

## Quince años de Grupoanálisis Multifamiliar: de la mirada familiar a la horizontalidad grupal

José Ribé Buitrón<sup>1</sup>

CSM Sant Andreu, Barcelona, España

### RESUMEN

Tras quince años de psicoterapia grupal con familias en un centro ambulatorio, este trabajo recoge los aprendizajes surgidos de la experiencia en un Grupo Multifamiliar. Aunque el grupo comienza con familias y pacientes, progresivamente va disolviendo esas señas identitarias para transformarse en un espacio entre iguales, donde la clave es el encuentro emocional, más allá del parentesco o del diagnóstico. El autor se apoya en la técnica y la mirada grupoanalítica para abordar el Grupo Multifamiliar como una forma más humana de superar las diferenciaciones y conectar a sus miembros desde la horizontalidad.

**Palabras clave:** grupoanálisis, multifamiliar, horizontalidad

### ABSTRACT

Tras quince años de psicoterapia grupal con familias en un centro ambulatorio, este trabajo recoge los aprendizajes surgidos de la experiencia en un Grupo Multifamiliar. Aunque el grupo comienza con familias y pacientes, progresivamente va disolviendo esas señas identitarias para transformarse en un espacio entre iguales, donde la clave es el encuentro emocional, más allá del parentesco o del diagnóstico. El autor se apoya en la técnica y la mirada grupoanalítica para abordar el Grupo Multifamiliar como una forma más humana de superar las diferenciaciones y conectar a sus miembros desde la horizontalidad.

**Key Words:** grupoanálisis, multifamiliar, horizontalidad

**English Title:** Fifteen Years of Multifamily Group Analysis: From a Family-Based Perspective to a Horizontal Group Dynamic

### Cita bibliográfica / Reference citation:

Ribé Buitrón, J. (2026). Quince años de grupoanálisis multifamiliar. De la mirada familiar a la horizontalidad grupal. *Clínica e Investigación Relacional*, 20 (1): 357-376. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info) ] DOI: 10.21110/19882939.2026.200127

---

<sup>1</sup> Psiquiatra psicoterapeuta. Docente en el Máster de Psicoterapia Analítica Grupal de la Fundación Omie y la Universidad de Deusto. Autor del libro *Técnica en Psicoterapia Analítica Grupal*, Herder, 2021. Trabaja en el Centro de Salud Mental de Adultos Sant Andreu de la Fundació Vidal i Barraquer, en Barcelona. Contacto: [jribe80@hotmail.com](mailto:jribe80@hotmail.com)

“Aquí vinimos con los problemas de mi hijo, luego parecía que era los de toda la familia y ahora veo que a todos en el grupo nos pasan cosas parecidas”

*Usuaría del Grupo Multifamiliar*

## INTRODUCCIÓN

Aunque pueda parecer evidente, llevó tiempo comprender que el trabajo conjunto con la familia era clave para favorecer el proceso de recuperación de los miembros con mayor sufrimiento psíquico. En este sentido es importante reconocer las valiosas enseñanzas teóricas de Jorge García Badaracco, quien desarrolló desde Argentina el núcleo conceptual del Psicoanálisis Multifamiliar a través de su trabajo con los grupos multifamiliares (GMFs). Su influencia llegó a España de la mano de los vascos José María Ayerra y José Luis López Atienza, y se extendió por la Cuenca Mediterránea y el Cono Sur. Con el paso del tiempo, los GMFs han sabido transformarse, integrando nuevas perspectivas relacionales, técnicas y respondiendo a las demandas asistenciales emergentes. En realidad, hay tantas formas de realizar el GMF como psicoterapeutas existen. Pese a las transformaciones que hayan podido haber, la impronta y la esencia de los GMFs sigue presente: atender a los pacientes con sus familias y no de forma aislada. En este trabajo no me detendré en aspectos teóricos de los GMF, si no que trataré de aportar nuevas ideas para que sean incorporadas en la matriz teórico-práctica de la comunidad de psicoterapeutas grupales. A continuación, comparto mi experiencia de quince años de trabajo con estos grupos, guiado en todo momento por el enfoque grupoanalítico como eje central de mi práctica.

## BREVE HISTORIA DE NUESTRO GRUPO MULTIFAMILIAR

Con una matriz previa en su cabeza, fruto de su larga experiencia en la Red Asistencial Catalana en Salud Mental, la trabajadora social Àngels Valero llevaba años atendiendo a las familias (sin los pacientes) en un grupo terapéutico. A mi llegada en mayo del 2009 al *Centro de Salud Mental de Sant Andreu de la Fundació Vidal i Barraquer*, acabando mi formación grupal, pedí sumarme en coterapia a los grupos que conducía. Ella aportaba su experiencia y madurez personal, y yo mi vitalidad -por aquel entonces algo desbocada- con una mirada psicoterapéutica.

Durante cinco años llevamos a cabo, de manera conjunta, el grupo de familias de personas con trastorno mental severo (Ribé, 2011). En diciembre de 2015, nos animamos a dar un paso más e iniciamos el Grupo Multifamiliar (GMF) con pacientes y sus familias.

El GMF fue el resultado y el camino de llegada natural tras simultanear la realización en paralelo del grupo de familias y un grupo de pacientes con trastorno mental grave (Ribé, 2017), que comenzamos en el 2013. En ocasiones, concurrían en ambos grupos miembros de la misma familia, y era habitual escucharlos decir: “ahora me encantaría que mis padres me vieran en este grupo, les diría lo que aquí siento respecto ellos” y “nuestro hijo no sabe lo que lo queremos, es que nos cuesta tanto el comunicarnos”. Caprichos de las proyecciones y fenómenos especulares, resultaba curioso el escuchar similares narrativas en ausencia de la voz del otro (la del hijo o la de los padres). En ocasiones, los terapeutas dudábamos sobre el origen de ciertos discursos, si provenían del grupo de familias o del de pacientes. Àngels y yo, que transitábamos de un grupo a otro, cristalizamos en el GMF lo que las proyecciones y deseos de comunicación entre los participantes eran expresados disociadamente y descontextualizado de su realidad familiar. Así que decidimos juntar los pacientes con sus familias.

Dicho y hecho. El hecho fue difícil, pues el grupo entusiasmó por igual a la crítica y al público. La institución con sus resistencias, no lo puso fácil. Con el tiempo, he llegado a valorar aquellas resistencias, pues nos impulsaron a revisar el grupo con una mirada más crítica, reflexiva y rigurosa.

Durante diez años venimos realizando el GMF de forma ininterrumpida, salvo pausas estivales, navideñas y de Semana Santa. Con el inicio de la pandemia en marzo de 2020, el grupo se interrumpió durante mes y medio, tras lo cual fue retomado y sostenido en formato online durante un año y medio.

## ENCUADRE GRUPAL

### *Diseño grupal*

El grupo es de *tamaño* mediano (de 15 a 20 personas, cuando asisten todos), *tipología* abierta con incorporaciones puntuales, aprogramático con discusión de flujo libre, con una *frecuencia* de 90 minutos, semanal y sin fecha de terminación. El grupo se lleva a cabo por la tarde, lo que facilita la participación de un mayor número de personas.

Se realiza en *coterapia* (un psiquiatra y una trabajadora social) con *observadores* itinerantes, que pueden participar verbalmente si así lo consideran.

Contamos con la valiosa *supervisión* dentro del propio centro de trabajo del psicólogo clínico Agustí Camino.

El enfoque terapéutico se fundamenta en las bases de la psicoterapia *de grupo*, entendiendo al grupo como agente activo de cambio, donde las interacciones entre sus miembros, los conflictos y las dinámicas colectivas resultan centrales para el proceso terapéutico (Foulkes & Anthony, 1957). Nuestro GMF mantiene la esencia del

grupoanálisis. El concepto de “multifamiliar” en el título de este trabajo alude especialmente a la mera convocatoria de las familias en grupo. En el apartado de proceso explicaremos que, pese a que las familias vienen en bloque y se interpelan entre ellas, la perspectiva que planteamos busca desdibujar a las familias, diferenciando cada miembro familiar como un participante más de todo el grupo. Bajo mi punto de vista Badaracco y muchos de sus seguidores hacen psicoterapia *en grupo*. En este tipo de grupos, el énfasis está en su formato, donde la psicoterapia se centra especialmente en la familia como unidad, que trabaja su propio proceso en presencia de un grupo. Además, las intervenciones del terapeuta son muy dirigidas a la familia, de forma individualizada. Pese a estas sutilezas, es difícil mantener la pureza en las orientaciones, también en nuestro grupo.

### ***La “masa madre” inicial***

Al igual que en la masa madre, el fermento inicial del GMF estuvo formado por exparticipantes tanto del grupo de familias como del grupo de pacientes. Esta matriz arcaica, compuesta por participantes veteranos con una cultura grupal de base (relacional y reflexiva), propició la acogida e incorporación de nuevos integrantes de una manera más fluida y natural. Así, en diciembre de 2015 iniciamos el grupo con 11 participantes y, tras unos meses dedicados a recuperar el clima emocional y grupal de experiencias anteriores, fuimos incorporando nuevos miembros a esa matriz original.

### ***Participantes***

Tras una entrevista de valoración por parte de los conductores, el grupo acoge a los usuarios que son derivados desde el propio centro de salud mental ambulatorio. El término “usuario” se refiere a cualquier persona que solicita ayuda en el dispositivo asistencial, sin hacer distinción entre familiares o pacientes.

La participación ideal es la de todo el grupo familiar que envuelva al usuario designado como paciente. Aquí nos encontramos con parejas, hijos y padres de pacientes. A pesar de que los hermanos son frecuentemente los grandes olvidados en las familias con trastornos mentales (Ribé et al., 2018), rara vez asisten al grupo. Generalmente, se trata de hermanos que han escapado de la carga mental patológica de sus familias, han logrado independizarse físicamente y, en ocasiones, también han alcanzado una cierta diferenciación mental. En este sentido, algunos padres te dicen “dejémoslo tranquilo”, pese a ello, forman parte de la familia y son invitados a participar si así lo desean. Como en todo proceso terapéutico, este tipo de invitación debe evaluarse caso por caso, ya que, en función de la intensidad de la patología vincular presente en algunas familias,

puede ser conveniente preservar su espacio físico y mental. Algo similar ocurre con algunos hijos adolescentes que, tras participar en alguna sesión, se retiran con mayor tranquilidad. Perciben que el grupo es capaz de acoger y ocuparse de su familia, lo que les libera parcialmente de la carga emocional que esta representa, permitiéndoles enfocarse en su propio proceso de desarrollo.

En el grupo participan desde familias completas hasta padres o hijos que asisten de forma individual. En el GMF aquellos pacientes sin sus familias pueden encontrar personas que representen a sus familiares ausentes y revivir experiencias emocionales de reparación en la figura de otros padres/hijos. El GMF acompaña y puede dar amparo a la soledad que muchos hijos tienen, encontrando todo un entramado de familia sustitutoria, sin las interdependencias patológicas que establecen roles fijos y una falta de comunicación. La distancia emocional que ofrece el vínculo con otros padres en el grupo facilita la comprensión de los propios roles y permite ensayar, en el "aquí y ahora" grupal, aquellas conversaciones pendientes que resultan difíciles de abordar fuera de este marco.

Resulta especialmente interesante la presencia de pacientes con trastornos mentales muy graves que no tienen padres o que ya no conviven con ellos, ya que contribuye a desmitificar un temor pesimista frecuente entre muchos familiares: la creencia de que, sin su presencia, sus hijos no podrían salir adelante. Muchas veces se sorprenden al ver cómo pueden salir adelante e incluso mejorar sin ellos con ayuda del grupo.

Tradicionalmente, los grupos multifamiliares han atendido a familias con pacientes con trastornos mentales severos tipo psicosis, adicciones y trastornos graves de la personalidad. Inicialmente, los pacientes diagnosticados y las familias que acudían a nuestro grupo tenían elevados criterios de gravedad diagnóstica. Con el tiempo, fuimos incluyendo familias con pacientes con menor gravedad diagnóstica, pero con las mismas dificultades vinculares y de comunicación. Este cambio, como desarrollo en el apartado de evolución del grupo ha sido un acierto en múltiples sentidos.

### ***Criterios de selección y entrevista previa al grupo***

Es habitual asistir a familiares que se colocan en el rol de cuidador. Nuestro grupo legitima y valora positivamente esa ayuda por parte de los cuidadores, pero busca el ir más allá. Se exploran las dificultades de relación y comunicación entre los miembros de la familia, con el objetivo de comprender, además, el origen de ciertos roles rígidos en los cuidados. Para apoyar a quienes ejercen el rol de cuidadores, existen otros tipos de grupos -de acompañamiento o con un enfoque pedagógico- que se centran en cómo cuidar de uno mismo mientras se cuida del otro.

Durante la entrevista de valoración, un aspecto central a tener en cuenta -y que puede representar una contraindicación para el trabajo grupal- es la manera en que la familia asume o no la responsabilidad sobre aquello que proyecta en el paciente designado como enfermo o portador del malestar. La identificación proyectiva, inherente al psiquismo humano, cumple funciones comunicativas y empáticas fundamentales. En el espacio grupal, interesa especialmente analizar desde qué posición y con qué propósito se proyecta, ya que esto puede facilitar o dificultar los procesos de elaboración compartida. Existen familiares en los que desafortunadamente los niveles de proyección en el paciente son tan intensamente evacuativos e intrusivos que no hay posibilidad de pensamiento. No se aprecia capacidad de autoobservación alguna ni intención de entender a su hijo enfermo. En estos casos, generalmente se invita a participar al grupo únicamente al paciente, excluyendo a los familiares. La razón es que la proyección masiva y la total desresponsabilización de algunos padres respecto a sus actos y pensamientos dificultan el trabajo grupal, convirtiéndolo en algo estéril y generando más frustración que beneficios.

Podría afirmarse que el criterio fundamental para asistir al grupo es el deseo auténtico de los familiares de quererse encontrar emocionalmente y comprometerse en el proceso.

Resulta imprescindible realizar una entrevista de valoración previa al grupo, entre otras cosas por el elevado abandono inicial al grupo si no se realiza (Ribé, 2021). En dicha entrevista la familia o los participantes conocen a los conductores, propiciando así el inicio del vínculo terapéutico. Les preguntamos por sus expectativas y les damos algunas explicaciones del funcionamiento del mismo. Coincidimos con el grupo multifamiliar de Domínguez (2024) en recomendar asistir al menos cuatro sesiones de forma continuada antes de valorar la utilidad o no del grupo. Se les recomienda hablar desde y en primera persona, de la forma más libre posible.

A lo largo de los años del grupo y trabajando en un centro ambulatorio con una lista de espera muy larga para psicología, se me han planteado otras indicaciones para el GMF que han resultado ser provechosas para los usuarios y la institución. Valorando el grupo como un *microcosmos social* invitamos a participar a pacientes con escasas redes sociales de apoyo para fomentar la socialización. Otros que están muy verdes para iniciar una psicoterapia -al no existir la posibilidad de trabajarse la derivación al psicólogo-, pueden ir desarrollando una actitud más introspectiva con su participación al grupo. Algunos llegan a resolver su malestar o maduran su demanda para cuando son atendidos por el psicólogo. Gracias a la capacidad del grupo en desplegar a través de los diferentes miembros del grupo los diversos objetos internos del paciente, algunos pueden

desencallarse tras estar años en terapia individual. Dado que muchos pacientes son autoderivados, el GMF, con su contención grupal semanal, permite espaciar las visitas psiquiátricas con tranquilidad, al poder observar su evolución directamente en el grupo. Por supuesto, que los pacientes con psicosis y sus familias son mejor abordados en grupo que en terapia individual. Me atrevería a afirmar que la indicación principal para la psicosis es la terapia grupal, ya que se trata del trastorno vincular por excelencia. En grupo, resulta más sencillo contener las angustias psicóticas y, además, se facilita la posibilidad de ver más allá de la parcialidad de la experiencia psicótica.

### ***Lugar de realización y el sostén institucional***

Pese a que propusimos realizar el grupo en un espacio fuera de la institución en salud mental, este acabó realizándose en el propio centro de salud mental ambulatorio.

Como menciona Ayerra (2019), el grupo se sitúa entre la sociedad y la institución. Al abrirse esta última a la sociedad, evita una estructura cerrada, vacunándose contra la rigidez y la cronicidad, tan presentes en nuestras instituciones. Podemos pensar al grupo como si fuera el paciente identificado y la institución con sus profesionales el resto de los miembros de la familia. La comunidad, se constituye como aquel lugar simbólico en el espacio mental de los usuarios que no está tan atado a roles de enfermo y sano.

Mi colega grupoanalista Irene Birulés (2019) señala que la realización de los grupos en centros cívicos facilita una mayor fluidez relacional entre sus miembros. En ese contexto, emergen nuevas narrativas menos marcadas por el lenguaje de los síntomas psiquiátricos y más impregnadas de elementos culturales, de ocio y, sobre todo, creativos, que favorecen un crecimiento emocional saludable -una verdadera *virtualidad sana* (Badaracco, 1990). En nuestro GMF, cuando en Navidad o antes de la pausa estival organizamos una merienda para cerrar el grupo apreciamos otras "caras" en los miembros. Al salir del encuadre y relajarnos con unos croissants y zumos se notan ya diferencias significativas.

Debo decir que las instituciones pueden cronificar por igual a quienes incluye (profesionales y usuarios), pero también contiene. En este sentido, los participantes del grupo suelen ser atendidos por otros profesionales del equipo terapéutico, que permiten niveles adicionales de contención y comprensión de lo que les sucede a los usuarios del grupo. Estos mismos profesionales son invitados, inclusive los coordinadores a asistir al grupo, con poco éxito. Dos de los que asistieron nos comentaron que podían identificar a otros pacientes en el grupo, tanto en lo que decían como en cómo se posicionaban, entre otras cosas. Esto les permitía ganar mayor coherencia en sus visitas y adoptar una perspectiva más holística en sus procesos terapéuticos.

El GMF fue creado desde el narcisismo e omnipotencia inicial de quien escribe este trabajo, pero desde hace años el grupo se mantiene al servicio de los usuarios y de los profesionales del centro. Nunca quiso el grupo ser el fin último de la terapia de un paciente, si no un elemento más capaz de complementar el resto de instrumentos terapéuticos. Ya más atemperado en mi narcisismo, me queda un mal sabor de boca al no haber logrado, junto a Àngels, que el grupo esté más integrado en el centro asistencial, ni que mis compañeros lo vean como una verdadera oportunidad para derivar a más pacientes y sus familias. Debo señalar, en descargo de las posibles razones, que la vorágine asistencial en la que nos encontramos inmersos como profesionales dificulta también la posibilidad de pensar en equipo e integrar los grupos que se realizan en el centro ambulatorio.

### ***Papel del conductor***

Ya en los grupos de tamaño mediano y grande las intervenciones de los diferentes miembros discurren rápidamente y en un aparente deshilachada mental que cuesta ordenar. Además, en el GMF los terapeutas son arrastrados de un lado a otro por las exigencias contradictorias y competitivas de los diferentes miembros familiares. Si los conductores se pueden relajar, las diferentes piezas del puzzle van cobrando sentido. Una de las funciones principales que adoptamos como conductores es la de “simplemente” facilitar la palabra, los sentimientos y mediar la comunicación entre sus miembros, construyendo pensamiento mediante el diálogo y huyendo de la posesión de la razón.

Apenas hacemos las clásicas interpretaciones, y si otras formas de interpretar más abiertas y amables como son los señalamientos, confrontaciones ingenuas y peticiones de clarificación de los relatos que tratan de transmitir. Otra función, es la de comprender y remarcar las identificaciones y movimientos relacionales que afloraban en el grupo. Para esta tarea se requiere de un mayor conocimiento intelectual del psicoanálisis, que permita conocer los mecanismos psicológicos de la mente.

### ***Alta del grupo***

Sin duda esta es una cuestión peliaguda, que va más allá de una cuestión meramente administrativa o de los imperativos institucionales. Al ser el GMF un grupo abierto sin fecha de finalización, el proceso psicoterapéutico del usuario no coincide con el inicio y fin cronológico del grupo, pues este permanece vivo siempre. Al no haber una fecha de terminación, algunos pacientes pueden sentir que su proceso terapéutico no tiene fin y se acaban instalando en el grupo, perdiendo los objetivos psicoterapéuticos que se

establecieron en el contrato terapéutico inicial. La idea principal es que los pacientes, según sus circunstancias y necesidades, acaben dejando el grupo. Para tal labor, los conductores junto al grupo acompañan en el proceso de finalización.

Esta cuestión me ha preocupado en contadas ocasiones, persiguiéndome inicialmente por la presión institucional que marca la necesidad de dar altas. Posteriormente, entendí que el crono interno de los procesos de los pacientes no coinciden con el que la asistencia pública dispone y me permití relajarme un poco. En personas con grave sufrimiento psíquico, como puede ser la psicosis, con déficits estructurales del yo y falta de "confianza básica" se necesita de tiempo para poder desplegar su subjetividad y desarrollar un mínimo de seguridad en su relación con quienes les rodean (Badaracco, 1990). Las prisas para que los pacientes se adapten a nuestros encuadres institucionales, a veces de una forma rígida, puede suponer una experiencia retraumatizante y antiterapéutica.

Pese a ello, existen usuarios que se "acomodan" tanto al grupo que ya no obtienen los beneficios propios de la psicoterapia. Perciben que no trabajaban sus aspectos internos de forma más introspectiva. Siguen acudiendo al grupo, por el bienestar no psicoterapéutico y accidental de pertenecer a un grupo, de sentirse escuchado y acompañado.

Aunque sin duda, esos beneficios (compañía, escucha...) nos gustan a todos y ayudan en el proceso de la psicoterapia, no forman parte de los objetivos psicoterapéuticos, ni concuerdan con las razonables directrices que nos pide la asistencia pública. Existen otros encuadres o espacios no psicoterapéuticos, que estando fuera del marco sanitario, pueden ofrecer compañía, pertenencia y escucha mútua (por ejemplo, en centros cívicos, clubes sociales, cursos, grupos de ayuda mútua). Es importante recordarnos a nosotros mismos que el espacio grupal que hemos configurado está destinado a la práctica de la psicoterapia, y que los GMF no son simplemente "reuniones", "charlas" o "clases", como a veces pueden referirse algunos miembros, ya sea por desconocimiento o por una cierta banalización del espacio.

Debo reconocer que nosotros como conductores también perdemos de vista, en numerosas ocasiones, los objetivos de algunos usuarios, aliándonos así con su resistencia a dar por finalizado el grupo. El apego a los usuarios del grupo, junto al temor de que no hubieran nuevas entradas de participantes y la pereza de mantener el horizonte psicoterapéutico son algunos de las causas para no dar más altas de las "debidas".

## FENOMENOLOGÍA Y EVOLUCIÓN DEL GRUPO

En los inicios del GMF el papel del diagnóstico y de la enfermedad tenía un gran peso en el grupo. El imaginario de la psiquiatría más biológica se imponía en el discurso y en las interacciones del grupo, ateniéndose este a bandos de enfermos *versus* sanos y cuidadores *versus* pacientes. Pese a nuestros intentos de abrir el campo grupal a la complejidad psicobiológica de los vínculos, el grupo tendía a reclamar, desde las propias identidades de sus miembros -incluidos aquellos con diagnóstico, que a menudo no querían salir de su rol-, herramientas más pedagógicas y de apoyo mutuo.

Ante el encuentro entre padres e hijos, el grupo necesitaba tiempo para reubicarse emocionalmente. En ese proceso, el discurso dominante solía ser el de las explicaciones genéticas como causa de los malestares, junto con las soluciones farmacológicas como única vía posible, funcionando en muchos casos como una coartada para aliviar la responsabilidad subjetiva de cada miembro familiar. Ciertamente, este lenguaje más médico con los síntomas y los psicofármacos contenía al grupo y aportaba cierta seguridad a sus integrantes, como también a los observadores, que al acabar el grupo suelen preguntarnos por la etiqueta diagnóstica de algunos participantes o necesitan saber quién es el enfermo.

Al entrar las familias al GMF se sentaban juntas, interactuaban primeramente con los profesionales de forma radial, para progresivamente ir relacionándose a nivel intrafamiliar, interfamiliar y finalmente entre todos sus miembros sin distinción de parentesco. No era un fenómeno secuencial ni final, si no que estas interacciones iban alternándose. Las familias cuando están en contextos más amplios con otras familias, se pueden abrir. Según Ayerra y López-Atienza (2003) esta apertura se produce porque el GMF tiene la estructura y la dinámica de un grupo grande donde lo que prima inicialmente es la confusión, y la salida de la confusión es la búsqueda de subagrupaciones. Progresivamente, con la confianza que aportaba el grupo, las familias nucleares fueron diluyéndose en el GMF. Se iban tejiendo subagrupaciones cuyas identificaciones eran inicialmente bastante homogéneas: padres con padres, hijos con hijos, pacientes con pacientes... Pronto estas eran cuestionadas en sus alianzas patógenas y parapetos defensivos para no abrirse al otro u a lo diferente, irrumpiendo entonces nuevas alianzas en el grupo de forma más heterogénea, cruzada y menos polarizante.

A eso que llamo diferente realmente nunca lo es, pues lo llevamos dentro nuestro. Lo que sucede es que nos asusta y es más sencillo ponerle distancia. Con la adquisición progresiva de confianza en el grupo y en un clima de calidez los padres van acercándose a sus hijos y a los pacientes, reconociendo episodios y situaciones de su vida comunes –

no tan diferentes- con las que están viviendo los pacientes. En este mezclarse con el otro, ver las semejanzas que nos asustan en los trastornos mentales de los hijos, se posibilitan nuevas formas de relación en la que se pierde la verticalidad, la diferencia defensiva y aparece la horizontalidad grupal.

En esa horizontalidad, resultado de la flexibilidad de roles y subgrupos, donde sus miembros sienten sus identidades diluidas en el grupo, ya no se perciben en el grupo a padres e hijos, enfermos o sanos, si no personas que lidian con las mismas dificultades, las tan humanas. Esas dificultades ya no pertenecen a un tipo de parentesco o identidad, son inherentes a las personas por igual. Se universalizan, dejan de singularizarse y se convierten en la tarea de todo el grupo con sus participantes por igual. Esto es grupoanálisis en estado puro.

Como decía anteriormente esta horizontalidad, propia de grupos con gran madurez, no se mantiene constante. En situaciones de mayor estrés relacional se producen movimientos regresivos, en donde cada participante y familia necesita recuperar su estatus identitario.

Durante los primeros años del GMF, la mayor parte de los pacientes y sus familias manifestaban algún sufrimiento psicótico de elevada envergadura. La invitación al grupo era principalmente para personas con trastorno mental severo. Con el tiempo, la intensidad de estos trastornos causó cierto desgaste en los conductores. Fue a partir de varias supervisiones grupales que Àngels y yo valoramos incorporar al grupo pacientes más neuróticos. Este cambio no sólo aligeró nuestra carga mental en el cuidado del grupo, si no que favoreció una serie de cambios que fueron terapéuticos. En "Volviendo a pensar", Bion (1972) desarrolla la diferenciación entre las personalidades psicóticas y no psicóticas. Ambas conviven en cada uno de nosotros y es indicativo de cierta salud mental el lograr integrarlas lo que mejor se pueda. Esta parte psicótica de la personalidad tiende a subyugar a la neurótica, no permitiendo a esta desplegar su capacidad de simbolizar, tolerar la frustración, pensar y sobre todo establecer relaciones objetales. Por decirlo de algún modo más sencillo, la incorporación en el GMF de personas más neuróticas ayudó al grupo a balancear ambas partes entre sus miembros y a desplegar conversaciones más relacionales, centradas en la realidad externa y con temáticas más propias de la vida cotidiana.

A posteriori, este cambio me hizo pensar en las dificultades que tuvimos Àngels y yo en despegarnos de la psicopatología más psicótica y atomizada de los pacientes del grupo. En este sentido, percibo que en la Asistencia Pública los profesionales de la salud cada vez se especializan más en trastornos específicos como el autismo, el trauma, los trastornos de atención, los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos límite

de la personalidad o las adicciones, lo que puede fragmentar la visión terapéutica y dificultar una comprensión integral de la persona que está detrás de esos diagnósticos. Cada vez son más los psiquiatras y psicólogos altamente capacitados para tratar pacientes con patologías graves o de alta complejidad clínica, pero a menudo, cuando se enfrentan a un paciente neurótico con dificultades cotidianas, no saben cómo abordarlo y esto les genera angustia. ¿Será que se ven más reflejados en ellos?

Otra cuestión que observo de forma habitual en el GMF es la de aquellos pacientes que están hartos de ir a terapia y que acceden a venir al grupo si sus padres también lo hacen. Los padres inicialmente se presentan como acompañantes de su hijo enfermo. Muchos padres hacen el esfuerzo de asistir al grupo, ya sea impulsados por sentimientos de culpa o por una necesidad inconsciente de recibir ayuda ellos mismos. A menudo algunos hijos se desesperan con sus padres si estos no se abren a su mundo emocional. Hay hijos que sienten a sus padres como esfinges indiferentes al sufrimiento psíquico, que desde una verticalidad hacen sentir más pequeños a sus hijos. Algunos hijos, tras unos meses de participar en el grupo, se retiran, dejándonos, casi sin quererlo, a los conductores y al resto, la responsabilidad de lidiar con esas partes insalubres que sus padres no pueden - o no quieren - reconocer. De hecho, cuando los padres se quedan sin la presencia de sus hijos, comienzan a abrirse al grupo desde una posición de mayor horizontalidad y logran conectar con sus propias necesidades. De algún modo, es como si sintieran vergüenza, en presencia de su hijo, de hablar de las cosas que también les suceden. Existe también el temor que si su hijo los ve "débiles" se desmorone este aún más. La realidad es más bien al contrario, pues muchas veces los hijos se han tranquilizado y se han sentido menos solos cuando sus padres han hablado desde sí mismos y de sus dificultades personales. Además, los hijos pueden relajarse y expresar cosas más difíciles de escuchar por parte de sus padres, porque sienten que estos son cuidados y contenidos por el grupo. Cuando estos fenómenos suceden los padres expresan claramente al grupo que vinieron por sus hijos -como cuidadores-, pero que se han dado cuenta que la terapia la necesitan también ellos. Por salir de la situación padres e hijos, también hemos tenido parejas, donde uno de los cónyuges con depresión se ha ido del grupo para que el grupo cuide de la persona que cuida.

No nos debe extrañar que muchos padres se comporten de manera defensiva cuando no se les ayudó a manejar su propia angustia o sus emociones dolorosas durante su infancia. Al decir esto, estamos ubicando la capacidad de gestión emocional en un contexto intergeneracional (Marrone, 2014). ¿Cómo van los padres a enfrentarse a los afectos similares de sus hijos si no recibieron asistencia y comprensión a ciertas emociones durante su niñez? ¿Cómo van a empatizar con sus hijos si nadie hizo acuse de recibo de

sus malestares? Con calma, paciencia y cariño algunos padres pueden abandonar sus resistencias defensivas (disociación y proyección) y conectarse con lo no pensado, no comunicado y gestionado con sus propios padres. Se preguntan, ¿cómo me miraban, cómo me sostuvieron, qué les enfadaba de mi, qué querían que fuera? Mientras tanto, sus hijos en el grupo se vuelven observadores de los líos relacionales de sus progenitores, pero desde la distancia y sintiéndose momentáneamente aligerados de la carga generacional que les ha tocado gestionar. De nuevo, en este revivir aspectos de la infancia y adolescencia -sin distinción de parentesco- el grupo se conecta desde la horizontalidad.

Finalmente, quisiera reflejar como aconteció el grupo durante la pandemia. Con la irrupción del covid -19 en marzo del 2020, asustados y desbordados a nivel familiar, suspendimos temporalmente el GMF. Posteriormente, y desde el confinamiento de nuestros hogares, pudimos sostener el grupo en línea. Tras año y medio de grupo online (pues, al ser un grupo numeroso no se podía mantener la famosa distancia de seguridad en la sala del centro de trabajo) volvimos a la presencialidad. De aquel entonces, recuerdo cierto estado de congelamiento por parte del grupo. Ante la vulnerabilidad de los mayores y el riesgo de muerte, los hijos parecían disminuir en intensidad sus reproches, sus malas contestaciones y se mostraban más cuidadosos con sus padres. El GMF online acompañó a sus miembros en un momento de mayor fragilidad, se aprovechaba el espacio grupal para verse a través de la videoconferencia y verse en la simetría de la vulnerabilidad humana. Ya en pospandemia se retomaron los intensos intentos por comunicarse, aclarar malos entendidos etc.

## **ELEMENTOS TERAPÉUTICOS Y MECANISMO DE ACCIÓN DEL GRUPO**

Quisiera describir ahora algunos aspectos terapéuticos propios de los GMF, explicar cómo actúan y destacar el valor que pueden tener en el proceso de cambio psíquico.

### ***Trabajar en el "aquí y ahora" con tus padres reales***

En grupo, la multiplicidad de personajes que se despliegan a través de las proyecciones y la transferencia permite que afloren aspectos inconscientes y relacionales de la vida emocional de los participantes. Estos aspectos, originalmente dirigidos hacia figuras significativas del pasado -como padres, cuidadores u otras personas relevantes-, se reactivan en el "aquí y ahora" grupal. Al revivir emociones y patrones relacionales del pasado dentro de un contexto de confianza y contención terapéutica, los participantes pueden observarlos con mayor claridad, tomar distancia y reubicarse de una forma más adaptativa. Si bien la elaboración de la neurosis de transferencia puede facilitar una

reconfiguración emocional y relacional con un familiar, nada es comparable con el reencuentro auténtico y profundo que puede darse en el GMF, cuando los sujetos implicados están presentes “de carne y hueso”, compartiendo el espacio grupal y la experiencia emocional en tiempo real.

***Recapitulación correctiva de la familia primaria*** (Vinogradov y Yalom, 1996; Ribé et al., 2018).

Si bien los factores terapéuticos que Yalom identifica en los grupos son sobradamente conocidos, en el GMF resalta, por razones evidentes, la capacidad del dispositivo para facilitar una transformación profunda de los vínculos y dinámicas familiares internalizadas. Cuanto más disfuncional es tu familia de origen, más posibilidades habrá que como individuo actúes con las pautas relacionales, aprendidas de tu familia, en otros contextos. Así en grupo, a través de las transferencias con el grupo y sus miembros fácilmente surgen, en un isomorfismo en el “aquí y ahora” los patrones anómalos de relación con el grupo.

Cuando en el GMF acude la familia al completo, los terapeutas no nos dirigimos sólo al miembro identificado o emergente de su grupo familiar, si no a la familia al completo. Así, la familia en bloque es identificada como un miembro más que interactúa con la totalidad del grupo. Los terapeutas, examinamos y cuestionamos sus patrones de relación y les alentamos nuevos comportamientos. Al dirigirnos al sistema familiar y no solo al paciente identificado, este puede sentirse menos abrumado por sus dificultades relacionales, menos singularizado, y además, puede trabajar desde la especularidad con su familia las dificultades que son de todos. Mientras tanto, el resto del grupo puede sentir y observar como la familia deposita sus partes indeseables, incómodas y disfuncionales en el grupo, empatizando así con el miembro de la familia más frágil, quien suele ser el receptáculo de los “objetos enloquecedores” (Badaracco, 1990) de su familia de origen.

### ***Polifonía y democratización de los síntomas***

Muy en línea con la horizontalidad grupal, poder escuchar todas las narrativas de todas las personas que participan en el grupo, dando el mismo peso a la voz de cada uno (Sala, 2023), genera un crisol de oportunidades para entenderse desde muy diversos lugares. En el proceso de democratización o normalización grupal del síntoma, las dificultades del miembro identificado como enfermo dejan de percibirse como un fenómeno aislado o exclusivamente individual, y comienzan a entenderse como parte de una experiencia humana compartida, que se manifiesta de distintas formas en los diversos integrantes del grupo. En este reparto simbólico del padecimiento individual, la tarea que ronda en

grupo es como dice Arroyo et al. (2018) la de normalizar, ver lo cotidiano en lo etiquetado de enfermo, buscando lo que a todo el grupo le pasa de lo que le pasa a uno, mientras se teje una red compartida de ayuda y protección.

Entre los efectos inmediatos de esta colectivización de la carga emocional se encuentran el alivio del estigma, la despatologización de la experiencia y, especialmente, la construcción de una red de comprensión mutua.

### ***Un todo constructivo al servicio de cada miembro y del grupo como un todo***

En esa red de comprensión grupal se trata de sacar a la superficie las reacciones mutuas de sus miembros. En el GMF sería el sintetizar en un común denominador las diversas actitudes y patrones relacionales de las diversas familias, lo que el grupoanalista Patrick de Maré (2010) denominó como un "todo constructivo" que será de mayor beneficio individual a cada miembro que su propia actitud separada.

### ***El grupo como un modelo de cuidado emocional***

En el grupo, padres que se desesperan al no saber cómo actuar con sus hijos son escuchados; hijos con comportamientos abruptos o agresivos son contenidos sin recurrir a la violencia; bucles obsesivos de algunos miembros son acogidos con paciencia, brindándoles amplitud, profundidad y una posible salida; y narrativas de muerte, por más difíciles que sean de escuchar, no se enfrentan aumentando la medicación, sino con presencia y escucha. Estas circunstancias, que fuera del grupo son difíciles de contener - también por los profesionales de la salud mental - si pueden ser cuidadas por el grupo. El grupo -como una madre suficientemente buena- va estableciendo, junto con sus miembros, no solo un modelo, sino sobre todo una matriz capaz de contener estados mentales de sufrimiento. Esta matriz es progresivamente internalizada por cada integrante, facilitando el desarrollo de sus propias capacidades de autorregulación y gestión emocional de los otros.

Además, el GMF facilita el aprendizaje por analogía, al brindar a las familias la oportunidad de identificar situaciones similares de conflicto en otros grupos familiares y aprender mediante la observación y la imitación. El grupo aporta a sus miembros un entorno de seguridad donde experimentar nuevos patrones relacionales y reforzar o reprobado los cambios en base a si son adaptativos o no.

### ***El grupo como familia vicariante***

Al ser el GMF un *microcosmos social y familiar* encontramos diferentes edades, formas de pensar, roles familiares y estados de ciclos de la vida individual y familiar. La presencia de varias generaciones en el "aquí y ahora" permite revivir y trabajar los acontecimientos

pasados y tener una claridad diferente. A su vez el GMF sirve, en ocasiones, como familia vicariante, pues hay hermanos, hijos, padres que no son los propios, personas a las que se puede escuchar y con los que no se mantiene un vínculo enfermante, y que puede contrarrestar la función de los que sí que lo fueron. De este modo, incluso en ausencia de la familia, las demás familias -y el propio grupo- funcionan como un campo de seguridad y contención, donde pueden darse las regresiones y re-desarrollos necesarios para que emerjan recursos propios y genuinos.

### ***Los miembros del grupo como agentes terapéuticos***

Durante las primeras etapas del GMF, es frecuente que los participantes proyecten en los conductores un rol directivo, esperando de ellos respuestas o intervenciones resolutivas ante los malestares del grupo. Esta expectativa también se desplaza entre los propios miembros, quienes a veces formulan sugerencias con tintes clínicos, como: "tal vez deberías ver a un psicólogo" o "creo que te tienen que subirte la medicación".

Con el tiempo, el grupo va entendiendo que la tarea es buscar soluciones dentro del grupo y no fuera de una manera rápida y sin pensar. Así que, con la madurez del grupo los miembros se vuelven, junto al conductor, otros terapeutas de grupo capaces de aportar contención e introspección a los diferentes "yoes" que habitan el grupo.

### ***El tercero que desencalla***

Muchas veces he dicho en consulta individual: manda narices que tenga que venir un extraño para lograr que las familias se sienten juntas y empiecen a hablar. En el grupo, sin embargo, es justamente este el que logra reunirlos, contenerlos e identificarse con las distintas partes que habitan en cada uno de sus miembros. Las interferencias y bloqueos emocionales de un padre o una madre hacia su hijo pueden ser corregidos a través de procesos de identificación con otros padres, madres o hijos. Son precisamente los demás miembros -aquellos con mayor distancia emocional- o el grupo como totalidad quienes facilitan el desbloqueo de enganches y confrontaciones, donde con frecuencia está en juego el afán de tener la razón, sin comprender ni empatizar con el otro.

A partir de este punto, se abre la posibilidad de ver al otro desde una nueva perspectiva, salir del dañino y solitario monólogo de la propia razón, y entrar en un diálogo auténtico y conectado. Por supuesto, la potencia terapéutica de este fenómeno se multiplica cuando emerge espontáneamente entre los participantes, más que cuando es inducido por el conductor del grupo.

En familias enfrentadas el grupo desencalla, como también destrianguliza a hijos atrapados en los conflictos no resueltos de los padres. El grupo ayuda a que se restaure

la comunicación directa entre las dos partes del conflicto, ayudándoles a promover la autonomía emocional de cada miembro.

### ***Que cada cuál aguante su vela, pero en el mismo barco***

Muchas de las dificultades de los pacientes tienen que ver con el cómo se identifican y se hacen depositarios de cuestiones no resueltas por la familia. Desde muy jóvenes, en momentos de mayor fragilidad yoica, no han podido discriminar entre los otros y uno mismo. Eso les confiere un estado mental de indiferenciación, con unas interdependencias patológicas, en la que viven a través de los otros sin saber quiénes son y que quieren hacer con su vida.

Será a través de los movimientos de identificación, contra y desidentificación que los hijos podrán devolver a sus padres las tareas que les corresponden, para así poder ocuparse de las propias. Para que esto ocurra, los familiares que los acompañan deben estar dispuestos a abrir sus mentes, asumir sus proyecciones y abordar sus propias dificultades. El grupo cumple aquí una función fundamental: contiene a los padres en el proceso de redescubrimiento de aquellas partes disfuncionales de su *self* que habían depositado en sus hijos. A partir de este trabajo, los hijos pueden retomar sus proyectos vitales sin cargar con el peso de los escenarios narcisistas de la parentalidad, duelos no resueltos o conflictos intrafamiliares no elaborados.

Cuando los padres reconocen sus identificaciones y se animan a hablar desde sí mismos, los hijos pueden conectarse emocionalmente con ellos y dejar de sentirse tan solos -una soledad que, en muchos casos, había sido profundamente degradante.

### ***La seguridad y contención que ofrece el grupo para decir cosas difíciles***

Una hermana compartía en el grupo cómo este le allanaba el camino para poder tener, luego en casa, conversaciones difíciles con su hermano. Otra madre explicaba que asistía al grupo porque era el único día de la semana en que podía hablar con su hijo y saber cómo estaba. Un hijo, por su parte, decía sentirse más tranquilo al hablar con sus padres en el grupo, ya que en casa la mayoría de las veces terminaban discutiendo a gritos. Todos estos testimonios del GMF son posibles gracias a la capacidad del grupo para reducir la hegemonía de pensamiento que puede predominar en algunas familias y a la seguridad emocional que este espacio ofrece.

En el caso de los hermanos, el grupo podía escuchar y metabolizar las posturas de cada uno, empatizando desde ambas perspectivas. Esto permitía a los hermanos adoptar una actitud más receptiva y de escucha, en lugar de centrarse en tener la razón. La madre podía comprender mejor los comportamientos paranoides de su hijo, porque él se sentía

más tranquilo al percibir que el grupo ayudaba a calmar a su madre y evitar que se alarmara tanto. Por su parte, el hijo, que en casa se sentía muy dependiente y infantilizado, encontraba en el reconocimiento de sus avances y en la legitimación de sus conductas más infantiles -difíciles de entender para sus padres- una posición relacional más horizontal. Esto le permitía hablar con mayor tranquilidad y hacerse entender mejor.

### ***El clima de confianza y calidez***

El logro de una atmósfera de confianza y calidez se asocia con un alto porcentaje de éxito terapéutico. La primera vez que escuché esto, pensé que era una idea cursi, que con abrazos, amabilidad y ternura no se lograba un cambio real en las personas. Hoy, sin embargo, comprendo que la ternura reblandece resistencias, que la calidez activa la amígdala cerebral del sistema límbico -abriendo a las personas a lo emocional- y que la confianza hace el resto. Muchas de nuestras intervenciones deben orientarse a co-construir con el grupo un espacio amable y confiable, donde sus miembros puedan soltarse sin miedo a ser dañados, y desde esta "base de confianza" empezar a explorar juntos qué nos sucede a partir de la relación entre nosotros.

### **LA HUMANIZACIÓN TRANSFORMADORA DE LOS GMFS**

El componente social de los GMFs otorga a este dispositivo una potente capacidad de cambio respecto al paradigma vigente de atención centrado en el trastorno mental, el que se centra en los síntomas. Al descentralizar el foco sintomático y abrir paso a conversaciones sobre la vida cotidiana, los pacientes dejan de ser exclusivamente portadores de un diagnóstico para convertirse, simplemente, en personas. El estar "bien" o "mal" a nivel mental se relativiza, porque lo social, lo humano, trasciende a lo mental.

En ese movimiento se produce una verdadera humanización: un proceso en el que, a veces, incluso los conocimientos psiquiátricos pueden interferir en la conexión emocional. En el GMF, he encontrado una vuelta al "no saber", una invitación a explorar entre iguales nuestras dificultades más humanas, mundanas y cotidianas. Es un lugar en el que la complejidad, formada por múltiples mentes y vivencias, confronta mis esquemas sobre qué es la salud mental. Me ha hecho sentir, en más de una ocasión, un extraño frente a mis propias certezas profesionales, y al mismo tiempo me ha acercado, casi por ósmosis humana, a las personas.

Cada martes por la tarde, tras una mañana frenética de actividad clínica y de apaga fuegos sintomáticos, el grupo me permite reconectarme conmigo mismo. Esa capacidad de humanización es, sin duda, su mayor fortaleza. El GMF trasciende lo terapéutico en

sentido estricto, porque no todo en salud mental tiene por qué serlo. Si todo lo es, los usuarios quedan atrapados en el rol de “pacientes” de forma permanente. ¿Entonces qué más es el GMF? Es un espacio de encuentro, de conexión genuina entre personas y aprendizaje a través de sentir y poner nombre a nuestras emociones. A veces, los propios conductores nos diluimos en esa humanidad compartida, y perdemos –casi sin quererlo– la capacidad de pensamiento clínico, porque el grupo ya piensa por nosotros.

A lo largo de los años, el grupo ha madurado hasta el punto en que, hoy, solo vemos personas: sin diagnósticos, sin etiquetas, sin roles familiares predeterminados. Muchas de las funciones que antes asumíamos como conductores han sido integradas por el grupo como un todo. Nuestra labor ahora es recordar que estamos al servicio del proceso grupal, acompañando, guiando, pero también aprendiendo, en esta maravillosa tarea de encontrarnos emocionalmente.

En lo personal, el grupo me ha transformado profundamente como profesional. Me ha hecho dudar de ideas que creía firmes, y eso ha sido, en el mejor sentido, una cura de humildad. Me ha humanizado. Me ha puesto frente a los demás no solo como terapeuta, sino como persona. Y me ha permitido ver a cada integrante del grupo en esa misma condición: como personas, con historias, emociones y capacidades de transformación. El GMF es lo mejor que me ha pasado en mi centro de trabajo. Me siento profundamente agradecido por formar parte de este espacio y, sin duda, lo extrañaré mucho cuando me toque marcharme.

## REFERENCIAS

- Ayerra, J.M, López-Atienza, J.L. (2003). El grupo multifamiliar: un espacio sociomental. *Avances en Salud Mental Relacional*, 2(1).
- Ayerra, JM. (2019). El grupo multifamiliar. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 205-221.
- Bion, W. R. (1972). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé.
- Birulés, I. (2019). *Comentario personal*.
- De Maré, P. (2010). *Patrick de Maré. Textos Escogidos*. Barcelona: CegaopPress.
- Domínguez, I. (2024). Una red social de acogida: el grupo multifamiliar. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 44(146), 81-96.
- Foulkes, S.H. y Anthony, E.J. (1957). *Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Cegaos Press.
- García Badaracco, J.E. (1990). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones.

- Guillamón, R., Fernández-Mayoralas, V., Reguera, E. y Martínez, C. (2014). Psicoanálisis multifamiliar: una experiencia formativa grupal. En Ceverino, A. (Coord.). *Salud mental y terapia grupal*. Madrid: Grupo 5.
- Marrone, M. (2014). *Apego y motivación. Una lectura psicoanalítica*. Madrid, España: Psimática.
- Ribé, J. (2021). *Técnica en psicoterapia analítica grupal*. Barcelona:, Herder., Barcelona.
- Ribé, J.M., Mercadal, J., Carrió, A., Sánchez, J. Ramilans, C. y Alberich, C. (2018). Factores terapéuticos en psicoterapia grupal: un estudio desde la perspectiva de los participantes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 473-489.
- Ribé, JM, Valero, A., y Pérez Testor, C. (2011). Grupo de familiares de pacientes con trastorno mental severo. *Avances en Salud Mental Relacional*, 10(2), 1-26.
- Ribé, JM. (2017). Psicoterapia analítica grupal con psicóticos. *Temas Psicoanálisis*, 13, 1-32.
- Ribé, JM., Salamero, M., y Pérez-Testor C, Mercadal J, Aguilera C, Cleris M. (2018). Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(1), 25-33.
- Sala, A. (2023). Implementación y adaptación de la terapia multifamiliar en la psicosis incipiente. *Clínica Contemporánea*, 14(1), 1-13.
- Vinogradov, S y Yalom, I.D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Original recibido con fecha: 10/10/2025      Revisado: 10/01/2026      Aceptado: 16/01/2026

#### NOTAS: