



El grupo como dispositivo de abordaje en sujetos con esquizofrenia.

Trabajo Final de Grado
Monografía

Estudiante: Facundo Antúnez
Tutora: Profa. Adj. Mag. Beatriz Falero
Revisora: Asist. Rossina Machiñena.

Montevideo, Uruguay
Febrero, 2026

Índice

Resumen	3
Introducción	4
La humanización del concepto de esquizofrenia	6
La esquizofrenia y su funcionamiento	9
El Grupo Operativo. Su incidencia en el sujeto.....	11
El concepto de recuperación	17
Conclusiones	21
Bibliografía	24

Resumen

Este trabajo articula el dispositivo grupal concebido desde los desarrollos teóricos de Pichón-Rivière sobre su concepción de Grupo Operativo y, por otro lado, el abordaje de personas con esquizofrenia, definida está a partir de su funcionamiento. Se propone al modelo de la recuperación como parte del marco teórico que, en articulación con el concepto de grupo y esquizofrenia, apunta a responder la pregunta sobre el valor de la intervención en grupo en esta población. Se entiende que el grupo, a partir de su función de sostén y a través de una tarea compartida, se vuelve una herramienta sumamente considerable en el tratamiento de la esquizofrenia, al intervenir en distintas capacidades del sujeto que mejoran su funcionamiento global y, por lo tanto, favorece su autonomía.

Palabras clave: Esquizofrenia; Grupo Operativo; funcionamiento; recuperación.

*Me aprieta este zapato,
me hace mal, qué suerte. Me aprieta
el mundo, me hace mal, qué suerte.*

- *Entre esto y aquello, Julio Cortázar.*

Introducción

Formar parte de uno o varios grupos es una parte fundamental de nuestra constitución como seres humanos. Desde el nacimiento, estamos atravesados por distintos grupos como la familia, la escuela, los amigos, compañeros de trabajo y vecinos. De alguna manera, formar parte de un grupo es una experiencia de vida prácticamente inevitable. ¿Qué se pone en juego cuando se habita un grupo? Seguramente, esta pregunta despierta una gran cantidad de respuestas y, en este caso, una de ellas podría ser *lo común*. Eso que se genera en relación a unos otros y constituye un denominador compartido, poniendo en juego y descubriendo la singularidad propia de cada parte involucrada. Podría pensarse al grupo como principal aliado de lo común. Es decir, la conjunción de determinadas personas, que establecen relaciones entre sí para realizar algo en común, que de manera aislada no podrían realizar. De esta manera lo trae Alicia Fernández (1983) en su trabajo titulado *El campo grupal: notas para una genealogía*, parafraseando a Kurt Lewin y su concepción de lo que es un grupo.

Ese 'algo en común' tiene al otro como condición necesaria. De hecho, la palabra común, en una de sus acepciones, es *que comparte una tarea o servicio* (Real Academia Española, 2014). Entonces, para que exista lo común, tiene que haber un otro o unos otros, o sea, un grupo, en el cual también exista cierta complicidad. Se podría desarrollar un poco más la pregunta del principio y plantearla en estos términos: ¿qué aporta lo común o la realización de algo con otros en convivencia, más allá del beneficio de la propia actividad? Pregunta que, en los tiempos que corren, pareciera ni despertarnos curiosidad en responder, y en todo caso, responder en términos de una suerte de utilidad material inmediata y personal. Hablar de lo compartido, lo común, el grupo, es de alguna manera desentonar con la dinámica cotidiana que se tiene hoy en día de ser y estar, a saber, impulsados por un único deseo de nuestro proyecto individual.

En lo específico de este trabajo, se piensa al grupo como un dispositivo para poder trabajar terapéuticamente con personas con esquizofrenia. La cuestión de qué aporta lo común, podría servir como antesala para plantearse el valor del trabajo en grupo con personas con esquizofrenia. Es relevante el asunto, entendiendo que el funcionamiento social de los sujetos con esquizofrenia se ve muchas veces disminuido, así como también otros aspectos (Silvia & Restrepo, 2019). ¿Qué aportes podría realizar el dispositivo grupal en el funcionamiento global de estas personas? Sin dudas que se vuelve un desafío este tipo de propuestas, sobre todo por la vigencia que tienen hasta el día de hoy las definiciones más patologizantes y limitantes en relación al concepto de esquizofrenia, las cuales pensaban al sujeto como incomprensible e impenetrable (Novella & Huertas, 2010).

La presente monografía pretende trabajar el concepto de grupo desde la lectura que Pichón-Rivière tiene en relación al mismo, principalmente en el desarrollo que el autor hace sobre su concepto de Grupo Operativo. Se busca articularlo con la concepción de esquizofrenia definida a partir de su funcionamiento, entendiendo que esta postura vuelve más enriquecedor y esperanzador el abordaje, respecto de las formas clásicas de definición y tratamiento de la esquizofrenia y, a su vez, no resulta estigmatizante. La articulación entre esta forma de conceptualizar a la esquizofrenia, donde de alguna manera se hace foco en el potencial de desarrollo del sujeto, dentro de los límites de su funcionamiento, y el concepto de Grupo Operativo de Pichon-Rivière, conforman un intento por responder en relación a la pregunta sobre el valor del dispositivo grupal en el trabajo con personas con esquizofrenia.

De esta manera, esta articulación que evidencia las capacidades del sujeto y su posibilidad de trabajarlas, encuentra sentido con el modelo de recuperación que pone su foco atencional en el sujeto y su proyecto de vida, más allá de los síntomas que pueda tener (Davidson & González, 2017). Desde el modelo de la recuperación, donde se entiende que, además de ser necesario e imprescindible para el tratamiento el uso de psicofármacos, es en igual medida preciso trabajar sobre la reconstrucción del sentido de la existencia de la persona y su calidad de vida, siendo ella misma protagonista en las decisiones que se tomen (Rosillo et al., 2013), las propuestas de carácter grupal adquieren un sentido importante, al colocar al sujeto como integrantes activos de un grupo, descentrados del rol pasivo de enfermos (Jiménez, 2006).

Este trabajo surge a partir de una inquietud por comprender qué elementos están en juego en un dispositivo grupal conformado por personas con esquizofrenia y cuál de ellos favorece la mejoría funcional de los sujetos. En lo personal, tuve la fortuna de acompañar el funcionamiento de un grupo en un Centro de Rehabilitación Psicosocial, y la modalidad

principal de abordaje de este centro era grupal. Más allá del beneficio económico que implica poder atender a varias personas a la vez, el dispositivo grupal posee especificidades que lo hacen particularmente apropiado. Además, como se planteó anteriormente, la propuesta termina por ser desafiante en relación a los tiempos que corren. El grupo plantea el vínculo como un elemento clave para el abordaje de la esquizofrenia y esto genera una tensión con la vigencia de la lógicas y subjetividades actuales, donde hay una disolución de los lazos sociales y una alta exigencia de autonomía (en el sentido de 'salvarse solo') y productividad (Montenegro et al. 2014). Esta tensión dificulta el necesario sentido de comunidad que se precisa para responder al grupo y experimentar así una mejora significativa.

Desde el aporte de diferentes autores sobre la temática, este trabajo girará en torno a la pregunta por el valor del grupo en el tratamiento a personas con esquizofrenia e intentará dar respuesta. Como reflexionan Tarí y Ferrer (2017), "el grupo reproduce el aspecto microsocioal de la vida de relación y se convierte en un espacio transicional, entre el aislamiento familiar o institucional y la realidad externa" (p.235).

La humanización del concepto de esquizofrenia.

Trabajar el concepto de esquizofrenia implica decidirse por una postura sobre su definición y tratamiento. En este trabajo se busca definirla a partir de su funcionamiento, por lo que ya posiciona al abordaje que se realice sobre la persona con esquizofrenia, desde el reconocimiento de sus capacidades y potencialidades. La intención de este apartado, es hacer un breve recorrido teórico e histórico sobre su definición, que dé cuenta del reconocimiento del sujeto como tal, superando cualquier concepción estigmatizante y limitante de las posibilidades de desarrollo de este.

Con Eugen Bleuler, el concepto pasa a ser denominado con el nombre de esquizofrenia, al caracterizar como rasgo psicopatológico fundamental del trastorno, la *Spaltung* (la cual adopta el equivalente de escisión) (Novella & Huertas, 2010). Es decir, esta nueva forma de referirse al trastorno, no fue un mero cambio terminológico del concepto, sino que implicó un nuevo posicionamiento desde donde mirar al sujeto, ya no tanto desde su sintomatología y evolución, sino desde la interpretación psicopatológica y el cuadro de estado que, desde entonces, asumió un papel clave en el abordaje a esta enfermedad (Novella & Huertas, 2010). El trabajo de E. Bleuler fue notablemente influenciado por las ideas de Freud, a pesar de que este último critica su concepto de esquizofrenia y tienen definiciones distintas para el término de *Spaltung* (Laplanche & Pontalis, 1996). Bleuler va a referirse a una disociación de los principales dominios de la vida psíquica (pensamiento, afecto, actividad),

mientras que Freud lo emplea de manera esporádica en su obra, refiriéndose a su clásica división intrapsíquica en sistemas e instancias, principalmente (Laplanche & Pontalis, 1996).

Al margen de esta diferencia entre los autores, la influencia del psicoanálisis en los trabajos de psiquiatras como E. Bleuler, marca un interés más acuciante de esta disciplina por el sujeto (Novella & Huertas, 2010), que se podría resumir en la pregunta: qué ocurre a nivel subjetivo en la persona. Cobra importancia así el concepto de autismo, y más allá de que E. Bleuler también hace uso de este concepto para explicar el cuadro de la esquizofrenia, su discípulo Eugene Minkowski lo toma como la principal perturbación del trastorno, definiéndolo como una pérdida del contacto vital con la realidad y refuerza así el camino que ya se había comenzado a transitar por comprender desde la fenomenología a la esquizofrenia (Minkowski, 1927, citado por Abínzano, 2018).

Araujo y Yannarella (2010) señalan que, para este autor, la pérdida del contacto vital con la realidad es generadora de las demás perturbaciones que hacen a la esquizofrenia y sería su perturbación esencial. Tanto es así, que le critica a E. Bleuler su pasividad al no considerarla como fundamental. Romé y Kopelovich (2020) señalan que, para Minkowski, el autismo no debía ser entendido como un síntoma más, sino como la perturbación fundamental de la esquizofrenia, a diferencia de Bleuler, para quien era secundario. De esta manera, la pérdida del contacto vital con la realidad era, para Minkowski, el eje a partir del cual se organizaban los demás síntomas. En otras palabras, el sujeto tiene perturbado el constante intercambio afectivo con el mundo que lo rodea, logrando un predominio casi absoluto de la vida interior (autismo) y a partir de aquí, los demás síntomas de la esquizofrenia (Abínzano, 2018). Con esta forma de pensar al sujeto con esquizofrenia, Minkowski pone sobre la mesa la experiencia esquizofrénica, el análisis del mundo interno y su subjetividad, como elementos importantes que hacen al cuadro del trastorno (Novella & Huertas, 2010).

La tradición fenomenológica ha aportado una visión diferente en relación a la psiquiatría clásica que se centraba en describir los síntomas, considerando incomprendible la vivencia esquizofrénica (Araujo y Yannarella, 2010). Es un posicionamiento mucho más comprensible del sujeto y su funcionamiento, donde los datos clínicos buscan ser comprendidos teniendo en cuenta cuánto ocurre en torno del sujeto y en él mismo, y demostrando que es posible *hablar* con la persona con esquizofrenia (Ey, 1980). A grandes rasgos, uno de los principales desarrollos que ha tenido el concepto de esquizofrenia desde la mirada fenomenológica es que ha permitido el acercamiento entre la semiología del trastorno y la propia experiencia subjetiva por parte del sujeto (Novella & Huertas, 2010).

Los grandes autores de esta corriente, más allá de ciertas 'idas y venidas', han tenido una gran influencia del psicoanálisis que ha permitido enriquecer sus desarrollos. Sin la pretensión de entrar en profundidad en la concepción psicoanalítica de la esquizofrenia, la intención en este trabajo es plasmar la influencia que ha tenido esta corriente teórica en la consideración de la subjetividad del sujeto con esquizofrenia a la hora de entender el trastorno, abriendo un terreno fértil en relación a su entendimiento.

Para la conceptualización básica de la psicosis, Freud recurre a su segundo modelo tópico y toma la neurosis como explicación análoga para entender sus mecanismos. A saber: "la neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior" (Freud, 1924, p. 155). A pesar de su propia advertencia en desconfiar de enunciados tan simples, su intención es trazar una diferencia a grosso modo entre la neurosis y la psicosis.

Trazada la diferencia, en el diccionario del psicoanálisis, Laplanche & Pontalis (1996) plantean que el término esquizofrenia no terminó nunca de convencer a Freud, identificando al trastorno con el nombre de parafrenia que, a su vez, era mucho más sencillo de relacionar con el de paranoia, conformando así estas dos vertientes, la unidad de la categoría psicosis. Para Freud, estas dos psicosis pueden combinarse en el mismo cuadro, pero, sin embargo, mantiene la especificidad de la parafrenia, explicada a partir del nivel de los procesos y las fijaciones que, Laplanche y Pontalis (1996), citando a Freud, explican de la siguiente manera:

predominio del proceso de «represión» o del retiro de la catexia de la realidad, sobre la tendencia a la restitución y, dentro de los mecanismos de restitución, predominio de aquellos que son afines a la histeria (alucinación) sobre los propios de la paranoia, que se parecen más a los de la neurosis obsesiva (proyección); a nivel de las fijaciones: «La fijación predisponente debe encontrarse en una época más precoz que la de la paranoia, debe situarse al comienzo del desarrollo que conduce del autoerotismo al amor objetal» (Freud, 1911/1996, como se cita en Laplanche y Pontalis, 1996, p. 132).

Como se puede dar cuenta, en la esquizofrenia existe un predominio de la represión, donde el intento de restitución toma formas alucinatorias y en parte se debe al nivel de fijación existente, a saber, en la etapa del autoerotismo. Con esta definición de la esquizofrenia, además de ofrecer una explicación teórica sobre el trastorno, humaniza a la persona con esquizofrenia al explicar un funcionamiento intrapsíquico y con esto, la posibilidad de sostener una subjetividad propia. En este sentido, algunos autores psicoanalistas entienden la

esquizofrenia como una forma particular de organización subjetiva o estructuración de la personalidad (Alsina, 2019).

Con este contexto, es notorio observar que la esquizofrenia es un concepto susceptible de definir desde varias posiciones teóricas y, además, mucho más complejo que una simple lista de síntomas con determinada duración, como suelen indicar los manuales diagnósticos. El entendimiento de esta complejidad, ofrece a su vez la posibilidad de una lectura más esperanzadora y arroja luz sobre distintas formas de complementar el tratamiento.

Se llega de esta manera a entender que en la esquizofrenia hay un sujeto con procesos intrasubjetivos y no solo un diagnóstico. Este planteo, y en relación con una lectura de la esquizofrenia a partir de su funcionamiento (que se verá a continuación), al ofrecer una mirada comprensiva sobre la persona permite pensar posibilidades de abordaje que tengan que ver con el encuentro subjetivo con un otro (el grupo) y aprovechar terapéuticamente los beneficios que se trabajan en el mismo.

La esquizofrenia y su funcionamiento.

En el anterior capítulo se procuró hacer un breve recorrido por el concepto de esquizofrenia desde la fenomenología y el psicoanálisis, concluyendo que la persona con esquizofrenia es poseedora de una subjetividad propia. En este capítulo, se va a plantear que el sujeto posee además un funcionamiento global susceptible a ser trabajado.

Desde el modelo de la recuperación (que se verá con mayor detalle más adelante) se entiende que la reducción de los síntomas clínicos, a pesar de ser un elemento importante en la mejora del sujeto, no suele significar necesariamente una mejora en las problemáticas cotidianas de las personas, es decir, en su funcionamiento (Silvia y Restrepo, 2019). Por esta razón, es preciso considerar a la esquizofrenia como un trastorno que va más allá de delirios y alucinaciones, abarcando toda una serie de dimensiones que hacen a la funcionalidad del sujeto y que tienen que ver con: el funcionamiento cognitivo, social, ocupacional, familiar, educativo, personal y subjetivo (Silvia y Restrepo, 2019).

Este planteo es recogido de alguna manera por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF en adelante), la cual ofrece la posibilidad de describir la salud de una persona en base a ciertos dominios y constructos sobre su funcionamiento y discapacidad, complementándose con la categoría diagnóstica

que determine la CIE-10. Como se puede advertir, se trabaja con el diagnóstico, pero los niveles de funcionamiento que presente la persona en sus diferentes dominios adquieren prácticamente la misma relevancia, trabajando de forma paralela y complementaria (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2001)

El modelo desde el cual trabaja la CIF es biopsicosocial, es decir, el funcionamiento y la discapacidad de la persona dependen de la interacción dinámica de los factores sociales, ambientales e individuales. La intención de la CIF es elaborar un perfil de la persona más completo en términos de salud, donde se tenga en cuenta el funcionamiento (funciones corporales, actividades y participación), las discapacidades (deficiencias, limitaciones o restricciones en la participación) y factores ambientales (OMS, 2001).

La CIF se divide en dos grandes partes principales. Por un lado, *el funcionamiento y la discapacidad*, que posee a su vez, tres divisiones más, a saber: funciones corporales, estructuras corporales y actividades y participación. La otra gran parte principal son *los factores contextuales*, dividido también, pero en dos: factores ambientales y personales (OMS, 2001).

Desde esta postura, cualquier condición de salud permite la descripción del funcionamiento de la persona. En el caso de la esquizofrenia, esta manera de abordaje cobra especial relevancia al enriquecer las posibilidades de trabajo con los sujetos con esquizofrenia. La CIF ofrece la posibilidad de realizar un “perfil de funcionamiento” de la persona, identificando capacidades y actividades que puede realizar, o por el contrario, detectando su afectación (OMS, 2001). Instrumentos de evaluación como la BECA (Ipola et al., 2011) permiten la medición de los constructos que plantea la CIF, pero el cometido de esta última está en proporcionar definiciones operacionales de los dominios de salud. Como se plantea en el propio documento (OMS, 2001):

La CIF ofrece definiciones operacionales estándar de los dominios de salud y estados “relacionados con la salud” en contraposición a definiciones “vernáculos” de salud. Estas definiciones describen los atributos esenciales de cada dominio (ej. cualidades, propiedades y relaciones) y contienen información sobre lo que está incluido y excluido de cada dominio. Estas definiciones contienen puntos trascendentales utilizados habitualmente para la evaluación de manera que puedan ser fácilmente trasladadas a cuestionarios. Inversamente, los resultados de instrumentos de evaluación existentes en la actualidad pueden ser codificados en términos de la CIF (p. 23)

Como se puede observar, la información sobre el funcionamiento de la persona es de carácter singular al tratarse de un concepto que abarca distintos dominios en constante interacción entre ellos y el contexto. Por lo tanto, desde el marco de la CIF, no hay un funcionamiento característico y predeterminado asociado a la esquizofrenia, sino la posibilidad de describir el funcionamiento particular de cada sujeto, en base a los dominios que plantea. Dos sujetos con un mismo diagnóstico de esquizofrenia, pueden llegar a tener funcionamientos totalmente distintos. Con la incorporación de la lectura del funcionamiento, la definición de la esquizofrenia pasa de centrarse en aquello que tiene y deteriora al sujeto, a complementar ese abordaje, focalizándose en aquellas capacidades que tiene y se pueden trabajar para mejorar así su funcionamiento global (Silvia & Restrepo, 2019).

El testimonio de uno de los usuarios en el trabajo sobre la recuperación funcional en la esquizofrenia de María Silva y Diana Restrepo (2019), pone en evidencia la importancia de abordar el trastorno desde este enfoque: “mucho se puede lograr cuando nos desprendemos de lo que fuimos y conocemos lo que somos ahora, y lo que podemos llegar a ser” (p. 255).

La posibilidad de pensar la esquizofrenia desde esta concepción del funcionamiento termina humanizando y volviendo esperanzador el trabajo con personas con esquizofrenia. Además, los diferentes dominios que hacen a la funcionalidad de la persona desde la CIF (funciones corporales, cognitivas, actividades y participación) podrían ser trabajados a través del dispositivo grupal.

El Grupo Operativo. Su incidencia en el sujeto.

El hecho de trabajar con una conceptualización de la esquizofrenia que coloque el funcionamiento del sujeto en un nivel horizontal y complementario al diagnóstico, permite que surjan variedades de tratamiento que apunten, tanto a las distintas capacidades de la persona, como a su propia subjetividad, en pos de su desarrollo y mejoría. De esta manera, se entiende que la especificidad del trabajo con grupos (específicamente el trabajo con grupos operativos) rema en esta misma dirección de pretender un mayor y mejor nivel de funcionamiento, a través del aprendizaje y transformación del sujeto.

Se entiende al grupo, no como una entidad acabada con determinadas leyes que lo rigen, sino como una constante formación grupal, realizando su condición de constante movimiento y producción de sí mismo. De esta forma piensa De Brasi (1995) al grupo, es decir, desustancializado, funcionando como un proceso que en su mismo movimiento produce y es producido en relación a un contexto socio-histórico concreto, teniendo un referente

institucional en forma de dispositivo que genera su posibilidad de acción. Se da cuenta así de los movimientos que suceden en ellos y se separa de concepciones más estructuralistas donde podía concebirse a los grupos desde una noción más estática y apriorística (De Brasi, 1995). Desde esta concepción, no se trata de una estructura fija, sino de una formación dinámica, es decir, que se va transformando y configurando en un proceso constante. El tiempo, el espacio, el número de personas, el objetivo, y el momento socio-histórico e institucional conforman una formación grupal, siendo su condición la de un proceso (De Brasi, 1995).

En este proceso, Pichón-Rivière (1987) va a plantear que el objetivo del grupo está necesariamente atravesado por la realización de algo en común, entendido en términos de acción, producción y transformación. De esta manera, se pone en juego el concepto de lo operativo, que el autor va a definir como un cambio adaptativo, según su criterio de adaptación activa a la realidad. Aparece así la noción de tarea como técnica para lograr esa acción-transformación.

Es distintivo aquí la cuestión de la transformación en la misma medida que ocurre la acción y el papel que juega la tarea en que esto suceda. Al respecto, De Brasi (1995) hace una distinción con la mera actividad, la cual “supone únicamente la acción” (p.12), relacionada ésta a la productividad y, en consecuencia, a la plusvalía que genere. En cambio, al referirse a la tarea, se está haciendo uso de su capacidad para generar significantes y sentidos, que se entrecruzan entre sí en la composición grupal. De nuevo, el grupo es dinámico y busca la transformación del sujeto a través de la tarea.

Al plantear en el anterior capítulo que la esquizofrenia es más que un síntoma y la persona posee un funcionamiento y unas capacidades singulares susceptibles a ser trabajadas, esta forma de concebir la intervención grupal a través de una tarea y en términos de transformación del sujeto, se puede volver una posibilidad de abordaje concreta. Ese cambio o transformación que se pretende con la tarea, busca poner en juego los propios ‘bordes’ de la persona, generando posibilidades a lo nuevo (Jasiner, 2007). De esta manera, se interviene en sus capacidades. Al ser una tarea grupal, la misma se trabaja junto a unos otros y consiste en un proceso creador en constante intercambio, que genera cambios específicos en cada uno de los integrantes (Jasiner, 2007). Esta forma de trabajar el grupo, tiene que ver con lo que Pichón Rivière denominó Grupo Operativo.

El concepto de Grupo Operativo, definido como un grupo centrado en la tarea (Pichón-Rivière, 1987) tiene como aspecto crucial el poder pensar la intervención de una persona

desde dos aristas de igual importancia. Por un lado, la presencia del otro y del vínculo que se establece. Luego, la tarea, la cual plantea que su abordaje sea siempre de carácter grupal. En definitiva, se trata de la relación entre un grupo y sus integrantes con la tarea en cuestión (Pichón-Rivière, 1987).

En relación a la presencia del otro, ya en los primeros grupos con una finalidad terapéutica (por ejemplo, los grupos de Alcohólicos Anónimos), se encontraba en ellos ciertos beneficios que no ocurrían de manera aislada (o sea, individualmente), provocando la pregunta de qué se producía en esos intercambios (Fernández, 1983). Algo de esa respuesta tiene que ver con estar en relación con un “igual” y las significaciones imaginarias que a nivel institucional implica, a saber: concebir el lugar como un “espacio microsocioal que opera como sostén yoico; soporte solidario; espacio restitutivo de la dignidad perdida y/o de la identidad trastocada” (Fernández, 1983). En la concepción de Grupo Operativo, al trabajar alrededor de una tarea compartida, la presencia del par se vuelve condición necesaria para la realización de la misma (Pichón-Rivière, 1987) y como se puede dar cuenta, funciona como un elemento de soporte yoico, sosteniendo, a su vez, la tarea en conjunto.

Dentro del marco de la CIF y la lectura de la esquizofrenia desde su funcionamiento, esta característica de sostén yoico, encuentra relación con el constructo de *apoyo y relaciones*, en el dominio de *factores ambientales* (OMS, 2001). La posibilidad de poder pensar la esquizofrenia desde la funcionalidad del sujeto y su trabajo desde el dispositivo grupal, puede llegar a considerarse como un elemento importante para su tratamiento.

Asimismo, la presencia del otro es utilizada como guía y apoyo para aquellos sujetos que recién ingresan a un lugar donde se le va a brindar un tratamiento desde un modelo comunitario de abordaje. Se necesita cierto grado de motivación y estabilidad por parte de aquellos, para servirles de apoyo a estos que, en relación a sujetos con esquizofrenia que hayan salido recientemente de una crisis, tener la ‘herramienta del otro’, puede ser clave en la mejora de su proceso de recuperación (González, 1999).

El grupo funciona de esta manera como espacio de alojamiento subjetivo (Jasiner, 2007) y, además, como una figura de apego, que acude a las necesidades de apoyo de la persona (Tarí & Ferrer, 2017). En relación a esto último, el grupo adopta las características de un cuidador fiable al encontrar de parte de los profesionales la calidez y la cotidianeidad requerida para el trabajo en rehabilitación, así como también de parte de las personas con esquizofrenia.

Como se expuso en párrafos anteriores, en la concepción de Grupo Operativo el otro es una parte clave en la ecuación para que el mismo funcione y pueda mantener al sujeto centrado en la tarea (Pichón-Rivière, 1987). En este trabajo, donde se plantea el trabajo con personas con esquizofrenia, esta observación de la contención que ofrece el grupo cobra especial relevancia, al tratarse de sujetos donde la propia subjetividad ha sido negada, ya sea por diferentes instituciones, por familiares, por su contexto social y cultural, o por un discurso mediático que estigmatiza a las personas con esquizofrenia (e incluso una subjetividad negada hasta por sí mismos). El espacio continente (y fundante del sujeto muchas veces) que ofrece un grupo, se vuelve fundamental en la recuperación de su condición de sujeto y en 'alojar' su subjetividad (Jasiner, 2007) Además, estas particularidades lo convierten en un entorno apropiado para trabajar sobre una tarea compartida.

Como se refirió al principio, el autor comprende el desarrollo del individuo en la medida que este se adapte activamente al medio. Es decir, en la medida que, a través de la tarea se logre un *efecto sujeto* (Jasiner, 2007). En este ideal del efecto que puede tener la tarea en el Grupo Operativo, puede existir también su contrario. La otra consecuencia que podría tener es, justamente, el aplastamiento de la propia singularidad, donde la constitución del Yo se basaría en una identificación vertical con un ideal del Yo, representada por un líder, en este caso, podría ser un coordinador grupal. Se trataría así entonces de un *efecto masa* (Jasiner, 2007). Como se puede advertir, no sería del todo deseable lograr un efecto masa en el trabajo con grupos. Graciela Jasiner (2007), parafrasea a Bion y su trabajo con grupos para referirse al fenómeno de la identificación horizontal como un elemento buscado por el coordinador para que ocurra entre los integrantes. Se los sitúa en un plano de igualdad y entorno a una tarea u objetivo, con una intervención orientada en que los sujetos se piensen como grupo y operen sobre lo segregatorio. Esta orientación en la dirección que adopte el trabajo con grupos, no asegura su éxito por sí mismo, pero lo importante, es poder dar cuenta de los procesos que va teniendo y cómo se sostiene de la forma más favorable, la tensión efecto masa - efecto sujeto.

Como se dijo antes, el efecto masa no es un propósito deseante de por sí, pero en el entendido de que el sujeto se genera en el encuentro con el otro y este dota de sentido la existencia de aquel y lo constituye, para luego en un movimiento de separación tener que ir produciendo sus propios sentidos, existe en el sujeto una necesidad de sostener la tensión del par alienación-separación a lo largo de su existencia (Jasiner, 2007). Para que exista separación, tiene que haber existido alienación. Ahora, para que ocurra esto último, en el caso de una formación grupal, el coordinador va a precisar estar disponible y ofrecerse (Jasiner, 2007).

La posibilidad de pensar en el funcionamiento de las personas con esquizofrenia, podría considerarse como una orientación atravesada por el objetivo de lograr la autonomía en el sujeto. Como puede observarse, el nombrado efecto sujeto que se pretende con el Grupo Operativo es una declaración de autonomía que se busca con este abordaje. Trabajar funciones y capacidades es trabajar a la persona, y por lo tanto sus posibilidades de adaptarse activamente al entorno y transformarlo.

Específicamente sobre la tarea, Pichón-Rivière (1987) plantea a la misma como aprendizaje del objeto de conocimiento y que éste tienda a generar un cambio, superando en este proceso las resistencias al mismo que surjan y siendo operativo (que genere un cambio de una situación a otra). Esta versatilidad y creatividad de la tarea al servicio de la transformación del sujeto, puede volverse una gran opción de trabajo en relación los diferentes dominios de funcionalidad que propone la CIF, aplicados a sujetos con esquizofrenia.

En relación a las resistencias y a los obstáculos que surgen en los procesos grupales, Pichón-Rivière (1987) establece dos miedos básicos. Se trata del miedo a la pérdida y del miedo al ataque. El primero refiere al miedo a perder aquellas modalidades defensivas o instrumentos de adaptación que, aun siendo de carácter patológico, posibilitan al sujeto mantener una adaptación pasiva al medio en un momento dado. El segundo, es la incertidumbre que genera la nueva situación y su incapacidad para atravesarla, ahora ya sin los instrumentos que solía usar. Entonces, es fundamental la función que cumple la tarea en este sentido, transformando lo dilemático, estancado y estereotipado de la situación, en aprendizaje. Se vuelve dialéctico (Pichón-Rivière, 1987).

Hay, entonces, un interjuego permanente entre el miedo a la pérdida de lo ya conocido y el miedo al ataque de lo que puede venir. El interjuego de estas dos situaciones rige todo, son los universales esenciales de la tarea en grupo operativo, de la situación psicótica o cualquier tipo de enfermedad (...) Lo que constituye nuestra tarea es "ablandar" la dificultad del cambio a través de interpretaciones. (Pichón-Rivière, 1987, p. 244)

Se trabaja en pos de vencer esas resistencias que impiden el acercamiento del sujeto al objeto de conocimiento y opera transformando al sujeto. Por ende, transforma a su vez la manera que tiene de ver el mundo. A este respecto, Pichón-Rivière (1987) va a señalar las posibilidades que tiene en este sentido, el trabajo con personas psicóticas, proporcionándoles

nuevas formas de percibir y estar en la realidad. Una manera más concreta y corregida en relación a su visión anterior.

Más allá de la función de sostén y del efecto sujeto que puede ofrecer el grupo, su importancia radica también en la posibilidad que ofrece de relacionar dialécticamente el espacio singular (estructura subjetiva) y el espacio social (estructura social) (Ribeiro, 2009). Es decir, el grupo permite el encuentro entre su singularidad y el medio, configurando un espacio de continencia e intercambio constante, que vuelve más probable una adecuada adaptación del sujeto a la comunidad y su capacidad de incidir y actuar en la misma, así como también a poder comenzar a dotar de significado a la propia existencia (Ribeiro, 2009).

Comenzar un proceso de resignificación del Yo y trabajar sus funciones, es probablemente el objetivo más ambicioso en la terapéutica en personas con esquizofrenia. El grupo se vuelve un facilitador en este sentido al funcionar como espacio socializador, que incide y se relaciona de manera constante con la singularidad del individuo (Ribeiro, 2009). Al colocar en el grupo las experiencias y vivencias subjetivas del sujeto, las mismas pasan a cambiar su condición de privadas por compartidas y así, ese cambio de registro, puede tener repercusiones que favorezcan el trabajo de resignificación del Yo.

En este sentido, existe una modalidad de trabajo específica, como el grupo de escucha de voces (GEV) que es un espacio que surge en diferentes Centros de Día, con el objetivo de validar y aceptar las experiencias de escuchar de voces e intentar contextualizarlas en relación a la historia de vida de las personas. Es decir, dotarlas de sentido tratando de buscar en los sujetos un mayor control de estas experiencias, integrándolas y aceptándolas, en detrimento de su negación y evitación (Martínez Barbero, et al., 2017). Hay una intención de generar en el sujeto, a través del espacio expresivo y contenedor del grupo, una mayor participación sobre sí mismos, controlando y atravesando los episodios en los que escuchen voces. El grupo como dispositivo de trabajo se convierte así en una forma privilegiada de abordaje a la persona con esquizofrenia al ofrecerle a la persona un espacio de expresión con unos otros, donde el sujeto ocupa un papel activo en su tratamiento y que en definitiva restaura una posible pérdida de la condición humana que lamentablemente suele traer consigo la cronicidad en la que suelen estar etiquetados.

En la teoría del grupo operativo, existe un concepto que Pichón-Rivière va a denominar como ECRO (Esquema Conceptual Referencial y Operativo) y junto a lo desarrollado, constituye un elemento clave. El ECRO se define como un modelo de

aprehensión de la realidad, el cual busca una manera adecuada de aproximación al objeto de estudio (Pichón-Rivière, 1987). Se pretende que el coordinador grupal lo utilice como instrumento de trabajo y explicita para sí, sus aspectos superestructurales (la parte conceptual y teórica de esquema) e infraestructurales (elementos emocionales y motivacionales) (Pichón-Rivière, 1987). El análisis del ECRO permite la planificación en el campo de intervención donde se vaya a actuar y requiere de una constante retroalimentación a través de la práctica que rectifique o ratifique al mismo (Pichón-Rivière, 1987). Uno de los objetivos del trabajo con un Grupo Operativo, es que el grupo cree su propio ECRO que le permita actuar y transformar su propia realidad.

Toda esta manera de concebir el trabajo en grupos de este autor, dialoga permanentemente con su concepto de salud, a saber, como una adaptación activa y transformadora a las exigencias del medio, generando a su vez una transformación en sí mismo (Zito, 1993). Lo activo y transformador está dado por el logro en la tarea que implica el proceso del Grupo Operativo, la cual será 'lograda' en tanto consiga ser operativa, es decir, produzca cambios en el sujeto.

El grupo, entendido desde los aportes de Pichón-Rivière y su concepción de Grupo Operativo, sugiere una relación bastante estrecha con la esquizofrenia entendida desde su funcionamiento. Los dominios en los que se considera el funcionamiento de la persona, tanto a nivel social, cognitivo y sobre todo personal y subjetivo, podrían ser trabajados a partir de una tarea y a través de la transformación subjetiva del sujeto que implica el logro de la misma. El grupo, en el interior de su funcionamiento, presenta múltiples beneficios a la hora de significar una mejoría para la persona con esquizofrenia. El valor del trabajo en grupo, ya sea a partir del sostén yoico que genera; del espacio de alojamiento subjetivo y fundante del sujeto; del espacio socializador o de expresión, se vuelve un dispositivo sumamente considerable a la hora de pensar el abordaje desde el funcionamiento de personas con esquizofrenia, al trabajar en los distintos dominios que forman las capacidades de los sujetos.

El concepto de recuperación

Es importante poder ubicar desde qué paradigma de atención a la salud se posiciona este trabajo. En relación a sujetos con un diagnóstico de Trastornos Mentales Graves (TMG en adelante) y más específicamente de esquizofrenia, que atañe en este caso, el trabajo en grupos responde en gran parte al pasaje que ha habido en las últimas décadas del modelo de atención hospitalaria al modelo de atención comunitario. Sin desacreditar a la psiquiatría tradicional, la cual tomaba para sí a los trastornos psicóticos y realizaba sus tratamientos en

base a la medicación neuroléptica, se ha comprobado que la misma, a pesar de sí ofrecer una solución a la sintomatología positiva, tenía pocos efectos respecto a la sintomatología negativa e incluso llegaba a ser iatrogénica (Perona, 2015). Esta exclusividad de la psiquiatría responde, en parte, a la costumbre social de segregar y aislar aquello diferente a lo normativo, en este caso, a personas con trastornos mentales en instituciones manicomiales (Del Castillo et al., 2011).

La reforma en el abordaje a estos sujetos, tiene como uno de sus referentes conceptuales más importantes el reconocimiento de los factores sociales y psicosociales en su enfermar, así como también en el curso y evolución del mismo (Gisbert, 2003). Se trata de no reducir la problemática a una cuestión meramente sintomática e individual, sino procurar comprenderla, además, desde la propia historia de vida de la persona, su familia y los factores sociales implicados. Es decir, los síntomas están cargados de significados personales y sociales (Perona, 2015). Tanto es así, que la evidencia muestra cómo el funcionamiento social premórbido y su 'ajuste' tras los primeros síntomas psicóticos, son grandes predictores de la evolución futura que adquiera el cuadro clínico (Gisbert, 2003). Además de la importancia del entorno social de la persona en la comprensión de la enfermedad, su papel también se vuelve clave en la recuperación del usuario. Se precisa del mayor compromiso posible de los allegados del usuario en el Plan Individualizado de Rehabilitación que se haga, para mantener la motivación en el proceso de recuperación y alcanzar los objetivos (Gisbert, 2003). Asimismo, con este cambio en la atención a personas con un TMG y por consiguiente, a personas con esquizofrenia, se busca mejorar la calidad de respuesta del sistema sanitario en relación a la cronicidad que, muchas veces, implica el diagnóstico. A su vez, ofrece posibilidades de trabajo respecto a la inercia social que conlleva la etiqueta de crónico, así como también el estigma social (Perona, 2015).

Los servicios comunitarios pasan a ocupar así, un lugar más horizontal en relación a la hospitalización en el tratamiento a la cronicidad. Se apunta a que la persona con esquizofrenia deba vivir en comunidad, lo cual trae consigo diferentes consideraciones a la hora de pensar el trabajo con ellos, en relación al antiguo modelo asilar (González, J., & Rodríguez, A., 2010). En esta forma de pensar la intervención a sujetos con esquizofrenia, el foco está en el funcionamiento del sujeto, en su desempeño a nivel de roles sociales, en su participación activa en la comunidad, en su autonomía, en la mejora de su calidad de vida, así como de su familia (Gisbert, 2003). El abordaje de estos objetivos puede encontrar posibilidades de realización a través del trabajo con grupos.

Como se podrá advertir, al tener en cuenta el contexto social y considerar al individuo dentro de un ambiente, ampliando el punto de vista psiquiátrico ortodoxo, donde la intervención está focalizada en la mera sintomatología, la complejidad en el trabajo aumenta, al volverse un contexto más variado e inestable, donde se empiezan a manejar además diferentes expectativas en relación al funcionamiento del sujeto (Gisbert, 2003). Es necesario aquí, entonces, poder distinguir entre diferentes conceptos que hacen al modelo comunitario de atención al sujeto. Por un lado, el concepto de *deterioro*, que implica la pérdida de funciones de la persona a consecuencia de una enfermedad y era sobre la dimensión que se trabajaba en el modelo psiquiátrico (Perona, 2015). Por el otro, está la *discapacidad* que es la restricción que experimenta el individuo en la participación social y limitaciones en su actividad cotidiana, a causa de la interacción negativa entre su condición de salud y el medio que lo rodea (OMS, 2001). Como se podrá observar, en el modelo de atención comunitario se interviene sobre las discapacidades de las personas con esquizofrenia, buscando hacer el mejor uso de sus capacidades sanas conservadas y sus capacidades residuales, en el mejor entorno social posible (Perona, 2003).

A todos estos desarrollos, donde se comienza a reconocer la influencia de factores sociales en el enfermar del sujeto, así como también en su tratamiento, surge el concepto de *recuperación*, consolidando estos desarrollos y entendiendo que el trabajo con personas con un diagnóstico de esquizofrenia no debe ir orientado solo a recolocarlo en un rol social y mantener su tiempo ocupado, sino ofrecer la ayuda profesionalmente disponible que se precise para que la persona desarrolle y mantenga su propio proyecto de vida con un sentido realista, conociendo sus propias posibilidades (Gisbert, 2003). Es decir, se trata de no pensar al sujeto como fragmentado, con determinadas discapacidades que requieren una rehabilitación, sino enfocar los esfuerzos en su proyecto de vida, donde él mismo dirija ese proceso, en base a su capacidad para adaptarse activamente al medio. En este sentido, hay cierto consenso sobre la idea de que la mera adquisición de habilidades, no conduce a la persona a otorgarle un sentido a la vida y es imprescindible trabajar, además, desde esta perspectiva de la recuperación para lograr mejores resultados en la búsqueda de la mayor autonomía posible que, al fin y al cabo, es el objetivo de toda intervención (Tarí & Ferrer, 2017).

Martín Agrest e Ivanna Druetta (2011), en su trabajo titulado: "El concepto de la recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios", toman las cinco dimensiones de la recuperación propuestas por Whitley y Drake, abordando su definición a partir de las mismas. Estas son: la dimensión clínica (referente a la sintomatología y al cuidado médico en general), existencial (la lectura consciente sobre sí mismo), funcional

(en relación a su autonomía material), física (respecto a su estado de salud corporal y el uso/abuso de sustancias) y por último, la dimensión social (comprende al entorno humano que posea el sujeto en su vida). Más allá de que determinados autores a veces hagan uso de solamente de una de ellas, la cual suele ser la existencial, el concepto comprende las cinco y su consideración es fundamental para un abordaje adecuado y eficaz (Agrest & Druetta, 2011). De todas formas, como se planteó en el anterior párrafo, el objetivo último es la mayor autonomía posible de la persona y tanto respetar, como velar por el proyecto de vida del sujeto, siendo este protagonista del mismo.

Para este cometido, es preciso una redefinición del *self*, es decir, trabajar sobre la idea y la comprensión que tiene el sujeto sobre sí mismo en relación a su enfermedad, buscando que esta sea un aspecto más de su identidad y no lo eclipse en etiquetas o estigmas sociales (Tarí & Ferrer, 2017). Como se puede notar, este aspecto de trabajar la propia identidad teniendo al diagnóstico como un aspecto más de la complejidad del sujeto, no es tarea fácil al tener en contra toda una sociedad que segrega lo diferente y clasifica como anormal. Se requiere de grandes esfuerzos en el trabajo en conjunto y fortalecer o propiciar el soporte de otros que hagan al entorno social de la persona.

Si miramos atentamente los principios - tareas de la rehabilitación, observamos que no son solamente individuales, sino que tiene características vinculares y cada una de ellas se ve fortalecida u obstaculizada por la acción de esos otros (Tarí & Ferrer, 2017, p. 230). La inclusión social y la verdadera participación del sujeto en ella, termina siendo uno de los objetivos principales de la recuperación y su logro es independiente a cualquier lectura sobre los procesos de enfermedad. Martín Agrest e Ivanna Druetta (2011) lo plantean de esta forma:

La idea de recuperación como guía para el tratamiento o como un proceso que debe tener lugar junto a éste, no se basa en concepción específica alguna acerca del enfermar. No pelea ni con concepciones biológicas ni psicosociales y tampoco requiere la verificación de ninguna de ellas. Independientemente de una u otra posición, el concepto de recuperación se sostiene en la posibilidad de que una persona se incluya socialmente sin importar el grado de compromiso orgánico que la haya llevado a tal situación (p.139).

La importancia del otro se vuelve un aspecto trascendental en los procesos de construcción de sentidos que reafirmará a la persona en su identidad y proyecto de vida. Se precisa que la participación del otro sea desde el apoyo y el cuidado para que se mantenga en el sujeto un sentido de esperanza y optimismo (Davidson & González, 2017).

Cabe mencionar que el concepto de recuperación nada tiene que ver con una 'curación total' de la persona, donde esta experimenta una remisión completa de los síntomas y el malestar subjetivo. Más allá de que sin dudas que el trabajo desde esta orientación tiene implicancias en la mejora del sujeto, no constituye un resultado final, sino un proceso en curso que implica la reconstrucción de un nuevo sentido de vida y una mayor autonomía en la misma (Davidson & González, 2017).

Como se podrá advertir, el modelo de recuperación genera un escenario fértil para una diversidad de propuestas de tratamiento que buscan trabajar a nivel del funcionamiento del sujeto, descentralizando el abordaje a partir del diagnóstico psicopatológico. Es en este panorama que las propuestas de carácter grupal comienzan a cobrar una relevancia determinante. El grupo pensado como "un escenario de aprendizaje y cambio" (Tarí & Ferrer, 2017, p. 232) se convierte en un contexto más que adecuado para la tarea de la recuperación. El trabajo desde el Grupo Operativo sobre los mecanismos resistenciales de la persona que impiden su acercamiento al objeto de conocimiento y, por lo tanto, su transformación y aprendizaje, puestos en juego con una tarea en común, transita por los mismos sentidos de la recuperación y su intención por trabajar en la resignificación de la vida del sujeto.

Conclusiones

Este trabajo articuló tres conceptos que se entienden fundamentales en relación a la pregunta sobre el valor del abordaje en grupo en personas con esquizofrenia. Los tres conceptos en cuestión fueron: el modelo de recuperación, la esquizofrenia trabajada desde su funcionamiento y el Grupo Operativo de Pichón-Rivière.

En la concepción de recuperación, donde se busca la participación activa del sujeto en la toma de decisiones que tengan que ver con el tratamiento y su proyecto de vida, el grupo se presenta como un dispositivo facilitador para alcanzar este cometido, además de posibilitar el trabajo sobre el funcionamiento global del sujeto con esquizofrenia.

La concepción de Grupo Operativo de Pichón-Rivière, mantiene una relación estrecha con el enfoque de la recuperación en el abordaje a personas con un diagnóstico de esquizofrenia. Uno de los pilares conceptuales de la recuperación, tiene que ver con el trabajo sobre la resignificación del Yo. El Grupo Operativo, al pretender la transformación del sujeto a través del cumplimiento de la tarea compartida, evidencia que estos dos constructos trabajan esencialmente en forma conjunta.

La búsqueda final de esta manera de entender el abordaje de la esquizofrenia, es la autonomía. Por lo tanto, la forma más eficaz de conseguirlo es trabajando con las capacidades del sujeto y sobre la base de una postura teórica humanizante y esperanzadora. La intención terapéutica es no reproducir aquello que se pretende tratar, a saber: el repliegue del sujeto sobre sí mismo (Jiménez, 2006). En este sentido, el grupo debe funcionar bajo parámetros institucionales que den cuenta de su incidencia en el sujeto y que permitan el encuentro, participando de una realidad donde también participen los demás (López, 2018). Estos planteos permiten una lectura donde existe una intención en trabajar la autonomía del sujeto, y no solamente desde la resignificación y fortalecimiento del Yo, sino, además desde la puesta en juego de un criterio de realidad compartido con el resto de integrantes de un grupo. Es decir, trabajar la autonomía desde una perspectiva de Derechos Humanos y a su vez, una autonomía desde un criterio de realidad compartido.

Como se puede advertir, el vínculo con el otro es un elemento clave en el proceso de recuperación y se vuelve importante trabajar sobre formas que propongan la condición natural del ser humano, a saber, su condición de gregario. En este sentido, el grupo ofrece una respuesta ideal. Cobra un sentido especial esta observación con la lectura de las formas actuales de padecimiento subjetivo, donde el padecer del individuo tiene que ver con lo superfluo y dispersivo, dificultando la formación de sentido en la mera apariencia y rapidez de las cosas (Corea, 2004). Las huellas subjetivas no terminan de marcar y las relaciones interpersonales parecen carecer de trascendencia. Se intuye en esta breve mirada de la sociedad actual, que la esquizofrenia encuentra unas condiciones de posibilidad 'fértil' como enfermedad y se visibiliza, de alguna manera, como una expresión radical de estas formas de subjetividad promovidas en esta época (Novella y Huertas, 2010). El dispositivo grupal se convierte, además de una gran herramienta para trabajar con el sujeto, en un gran desafío.

Por último, plantear la herramienta del grupo, el modelo de la recuperación y el concepto de la esquizofrenia a partir de su funcionamiento, es acercar los esfuerzos en ofrecer una terapéutica que cambie el rumbo de la *carrera moral* del paciente mental (Goffman, 2001) que suelen tener los sujetos con esquizofrenia. Es decir, responder institucionalmente en base a los principios de autonomía y mejoría de la persona. En esto último, Goffman (2001) va a indicar: "(...) el yo no se origina solo en la interacción del sujeto con los otros significativos, sino que es fruto, además, de las disposiciones que toma una organización para sus miembros" (p. 152). De esta manera, procurar lógicas, discursos y

prácticas en una institución que estén en sintonía con el desarrollo del sujeto y su protagonismo en el mismo, se vuelve un compromiso impostergable.

BIBLIOGRAFÍA

- Abíznano, R. (2018). Aproximación al concepto de esquizofrenia: de la psiquiatría al psicoanálisis. *Investigaciones en psicología*, 23(1), 7-13.
https://www.psi.uba.ar/publicaciones/investigaciones/indice/trabajos_completos/anio_23_1/abinzano.pdf
- Agrest, M., & Drueta, I. (2011). El concepto de recuperación: La importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 22, 56-64.
- Alsina, I. B. (2019). De la psicosis a la esquizofrenia. Genealogía de un concepto y su impacto en la actualidad. *Epistemología e Historia de la Ciencia*, 4(1), 5-32.
- Araujo, Z. M., & Yannarella, W. E. (2010). Tres miradas, una apuesta: aproximaciones teóricas a la esquizofrenia. *Revista Mal-estar e subjetividade*, 10(2), 369-396.
<https://www.redalyc.org/pdf/271/27117252002.pdf>
- Corea, C. (2004) Subjetividad pedagógica y subjetividad mediática En I. Lewcowicz y C. Corea (Eds.) *Pedagogía del aburrido: Escuelas destituidas, familias perplejas* (pp. 48-70). Paidós.
- Cortázar, J. (2025). *Poesía completa*. Alfaguara.
- Davidson, Larry, & González-Ibáñez, À. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 189-205
<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/11.pdf>
- De Brasi, J.C. (1995) Grupo: Multiplicidad. En: *Dimensiones de la Grupalidad* (91-108). Multiplicidades.
- Del Castillo, R., Villar, M., & Dogmanas, D. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(4), 83-96.
<http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102>
- Ey, H., Bernard, P. & Brisset, C. (1980). *Tratado de Psiquiatría* (8va. Ed.). Toray - Masson.

- Fernández, A. M. (1986). *El campo grupal: notas para una genealogía*. Nueva Visión.
- Freud, S. (1993). Neurosis y psicosis. En *Obras Completas* (Tomo XIX). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1924).
https://psicopatologiaunounlp.com.ar/bibliografia/tp/psicosis/FREUD_1924_Neurosis_y_psicosis.pdf
- Gisbert Aguilar, C. (Coord.). (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
<https://consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionpsicosocialtratamientointegral.pdf>
- Goffman, E. (2001) La carrera moral del paciente mental. En: *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (pp. 132 - 172). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1961).
- González, M., García, I., & Fraile, J. (1999). Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(72), 573-586.
<https://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15667/15526>
- González, J., & Rodríguez, A. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a la Personas con Psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332. 10.5093/cl2010v21n3a8
- Ipola, M. M., Trullenque, L. S., García, B. F., Fraile, J. S., Garijo, J. A. P., & Lluesma, M. A. (2011). Aplicación de la Clasificación Internacional de la Discapacidad, el Funcionamiento y la Salud (CIF) de la OMS para la evaluación de la discapacidad en pacientes con trastorno mental grave. *Norte de salud mental*, 9(41), 59-72.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3924939>
- Jasiner, G. (2007). *Coordinando grupos: una lógica para los pequeños grupos*. Lugar.
- Jiménez, F. V. (2006). Espacio grupal para pacientes psicóticos en un Centro de Salud Mental. *Apuntes de Psicología*, 24(3) 331-343. 10.55414/636qt778
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.

- López, L. L. (2018). La psicoterapia de grupo y la psicosis. Un lugar para el sujeto. De Castro Oller, M. J., Gómez Esteban, R., & De la Hoz Martínez, À. (Eds.), *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental* (pp. 33-42). Asociación Española de Neuropsiquiatría. [La-psicoterapia-de-grupo-2018.pdf](#)
- Martínez Barbero, M. Á., Coca Pereira, M. C., Pérez Villalba, G., & Martínez Hernández, M. V. (2017). Escuchando la voz de las personas que escuchan voces. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 39-61. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/03.pdf>
- Montenegro, Marisela, Rodríguez, Alicia, y Pujol, Joan. (2014). La Psicología Social Comunitaria ante los cambios en la sociedad contemporánea: De la reificación de lo común a la articulación de las diferencias. *Psicoperspectivas*, 13(2), 32-43.
- Novella, E. J., & Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y salud*, 21(3), 205-219. 10.5093/cl2010v21n3a1
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf
- Pichon-Rivière, E. (1987). *El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social* (Vol. I). Nueva Visión.
- Perona, S. (2015). La necesidad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia. *Informació psicològica*, (83), 37-46. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/365>
- Real Academia Española. (2014.). común. En *Diccionario de la lengua española*. (23. ed.) <https://dle.rae.es/com%C3%BAn>
- Ribeiro, M. A. (2009). O dispositivo grupal como estratégia de orientação profissional para pessoas em situação psicótica. *Vínculo-Revista do nesme*, 6(1), 53-66. <https://www.redalyc.org/pdf/1394/139412684006.pdf>

Romé, M. & Kopelovich, M. (2020). Aportes fenomenológicos a la esquizofrenia. En J. De Battista (Coord.), *Aportes interdisciplinarios en psicopatología. Tomo I: Clínica de las psicosis en la psiquiatría clásica* (pp. 297-307). Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.

https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/145625/CONICET_Digital_Nro.31898596-c582-40bd-979b-ddf2f6c2ddb7_B.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Rosillo Herrero, M., Hernández Monsalve, M., & Smith, S. P. K. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257-271.

Silva, M. A., & Restrepo, D. (2019). Recuperación funcional en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(4), 197-266.

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-recuperacion-funcional-esquizofrenia-S0034745017301142>

Tarí García, A., & Ferrer Dufol, C. (2017). El grupo y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 227-240.

<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/13.pdf>

Zito Lema, V. (1993). *Conversaciones con Enrique Pichón-Rivière sobre el arte y la locura*. Cinco.