

Grupo de psicoanálisis multifamiliar: clima y experiencia.⁽¹⁾

Multifamily group psychoanalysis: climate and experience.

Florencio Moneo Martín

Médico psicoterapeuta psicoanalítico multifamiliar. AMSA-IMQ. Bilbao.

Resumen: Freud no hizo psicoanálisis multifamiliar. Aportó su concepto de ternura: designa una actitud hacia otro que perpetúa o reproduce el primer modo de relación amorosa del niño. Ferenczi tampoco hizo grupos multifamiliares. Desarrolló su concepto y práctica de la técnica activa, ese conjunto de procedimientos técnicos. El psicoterapeuta no se limita a dar interpretaciones. Badaracco fue el primer autor de Psicoanálisis Multifamiliar. Dijo que durante las primeras etapas del proceso terapéutico, cuando el paciente recibe más de lo no verbal que de lo verbal, más importante es cómo le dice lo que se dice que el contenido mismo: el tono de voz, el sentimiento expresado verbalmente, etc., pues los pacientes psicóticos son muy sensibles a cualquier actitud que pueda sonar a imposición, y una interpretación fuera de lugar o de timing podría provocar un rechazo profundo. El psicoanalista puede sentirse tentado de dar una interpretación porque es acertada, pero no siempre por ser cierta será lo que más ayuda al paciente. Pone el énfasis en el clima emocional, clima de seguridad psicológica que el paciente podrá ir trazando su self. En un ambiente de ansiedad, violencia, exigencia, arbitrariedad, nadie podrá manifestarse espontáneamente. Lo máximo que podrá hacer es identificarse internalizando ese clima enloquecedor y actuarlo hasta que nosotros, desde nuestra función terapéutica, le aportemos como objetos estructurantes, un entorno diferente al enfermante. Se citan las aportaciones de Mitre, Mascaró, Ayerra, López Atienza y Maruottolo que hicieron aportaciones a la teoría desde sus propias observaciones personales. Moneo aporta su experiencia personal como psicoterapeuta y paciente para terminar el artículo señalando unas consideraciones sobre la creación del clima, las aportaciones de los pacientes, el equipo, la Institución y la Formación.

Palabras clave: Psicoanálisis Multifamiliar. Clima emocional. Experiencia. Grupo.

Summary: Freud did not do multifamily psychoanalysis. He contributed his concept of tenderness: designating an attitude towards another which perpetuates or reproduces the child's first loving relationship. Nor did Ferenczi do any multi-family groups. He developed its concept and practice of the active technique, that set of technical procedures. The psychotherapist is not limited to giving interpretations. Badaracco was the first author of Multifamily Psychoanalysis. He said that during the first stages of the therapeutic process, when the patient receives more of the non-verbal than the verbal, it is more important how what is said is said than its content: the tone of voice, the verbally stated feeling, etc. as the psychotic patients are very sensitive to any attitude which could sound like imposition, and a wrong or untimely interpretation could lead to deep rejection. The psychoanalyst may feel tempted to give an interpretation because it is correct, but just because it is true does not necessarily mean that it

will help the patient more. Placing the emphasis on the emotional atmosphere, the atmosphere of psychological security that the patient will be able to trace their self. In an anxious, violent, demanding, arbitrary atmosphere nobody can express themselves spontaneously. The most they will be able to do is identify themselves internalising that maddening atmosphere and act it, until we, from our therapeutic function, provide with a different atmosphere to the one making them ill as structuring objects. Contributions are cited from Mitre, Mascaró, Ayerra, López Atienza and Maruottolo who contributed to the theory from their own personal observations. Moneo provides his personal experience as psychotherapist and patient in order to end the article by setting out some consideration on the creation of the atmosphere, the contributions from the patients, the team, the Institution and the Training.

Key words: Multifamily Psychoanalysis. Emotional Climate. Experience. Group.

1. Definición

El Diccionario de la Lengua Española (2) en la página 346 de su vigésimaprimer edición, en la tercera acepción dice así: **clima:** “ambiente. Conjunto de condiciones de cualquier género que caracterizan una situación o su consecuencia, o de circunstancias que rodean a una persona. CLIMA *intelectual, político*, etc. Por lo tanto, también *clima emocional*.”

2. Lo que dijeron los autores sobre el clima emocional psicoterapéutico

Freud (3,4) no hizo psicoanálisis multifamiliar. Aportó su concepto de ternura: designa una actitud hacia otro que perpetúa o reproduce el primer modo de relación amorosa del niño, en el cual el placer sexual no se da independientemente, sino siempre apoyándose en la satisfacción de las pulsiones de autoconservación, en contrapartida al concepto de sensualidad.

Ferenczi (5) tampoco hizo grupos multifamiliares. Desarrolló su concepto y práctica de la técnica activa, ese conjunto de procedimientos técnicos. El psicoterapeuta no se limita a dar interpretaciones, sino que formula órdenes y prohibiciones referentes a ciertos comportamientos repetitivos del paciente durante la cura y fuera de ella, cuando éstos procuran al sujeto satisfacciones tales que impiden la rememoración y el progreso de la cura.

Badaracco (6,7,8,9,10,11,12,13,14,15) –primer autor de *Psicoanálisis Multifamiliar*– dijo que tenemos que tener cuidado como psicoterapeutas para no caer en la tentación de hacer todo por

los enfermos. Más que sustituirlos seremos garantes y estimulantes de su self, para no correr el riesgo de desposeerlos. Por esta razón, durante las primeras etapas del proceso terapéutico, cuando el paciente recibe más de lo no verbal que de lo verbal, más importante es cómo le dice lo que se dice que el contenido mismo: el tono de voz, el sentimiento expresado verbalmente, etc., pues los pacientes psicóticos son muy sensibles a cualquier actitud que pueda sonar a imposición, y una interpretación fuera de lugar o de timing podría provocar un rechazo profundo. Uno puede sentirse tentado de dar una interpretación porque es acertada, pero no siempre por ser cierta será lo que más ayuda al paciente. En ese sentido es que ponemos tanto énfasis en el llamado clima emocional. Es solamente en el clima de seguridad psicológica que el paciente podrá ir trazando su self. En un ambiente de ansiedad, violencia, exigencia, arbitrariedad, nadie podrá manifestarse espontáneamente. Lo máximo que podrá hacer es identificarse internalizando ese clima enloquecedor y actuarlo hasta que nosotros, desde nuestra función terapéutica, le aportemos como objetos estructurantes, un entorno diferente al enfermante. Si un paciente siente paz podrá empezar a confiar, a contar más con nosotros y con el mismo. Poco a poco el clima enfermante se irá transformando en tranquilizante y se irá incorporando en el aparato psíquico como experiencia enriquecedora y fundamental.

Los pacientes psicóticos buscan el afecto primario, un contacto personal a través de un clima diferente y estructurante de recursos yoicos, un acompañamiento a ese self débil, con características de presencia real. Esta concepción es



diferente a la basada en la función psicoterapéutica como pantalla de proyección de contenidos inconscientes. En esos momentos, al poner en palabra el significado emocional o vivencial de lo que sucede en su mundo interno, el paciente puede sentir un rechazo de sus necesidades más primarias por parte del terapeuta.

Estos pacientes pueden producir rechazo en algunos médicos y otros miembros del personal. Inconscientemente entran en complicidad con la familia y los descalifican a través de una contraactuación contratransferencial. La función terapéutica que defendemos es rescatar al paciente y rescatarnos como terapeutas de este tipo de conflicto. De lo contrario se detiene el proceso terapéutico.

Mitre (16) sobre el cuidado de los pacientes dice que a medida que comprendía el hilo conductor y el funcionamiento de los GMF observó que la tendencia de los pacientes y sus familiares era la de relatar los acontecimientos traumáticos sin medir las consecuencias. Las historias eran demasiado fuertes e íntimas como para ser expuestas en un grupo grande. Ellos creían que había que decirlo todo para llegar a un proceso de curación. No poseían la perspectiva de proceso. La sensación de seguridad y contención hacía que en los grupos se pusieran en evidencia diversas patologías. Descubrió cómo se arman y se desarman las tramas familiares. Vio cómo los pacientes se recuperan progresivamente. El paciente pasaba de un repliegue autista, un mutismo total, a exclamar sus recriminaciones y quejas. Salían del sometimiento. Razonaban adecuadamente. Sus padres difícilmente lo podían tolerar. Se desarrollaba el camino de la autonomía en presencia de los padres, quienes recibían ayuda de los médicos y otros padres.

3. El clima del medio social

Nuestro GMF lo creo Mascaró(17) –psiquiatra que introdujo el psicoanálisis multifamiliar en España en 1983, acompañado Ayerra (18) y López Atienza, en el Centro de Salud Mental Comunitaria de Uribe kosta, perteneciente a la red pública de los ayuntamientos de la comarca–, ayudado por Maruotolo. Nuestro GMF comenzó su singladura a principios de los años 2000. Está ubicado en el seno del sector extrahospitalario de

un servicio de Psiquiatría Comunitaria –AMSA, Avances Médicos SA–. Atiende a seguros privados. Se relaciona con la red de la sanidad pública –Osakidetza–, los servicios sociales de base públicos –Diputación Foral y los ayuntamientos de 26 municipios– y las asociaciones de profesionales, familiares y usuarios de servicios de salud mental. Atiende en una población (19) de un millón de habitantes situada en el valle del río Nervión: el Gran Bilbao –extensión territorial 371,8 km², densidad de población 2.336,6 habitantes por km²– a 400.000 asegurados. La institución posee más de 15.000 historias abiertas en la actualidad.

3. Clima de nuestro GMF en el último año

El GMF de Bilbao está formado por pacientes en tratamiento en el hospital de día, sus familiares y los psicoterapeutas del equipo de conducción. También acuden pacientes que fueron dados de alta del hospital de día y sus familiares. La asistencia no es obligatoria para los pacientes y sus familias, pero sí es recomendada. El local es una sala rectangular ubicada en uno de los locales del hospital de día, en Bilbao Centro. La cabida máxima es de 50 personas sentadas.

Se reúne todos los lunes del año de 19:30 a 21:00 horas. Con un pregrupo de 19:00 a 19:30 horas y un postgrupo de 21:00 a 21:30 horas.

Se consideran pacientes a las personas que siguen el tratamiento del hospital de día y a sus familiares.

En el último año la asistencia de pacientes ha sido entre 12 y 43 personas. La asistencia de psicoterapeutas fluctúa entre 1 y 10. Psiquiatras, psicólogos, psiquiatras y psicólogos en prácticas.

La sesión del GMF propiamente dicha dura 90 minutos. Podemos dividirla artificialmente en tres fases.

En la primera trabajamos desde los contenidos aportados por los pacientes en sesión del anterior GMF, postgrupo y pregrupo, los emergentes familiares que son las interdependencias recíprocas patológicas, así como las elaboraciones de psicoterapeutas y pacientes emergentes de la situación en el aquí y ahora de la unidad de día y del hospital de día. A continuación el

psicoterapeuta principal hace el trabajo de integración de los elementos parciales y lo lleva a la sesión propiamente dicha del GMF.

En la fase de elaboración del hilo conductor, la segunda, la propiamente dicha fase de trabajo psicoterapéutico psicoanalítico de aparición de las interrelaciones recíprocas, los vínculos patogénicos, el efecto de paralización de la capacidad de pensar y de cambiar a padres e hijos, su desarme y la riqueza de la aportación de los otros padres e hijos. Esta fase se lleva prácticamente el total de la sesión.

Primer ejemplo: un paciente nos cuenta que está sintiendo en propia carne de una manera muy emocional el problema central son su padre que no le vio nunca en sus necesidades de ayuda, bien para los estudios, las relaciones con los amigos, la construcción de sus verdaderas aficiones, la aceptación de sus errores, la ayuda para corregirlos, el cambio del enfado por la tranquilidad, etc. A esta problemática esencial añade que parecidas conductas desplegaron su madre y los hermanos de su familia de origen. Una crisis le llevó a un primer ingreso hospitalario, la imposibilidad de continuar los estudios universitarios, el aislamiento de sus amigos y compañeros de clase, hasta la reclusión en la casa, en la cama, su refugio psíquico. Lo trabajamos en el pregrupo. Luego en la primera parte del GMF el terapeuta principal, después de dar las informaciones administrativas y de testear el estado de ánimo de los presentes le da la palabra y trabaja minuciosamente esa conflictiva, ese déficit, con el paciente. A través de preguntas y respuestas, de sugerencias y expresiones respetuosas del terapeuta principal, el paciente se abre al diálogo y se animan otros padres y madres, de otras familiar a hacer otra pregunta o de comunicar una opinión al hijo. Pero el tono de la voz, la calidad expresiva del lenguaje, el acento, el sentido del humor, la expresión corporal, los gestos de la cara, todas ellas son características de los otros padres siempre diferentes a las preguntas y las opiniones del padre del paciente. De esta manera, el terapeuta principal se desplaza desde una conducción muy directiva a otra más posibilitadora de la participación espontánea de los padres de las otras familias. El dialogo pasa desde terapeuta – hija a terapeuta - padres – madres – hermanos – hermanas - hija.

Segundo ejemplo: una paciente describe en el pregrupo su sufrimiento de naturaleza intolerable. Describe sus obsesiones, sus ideas fijas. Hace tres años fue víctima de la acción violenta de un timador económico. Perdió todos sus ahorros. El caso lo lleva la policía judicial. Se halla a la espera de juicio por parte del juzgado de primera instancia de instrucción correspondiente. El día del robo ella se encontraba en una academia de baile. Aquella institución le expidió un certificado de presencia a instancia de la paciente para entregárselo al juez. Pero no le sirve, no le vale. En realidad, afirma, nada le vale ya. No puede tolerar el sentimiento de desamparo, de falta de ayuda, de soledad cósmica, de impotencia. Su miedo no la deja vivir. La ayuda de la hermana tampoco. Le llama mujer de papel. La ordena que no le cuente ese sentimiento de desamparo porque la va poner la cabeza como un bombo y no puede más. La reprocha su sentimiento de soledad intolerable. La crítica. Exclama: “¡De qué te quejas!” Y añade: “¡Si vives como una reina!” La paciente me confiesa que ve a la hermana muy agobiada con el estrés laboral de su profesión de maestra, el cuidado de los hijos, el sostén al marido que ha perdido el puesto de trabajo porque la empresa cerró bajo los efectos de la crisis económica. Además, la madre ha fallecido recientemente de un cáncer gástrico muy invasivo. El padre está ingresado en una residencia enfermo de un grado avanzado de Enfermedad de Alzheimer. La misma paciente ahora cuida al padre. Forma parte de un sistema de relevos que las hermanas han configurado para asistirle en el acompañamiento al padre todas las tardes de la semana. Al mismo padre que en la infancia le veía tan rígido y lejano que nunca pudo acercarse a él. Sólo mediante la conducta del llanto de una niña, de la paciente niña. Aquel padre se burlaba de la hija. Se reía de ella. Decía en voz alta: “Se aparta de las otras niñas y de las hermanitas. ¡Qué llorona!” Ya en la sesión del GMF la paciente, a través del diálogo avivado por el terapeuta, puede vivenciar otra experiencia de clima familiar, diferente y correctora de la original. Los padres se interesan por sus traumas. La ofrecen opiniones diferentes. La valoran. No se ríen. Se interesan por ella. La escuchan con interés. La hija se asombra gratamente. Vive otro clima familiar a través de la participación de los otros padres, las madres la comprenden la sole-



dad del duelo activo por la ausencia de la madre que ejercía una misión de intermediación entre padre superrígido e hija aterrada de miedo.

Desde el primer minuto de la sesión del GMF trabajamos minuciosamente las características del encuadre: la hora de finalización, la naturaleza psicoterapéutica de la sesión, la confidencialidad, el trato respetuoso hacia los demás que compromete a todos los asistentes, el respeto a las opiniones diferentes del otro, la función de los psicoterapeutas como garantes de la seguridad de la sesión, el tono verbal moderado de las voces de los participantes, la exclusión de las expresiones y objetivos reivindicativos de las sesiones, la exclusión de todo parecido con un programa televisivo de la reality show.

La tercera fase. En ella el psicoterapeuta trabaja el cierre de la sesión a través de los materiales del hilo conductor de la sesión del GMF. Se activa 15 minutos antes de la sesión, de forma natural y espontánea cuando es posible, y algo ajustadamente, si la sesión fue muy profunda e intensa. Pensamos que esta fase es importante para facilitar la elaboración de los duelos, todos patológicos, que los pacientes nos confían para su digestión psíquica saludable.

Los temas actuales –lo manifiesto– del GMF son: traumas que dividieron a los miembros de la familia de cuando la guerra civil española –un familiar muerto en la guerra en combate o fusilado, otro familiar desterrado o hecho prisionero en la postguerra–, emigraciones familiares por motivos económicos, las falsas ideas sobre la crianza de los bebés, la escasa educación sanitaria sobre la relación mama-bebé, secretos heredados de los ancestros, impactos emocionales por pérdida de empleo, por fracasos escolares de los hijos, la violencia familiar, divorcios que dañaron a ambos, malos tratos a los padres, a los hijos, el terrorismo...

Los temas profundos –lo latente– del GMF son las dinámicas familiares clásicas descubiertas, descritas y desarrolladas por los autores del psicoanálisis que han tratado en este tipo de grupo grande a los pacientes y sus familias: distintos momentos de la constitución del psiquismo, pareja, proyecto familiar, embarazo, parto, primer año de la vida de los bebés, desarrollo del grupo

familiar, salida del nido de los hijos, relaciones con los parientes, economía, educación, herencias culturales, migraciones, separaciones, accidentes, enfermedades, duelos patológicos, déficits y conflictos que se generan en ellas.

6. Mi experiencia personal (20,21)

Yo me incluí por primera vez en un grupo multifamiliar en enero de 1997. Actualmente continúo asistiendo a sus sesiones. Voy a describir mi experiencia vivencial de un proceso de más de 18 años que continúa.

El primer día sentí sensaciones contrapuestas: expectación alegre y temor, facilidad para mi ubicación y dificultad para hacerlo, escucha atenta y dificultad para seguir el hilo conductor cuando éste se enredaba como un ovillo desordenado. El sentimiento de fondo era de calma y amabilidad. Aquellos padres hablaban de sus hijos. Describían a seres con problemas. Ellos mismos aceptaban el hecho de haber sido protagonistas de infortunios, poseer desánimos, crispaciones, decepciones, crisis. Algunos lloraban. Todos se emocionaban. Yo, que me encontraba atrapado por las vicisitudes de los encuentros y desencuentro en la relación con mi padre, me sentía un privilegiado. Aquellas sesiones me permitían conocer mis sentimientos hacia los padres diferentes que no tuve. Imaginaba ser partícipe de todas y cada una de aquellas relaciones hijo-padre, reales, existentes en la sociedad, que yo no tuve.

Por aquella época, mi padre había fallecido 10 años antes –en 1987– y mi madre uno –1996–. Aquellos padres me aportaron un nuevo sentimiento: la sensación aliviadora de verme admitido en un espacio de encuentro distinto, desconocido, plural, muy diverso, caracterizado por el ambiente de acogida, de afecto, de respeto profundo, de amistad, impresionantes. Jamás me había sentido así, anteriormente.

Aquellos hijos, padres y abuelos, eran distintos en muchos aspectos, a los padres y abuelos que yo tuve. Nació mi hijo, y la multi me aportó muchas relaciones diferentes con los hijos. Me sentí incluido desde el primer día en aquel grupo –la multi–, como nunca me había sucedido. El clima de aceptación hacia mí me conmocionó. Hubo un antes y un después en mi vida.

Aquel año 1997 yo crecí en mis sentimientos, en mis confusiones, en mis escuchas, en la percepción de mis problemas más significativos: la rivalidad con mis iguales, el rechazo hacia aquellos que me superaban en esta o aquella habilidad, mi pasividad en la tarea de la escritura y la lectura, mi inhibición en el trato interpersonal a desarrollar con mínima exigencia, mis dificultades para un uso del lenguaje más dulce y menos apasionado, lo infundado de mis miedos a lo desconocido. Yo venía de una constelación compleja familiar de mi familia de origen. Exceso de dependencia de mi madre, enfrentamiento y contradependencia de mi padre, rivalidad con mi hermana, 3 años menos de edad que yo, hermana atrapada en un rechazo hacia mí desde la adolescencia. Padre agresivo verbalmente. Madre seductora verbalmente también. Todos, en aquella familia de origen mía, nos encontrábamos atrapados en una red compleja de desencuentros, luchas intestinas, cambios en las alianzas motivados para el rechazo, la crisis, la discordia, el desaire y la descalificación. Siempre había dos bandos. Los hijos contra los padres. Los padres contra los hijos. Hermano contra hermana. Hermana contra hermano. Esposo contra esposa. Esposa contra esposo. Padre e hija contra madre e hijo. Madre e hijo contra padre e hija. Madre e hijo contra padre e hijo. Padre e hijo contra madre e hija. Padre contra madre, hija e hijo. Madre, hija e hijo contra padre. Madre contra padre, hija e hijo. Padre, hija e hijo contra madre. Hija contra padre, madre e hijo. Padre, madre e hijo contra hija. Hijo contra padre, madre e hija. Padre, madre e hija contra hijo. Todos contra todos. Cada miembro del grupo familiar en guerra contra sí mismo. 26 constelaciones vinculares muy complejas atrapando a las personas de este reducido grupo familiar. Era demasiado. También, es cierto, coexistieron con ellas, otras 26 constelaciones vinculares promotoras, creadoras, sostenedoras de vínculos constructivos, sanos, de solidaridad, amistad, ayuda económica, apoyo cultural, intercambio, conocimiento, acompañamiento, amor, fidelidad, lealtad, responsabilidad intensas. No, no lo hicieron tan mal. Aquella generación de padres con muy poquito hizo mucho por sus hijos.

Para mí la multi supuso el cambio desde un mini-grupo a un grupo grande. El ambiente de trabajo, el respeto, el silencio, la afabilidad, la posibilidad de poder hablar de todo, lo noté. Lo sigo notando. Es un sueño que en cada sesión hago realidad. Hablan, hablo, escuchamos todo tipo de problemas interpersonales, compartiendo una visión positiva y un esfuerzo mental dirigido al cambio de los reclamos, los reproches, los rechazos, los significados de los sucesos familiares. Un esfuerzo grupal para generar sentimientos de familiaridad y producir pensamiento propio. Un esfuerzo y compromiso personal en el sostén del clima acogedor a todos los participantes.

Personalmente me siento muy agradecido a estas personas, a sus presencias e intervenciones. Sigo aprendiendo mucho de ellos. Les doy las gracias. Me siento eternamente en deuda con la multi. Yo intento aportar lo mejor de mí al desarrollo y crecimiento de la multi.

7. Conclusiones

1. El clima emocional psicoterapéutico requiere de un trabajo continuado por parte de los psicoterapeutas para su detallada construcción y sostenimiento. No se hace solo.
2. Los psicoterapeutas conductores del Grupo Multifamiliar conscientemente elaboran durante la primera parte de la sesión el clima emocional. Pare ello las reuniones de pregrupo y postgrupo de cada sesión forman parte del trabajo de clima.
3. Los pacientes hacen aportaciones enriquecedoras en los espacios pre y post sesión del GMF.
4. El contexto de la institución –Servicio extrahospitalario hospital de día– facilita la asistencia al GMF de los nuevos pacientes.
5. Nuestra manera de trabajar en salud mental, psiquiatría y psicoterapia facilita a los psicoterapeutas psicoanalíticos en formación su inclusión espontánea y voluntaria en la experiencia de clima emocional del GMF.



Contacto

Florencio Moneo Martín

AMSA IMQ • Calle Heros nº 28, 1º • 48009 Bilbao

fmoneo@avancesmedicos.es • florencio@moneo.e.telefonica.net

8. Bibliografía

1. Una versión anterior se leyó en calidad de ponencia en las II Jornadas Europeas de Grupo Multifamiliar que bajo el lema: “¿Cómo cura el grupo de psicoanálisis?” Se celebraron en Bilbao el mes de noviembre de 2015.
2. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española 21ª edición. Madrid: RAE Ed. 1992.
3. Freud S. Obras Completas. IX tomos. Madrid: Biblioteca Nueva; 1974.
4. Freud S. Obras Completas. XXII tomos. Buenos Aires: Amorrortu. 1979.
5. Ferenczi S. Obras Completas. IV tomos. Madrid: Espasa Calpe; 1980.
6. García Badaracco JE. Diario de una esquizofrenia. Buenos Aires: FCE; 1982.
7. Gracia Badaracco JE. La Comunidad terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar. Madrid: Tecnipublicaciones: 1989.
8. García Badaracco JE. La comunità terapeutica psicoanalítica di struttura multifamiliare. Milano: FrancoAngeli; 2007.
9. García Badaracco JE. Psicoanálisis Multifamiliar. Barcelona: Paidós; 2000.
10. García Badaracco JE. Psychanalyse Multifamiliale. Paris: Editions en Press; 2003.
11. García Badaracco JE. Psicoanálisis Multifamiliar. Milano: Bollati Boringhieri; 2004.
12. García Badaracco JE, Narraci A. La Psicoanálisis Multifamiliare in Italia. Torino: Antigone Ed; 2011.
13. García Badaracco JE. Demonios de la mente. Buenos Aires: Lugar Ed; 2005.
14. Cook-Darzens S. Thérapies multifamiliales. Paris: Érès; 2007.
15. Moneo F. Boletín APAG. 2000 Feb 1.
16. Mitre ME. Buenos Aires: Lugar Ed; 1990.
17. Mascaró N. La psicoterapia institucional. Avances en Salud Mental Relacional.
18. Ayerra JM. El Grupo Multifamiliar y lo social. Boletín APAG: 1990.
19. Eustat. Población de la Comunidad Autónoma de Euskadi. URL: www.eustat.eus/estadisticas/tema_159/opt_o/temas.html#axzz455JaO2Ht
20. Moneo F. Tesis de fin de curso de Psicoanálisis Multifamiliar. Instituto de Salud Mental. Buenos Aires: Instituto Universitario de Salud Mental. En prensa.
21. Moneo F. Psicoanálisis Multifamiliar. El grupo de Bilbao. En prensa.

• Recibido: 7/4/2016.

• Aceptado: 22/8/2016.