos menos sobre cómo el niño influye sobre ésta. En el centro de la relación madre – hijo se desarrolla una serie de procesos circulares que son producto de las acciones y reacciones de ambos. En ésta relación se transmite información a través de signos, señales, símbolos, etc, éstos se codifican y decodifican y son tan particulares como cada relación exista, esto es la comunicación. El niño, en un inicio, comunica con su cuerpo a través de posturas, temperatura, vibraciones, contacto, ritmo, tono muscular y gutural, matices tonal, etc; la madre simbolizará dicha comunicación, dota de significado, si tiene la sensibilidad para percibirlo (23)[7]. “Si existen fuerzas que modelan la personalidad plástica del niño, son transmitidas necesariamente por este sistema comunicacional” (23)[7].

“Los cuidados conscientes prodigados por la madre no son los que el niño percibe mejor” (24)[7]. Esto lo observamos en las madres que tienen cuidados extremos, madres que sobre-protegen, pero que en otro nivel, en otro registro están deprimidas, ansiosas, angustiadas, esto, también se transmite. El niño puede percibir esta contradicción, puede percibir los conflictos intrapsíquicos de la madre

y esto lo desorganiza, el desarrollo pierde armonía y puede incluir un componente somático [7]. “El esfuerzo integrativo consiste en defenderse de la efervescencia que nace del contacto con esta madre contradictoria, cuya presencia constituye un trauma permanente” (30)[7].

En la alimentación del bebé se descubre el placer como experiencia, satisfacción en el cuerpo, que se lo va mostrando. Si se le satisface inmediatamente “se instala una omnipotencia, que priva al niño de decir “no” a la madre y, por lo tanto, de decirse “sí” a sí mismo. Y si el plazo es excesivo –en la alimentación-, sobreviene la desesperación y se inscribe una experiencia de dolor que hace decir “no” a todo” (57)[8]. Como ya habíamos dicho, en el alimentar al infante no sólo se brinda alimento. Si la frustración es alta existe un agotamiento, el sujeto ya no irá hacia el objeto-madre-alimento sino que se repliega, pero no por ello el deseo desaparece. Si la satisfacción es excesiva se liga una parte demasiado grande de energía del niño a esa forma particular de gratificación y por lo tanto puede detener el desarrollo o facilitar regresiones a fases anteriores cuando surjan dificultades en su vida (88)[9]. Esto nos ayudaría a entender cómo es que el comer se vuelve una forma o una estrategia para intentar controlar la ansiedad ante eventos significativos o ante el mismo ingerir alimentos, medida que no funciona, medida que como ya vimos se constituye en un círculo vicioso.

De inicio la mamá es quien decodifica las comunicaciones del bebe, si en esta interpretación de las necesidades sobre-estimula o sub-estimula, se crea una representación arcaica del cuerpo, “donde los contornos del cuerpo y la separación entre el cuerpo materno y el del niño siguen siendo confusos.” (59)[8]. Si la representación de los contornos del cuerpo es difusa, comenzará a ser difuso su sentimiento de sí, lo cual conocemos como auto-imagen. Entonces comenzará una lucha para preservar un sentimiento de unidad, es decir un sentimiento de sí y un sentimiento de estima de sí, conforme a lo que conocemos como auto-concepto.

En el momento en que nacemos recibimos de los otros significativos enunciados que devienen identificaciones. Nos vamos construyendo, sí, desde nuestra



experiencia, lo que vivimos y sentimos en carne propia, literalmente; pero también de lo que recibimos de los que nos rodean. Por lo que cada imagen, cada deseo recibido del otro se imprimirán en nuestro psiquismo. “La cuestión pertinente de la identidad es menos `quién soy yo´ que `a partir de quienes he sido yo construido” (73)[8].

Y si el psiquismo está en constante estructuración, podemos ir entendiendo la influencia que los padres y el entorno tienen sobre el niño obeso, quien es atravesado por éste mismo concepto, obeso, con toda su carga especulativa y de estigmatización.

Ahora, somos sujetos de deseo, por eso vivimos, por eso estamos aquí, el deseo será re-lanzado constantemente por la falta de un objeto, objeto perdido para siempre... si es que alguna vez se tuvo. La representación de aquel, se construye a partir de sí mismo, pero también del otro que lo enuncia. El obeso tiene hambre, no de alimento, de algo más y ese más será subjetivo.

Una parte de los deseos se vuelcan hacia afuera y buscan su satisfacción en el ambiente. Las personas del medio inmediato del niño a las que se ligan estas tendencias, sus objetos amorosos, adquieren una importancia vital para toda la vida del niño. Los niños que son tratados con indiferencia por las personas hacia las que vuelcan sus sentimientos no logran constituir relaciones sólidas y duraderas. Como resultado de ello, sus tendencias se vuelven sobre sí mismo en donde se buscará la satisfacción en sí mismo a expensas de su relación con el mundo externo.

El sentimiento de estima de sí está sostenido por las relaciones –con los otros significativos- en cuanto su historia, sus logros, sus vínculos y sus proyectos; es la vivencia del propio valor respecto de un sistema de ideales, puede ser vivenciado con orgullo y vitalidad, si nos acercamos a ellos, o con culpa, vergüenza e inferioridad, si nos alejamos. Por ejemplo, si el ideal es ser delgado, ágil, etc, el obeso se aleja de ello, por lo tanto deviene la vergüenza, malestar.

Hace un momento hablábamos de la frustración que el infante puede experimentar: “El niño frustrado siente con más intensidad la excitación de ciertas zonas de su cuerpo y tiende a usar la excitación ligada a la carencia parcial primaria, a estructurar un comportamiento autoerótico compensatorio” (309)[7]. Si este es el caso, ante dicha frustración, el sujeto deberá intercambiar una satisfacción –perdida o no dada- por otra y ese desplazamiento dependerá de ciertas fijaciones (78)[8]. En éste caso, el alimento. “El objeto del que es totalmente dependiente en su origen, está abocado a ser perdido para ser reencontrado –de otra manera- o recreado” (691)[10]. Lo que el niño come y bebe podría estar representado aquello que perdió o no le fue brindado, más que alimento, otra cosa.

Para estructurar el cuerpo que emerge la madre traduce lo percibido, lo podemos observar en las madres al cuidado de hijo cuando dicen: tiene hambre, frío, está mojado, etc. “La madre suministra al hijo un “continente” (Bion), bajo cuya protección el niño construye su psiquismo y desarrolla su pensamiento, a la vez que aprende que también presenta sus puntos débiles, por los que puede resquebrajarse” (686)[10].

Ahora, no sólo se va construyendo un cuerpo que siente y reacciona sino que el psiquismo va en desarrollo, nos vamos construyendo a partir de la apropiación de imágenes y los enunciados identificatorios que sobre nosotros formularon los demás. Por ejemplo las voces que hacen referencia al parecido con el padre o la madre o los abuelos, también sobre las expresiones del infante como si es tranquilo, despierto, si es una carga, un accidente, lento o torpe; si será exitoso o un fracasado; a qué se dedicará cuando crezca, etc.

El peligro es que el sujeto se anule y únicamente se remita al juicio del otro, renunciando a su propia actividad de pensar [8], quedando furtivo ante la opinión que lo descalifica o lo engrandece, dejando en el otro su supuesto valor.

Esto es que el sentimiento de estima de sí está influenciado por cómo nos acercamos o nos alejamos de la satisfacción, de las metas, aspiraciones del ideal y las relaciones con los demás:

El sentimiento de estima de sí es inestable. Lo hacen fluctuar las experiencias gratificantes o frustrantes en las relaciones con otros, la sensación de ser estimado o rechazado por los demás, el modo en que evaluamos la distancia entre las metas y las aspiraciones por un lado y los logros y el éxito por el otro. Lo hacen fluctuar también las exigencias que nosotros mismos nos hacemos: cuanto más estrictos somos, más disminuye la autoestima (216)[8].

De ahí el conflicto, se desea, pero no se quisiera desear, más allá que el comer.

Es por lo anterior que el comer tendrá tantos significados como número de comensales haya, por lo tanto cada niño, cada sujeto nos traerá su propia subjetividad, la cual bordeará desde su propio deseo el comer. “Si una parte de la energía subyacente en los movimientos afectivos es derivada al plano somático, el comportamiento tiende a perder la dramática personal que caracteriza a todo individuo con posibilidades mentales, sean normales o patológicas. En consecuencia, tiende a volverse concreto y utilitario” (32)[7]. La obesidad tiene una función, aunque el costo sea elevado.

Ahora podemos entender las alteraciones psicológicas como la imagen distorsionada, el descontrol alimentario (atracción), la ansiedad y las manifestaciones depresivas, todos aquellos factores que los estudios enumeran como indicadores de una baja autoestima.

Habría que entender que hasta ahora no existe un estudio que haya revelado una personalidad del obeso; existen obesos con y sin “psicopatías”. No existe una causa primaria en la génesis de la obesidad sino la combinación de ciertas características que interactúan con factores ambientales.

## **BIBLIOGRAFIA**

[1] MEZA PEÑA, C., MORAL DE LA RUBIA, J. (2011). Obesidad: Una aproximación desde la psicología psicoanalítica. Aperturas psicoanalíticas. No. 37. Recuperado el 15-12-2014. Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=686&a=Obesidad-Una-aproximacion-desde-la-psicologia-psicoanalitica> .

[2] AGUIRRE QUEZADA, J. P. Documento de Trabajo, núm. 133, junio de 2012. Publicación del Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados, LX Legislatura. Recuperado el 15-12-2014. Disponible en: [www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/282831/894766/file/Reto-obesidad-infantil-mexico-docto133.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx](http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/282831/894766/file/Reto-obesidad-infantil-mexico-docto133.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx).

[3] DIAS ENCINAS D. R., ENRIQUEZ SANDOVAL D. R. (2007). Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia. Bol Clin Hosp Infant Edo Son, 24(1), 22-26. Medigraphic Artemisa en línea. Recuperado el 15-12-2014. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2007/bis071e.pdf>.

[4] GARZA ELIZONDO J. L. Psicopatología del niño y adolescente obeso. 1er Congreso Regio Internacional de obesidad infantil y juvenil. Monterrey, N.L. México, 2005.

[5] SIBEL, A., QUILES, J., BASSAS, N., TOMÁS, J. (2001). Perfil psicopatológico y relacional de las familias con obesidad. Recuperado el 22-06-2014. Disponible en: [http://www.centrelondres94.com/files/Perfil\\_psicopatologico\\_y\\_relacional\\_de\\_las\\_familias\\_con\\_obesidad.pdf](http://www.centrelondres94.com/files/Perfil_psicopatologico_y_relacional_de_las_familias_con_obesidad.pdf) .

[6] DÍAZ P. MARCELA (2000). Percepción materna del estado nutricional de sus hijos obesos. Revista Chilena de Pediatría. V, 71 N. 4, Jul. Recuperado el 15-12-2014. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062000000400006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000400006).

[7] KREISLER, L. (1974). El niño y su cuerpo: estudios sobre la clínica psicosomática de la infancia. Buenos Aires: Amorrortu, 1999.

[8] HORNSTEIN, L. (2000). Narcisismo. Autoestima, identidad, alteridad. Buenos Aires: Paidós, 2006.

[9] FREUD, A. (1936). Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente. Buenos Aires: Paidós, 1992.

[10] ANZIEU, D. (2000). Cómo se les habla a los niños. En: Claudine Geissman y Didier Houzel(editores). El niño, sus padres y el psicoanalista. Madrid: Síntesis, 2000.