UDELAR – UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

CENUR L.N. – SEDE PAYSANDÚ

ISEF – INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACIÓN FÍSICA

SEMINARIO TESINA

MICAELA BRUN LOMANDO

“Es siempre como el primer día”

Un relato de experiencia desde el interior de la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Departamental “Escuela Litoral Galán y Rocha” de la Ciudad de Paysandú.

Paysandú, Uruguay

2025

MICAELA BRUN LOMANDO

“Es siempre como el primer día”

Un relato de experiencia desde el interior de la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Departamental “Escuela Litoral Galán y Rocha” de la Ciudad de Paysandú.

Prof. Dr. Edwin Alexander Cañón B – Orientador

Prof. Dr. Heitor Pasquim – Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista – Unifesp – brasil – Tribunal.

Prof. Mg. Paulianny Mirelly Gonçalves De Sousa – ISEF – CENUR L.N. – Sede Paysandú – Tribunal

---

RESUMEN

El presente estudio investigativo presenta como objetivo general el comprender el papel que puede desempeñar la Educación Física, como disciplina académica y de intervención, en la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Departamental “Escuela del Litoral Galán y Rocha” de la ciudad de Paysandú. Fue abordada desde un diseño descriptivo bajo un abordaje teórico metodológico cualitativo centralizado en el relato de experiencia como método de producción de información. Observaciones, entrevistas as, conversaciones y el cuaderno de notas configuran los registros de las vivencias de la propia investigadora en dicha institución de salud. Los resultados señalan que el aporte del profesional de Educación Física en este contexto se construye a partir de la comprensión integral de la salud, superando visiones reduccionistas centradas exclusivamente en el modelo biomédico y la proyección de las prácticas corporales como herramienta de intervención, posibilitando la resignificación de sentidos sobre la salud en los distintos colectivos con los que se trabaja, y la (no)participación en equipos interdisciplinarios, que implica cuestionar críticamente las miradas hegemónicas y fragmentadas del campo de la salud. En las consideraciones finales se resalta la importancia de comprender, por una parte, los recorridos históricos que la Salud Mental ha recorrido en el país en virtud no solo del proceso de medicalización, sino también de visión de la locura como proceso de construcción social y patológica. En segunda instancia, se resaltan los trayectos recorridos por la investigadora en la sala de internación psiquiátrica para desarrollar y planificar actividades vinculadas a las prácticas corporales como herramienta para la producción de cuidado. Finalmente, se visualiza el proceso de jerarquización que se vivencia en la Sala de Internación Psiquiátrica y las barreras que impiden el trabajo interdisciplinar.

Palabras claves: Educación Física; Salud Mental; Paysandú; Sala de Internación.

isef

Instituto Superior
de Educación Física
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

ACTA DE DEFENSA DE TESIS – SEMINÁRIO TESINA SALUD

A las 10:00 horas del día 11 de octubre de 2025 en CENUR L.N. – Sede Paysandú, el panel de examinadores integrado por: Edwin Alexander Cañón Buitrago (Dr.) – orientador, Paulianny Mirelly Gonçalves De Sousa (Mg.) - Heitor Pasquim (Dr.) bajo la presidencia del primero, se reunió para presentar y defender la tesis de la estudiante **Micaela Brun Lomando** matriculada regularmente en Licenciatura en Educación Física.

El presidente del tribunal informó que la estudiante tenía un promedio de 30 (treinta) minutos para presentar la tesis, para luego, responder a las consideraciones y comentarios del tribunal. Durante 30 (treinta) minutos, se realizó la presentación de su trabajo titulado: **"Es siempre como el primer día": Un relato de experiencia desde el interior de la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Departamental "Escuela Litoral Galán y Rocha" de la Ciudad de Paysandú.**

Luego de la presentación, los panelistas hicieron preguntas, comentarios, observaciones y sugerencias sobre el correspondiente trabajo. El tribunal consideró el trabajo desarrollado, otorgándole un concepto final de **Excelente.**

Paysandú, 11 de octubre de 2025.

Edwin Alexander Cañon Buitrago

tuid

FIRMA DIGITAL

Prof. Dr. Edwin Alexander Cañón Buitrago
Instituto Superior de Educación Física
CENUR Litoral Norte, Sede Paysandú.

Paulianny Mirelly Goncalves De Sousa

tuid

FIRMA DIGITAL

Prof. Mg. Paulianny Mirelly Gonçalves De Sousa
Instituto Superior de Educación Física
CENUR Litoral Norte, Sede Paysandú

gov.br

Documento assinado digitalmente
HEITOR MARTINS PASQUIM
Data: 16/10/2025 00:27:39-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Dr. Heitor Pasquim
Instituto Saúde e Sociedade
Universidade Federal de São Paulo
Unifesp – Campus Baixada Santista Brasil

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

www.isef.edu.uy

MONTEVIDEO
2480 0102 - 2486 1866
Parque Batlle s/n
comunicacion@isef.edu.uy

PAYSANDÚ CUP
4722 0221 - 4723 8342
Florida 1051
comunicacion@cup.edu.uy
www.cup.edu.uy

MALDONADO CURE
4223 6595 (int. 110)
Calle Burnett casi M. Chiossi
(Tribuna Este del Campus Municipal)
secretaria@curemaldonado.edu.uy
www.cure.edu.uy

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 6

2. MARCO TEÓRICO 8

2.1 Marco Teórico Referencial 8

2.2 Marco Teórico Conceptual 24

2.2.1. Salud Mental en Uruguay: Una breve historia..... 24

2.2.2. El campo de la Educación Física Uruguaya y su proyección a las Políticas Públicas de Salud Nacional: Una experiencia disciplinar que paso a paso se construye..... 32

2.2.3. Practicas corporales como herramienta de intervención en el campo de la Salud Mental 38

3. METODOLOGÍA Y PRODUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN 44

4. ANALISIS DE LAS MATERIALIDADES ENCONTRADAS.....50

4.1 Descripción del contexto y el local en el cual se desarrolló el correspondiente estudio. 53

4.2 Aproximación e integración de la investigadora a la Sala de Internación Psiquiátrica: encuentros y desencuentros a partir de las prácticas corporales. 61

4.3 ¡Bueno!, es lo que toca: La ilusión de la Interdisciplina entre disciplinas que no dialogan. 73

5. CONSIDERACIONES FINALES.....81

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....83

APÉNDICE 88

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo final de licenciatura tiene por objetivo comprender el papel que puede desempeñar la Educación Física, como disciplina académica y de intervención, en la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Departamental “Escuela del Litoral Galán y Rocha” de la ciudad de Paysandú. Se realiza en el marco de las investigaciones que el Grupo de Estudios Decolonial en Educación Física y Salud (GEDEFS – CSIC 883241) del CENUR L.N. – Sede Paysandú viene desarrollando al interior del Instituto Superior en Educación Física de la mencionada sede regional.

Actualmente soy estudiante avanzada de la Licenciatura en Educación Física del Instituto Superior de Educación Física (ISEF), en el CENUR L.N. – Sede Paysandú de la Universidad de la República (Udelar). Desde 2023 me desempeño como profesora ayudante (G1) del Departamento de Educación Física y Salud. Soy oriunda de la ciudad de Florida, localizada a 309 km de la ciudad de Paysandú (aproximadamente 4 horas y 30 minutos en ómnibus), aspecto que forma parte de mi recorrido personal y académico.

Desde la infancia, la Educación Física fue para mí un espacio de disfrute; el deporte representaba un lugar de descarga y libertad. Durante la adolescencia, mi participación en ámbitos deportivos y recreativos consolidó ese interés. La influencia de una docente fue relevante a la hora de tomar la decisión de estudiar la Licenciatura en Educación Física: confió en mis posibilidades y me alentó a formarme, al punto de llamarme cariñosa-mente “pichón de colega”.

Convencida de este camino, en 2019 comencé a entrenar para rendir la prueba de ingreso a la Tecnicatura de Guardavidas en Maldonado (2021). Sin embargo, la pandemia de 2020 y el cierre de la piscina de mi ciudad interrumpieron el proceso. Esto me llevó a desistir de esa opción y a reorganizar mi proyecto de mudanza: elegí trasladarme a la ciudad de Paysandú en la que actualmente vivo, trabajo y estudio.

En 2021, todavía en contexto de pandemia, mi primer acercamiento a la universidad fue mediante clases por Zoom, todo el primer semestre se dictó de forma virtual. El 17 de agosto de ese año me mudé definitivamente a Paysandú con una valija y una mochila para iniciar mi primera unidad curricular presencial. Desde entonces descubrí una Educación Física distinta a la que conocía, un semestre con fuerte carga teórica, numerosas lecturas —incluso en portugués— y nuevos horizontes para la disciplina.

A lo largo de la carrera busqué transitar la mayor cantidad de experiencias posibles, tanto en unidades curriculares prácticas como teóricas, y en las oportunidades que

ofrece la universidad pública: pasantías, cursos y talleres. En 2022 me postulé, mediante carta de motivación, para participar en el “XIX Encuentro Nacional y XIV Internacional de Investigadores en Educación Física. V Encuentro Nacional de Extensión en Educación Física” (18 al 21 de octubre de 2022). Esa experiencia me acercó a los ámbitos de investigación y la extensión. Allí conocí al docente Edwin Cañón, quien posteriormente me invitó a integrar el GEDEFS.

En el tercer año de la formación (5.º semestre) cursé Educación Física Inclusiva; Educación Física y Salud II; y Educación Física y Salud Colectiva. Estas asignaturas ampliaron y profundizaron mi mi-rada crítica sobre la disciplina. En ese mismo período surgió la oportunidad de realizar una pasantía en la Sala de Internación del Hospital Departamental de Paysandú, experiencia que resultó clave para mi proceso formativo y para el desarrollo de esta tesis.

Al comenzar la pasantía conocí un nuevo espacio que, con el tiempo, se convirtió en el campo de este trabajo, sin dejar de ser un lugar de aprendizaje, desafíos y crecimiento tanto profesional como personal. También me permitió acercarme a un ámbito de acción de la Educación Física que era completamente desconocido para mí al iniciar mi formación.

Es un campo en el que deseo continuar formándome y construyendo experiencias significativas para usuarios, profesionales, estudiantes y para mí misma. Asimismo, es un ámbito que, desde una perspectiva social, me interesa seguir conociendo, acompañando y fortaleciendo, vinculándome con la lucha antimanicomial para contribuir a que la salud mental sea un derecho garantizado, de calidad, humano e integral para todas las personas.

2. MARCO TEÓRICO

El marco teórico al interior de una investigación es el capítulo del estudio que tiene como finalidad, de acuerdo a Tobar y Romano (2003) exponer los estudios previos vinculados al tema o al problema específico abordado por otros autores, cumpliendo así una función de contextualización (p. 58). Ayuda a generar solidez en el estudio en la medida que propone una guía a seguir por parte del investigador la cual delimita ideas, argumentos conceptuales, formas de analizar la información e incluso, posicionamientos lógicos con los cuales deben alinearse todas las partes que componen la investigación. Lineamientos que tal como lo menciona Barletta (2020), contribuyen a situar al futuro lector de la investigación en un tiempo, campo de estudio y base teórica desde la cual se posicionará para analizar su propio objeto de estudio (p. 13).

Para Tobar y Romano (2003), el marco teórico puede dividirse en dos partes secuenciales (Referencial – Conceptual) que, de forma complementaria, contribuyen a la exploración, delimitación y análisis de la literatura académica que se ha producido en relación al tema central que se busca investigar (Barletta, 2020). En el caso del primero (referencial), tiene como función principal “establecer límites, guías y caminos que sirvan para delinear los pasos por los cuales un asunto en específico ha transitado al interior de una o varias áreas de estudio, permitiendo marcar puntos de referencias para futuras tomas de decisiones” (p. 60). El segundo (conceptual) se encarga de establecer las lentes teórico-conceptuales desde las cuales se deberá analizar el estudio de inicio a fin, trayendo por una parte coherencia interna al mismo, y por otra, apoyo teórico para entender la futura evidencia empírica (Reidl-Martínez, 2012, p. 147)

2.1 **Marco Teórico Referencial**

Entendiendo que el marco referencial del estudio presenta al fenómeno que se desea estudiar y los avances que el mismo ha tenido al interior de un área específica del conocimiento, el mapear la literatura que lo compone se hace relevante para tener una radiografía específica de todo lo que se ha escrito en relación al tema estudiado (Salud mental en Uruguay), y la forma como este ha sido tratado por diferentes áreas del conocimiento académico.

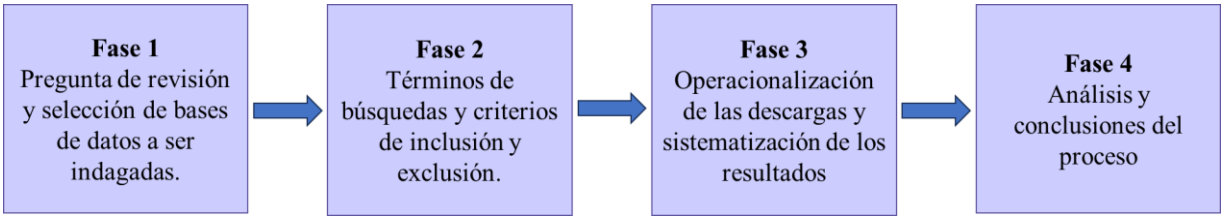
Siendo así, dentro de la multiplicidad de formas o métodos académicos que permiten aproximarnos a la literatura académica en relación a un asunto o fenómeno específico (Revisión sistemática, Revisión integrativa, Scoping Review, Revisión analítica) el realizar un estudio de revisión se hace relevante en este trabajo final de licenciatura para visualizar de forma panorámica qué, cómo y hasta dónde la temática de estudio ha sido explorada no solo en el campo de la salud en general, sino también en el campo específico de la Educación Física del país.

En este orden de ideas, el método que más se acomoda para implementar el presente marco teórico referencial de este trabajo final de licenciatura fue la implementación de un mapeo de literatura mediante un proceso de revisión sistemática (R.S). Proceso que de acuerdo a Gomes y Caminha (2014), posibilita la **(**re)construcción de redes de pensamientos y conceptos que articulan saberes de diversas fuentes en pro de aproximarnos de aquello que se desea conocer en el campo del conocimiento general (p. 396). Como mencionan los supra citados autores la revisión sistemática es un mapeo riguroso de informaciones relacionadas a asuntos específicos del conocimiento que, como tal, involucran al finalizar el mismo, un análisis e interpretación de las materialidades halladas en pro de responder a un interrogante inicial de revisión (pp.398 & 401). En este orden de ideas, el desarrollar un proceso de revisión de literatura en este estudio me permite visualizar la existencia de producciones académicas que discutan acerca del tema central a indagar (salud mental) en pro de, por un lado, generar confiabilidad en el camino a transitar a lo largo de la investigación, y por el otro, otorgarle al proceso el correspondiente rigor científico en investigaciones de características cualitativas al interior del campo específico de la Educación Física.

Siguiendo las indicaciones de Barleta (2020) un proceso de revisión sistemática en un trabajo final de licenciatura del área, debe ser estructurado en una serie de segmentos o fases secuenciales (Figura 1) que permitan no solo aclararle al lector el camino por el cual el estudio de revisión tuvo que transitar, sino también, y en forma pedagógica, que los mismos logren entender las distintas tomas de decisión consideradas por los investigadores en su propio trabajo investigativo (p. 14).

Teniendo claro lo anterior, el proceso de revisión desarrollado en este estudio investigativo fue dividido en 4 saltos secuenciales que se pueden visualizar de la siguiente forma:

Figura 1: Fases del Proceso de Revisión de literatura.



Fuente: Autora.

Fase 1: Pregunta de revisión y selección de bases de datos a ser indagadas.

El primer movimiento de un estudio de revisión obedece específicamente a la organización y establecimiento de puntos de partida los cuales permitan delinear el camino por el cual el correspondiente mapeo de literatura irá a transitar. En este sentido, Gomes y Caminha (2014) mencionan la necesidad de establecer un conjunto de interrogantes iniciales que permitan al investigador proyectar líneas de inicio claras y bien definidas, haciendo uso de un interrogante o pregunta de revisión que ayude, por una parte, a delimitar los caminos a recorrer en el proceso de revisión, y por otra, a ir construyendo la respuesta específica al interrogante propuesto. Respuestas que, como tal, contribuirán a visualizar vacíos conceptuales que servirán de guía para la construcción o propuesta de nuevo conocimiento en relación al tema que inicialmente de explora (p.1).

De esta forma, la pregunta de revisión que guio de principio a fin este mapeo de literatura se centró puntualmente en conocer al interior de la literatura académica uruguaya, ¿Cuáles han sido las distintas discusiones que se han tejido en lo referente a la reforma a la salud mental (Ley 19.529), y de qué forma es posible identificar la presencia/ausencia de la Educación Física como disciplina académica y de intervención en las mismas?

Teniendo delineado mi punto de partida dentro del proceso de revisión, la siguiente decisión a ser considerada fue la selección de las bases de datos, revistas o repositorios institucionales en donde se implementaría el correspondiente proceso indagatorio.

De acuerdo con esto, la selección de las bases y repositorios que se utilizaron fueron meticulosamente seleccionadas, ya que, así como mencionan (Gomes & Caminha, 2014) “a opção pelas que possuem baixa probabilidade de dispor do conteúdo abordado poderá comprometer o processo de garimpar informações” (p. 404). De esta forma, las bases de datos, revistas científicas o repositorios institucionales que fueron considerados en este mapeo general de

literatura se centraron en plataformas como Google Académico; BIUR; Colibrí; Silo; Lilacs; Portal Timbo; PubMed; Revista IUACJ; Revista Scielo y finalmente Redalyc.

Considerado como plataforma de búsqueda internacional, **Google Académico**[1] fue tenida en cuenta en razón de ser un espacio de acceso virtual de código abierto, donde se resguardan artículos, libros, tesis, informes técnicos, científicos y memorias (entre muchas otras informaciones) acerca de temas, temáticas o asuntos académicos en distintas áreas del conocimiento.

Otras de las plataformas a ser consideradas fueron, tanto el banco de información del **BIUR**[2] (Biblioteca Universidad de la Republica), así como la plataforma **Colibrí**[3] (Conocimiento Libre Repositorio Institucional); ambos pertenecientes a la Universidad de la República. En el primer caso, la misma resguarda informaciones relacionadas a materiales de estudio, libros, revistas, material didáctico y de formación en todas las áreas del conocimiento que se registran en las bibliotecas de la Udelar, incluyendo las de los Centros regionales (Cenures) localizados en el interior del país. Ya, en el segundo caso, la plataforma Colibrí, fue seleccionada en razón de registrar en su interior producciones académicas en distintos formatos realizadas por funcionarios, docentes, estudiantes o investigadores de la universidad en cada una de las áreas en las que la misma se organiza.

En lo que tiene que ver con **Silo**[4] la misma fue mapeada en razón de ser un repositorio uruguayo de acceso libre en el que se encuentran producciones científicas y tecnológicas en áreas de conocimiento diversas. Por su parte, la biblioteca virtual **Lilacs**[5] (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), fue tenida en cuenta para su exploración, ya que reúne un gran registro de artículos de revistas, revisiones sistemáticas, tesis, informes, entre otros, pues al ser de acceso libre, es posible encontrar en ella diversidad de investigaciones relacionadas al área de la salud nacionales e internacionales.

Así como la anterior, indagar el **Portal Timbó**[6] fue indispensable para este mapeo de literatura, en razón de ser este un portal que, como tal, permite el acceso (como puente de interconexión de red) a recursos científicos que reposan en repositorios públicos y privados nacionales e internacionales en diversas áreas de investigación, favoreciendo así a la creación y desarrollo de producciones científicas en áreas específicas como es el campo de la Educación Física.

---

[1] Mayor Información: https://scholar.google.com.mx/schhp?hl=es&as_sdt=0,5 Acceso en: septiembre 2025.

[2] Mayor Información: https://biur.edu.uy/F?RN=492650994 Acceso en: septiembre 2025.

[3] Mayor Información: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/ Acceso en: septiembre 2025.

[4] Mayor Información: https://silo.uy/vufind/ Acceso en: septiembre 2025.

[5] Mayor Información: https://lilacs.bvsalud.org/es/ Acceso en: septiembre 2025.

[6] Mayor Información: https://foco.timbo.org.uy/home Acceso en: septiembre 2025.

PubMed[7] por su parte, fue indagada por ser una base de datos en las cuales circula informaciones académicas relacionadas mayormente con el área de la salud, encontrando en ella documentos de características biomédicas y que permitirá su acceso en la medida de que exista una inscripción individual o institucional a la misma.

En lo que corresponde a las revistas científicas que fueron indagadas, se consultaron la **Revista Universitaria del Instituto Universitario de la Asociación Cristiana de Jóvenes**[8] (IUACJ) en razón de ser esta la única revista académica uruguaya del campo de la Educación Física del país, que concentra estudios en el área de la Educación Física, el deporte y la recreación. Tanto en la **Revista Scielo**[9], cuanto **Redalyc**[10], fueron implementadas búsquedas de literatura en razón de las mismas, tener la posibilidad de albergar informaciones relacionadas con el tema de estudio, así como asuntos específicos del campo de la Educación Física, la Salud y el deporte en Uruguay.

Fase 2: Términos de búsqueda y selección de criterios de inclusión y exclusión.

El siguiente salto en el proceso de organización secuencial del presente estudio de revisión tuvo como objetivo la selección, por una parte, de Términos de Búsqueda que, como tal, ayudaron en la recuperación de información en las bases de datos, revistas o repositorios consultados. Siendo asi, y entendiendo a lós términos de búsqueda como

> aquele conjunto de palavras escolhidas pelo pesquisador para direcionar as buscas nas respectivas plataformas ou bases de dados. [...] Os Termos de Busca não necessariamente se encontram presentes nas palavras-chave, razão pela qual nem todos os Termos de busca são Palavras Chave, assim como nem todas as Palavras-Chave podem ser contempladas como Termos de busca. (Canon-Buitrago y Fraga, 2020, p.713)

Teniendo presente lo antes mencionado, los términos de búsqueda que fueron considerados relevantes para explorar en este estudio fueron los siguientes:

[7] Mayor Información: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ Acceso en: septiembre 2025.
[8] Mayor Información: http://revista.iuacj.edu.uy/index.php/rev1 Acceso en: septiembre 2025.
[9] Mayor Información: https://scielo.org/es/ Acceso en: septiembre 2025.
[10] Mayor Información: https://www.redalyc.org/ Acceso en: septiembre 2025.

Cuadro 1: Términos de búsquedas iniciales considerados para la revisión.

Terminos de busqueda
Educación Física
Salud Mental
Ley de Salud Mental
Reforma a la Salud Mental
Segunda reforma a la Salud Mental
Desmanicomialización
Uruguay
Ley 19.529
Plan Nacional de Salud Mental

Fuente: Autora.

Es necesario dejar claro que por sí solo, el uso de términos de búsqueda individuales en el proceso de revisión no genera el mismo resultado de eficiencia en el rastreo de la información que cuando se usan términos combinados entre sí, ya que, como menciona Barletta (2020), la combinación de distintos términos de búsqueda ayudan en la recuperación eficiente de materialidades y trabajos relacionados al tema indagado (p.16), que en mi caso, hace referencia a la literatura correspondiente a la reforma de la salud mental (Ley 19.529) en Uruguay y la participación de la Educación Física en la misma.

Ante esto, Salvatierra (2020) menciona que el combinar como tal, términos de búsqueda en un mapeo de revisión de literatura, permite obtener una recuperación más puntual y específica en el proceso de búsqueda, considerando las especificidades del tema e incluso, las bases de datos en las cuales se realiza el propio proceso de revisión (p. 11-12).

Siendo así, las combinaciones de términos de búsqueda realizadas para las correspondientes indagaciones en las respectivas bases de datos, revistas o repositorios pueden ser evidenciadas en el siguiente cuadro.

Cuadro 2: Combinaciones de términos de búsqueda propuestas en este estudio de revisión

Término 1	Término 2	Término 3
Salud mental	Uruguay	
Ley de salud menatl		
Ley 19.529		
Reforma a la Salud Mental		
Segunda Reforma salud mental		
Desmanicomialización		
Plan Nacional de Salud Mental		
"Educación Física"	Ley 19.529	
	Ley 19.529	"Uruguay"
	Desmanicomialización	
	Reforma Salud Mental	

Fuente: Autora.

Paso siguiente dentro de este mismo salto, fue necesario el establecimiento de criterios de inclusión/exclusión, entendiendo estos como pautas o lineamientos que posibilitan determinar la validez y objetividad de los documentos explorados en relación al tema central de la investigación, que tal como lo manifiestan Gomes y Caminha (2014), estos se proponen con el fin de racionalizar, organizar y sistematizar la selección del material a ser obtenido en cada una de las búsquedas. Siendo así, los criterios considerados en este estudio fueron establecidos:

A. Se tuvieron en cuenta únicamente materialidades en idioma español.

B. Las materialidades fueron seleccionadas en virtud de su disponibilidad, acceso, descarga gratuita y aporte a la temática estudiada.

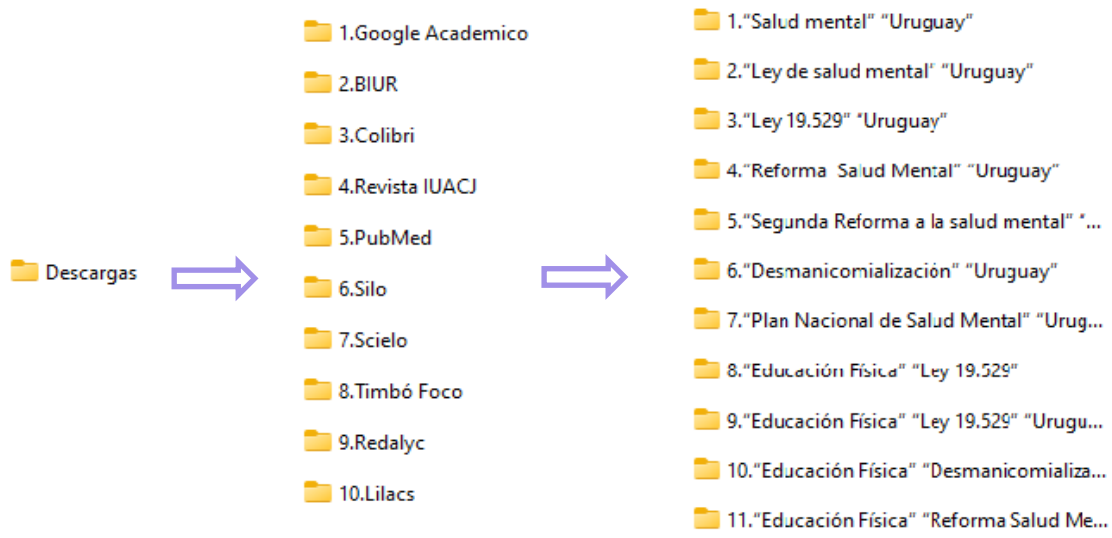
C. Fueron considerados los primeros 50 resultados arrojados en cada una de las búsquedas realizadas por los diferentes términos de búsqueda combinados entre sí, en las correspondientes bases de datos, revistas o repositorios explorados.

D. Debian tener relación directa con la temática investigada.

Fase 3: Operacionalización de las descargas y sistematización de la información.

Para iniciar con el proceso de descarga de la información, percibí que de la organización de la misma dependería, en parte, poder tener un control específico acerca de los distintos materiales arrojados en el proceso de indagación. Siendo así, y siguiendo los pasos de López y Machado (2020) en los cuales mencionan relevante la creación de un proceso logístico digital para resguardar la información descargada en pro de organizar las materialidades arrojadas en el proceso de búsqueda (p. 17) (Figura 2), repliqué su proceso logístico creando en mi ordenador un conjunto de 10 Carpetas digitales correspondientes a cada una de las bases, revistas o repositorios indagadas. En su interior, creé 11 subcarpetas las cuales cada una, hacen referencia a los distintos términos de búsqueda combinados entre sí, que fueron utilizados para la exploración de la información. Esta organización puede ser vista en la siguiente imagen:

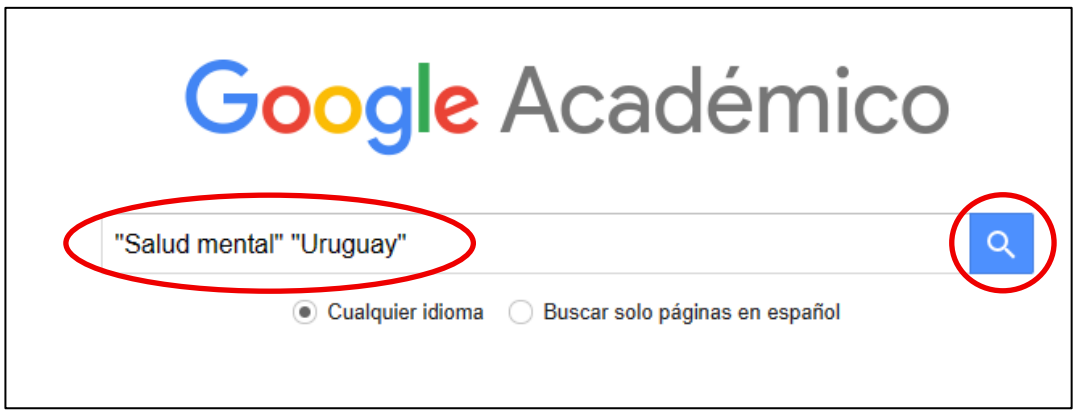
Figura 2: Organización logística digital para la descarga de la información



Fuente: Autora.

El proceso de exploración y de descarga de la información se realizó entre los meses de enero y marzo de 2023. El mismo, consistió en ingresar a cada una de las bases de datos, repositorios o revista y digitar – en la correspondiente caja de búsqueda – las respectivas combinaciones "entre comillas", para posteriormente dar "*click*" en el botón "buscar" (Figura 3).

Figura 3: Procedimiento de búsqueda de información en revistas, bases de datos y repositorios.



Fuente: Autora.

Una vez efectuado lo arriba descrito, el sistema como tal desplegaba multiplicidad de materialidades, las cuales iban a ser descargadas y registradas de la siguiente manera; la descarga la iniciaba abriendo cada documento, para posteriormente ser guardados en la carpeta correspondiente (base de dato y combinación de términos). Teniendo en cuenta los criterios de búsqueda por mi establecidos, no siempre fue posible acceder/descargar los primeros 50 resultados obtenidos en cada combinación de términos de búsqueda, lo que me llevó a elaborar una tabla de control cuantitativo de información en el programa informático de Microsoft Excel® que me permitió controlar cuidadosamente la información obtenida durante todo el proceso de indagación. En este orden de ideas, en la mencionada tabla fue posible registrar desde la totalidad de los archivos arrojados al dar click en el botón “buscar” (luego de escribir las combinaciones de términos de búsqueda), hasta la información final resultante de cada una de las indagaciones realizadas (Apéndice A).

Como resultado de todo el proceso, obtuve un total de **1.575** materialidades descargadas. Debido a que me di cuenta que el resultado obtenido de las descargas era muy elevado para poder pensar en dar alguna respuesta a mi pregunta de revisión, realicé en una nueva tabla en el programa de Microsoft Excel® con la finalidad de sistematizar con sus correspondientes metadatos[11] (título; autor(es); tipo de documento; base de datos; combinación de términos de búsqueda) cada una de las materialidades descargadas. Siendo así, una vez sistematizadas las 1.575 materialidades en la mencionada tabla, percibí muchos de los documentos hallados aparecían repetidos, lo que me hizo entender que era posible haber descargado un mismo documento múltiples veces de acuerdo a las distintas búsquedas accionadas.

[11] “Entendemos como metadatos al conjunto de informaciones con las cuales se identifican las características específicas de una producción de literatura; entre estas podemos encontrar el título, autor(es), año de publicación, idioma y tipo de documento (artículo, tesis de licenciatura, monografía etc.)” (Salvatierra, 2020, p.19)

En este orden de ideas, y para eliminar la información que varias veces se repetía, decidí ordenar alfabéticamente todos los datos sistematizados en función del título, lo que me permitió (después de la acción), visualizar de forma fácil la cantidad de archivos repetidos con el mismo título. Hecho que llevó a considerar dejar en la propia tabla de sistematización solamente una versión del archivo para posteriormente ser analizada de manera más cuidadosa y organizada posible. El restante de los archivos repetidos, se eliminaron completamente dando como resultado una disminución de materialidades a **785** documentos académicos.

Luego de visualizar esta cantidad de resultado, considere que los mismos seguían siendo demasiado altos para llegar a conclusiones específicas del proceso, hecho que me llevó a desarrollar un filtro en la correspondiente tabla a partir de la metodología del "semáforo" la cual consistió en, después de la lectura de los títulos, marcar en rojo cada una de las materialidades que no tenían relación directa con la temática estudiada. Ya, en amarillo fueron señaladas todas aquellas materialidades que, de acuerdo a su título, generaban duda en la posibilidad del aporte afirmativo o negativo hacia la temática central estudiada, lo que ameritaba analizar parcialmente cada uno de los textos para saber el grado de aporte al propio estudio de revisión. Finalmente, en verde, fueron indicados todos aquellos documentos que directamente aportan a nuestro marco referencial y más específicamente a responder nuestra pregunta de revisión.

Siendo así, entre archivos señalizados en color verde y amarillo, los resultados descendieron a un total de 64 materialidades. Resultados que, desde mi perspectiva, si bien son resultados cuantitativamente más fáciles de analizar, aún complica en parte, poder responder la pregunta inicial de revisión.

Posteriormente, decidí incluir en la correspondiente tabla, una nueva columna en la cual se registrarían los objetivos de cada uno de los documentos académicos rastreados en pro de realizar seguidamente una lectura parcial, más cuidadosa y atenta de todas las **64** materialidades. Lectura que me llevó a descartar multiplicidad de archivos que no contribuían con el estudio realizado, disminuyendo de forma considerable la totalidad a 20 materialidades que me ayudarían a dar respuesta a mi pregunta de revisión.

La lectura de los documentos resultantes permitió desarrollar un breve análisis de las mencionadas materialidades que me llevó a la creación de tres agrupamientos temáticos temporales en razón de entender la pregunta de revisión centrada conocer ¿cuáles han sido las distintas discusiones que se han tejido en lo referente a la reforma a la salud mental (Ley 19.529) y de qué forma es posible identificar la presencia/ausencia de la Educación Física como diciplina académica y de intervención de la misma?

Considerando lo anterior, es posible pensar que la pregunta arriba descrita pueda ser respondida en dos partes secuenciales; la primera, direccionada hacia la producción

académica levantada en relación a la Ley de Salud Mental, y la segunda, relacionada con la presencia o ausencia de la Educación Física dentro de las referidas producciones académicas. Siendo así, analizando las materialidades empíricas se generaron tres (3) agrupamientos temporales y secuenciales como fueron:

De proyección: Concentra todos aquellos documentos (6) que tratan o ponen en discusión el deber ser de la ley y la proyección de la misma como propuesta normativa para su análisis/aprobación en el parlamento nacional.

De reglamentación: Reúne discusiones (5) acerca de las formas, caminos, encuentros o ideas configuradas en la implementación de la ley luego de su promulgación en 2017.

De implementación: Agrupa materialidades (9) que analizan y reflexionan el proceso de implementación de la nueva Ley de Salud Mental, pasados algunos años de su reglamentación (2018).

En el primer agrupamiento denominado de proyección (Apéndice B), se concentran 6 materialidades que tienen como foco principal el realizar un análisis sustancial de cada uno de los artículos propuestos que componen el proyecto de Ley de Salud Mental del Uruguay, el cual fue aprobado en el transitar del año 2016. Todos los documentos que conforman a este agrupamiento realizan sus análisis académico-conceptual centrado en la lente de derechos humanos. Dentro de este agrupamiento es posible hallar dos subcategorías específicas de abordaje temático; la primera, donde se discuten temáticas específicas relacionadas con lo normativo/legislativo, la proyección de políticas públicas que se articulen a una nueva idea de atención integral a la Salud Mental en el país, así como el proceso de transición de paradigma en pro de construir la segunda reforma a la Ley de Salud Mental (Passada, et al, 2016; S.A, 2016; De León, 2013).

En el caso de la segunda subcategoría, en esta se agrupan materialidades que discuten o reflexionan desde diferentes lentes (histórico, normativo, conceptual, práxico, comparativo) las posibilidades de acción que puede generar la aprobación del Proyecto de Ley direccionado a la reforma a la Salud Mental del País. (Gómez, 2015; Maristán, 2016; Baroni, S.A)

En el segundo agrupamiento de reglamentación (Apéndice C), se reúnen documentos académicos, en el que la centralidad es la promulgación (24/08/2017) y publicación (19/09/2017) de la nueva Ley de Salud Mental (19.529). En esta lógica, los autores Aldasoro, (2017); Romano, (2017); S.A, (2017); S.A, (2017); S.A, (2017) realizan un pasaje histórico conceptual en relación a las distintas leyes de salud mental que hicieron parte del país y centran sus fuerzas en comparar las ventajas y desventajas que conllevaría desde lo académico y la propia praxis, la puesta en marcha de la ley hoy vigente.

Por último, en el tercer agrupamiento denominado de implementación (Apéndice D) se concentran materialidades que tienen como centralidad la producción académica (9) en relación a la implementación de la Ley de Salud Mental luego de su correspondiente reglamentación (16/07/2018). En ellos se realiza un análisis comparativo entre las leyes de salud mental anteriores y la actual, así como a los cambios que enfrenta el área de salud a raíz de la implementación de la misma. Las materialidades empíricas que componen este agrupamiento comprenden temáticas relacionadas con lo histórico-conceptual, lo normativo y el abordaje de patologías o condiciones de salud a partir del proceso de implementación de la nueva Ley de Salud Mental 19.529.

En lo que tiene que ver con la segunda parte de la pregunta de revisión encaminada hacia la presencia o ausencia de la Educación Física como disciplina académica y de intervención en las materialidades halladas, fue posible encontrar solamente 2 (dos) producciones académicas (González, 2020; Ottonelli, 2013) que traen dentro de su contenido una alusión específica, así como esporádica al deporte como una práctica corporal que "ha cambiado [en pandemia] nuestra forma de trabajar, de estudiar, de divertirnos, de hacer deporte, etc. Y no sabemos si todos estos cambios, tan drásticos, perdurarán o se disiparán con el tiempo" (Moya y Willis, 2020, p.5) y también para contrarrestar, combatir, prevenir y colaborar al restablecimiento integral de las personas.

De esta forma, y considerando que mi foco en esta sección analítica se centra en explorar lo relacionado al campo específico de la Educación Física en las referidas producciones, me detendré a analizar más específicamente las materialidades arriba descritas en pro de comprender la forma en que posicionan sus autores a la Educación Física en los respectivos documentos.

Siendo así, el trabajo final de grado[12] de la Licenciatura en Psicología (Montevideo) titulado "La situación de la Salud Mental en Uruguay y la aplicabilidad de la Ley de Salud Mental nº 19.529 en el marco de la emergencia sanitaria, social y económica provocada por la pandemia del COVID-19" (González, 2020), tiene como objetivo analizar la necesidad y/u oportunidad que genera la implementación de la ley 19.529 en el marco de la emergencia sanitaria en sujetos internados en Instituciones psiquiátricas bajo el modelo de atención manicomial. Posicionada desde una perspectiva de derechos humanos, la autora desenvuelve un análisis conceptual acerca de los modelos de atención existentes dentro de la salud mental en

[12] En este caso, el referido trabajo final de grado para la Licenciatura en Psicología, es un proyecto de investigación o intervención que podría ser desarrollado en otra instancia académica como lo puede ser un posgrado. En esta lógica, si bien el trabajo discute cuestiones muy importantes para distintas áreas de estudio, esta materialidad es netamente conceptual lo que implica la no implementación de la correspondiente propuesta.

Uruguay, la evolución de la Políticas Públicas y el rol que cumplieron las organizaciones sociales en momento previo a la aprobación de la ley. Del mismo modo desarrolla una proyección investigativa visualizando el impacto que causo la pandemia en el 2020 en el área de la salud mental, y específicamente, en pacientes internados en instituciones psiquiátricas.

El abordaje de temas relacionados con la emergencia sanitaria local, nacional e internacional, la idea del funcionamiento de la salud mental en tiempos de COVID, y el impacto de la misma en las organizaciones sociales, son los puntos más fuertes a destacar de la referida producción. Como conclusiones la autora presenta que, pasado el tiempo (tres años) desde la promulgación de la lay (19.529) no se ven cambios significativo en lo que refiere a la implementación de la misma, entre ellos la curación de equipos de trabajo interdisciplinares y una participación activa intersectorial (apoyo de todos los ministerios), así como generar un fortalecimiento en la red de atención comunitaria (centros diurnos, casas de medio camino, entre otros) y de esta manera comenzar a terminar con los espacios de encierro ya que "ha quedado más claro que nunca, que cualquier práctica que incluya el encierro lejos está de ser terapéutica" (Gonzales, 2020, p. 39).

Es importante visualizar que, dentro de uno de los capítulos propuestos en el documento bajo título "La irrupción de la pandemia por el contagio del virus COVID-19, a nivel global, regional y local, y sus efectos sociopolíticos" (González 2020, p, 21 - 24), la autora coloca de manera esporádica la atención en el "deporte" como una de las múltiples prácticas que fueron afectadas por la emergencia sanitaria en el país.

Emergencia que evitó colectivamente la práctica de actividades de este tipo (en cualquiera de sus niveles) alterando de forma significativa en los sujetos su salud que se vio reflejado en el estrés, el aumento de la ansiedad, la frustración hacia la vida; elementos que de acuerdo a González (2020), apoyado en Moya y Willis (2020), establecen una incertidumbre en lo que será la vida de los sujetos, pues este momento

> se caracteriza por una enorme incertidumbre, ya no se sabe que esperar del futuro laboral, relacional, o familiar, "ha cambiado nuestra forma de trabajar, de estudiar, de divertirnos, de hacer deporte, etc. Y no sabemos si todos estos cambios, tan drásticos, perdurarán o se disiparán con el tiempo" (p.5). Por estos y otros motivos, afirman que la salud psicológica de gran parte de la humanidad se está viendo seriamente afectada, y probablemente dichos efectos sean duraderos. (González, 2020, p. 22).

Como fue mencionado anteriormente obtuve como resultado solamente dos materialidades en las que se encontraba presente la Educación Física, es por esto que en el libro de Nelson de León (encargado de realizar la recopilación de datos) se encuentra el capítulo llamado "El proceso de los equipos de salud de la familia (APS): análisis de complejidades desde la perspectiva "clinitaria" el cual pertenece a la autoría de Agustín Barúa Caffarena.

El mismo desarrolla un pasaje histórico conceptual de cómo ha cambiado la salud mental en el país, comenzando desde los encierros y aislamientos como algo habitual hasta llegar a hoy en día que con ayuda de profesionales del tema e incluso tratados internacionales esas prácticas han cambiado, en relación a esto es que también genera un análisis comparativo de las leyes y/o acuerdos que se han implementado en Uruguay.
Al finalizar realiza una reflexión final la cual se basa en sus conocimientos y formación académica, en la misma plantea que la salud mental si necesita los aportes médicos, no obstante, otras áreas contribuyen a que las personas consigan un restablecimiento integral, es aquí donde menciona al deporte como una de estas áreas beneficiosas para este proceso.
Como conclusión, el autor realiza una reflexión final en la cual plantea que la salud mental necesariamente requiere de los aportes médicos; no obstante, otras áreas del conocimiento también contribuyen a que las personas consigan un restablecimiento integral de su salud, pues es aquí donde áreas como la asistencia social, expresiones artísticas, recreación, la educación, manualidades y el deporte entre otras, benefician el proceso de atención y cuidado a la salud de los sujetos.

Apuntes conclusivos del proceso de revisión

El proceso de revisión sistemática desarrollado en este apartado, fue un intento académico de poder comprender desde el campo específico de la Educación Física las distintas maneras en las cuales esta disciplina académica ha tratado a la salud mental en su proceso de fortalecimiento académico y práxico en el Uruguay. En este sentido, la proyección, implementación y sistematización de un proceso de revisión de literatura como parte del Marco teórico de este trabajo final de licenciatura, fue considerado necesario en virtud de conocer qué materialidades académicas existían que abordaran el tema central de este estudio que es, por una parte la Segunda Reforma a la Salud Mental del Uruguay (Ley 19.529), y por otra, el aporte de la Educación Física a la salud Mental y en especial, a la referida reforma implementada desde 2018.
El proceso de revisión de literatura se puso en obra tomando como referencia el método de Revisión Sistemática el cual, desde una perspectiva procesual y descriptiva, permite rastrear informaciones en relación a temas específicos al interior de un área determinada. En esta vía, el referido proceso fue dividido en 4 pasos secuenciales que, de forma organizada, brindarían no solo entendimiento a los futuros lectores del mismo en pro de generar una idea de replicabilidad de este apartado con otras temáticas del área, sino también, rigor científico a

este al estudio como un todo, pues es necesario que exista coherencia interna entre las distintas partes que lo componen para generar validación científica, y más cuando se trata de estudios de índole cualitativo.

La propuesta de una pregunta inicial de revisión fue el camino que orientó de inicio a fin el mapeo de literatura por mi realizado, y que se centró específicamente en conocer ¿cuáles han sido las distintas discusiones que se han tejido en lo referente a la reforma a la salud mental (Ley 19.529) y de qué forma es posible identificar la presencia/ausencia de la Educación Física como diciplina académica y de intervención en la literatura hallada?

Para alcanzar lo propuesto, la proyección de un conjunto de términos de búsqueda, así como bases de datos en las cuales implementaría el proceso de revisión fue indispensable, pues de su correcta selección/configuración dependía que el mapeo desarrollado diera respuesta a la pregunta de revisión.

El mapeo se implementó entre los meses de enero y marzo de 2023 y se estructuró a partir de la propuesta de un conjunto de criterios de inclusión/exclusión que ayudarían a configurar la respuesta al cuestionamiento inicial del estudio. El proceso de exploración de la información en las bases de datos revisadas dio como resultado un total de **1.575** archivos académicos descargados.

La descarga inicial fue disminuyendo en la medida en que se aplicaron los distintos criterios de inclusión/exclusión llevando a que el número final de archivos se redujera a **20** materialidades las cuales, posteriormente fueron organizadas en tres **(3)** agrupamientos temáticos temporales que concentraron las producciones académicas resultantes así:

A. **De proyección:** Agrupamiento donde se concentran seis (6) materialidades que tratan o ponen en discusión el deber ser de la ley y la proyección de la misma como propuesta normativa para su análisis/aprobación en el parlamento nacional.
B. **De reglamentación:** Agrupamiento que reúne en su interior cinco (5) producciones académicas que discuten acerca de las formas, caminos, encuentros o ideas configuradas en la implementación de la ley luego de su promulgación en 2017.
C. **De implementación:** Concentra las nueve (9) materialidades que analizan y reflexionan el proceso de implementación de la nueva Ley de Salud Mental, pasados algunos años de su reglamentación (2018).

De todo el conjunto de materialidades halladas solo fue posible encontrar dos trabajos académicos Otonelli (2013) y Gonzales (2020) que mencionan de forma circunstancial y por una única vez la palabra “Deporte” haciendo referencia en el primer caso, a la importancia que tiene la contribución de otras áreas (no medicas especializadas) para conseguir un proceso integral para el restablecimiento de las personas, de mientras que en el segundo la

autora hace mención de manera esporádica, trayéndola como a una de las múltiples prácticas que fueron afectadas por la emergencia sanitaria en el país.

Como conclusiones del mapeo de literatura haciendo uso del método de revisión Sistemática, y teniendo en cuenta la pregunta de revisión propuesta direccionada a es posible realizar las siguientes afirmaciones:

- De manera general, la baja producción de literatura relacionada con la segunda reforma a la salud mental por la cual atravesó el país en 2018, ha sido muy reciente y es una oportunidad para pensar o proyectar acciones de investigación desde diferentes áreas de formación.
- Las producciones académicas encontradas fueron escritas entre los años 2013 y 2021, lo que tiene una relación directa con las categorías analíticas propuestas para el análisis.
- Los trabajos académicos hallados están directamente con áreas relacionadas con la Psicología y Psiquiatría (12), el Trabajo Social (6) y finalmente, desde la visión Médica (2). Por otra parte, los mismos hacen referencia a trabajos finales de licenciatura (11) a artículos publicados en revistas (8), libros (1).
- Es posible contrastar que las producciones académicas halladas se publicaron de acuerdo a los agrupamientos temáticos temporales propuestos en la estructura analítica de este proceso de revisión.
- En lo que tiene que ver con el campo específico de la Educación Física, se comprobó que, hasta el momento, no fue posible hallar un trabajo académico que tratara los aportes del área a la correspondiente reforma a la salud mental Ley 19.529. Por otra parte, solamente dos de los documentos que arrojó el proceso de revisión (documentos que no son del área), mencionan de forma esporádica al deporte tanto como una práctica de hábitos de vida modificados en la época de pandemia, cuanto, desde practica que contribuye a la salud mental de los sujetos desde lentes teóricas ampliadas. Sin embargo, esto no quiere decir que la discusión en la que se menciona al deporte se centre en los aportes del mismo a la ley 19.529; al contrario, al mencionar la referida práctica de manera esporádica, la misma configura su entendimiento, por una parte, como práctica que contribuye evitar la generación de procesos depresivos, estrés y la no socialización que el actual mundo capitalista ha generado en los sujetos, y por otra, como práctica poco que dejó de ser realizada debido al fenómeno de emergencia sanitaria COVID-19 por la cual atravesó el mundo entre 2020 y 2021.
- Finalmente, pude deducir que, de acuerdo a los resultados arrojados por este proceso de revisión de literatura en este marco teórico referencial, este trabajo final de

licenciatura se convierte en un estudio de característica original y al mismo tiempo inédito para el campo específico de la Educación Física en el país, pues al ser una reforma normativa tan reciente, se abren nuevos caminos para pensar los aportes del área a la temática de la salud mental en los distintos niveles de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud. En este sentido, este estudio de revisión, así como este trabajo investigativo se convierten en un estudio con características germinales (Reyes, 2018) para que se puedan proyectar nuevas experiencias, acciones y actividades investigativas en pro de materializar los aportes del profesional del área en la salud mental de nuestro país.

2.2 **Marco Teórico Conceptual**

En el siguiente espacio se pretende trabajar el marco teórico conceptual, donde centra sus esfuerzos en definir y trabajar teorías, conceptos y/o saberes de forma tal que sean foco de análisis, ya sean, relaciones o discrepancias. Para llevar a cabo lo antes mencionado es necesario establecer diálogos (conceptuales, teóricos y metodológicos) que logren conectar de forma puntual el objeto de estudio propuesto, así como las diversas lecturas que se le da a dicho objeto en una realidad determinada (Salvatierra, 2020). Por consiguiente, entiendo necesario, desarrollar y organizar, de forma tal, que sigan un hilo conductor tres elementos teóricos. Partiendo de una conceptualización histórica de la Salud Mental (SM) en Uruguay; seguidamente generar discusiones y análisis sobre posibilidad que tiene la Educación Física dentro de la Salud Mental; posteriormente dar paso a la discusión teórica de las Practicas Corporales como posible (o no) herramienta para la Educación Física dentro de un espacio con sujetos que están viviendo una determinada enfermedad de Salud Mental.

2.2.1. Salud Mental en Uruguay: Una breve historia

Este capítulo tiene como centralidad establecer una breve descripción histórica en lo relacionado a las formas en las cuales la locura ha sido entendida en el Uruguay considerando algunos elementos constitutivos de características moralistas, comportamentales, además de sociales, que construyen la idea de un sujeto idealizado dentro de un panorama lógico de

“normalidad”. En este sentido, se resalta la relevancia que la perspectivas religiosas y biomédicas (en sus respectivas épocas) implementan para configurar las formas de vida de los sujetos en pro de la manutención de esa normalidad, fijando institucionalmente límites, exclusiones, así como formas de tratamiento (terapias), que contrarrestan otras formas de ver y comprender la realidad.

Como tal, esta sección no pretende ser un profundo estudio histórico de lo que fue considerado por locura a lo largo del tiempo, y si, un ejercicio académico inicial (como estudiante avanzada) para intentar entender los caminos por los cuales transito la sociedad para asignar rótulos, sentidos o significados a la vida de los sujetos, sus comportamientos y subjetividades. Por cuestiones de espacio textual, se encuadra temporalmente esta pequeña descripción teniendo como punto de partida el año de 1788 hasta la actualidad, temporalidades donde presento hechos, descripciones o informaciones muy generales que le permiten al futuro lector de este estudio, comprender rápidamente los caminos que llevaron a la institucionalización de un sujeto “normal” (re)productor de padrones direccionados hacia el cuerpo, su entendimiento médico y su comportamiento dentro de la sociedad.

Dando inicio al desarrollo histórico, es oportuno que nos remontemos a fines del siglo XVIII cuando en la ciudad de Montevideo – Uruguay, un 17 de junio de 1788 se fundaba el Hospital de Caridad (Figura 4). Quienes estaban a cargo del correcto funcionamiento de la institución, eran las “Hermanas de caridad”; congregación que buscaba la implementación del cuidado y refugio de los enfermos, pues tal es así, que tenían la obligación de aceptar “a todos los enfermos pobres y atenderlos en lo espiritual y temporal” (Barran, 1994, p. 49). En esta línea, la fundación del Hospital de Caridad fue relevante a la hora de pensar el cuidado y la (re)educación de los enfermos y sus cuerpos en miras de aliviar los males que las enfermedades de la época generaban en los sujetos de recursos limitados.

Si bien la presencia de los médicos dentro de la institución era constante y de un bajo número, este grupo tenía como deber el estar encargado de prescribir los tratamientos y realizar visitas dos veces al día a los enfermos. Los médicos en esta época ocupaban el lugar de un empleado más en las salas de hospital siendo subordinados directos de las decisiones que las propias hermanas de caridad y más específicamente, la madre superiora, consideraran necesarias (Barran, 1994) a la hora de pensar (desde la religión católica), acciones de atención y cuidado hacia los internos que por el hospital transitaban.

> Los dolientes” eran recibidos, “sin más requisitos que presentarse al mayordomo, que al momento les hace poner una buena cama”. Luego de la admisión decidida por un funcionario administrativo, el medico prescribía el tratamiento y los visitaba dos veces al día “con el segundo cirujano y dos practicantes (…) (Barran, 1994., p. 50)

A finales del siglo XVIII e inicios del XIX, Uruguay pasaba por un periodo de masivas migraciones, tanto, internas como internacionales, generando de esta forma aumentos en la población; por ende, la construcción de nuevas formas de orden y comportamientos (Pellegrino, 2003). En este sentido, la instalación de la locura se estructuro en la sociedad a partir de la idea de que “todas aquellas personas que no tenían medios propios de subsistencia, mendigos, vagabundos, locos, pobres, enfermos, en otras palabras, aquellos seres improductivos” (Maristan, 2016., p. 14) eran comprendidas como sujetos a ser encerrados y/o aislados.
Por lo contrario, la locura y los locos, cuando no eran encerrados, eran olvidados en las calles de la ciudad haciendo de ellos un constante objeto de burla, desprecio y maltratos debido a que se entendían como anormales[13] o diferentes a las acciones esperada.

Figura 4: Hospital de la Caridad 1788.



El Hospital de Caridad a mediados del siglo XIX (esquina Guaraní y 25 de Mayo).

El hospital de Caridad nació en 1788 como un albergue para indigentes, marinos que quedaban de los barcos que llegaban a puerto, mujeres sin hogar, dementes, náufragos, esclavos, niños abandonados e indigentes en general. En 1911, el Hospital de Caridad pasa a denominarse Hospital Maciel, en homenaje al llamado "padre de los pobres" Francisco Antonio Maciel, quien financió con su fortuna parte de las obras.

Fuente: Prof. Dr. Jorge Lockhart.

[13] Termino que utiliza Foucault, para referirse a sujetos que no cumplen con parámetros sociales establecidos, incluso a un grupo de los anormales los entiende como el “individuo a corregir”, el cual dentro de un entender social eran “las personas que hay que corregir se presenta en ese carácter en la modalidad en que fracasaron todas las técnicas, todos los procedimientos, todas las intervenciones conocidas y familiares de domesticación mediante las cuales se pueden intentar corregir” (Foucault, 2000), siendo los Hospitales o espacios de encierros el lugar de corrección a quienes eran considerados “locos”.

Por otro lado, las familias de mayores posibilidades sociales, eran quienes escondían a aquellos denominados de locos, y en algunos casos -si era mujer- solían ser llevadas a conventos en el que, así como el hospital, las congregaciones religiosas eran las encargadas de la administración del sujeto, el cuidado y el alivio de los dolores o necesidades de las personas en malas condiciones. Según Barran, (1994) "[…] en las clases medias y altas, sobre todo, el loco de la familia era "escondido en el rincón más apartado de las casas, privado de toda libertad" o llevado, si era mujer, a algún convento […]" (p. 53).

Con respecto a los enfermos que eran refugiados en el Hospital de Caridad, estos eran entendidos como sujetos a ser corregidos, pues una vez que ingresaban a la mencionada institución, debían "someterse específicamente "*a las prescripciones religiosas, higiénicas y de policía*", triple orden de acatamiento a las autoridades de la iglesia, el cura y el estado, y debían "ser obedientes y sumisos a los mandatos de las hermanas y sus subordinados" (Barran, 1994, p. 53) con el fin de alargar su estadía en el local. Reglas que consistían en la organización e higiene de su ropa, el tratamiento al cuerpo, el uso de un uniforme durante su tiempo en las correspondientes instalaciones y la posibilidad de administrar de forma individual su tiempo, pues, de acuerdo con Barran, (1994), "los enfermos podrían salir con el consentimiento de la madre superiora – y no del médico, véase – no más de dos horas y si pasasen la noche fuera, serian, "*despedidos*"" (p. 52).

Aun en el siglo XIX, pero más concretamente en el 1860, emerge un fenómeno denominado como de "el gran encierro" que surge a partir de la inauguración del primer Asilo de dementes en Uruguay, en pro brindar una mayor capacidad de atención a los enfermos. La "Junta Económico-Administrativa [fueron quienes solicitaron] al gobierno nacional un edificio que permitiera ampliar la capacidad locativa del Hospital de Caridad y al cual serían enviados los enfermos psiquiátricos" (Duffau, 2020, pp. 243 y 244), autorizándose finalmente el 17 de junio de 1860 la creación del Asilo de Dementes.

Al igual que sucedía en el Hospital de caridad, la nueva institución (Asilo de Dementes) era dirigida y supervisada por la orden religiosa. En sus inicios el flujo de pacientes que transitaban por el asilo eran aproximadamente 30 (entre hombres y mujeres), los cuales eran diagnosticados y tratados por el médico Joaquín Nogueira[14]. Con el transcurso de los años, el aumento de internados en el asilo fue incrementando por la demanda de ingresos de pacientes, provocando una situación de hacinamiento, descuidos y precariedad, siendo imprescindible tener que ocupar espacios del terreno que no estaban en buen estado (Duffau, 2020). Es debido a esta situación que en 1876 se presentaron planos para la construcción de un

[14] Joaquín Nogueira era un médico psiquiatra, encargado del diagnóstico y tratamientos (terapias) de los enfermos que habitaban en el Asilo de Dementes (Duffau, 2020, p. 244)

edificio mayor el cual se convertiría en el primer hospital psiquiátrico de Uruguay, llevando el nombre de “Manicomio Nacional” que años después (1880) paso a llevar el nombre “Hospital Vilardebo” (Duffau, 2020).

A fines del siglo XIX y principios del XX, comenzaba a surgir en Uruguay – con influencia europea – el periodo de modernización la cual comenzaba a entender a los sujetos como objeto de producción y utilidad – la clase obrera – contribuyendo a la maximización de ganancia de la burguesía; periodo que dio comienzo al modelo económico que hasta en la actualidad se encuentra vigente bajo la lógica capitalista.

Este proceso que se generaban en el país, llevaba a que se gestaran cambios en las formas y comportamientos de las personas, dándole énfasis a la funcionalidad del sujeto con el fin de ser productivo en el desempeño de algún oficio desde el cual se pudiera sustentar.

Según Barran (1994) en el Uruguay del novecientos, se le comienza a dar valor y sentido a la salud y su permanencia en el tiempo, motivo que llevaba a que se le atribuyera al sujeto la necesidad de mantener en el tiempo la salud; hecho que contribuyó a la emergencia de la medicalización de la sociedad, generando cambios en las conductas morales de la población (esperadas y aceptadas), siendo en su mayoría direccionadas por el médico (p. 11). Situación que años atrás era impensable por la masividad de enfermedades que se propagaban a nivel mundial.

Este cambio se fue generando por consecuencia de una variación social en cuanto a aquel que se le daba la posibilidad de tener el saber y la verdad sobre los cuerpos y sus cuidados, generando cambios en la relación a las instituciones existentes. “Ahora las Hermanas de Caridad eran un agente subordinado y el médico el agente principal” (Acosta, 2000, p. 8), llevando a que el poder de los médicos estuviera centralizado en “violar los cuerpos, escuchar la intimidad de las almas y, en los hechos, dirigir, como antaño la cura, las conciencias” (Barran, 1994, p. 14).

Desde el entender de Barran, y tal como lo menciona Aldasoro De Paula (2017), las enfermedades mentales en ese entonces traían consigo una connotación social negativa, ya que, desde el entender popular, eran “locos” aquellas personas maniacas, melancólicas, excitadas, así mismo como los pobres quienes eran llamados de los “locos pobres”. Definición propuesta debido a que, según la clase dominante, no eran personas productivas para la sociedad y que al seguir enfermas, “eran improductivas, inútiles para una organización social [capitalista] como ésta” (Basaglia,2008, p.59). Es a partir de ese entender social que se (re)producía la idea de que “lo que no es funcional y que por ende se traduce en una carga social [se encierra y esconde].” (Aldasoro De Paula, 2017, p.19).

Dentro de ese encierro que fue mencionado anteriormente, se aplicaban terapias correctivas las cuales transcurrían en tres momentos claves centrados en un accionar violento y

autoritario. En el primer caso, al llegar a los espacios de encierro eran rapados en miras a generar una higiene individual/colectiva, entendiendo que las personas “locas” no solían ser limpias y su aspecto era totalmente descuidado. Ya en el segundo, se implementaba una imposición física que obligaba a los internos a estar acostados por periodos largos de tiempo (incluso meses) acompañados de sedaciones medicamentosas. Por último, se impuso el uso frecuente del chaleco de fuerza cuando los pacientes eran considerados como sujetos que frecuentemente vivenciaban altos estados de excitación (Barran, 1995).

Es en 1936 cuando se publica la ley N° 9.581, denominada “Ley del psicópata”, la cual tenía como objetivo la “asistencia de los enfermos psíquicos las familias o los encargados de los mismos y cuando no puedan atender las exigencias del tratamiento, solicitarán los servicios del Ministerio de Salud Pública” (Ley 9.581, articulo 2, 1936).

La mencionada ley reafirma con su nombre el entender social que había ante los sujetos (enfermo psíquico) y la forma en la que se abordaba todo lo que refiere al entorno de la locura y los “locos”. La aprobación e implementación de esta ley sigue estigmatizando y colocando al “loco” como un peligro social, dejando desamparados, al mismo tiempo que apartados de la sociedad a los sujetos que eran diagnosticados como poseedores de patologías mentales, (Aldasoro De Paula, 2017).

Lo antes mencionado se evidencia tanto en el nombre de la propia ley “psicópata”, como en el desarrollo descriptivo de sus distintos artículos en los que se hace referencia a los sujetos como “enfermos psíquicos”, “enfermos mentales” y tal como el nombre de la ley lo indica “psicópatas”.

Sujetos que legalmente podrían ser internados en establecimientos psiquiátricos concebidos como

> todo sanatorio o casa de salud sostenido por particulares o sociedades (laica o religiosa) donde se asista a más de un psicópata. Deberá estar a cargo de un director que será médico, con autorización oficial para el ejercicio de la profesión. (Ley 9.581, articulo 4, 1936).

En lo que refiere a la organización y el cuidado de los pacientes en los espacios psiquiátricos estos dependían del tipo de ingreso (voluntario, indicación médica, informe judicial – art. 9) que, según lo arriba descrito, estaba bajo responsabilidad de un médico oficial el cual prescribiría diversidad de tratamientos que incluían la clasificación o separación según el “sexo, edades, géneros y grados de afecciones de los enfermos que allí se asistan” (Ley 9.581, articulo 7, 1936).

En lo que respecta a los métodos y formas que se utilizaban al momento de llevar a cabo el tratamiento en los pacientes, de acuerdo a la ley no existía prohibición alguna, dejando el uso libre de mecanismos de intervención como fueran el medicamentoso, el quirúrgico e incluso

la violencia física. En relación a lo mencionado, en 1939 – tres años después de la aprobación de la ley – llego a Uruguay la denominada terapia electroconvulsiva (TEC)[15] la cual tenía como finalidad el "corregir los síntomas, no actuando sobre la etiología de la enfermedad psiquiátrica." (Aldasoro De Paula, 2017, p. 23). Acción que llevaba a que, en muchas situaciones, esta terapia fuera implementada sin tener en cuenta la propia patología e incluso en situaciones sin un previo consentimiento de los pacientes a los que se les proyectaba realizar.

Como tal, el periodo denominado de "el gran encierro" entra en decadencia al finalizar el estado dictatorial en el país (1985), lo que llevó a que emergiera un nuevo ciclo en torno al entendimiento de la locura (el olvido del loco) que, aunque se mantuviera vigente la ley del "psicópata" hasta 2017, generó nuevos procesos políticos para pensar más adelante una reforma profunda, sustantiva y humanizada.

Dos años después del comienzo del nuevo periodo – "el olvido del loco"- (1986) se comienza a desarrollar el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), el cual tiene como objetivo desarrollar una "perspectiva integral en la cual se contemplen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a individuos, grupos y medio ambiente, enfatizándose las acciones de promoción y prevención" (PNSM,1986, p.10).

En concordancia con lo transitado en la mencionada época, uno de los primeros acontecimientos fue prestar atención a las problemáticas de encierro, discriminación y diversas formas que existían de vulnerar a una población (personas con patologías de salud mental).

El desarrollo del PNSM y los objetivos que esta tenía eran planteados, abordados y llevados a cabo por varios agentes sociales que se relacionaban a la temática de la locura. Es a raíz de esto que un eje principal dentro de la planificación realizada era la validación y puesta en práctica de los derechos humanos (Aldasoro De Paula, 2017). Con la creación y la puesta en práctica del PNSM, uno de los logros más significativos a los cuales se llegó, fue la creación del centro diurno en el año 1991 y con esto, el primer proyecto comunitario que se desarrollaba en el Hospital Vilardebó denominado de "Radio Vilardevoz", teniendo la característica especial de que su funcionamiento era centralizado en la autogestión de los propios usuarios del hospital. La radio permitió como tal un primer intercambio de los usuarios del hospital con la comunidad en general Bacino, (2022).

Es en el año 2007 cuando se aprueba la Ley N° 18.211y se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). La implementación de esta nueva ley contribuyo a la descentralización de la atención de salud, lo que permitió la asistencia universal – en diferentes niveles de

[15] la terapia electroconvulsiva "consiste en la inducción de crisis de gran mal, crisis convulsivas controladas, usualmente a intervalo de días (2-3 veces por semana) para conseguir un cambio en el estado mental alterado de ciertos pacientes». Un curso completo de tratamiento consiste en 6-12 sesiones" (Ríos y Vicente, 2001)

complejidad – bajo la idea de la interdisciplinaridad e intersectorialidad. En el área de la Salud Mental esta implementación de la ley contribuyo a la prevención, detención, promoción y disminución de las hospitalizaciones prolongadas en el tiempo de los individuos (Bacino, 2022).
Avanzando hacia el año 2017, se promulga e implementa la Ley N° 19.529 (“Ley de Salud Mental”) – ley actualmente vigente- y que precede a la Ley N° 9.581 (“Ley del psicópata”).
La Ley N° 19.529 (“Ley de Salud Mental”) tiene como objetivo

> garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. (Ley N° 19.529).

En contraposición a la ley anterior (9.581), la normatividad vigente entiende a los sujetos como sujetos de derechos, integrales y merecedores de condiciones dignas de asistencias e internaciones. Esto se observa desde el primer momento en la terminología que se le asigna y que hace referencia a personas con trastornos mentales. Esta ley plantea un abordaje de la Salud Mental en el que prime la escucha y se tenga en cuenta la lente de otros profesionales de la salud y no solo el entendimiento medico (Aldasoro De Paula, 2017).
Uno de sus focos centrales es el cierre de los espacios asilares y monovalentes -teniendo como límite el año 2025; momento en el cual se espera que estén todos los espacios cerrados- buscando sustituir estas estructuras por lugares y dispositivos alternativos que no reproduzcan la lógica de encierro y exclusión (artículo 37). Esta ley tiene una perspectiva de salud mental que se orienta a las necesidades de la comunidad en razón de que, al estar en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, la atención que se brinda se debe desarrollar en forma de redes que contribuyan a resolver las necesidades de salud de los sujetos, sus comunidades y territorios.

2.2.2. El campo de la Educación Física Uruguaya y su proyección a las Políticas Públicas de Salud Nacional: Una experiencia disciplinar que paso a paso se construye.

Este apartado esta centralizado en la descripción de algunos de los procesos que el campo específico de la Educación Física ha transitado en el país, en lo relacionado a lo académico, lo político y lo social, que configuran hoy la política institucional que la Universidad de la República y el ISEF vienen proponiendo en su Plan de Desarrollo Institucional (PDI 2021-2025). PDI que proyecta la generación de diálogos académicos en pro de la inserción del profesional de la Educación Física al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), propiamente en lo que respecta a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) (2017b, p. 9).

La Educación Física en el Uruguay, ha caminado por una multiplicidad de procesos históricos, políticos, sociales e incluso de proyección formativa que en el tiempo la han llevado a dialogar con diversas ramas del conocimiento en favor de construir y ampliar su campo académico, así como el de los objetos de estudio con los cuales actualmente se dialoga. Para Bourdieu (2003), la noción de "campo" se construye y se constituye por variados espacios donde agrupaciones e instituciones, estructuran distintos bienes simbólicos "independientemente de las características de sus ocupantes" (p. 112).

A pesar de la influencia directa que el campo pueda generar en los individuos que lo integran, este no opera de forma mecánica e individual, y sí, a partir de tensiones o luchas que históricamente (re)configuran caminos o formas de entender el saber, la práctica, la ciencia, la formación e incluso la cultura.

Como tal, el campo de formación de la Educación Física y su enseñanza, tuvo sus primeros inicios a partir de 1920 con los cursos de preparación de "Maestros en Cultura Física" a cargo de la Comisión Nacional de Educación Física - CNEF (Dogliotti, 2012, p. 218); hecho que tiempo después, modificó su visión formativa (1939) a la de "Profesores de Educación Física" (Dogliotti, 2012, p. 266) llevando a años más tarde (1952) a la creación del hoy Instituto Superior de Educación Física (ISEF).

Desde esa época, el mencionado instituto ha proyectado diversas formas de (re)construir conocimientos, saberes y perspectivas de formación, materializando su enseñanza en distintos planes de estudio, que de acuerdo con Torrón, (2015, p. 54), ajustaron la formación del sujeto social a partir de la idea de cientificidad construida por y desde el propio campo. De acuerdo a Dogliotti (2018), la enseñanza del ISEF transitó por distintas facetas que la llevaron a pasar de la idea de acción direccionada hacia las marcas y el rendimiento centrada en una postura

técnico-instrumental (período 1920-1956), a aumentar horas de estudio enfocadas en asuntos relacionados con la formación desde una perspectiva pedagógica, educativa e investigativa (1956 - actualidad) (Dogliotti, 2018). Hecho que Rodríguez (2013) resalta como positivo y oportuno debido a que, "durante décadas, el modelo de formación de los docentes del área estuvo anclado en la ejecución de destrezas o habilidades gimnásticas y/o deportivas" (p. 190).

Retomando a Dogliotti, (2018), no fue sino hasta 1992 cuando el plan de estudios de la época ofreció la idea de pensar la investigación no solo como medio para la consolidación del campo, sino también como ejercicio de enseñanza a ser incorporado en el plan de estudios 2004. Idea que sirvió como un importante elemento de transición formativa que impulsó al ISEF a su integración a la Universidad de la República en el 2006 (Tabares *et al*, 2017e, p. 149) llevando a reevaluar tanto los procesos de la enseñanza de conocimientos en disciplinas específicas, cuanto su desarrollo académico articulado a las funciones universitarias de investigación y la extensión.

Resultado del proceso descrito, el ISEF inicia un camino de consolidación institucional materializado en la creación de 4 departamentos académicos – Deporte; Salud; Prácticas Corporales; Tiempo Libre y Ocio – permitiéndole a cada uno de estos, pensarse en proyección y desarrollo de acuerdo a las necesidades propias del área de interés (ISEF, 2017, p. 1). Hecho que, de acuerdo a mis lecturas, ayudó a la reflexión crítica de saberes hegemónicos/formas de enseñanza que tradicionalmente "la disciplina académica y de intervención ha constituido como científicos, verdaderos, lógicos e inamovibles" (Salvatierra, 2020, p. 30).

En lo que tiene que ver propiamente con el Departamento de Educación Física y Salud, este centra sus esfuerzos en su actual plan de estudios 2017 en comprender la salud desde su concepción global/general y dinámica, enfatizando su mirada en la prevención y la promoción de la salud, en miras a desestructurar/reestructurar la noción utilitarista-higienista en relación a los conceptos cuerpo y salud (ISEF, 2017a). Plan de estudios que visualiza la salud desde tres núcleos específicos: el primero desde los fundamentos biológicos, el segundo desde las prácticas corporales articuladas a la salud y finalmente, el tercero, entendiendo la salud desde una lente articulada a la cultura y la sociedad. Tercer núcleo desde el cual me posiciono para realizar este trabajo académico de finalización de curso.

Es específicamente desde el departamento de salud y las unidades curriculares que componen a cada núcleo[16] donde se establecen diálogos conceptuales en lo que tiene que ver con

[16] Dentro del primer núcleo se desprenden unidades como "Fundamentos Anatomo Fisiológicos" y "Fisiología del Ejercicio" direccionadas desde una visión biológica del cuerpo y la salud. El segundo núcleo presenta unidades curriculares como "Educación Física y Salud II", "Educación Física Adaptada I", "Educación Física Adaptada a Poblaciones Especiales I" y "Educación Física Adaptada a Poblaciones Especiales II", teniendo como eje central la lógica de las prácticas corporales, abordando así los aspectos biológicos, afectivo-

la educación, la salud, y los sentidos hegemónicos desde los cuales la sociedad global observa el referido fenómeno.

Siendo así, y posicionado desde una comprensión ampliada de salud, el núcleo Salud, Cultura y Sociedad desarrolla estudios que discuten el mencionado fenómeno como resultado de las "condiciones de alimentación, vivienda, educación, poder adquisitivo, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, recreación, libertad, acceso y posesión de la tierra y acceso a los servicios de la salud" (Fleury, 1992, p. 170). Entendimiento poco común en el campo específico de la Educación Física nacional que permite entender/vivir las aperturas y limitaciones del área para abrazar otros sujetos, realidades o entendimientos de vida en lo que a la salud se refiere. Lente ampliada que de acuerdo a Monteiro y Carvalho (2016), escapa de la visión tradicional del campo biomédico que se centra meramente en la enfermedad como proceso negativo de la vida; en los factores de riesgo como enemigo al cual se debe combatir, y en los índices de prevalencia epidemiológica a disminuir en pro de abaratar los gastos de la salud pública en el país.

Teniendo como norte del área el "Plan de Desarrollo Institucional (PDI) ISEF - 2021 - 2025" el cual busca diálogos académicos en pro de la inserción de la Educación Física al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), propiamente en lo que respecta a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) ha llevado a pensar a algunos académicos del área, en los caminos a recorrer para alcanzar el objetivo proyectado. Punto de partida que facilita el comprender críticamente que la salud y el cuerpo a lo largo de la historia del país, han sido constituido desde una perspectiva meramente biologicista, patologizante y culpabilizadora (Segre y Ferraz, 1997). Idealización que se ha reforzado con la idea de salud centrada en la búsqueda de un perfecto bienestar (físico-mental-social) que finalmente termina siendo unilateral, irreal, utópico y anticuado frente a la sociedad capitalista que actualmente nos rodea (La Valle, 2014, p. 109).

Teniendo como centralidad lo ampliado de la salud, la crítica a la visión hegemónica propuesta desde la OMS, así como los reduccionismos que algunas políticas públicas generan en los usuarios del sistema de salud, este trabajo final de licenciatura se configura en la idea de pensar el papel del profesional de la Educación Física en el Servicio de Internación Mental del Hospital Escuela Galán y Rocha de la Ciudad de Paysandú.

Para pensar el aporte del área a la salud mental en este estudio, es necesario marcar un proceso de posicionalidad conceptual que permita reflexionar desde la lente crítica de la salud

motivacionales y pedagógicos. Por último, el tercer núcleo consolida unidades como "Educación Física y Salud I", "Educación Física Inclusiva", "Sexualidad y género", "Educación Física y Salud Colectiva" y "Políticas Públicas y Salud", que bajo una postura teórico-crítica articulan la visión de la salud desde la perspectiva de las ciencias humanas y sociales.

colectiva, la generalidad de la salud y las determinaciones sociales que influyen en el proceso de construcción, vivencia, padecimiento e incluso de imposición social que condicionan los modos en que los sujetos interactúan con su proceso de salud-enfermedad.

Teniendo en consideración que la Salud colectiva es un campo de conocimiento que "abarca un conjunto complejo de saberes y prácticas, técnicas científicas y culturales, ideológicas, políticas y económicas, relacionados al campo de la salud" (Liborio, 2013, p.139), su amplio abordaje en este estudio permite la deconstrucción de preceptos hegemónicos a través de los cuales sea posible reflexionar o (re)pensar propuestas de intervención en lo referente al proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado. Por lo tanto, la salud colectiva como campo académico, no solo busca atender las necesidades individuales, sino también las sociales, las cuales se encuentran permeadas en los sujetos por historias, vivencias, sentires, miedos y deseos.

El concepto de las determinaciones sociales de la salud (originado en Latinoamérica) se fundamenta de forma general en la deconstrucción de paradigmas hegemónicos relacionados con lo económico, lo epidemiológico, la cobertura de salud pública, así como la responsabilidad del estado para mediar o resolver las necesidades sociales de salud de los sujetos y sus respectivas comunidades. Busca desafiar un modelo epidemiológico reduccionista y fragmentado el cual se encuentra organizado bajo el paradigma de la causalidad (causa-efecto) encuadrando al sujeto, su pensamiento, su historia y su vida social en posicionamientos económicos, de culpabilidad y finalmente de responsabilidad individual. Este paradigma analítico respaldado por la OMS, establece la existencia de "Determinantes Sociales de la Salud" desde los cuales los sujetos se encuentran institucionalizados bajo métricas y lentes de agencias internacionales donde se establecen un conjunto de metas técnicas "(ejemplo las metas del milenio) las cuales se deben alcanzar en función de una gobernanza particular en miras a las distorsiones estructurales que amenazan la legitimidad del orden social" (Breilh, 2013, p. 21.).

Esta crítica desde la cual Breilh (2013) se posiciona políticamente, permite afirmar la imposibilidad que el mencionado paradigma epidemiológico (causalístico) tiene para dar cuenta de los distintos procesos de existencia histórica que rodean al sujeto al momento de pertenecer a una esfera social específica. Para el referido autor, el modelo causalista no considera "las formas e intensidades de exposición humana a procesos peligrosos; ni la vulnerabilidad diferencial de los colectivos situados en inserciones sociales distintas" (2013, p. 15), pues su visión reduccionista solo permite comprender al sujeto como parte de un mundo en el cual los factores de riesgo contribuyen a dar explicaciones correlacionales entre la ocurrencia de una enfermedad y los posibles elementos que la desencadenan (Álvarez y Pérez, 2004).

Según Breilh (2003) la necesidad de un cambio en la visión causalista de ver la salud en la sociedad se centró específicamente en la propuesta de la categoría de la "Determinación Social de la Salud" como alternativa conceptual al paradigma sustentado por la OMS como lo es el de "Determinantes Sociales de la Salud). Dicha propuesta (Determinación Social de la Salud) busca el entendimiento de los aspectos que influyen de forma específica en la salud de las personas y/o sus comunidades, yendo más allá de variables biológicas, epidemiológicas e individualistas que el propio modelo capitalista pregona como ideal de salud contemporánea, afectando no solo al cuerpo sino también su desarrollo social, político, cultural y humano.

En este orden de ideas, elementos como las desigualdades sociales, de clase, de género, de etnia, posibilidad de uso de recursos materiales e inmateriales, la historia, así como el acceso a la diversidad de políticas públicas, son aspectos que le son inherentes a las Determinaciones Sociales de la Salud y desde las cuales, se analizan las relaciones de poder que posibilitan o no la vida en una sociedad de derecho, que reconozca la complejidad de la vida frente a la realidad reduccionista y fragmentaria de los determinantes de salud. De acuerdo con Breilh (2013), la salud

> es un objeto polisémico en tanto objeto real, objeto pensado (de modo intersubjetivo) y campo de praxis. Avanzar hacia un paradigma crítico de la epidemiología, implica entrelazar tres transformaciones complementarias e interdependientes, el replanteo ontológico como objeto complejo, la innovación en su conceptualización en cuanto a las categorías y operaciones metodológicas que permitan hacerlo inteligible, y la apertura y vinculación con las formas de incidencia y las fuerzas sociales movilizadas, todo ello inscrito en un proceso dialéctico de determinación socio histórica. Dada la conexión e interdependencia de objeto-sujeto-campo, la categoría determinación social (DS) aplica a los tres: hay una DS del objeto; una DS de la construcción de los conceptos y una DS de la práctica. En cada período histórico los cambios y movimientos de la salud como objeto, se interrelacionan con las innovaciones conceptuales y las transformaciones de la práctica (p. 16).

Teniendo en consideración lo anterior, la propuesta de las determinaciones sociales de la salud propia del campo de la salud colectiva, no es más que la intensión de reflejar la complejidad de los procesos de vida individual/colectiva por los cuales transitan los sujetos en determinados territorios; campo de disputa (Salud Colectiva) desde donde se construyen otras comprensiones, discursos, prácticas, así como formas de entender la salud y los procesos de salud-enfermedad que construyen los sujetos a lo largo del tiempo (Damico, 2011).

En función de este proceso de posicionalidad conceptual frente al campo de la salud, y de posibilitar caminos que permitan construir las primeras experiencias investigativas en lo relacionado a la salud mental, fue implementado un estudio de revisión de literatura que, como se mencionó en el marco referencial, permitió identificas las discusiones existentes en lo

referente a la reforma a la salud mental en el Uruguay (Ley 19.529), y la presencia/ausencia de la Educación Física como disciplina académica y de intervención.

Lo hallado permitió identificar que la producción de literatura relacionada con la mencionada reforma, se organiza en tres bloques temporales (proyección; reglamentación; implementación) en el cual áreas como la psicología, la psiquiatría, el trabajo social y la medicina se han dado a la tarea de profundizar el tema. Asimismo, demostró que, en lo que tiene que ver propiamente con el campo de la Educación Física, esta disciplina no es considerada explícita/implícitamente dentro de la literatura rastreada, lo que permitió visualizar la importancia de explorar temáticamente el área en este trabajo final de licenciatura.

A lo hallado se suman estudios como el de Machado y López (2020), Salvatierra (2020), Soares de Lima y Canon-Buitrago (2020), Roig (2023), Canon-Buitrago y Salvatierra (2023), Corena *et al.* (2023), entre otros, concluyen que para pensar el papel de la Educación Física en el SNIS, es fundamental formar desde una concepción ampliada de salud, integrar los equipos interdisciplinares, y favorecer el cuidado a partir del uso de prácticas corporales como caja de herramientas para la producción de cuidado en las políticas públicas de salud. Proyección que, teniendo en cuenta las afirmaciones que De Sousa y Pasquim (2022) realizan en relación al trabajo en Salud Mental donde la promoción de prácticas deportivas, recreativas y de tiempo libre al interior de los servicios de salud mental, deben asumir un papel importante en el "fortalecimiento de estrategias y articulaciones que promuevan conscientemente el acceso a la cultura y el ejercicio de los derechos humanos" (p. 56).

En este sentido, el enmarcar las posicionalidades conceptuales desde las cuales como investigadora me posiciono para pensar este trabajo final de licenciatura bajo la lente de la salud colectiva permite pensar la especificidad del saber del área como aporte a la producción de salud y cuidado en una institución de internación de salud mental en la ciudad de Paysandú. Hecho que permite configurar a las prácticas corporales como una herramienta de intervención en la construcción de experiencias para pensar la inserción del profesional de la Educación Física en las políticas públicas de salud nacional.

2.2.3. Practicas corporales como herramienta de intervención en el campo de la Salud Mental

Este capítulo tiene como centralidad generar un conjunto de discusiones relacionadas con el aporte de las prácticas corporales al proceso de salud-enfermedad articulados a la Salud Mental desde la lente teórica de la Salud Colectiva teniendo en cuenta, por una parte, la Ley de Salud Mental vigente en el territorio nacional uruguayo (19.527), y por la otra, la coherencia interna que, como estudiante/docente del ISEF – CENUR L.N. – Sede Paysandú proyecto para dar un pienso a la inserción del profesional del área en la política pública del SNIS (PDI 2019-2025). Lo que busco es establecer una secuencia en la articulación del propio marco teórico conceptual en miras a poner sobre la mesa distintas miradas o perspectivas desde las cuales sea posible visualizar a las prácticas corporales como mecanismo contribuyente para pensar la Salud Mental del ser humano como sujeto de derecho y con posibilidad de acceso a políticas públicas de salud.

En este orden de ideas, se realiza de forma inicial algunas proposiciones relacionadas al entendimiento de la Salud Colectiva como campo interdisciplinar articulado al concepto crítico de las Determinaciones Sociales de la Salud (Breilh, 2013), para seguidamente, presentar en este mismo enfoque (crítico) el concepto de Salud Mental desde la lente teórica de la propia Salud Colectiva. Posicionamiento epistemológico que da paso a discutir las prácticas corporales como mediadoras para acompañar procesos de cuidado en el área de la Salud Mental, y de las cuales el profesional de la Educación Física puede echar mano a la hora de proyectar o participar en actividades de promoción/atención/cuidado humanizado al interior del correspondiente campo.

Para pensar la salud mental en este trabajo final de licenciatura es necesario marcar un proceso de posicionalidad conceptual que permita reflexionar desde la lente crítica de la Salud Colectiva, la generalidad de la salud, la salud mental y las determinaciones sociales que influyen en el proceso de construcción, vivencia, padecimiento e incluso de imposición social que condicionan los modos en que los sujetos interactúan con su proceso de salud-enfermedad.

Para Merhy (2016), la enfermedad es un fenómeno social que trasciende lo biológico y que necesita de una lente no hegemónica desde la cual sea posible analizar otras problemáticas contemporáneas que colectividades continúan viviendo en la modernidad. Vivencias condicionadas por el propio capitalismo y que tienen una amplia repercusión a la hora de parametrizar la salud de los sujetos, sus subjetividades, la praxis territorial y la materialización de

todas las anteriores en las estructuras políticas, históricas e ideológicas que permanentemente dominan sus colectividades (Duarte, 2010).

De acuerdo a Almeida y Silva (1999) el campo específico de la Salud Colectiva es un campo en el cual se deconstruyen saberes, ideas, conceptos y prácticas en relación al objeto salud, integrando multiplicidad de disciplinas del conocimiento, ya que, como tal, el "objeto de la Salud Colectiva es construido en los límites de lo biológico y de lo social" (p. 21). Siguiendo esta línea, y teniendo en consideración que la Salud Colectiva como campo interdisciplinario que "abarca un conjunto complejo de saberes y prácticas, técnicas científicas y culturales, ideológicas, políticas y económicas, relacionados al campo de la salud" (Liborio, 2013, p.139), su amplio abordaje en este trabajo final de grado le permite la deconstrucción de preceptos hegemónicos a través de los cuales sea posible reflexionar o (re)pensar la intervención del área en las políticas públicas de salud. Esto resaltando que, como área de producción de conocimiento (Fleury, 1985), la Salud Colectiva no solo busca atender las necesidades individuales/sociales de los sujetos y sus territorios que han sido estructuradas por historias, vivencias, sentires, miedos o deseos, donde el fenómeno de la enfermedad adquiere un relevante significado.

En otras palabras, se busca desde la Salud Colectiva investigar y comprender las determinaciones sociales que influyen en la producción social de la enfermedad, así como en la organización de sus servicios de salud en un espacio determinado con colectivos determinados.

> la Salud colectiva puede ser considerada como un campo de conocimiento de naturaleza interdisciplinar cuyas disciplinas básicas son la epidemiología, la planificación/administración de salud y las ciencias sociales en salud. Este contempla el desarrollo de actividades de investigación sobre el estado sanitario de la población, la naturaleza de las políticas de salud, la relación entre los procesos de trabajo y enfermedades y daños, así como las intervenciones de grupos y clases sociales sobre la cuestión sanitaria (Ribeiro 1991).

Teniendo claro lo descrito, el concepto de las Determinaciones Sociales de la Salud (originado en Latinoamérica), se fundamenta de forma general en la deconstrucción de paradigmas hegemónicos relacionados con lo económico, la cobertura de la salud pública, así como la responsabilidad del estado para mediar o resolver las necesidades sociales de salud de los sujetos y sus respectivas colectividades.

Busca desafiar un modelo epidemiológico reduccionista y fragmentado, el cual es organizado bajo la lente teórica de la causalidad (causa-efecto) encuadrando al sujeto, su pensamiento, su historia y su vida social en posicionamientos económicos, de culpabilidad y de responsabilidad individual. Crítica desde la cual Breilh (2013) se posiciona para afirmar la imposibilidad que el mencionado modelo presenta para dar cuenta de distintos procesos de existencia del ser que emergen entre las relaciones de sujetos al momento de pertenecer a

una esfera social, política, económica o de clase, que finalmente es la que determinará los modos de vida que podrán o no ser proyectados.

Para el referido autor, el modelo causalista no considera “las formas e intensidades de exposición humana a procesos peligrosos; ni la vulnerabilidad diferencial de los colectivos situados en inserciones sociales distintas” (2013, p. 15), pues su visión reduccionista solo permite comprender al sujeto como parte de un mundo en el cual los factores de riesgo contribuyen a dar explicaciones correlacionales entre la ocurrencia de una enfermedad y los posibles elementos que la desencadenan (Álvarez y Pérez, 2004).

Para Breilh (2013) la Determinación Social de la Salud es el mecanismo de ruptura epidemiológica por el cual se supera la idea causalística del paradigma biomédico, teniendo en cuenta que la misma (salud) es considerada como polisémica, real, pensada, intersubjetiva y con praxis determinadas en el contexto social (p. 16). Se encuentra estructurada desde la perspectiva del autor, por una triple inequidad (clase, género, etnia) que constantemente se retroalimenta debido a los modos en que el sujeto ha configurado su existencia, y por ende su salud al interior del modo civilizatorio que delimita el modelo capitalista contemporáneo.

Siendo así, comprendo que la Salud Mental, articulada desde la lente de la Salud Colectiva, es entendida como un proceso social y colectivo en el que se cuestiona la concepción individualista de la Salud proponiendo su intervención desde un enfoque ampliado, integral y humanizado. Es por esto que el presente trabajo final de licenciatura considera la salud desde una “perspectiva ampliada” la cual entiende que este fenómeno está constituido por una multiplicidad de esferas como pueden ser la social, económica, de vínculos familiares, afectivas, de vivienda, de acceso a servicios públicos/privados de salud, entre muchos otras, y que, como tal, determina las posibilidades de existencia de los sujetos al interior de un colectivo o comunidad.

En relación a la “perspectiva ampliada de salud”, Carvalho (2016) plantea la “la necesidad de utilizar una concepción ampliada del proceso salud/vulnerabilidad/enfermedad/cuidado” (p. 10, traducción propia), en la cual sea posible la reformulación del accionar de los profesionales de la salud, considerando que “todo profissional de saúde que atenda ou cuide de pessoas realiza clínica, havendo, portanto, varias modalidades de clínica: a do enfermeiro, a do psicólogo, a do médico, [el profissional de Educación Física], etc” (Campos, 2003, p.157).

Según Amarante (2007), el discutir críticamente la salud mental de los sujetos significa deconstruir la visión negativa y patológica que se tiene en relación a un conjunto de conceptos que se articulan a la lente de la incapacidad o la invalidez; esto teniendo en cuenta el imaginario social existente en relación a la locura y los sujetos que vivencian o padecen algún tipo de sufrimiento (p. 73). De acuerdo a lo que menciona el autor, la salud mental es un proceso social, político y cultural complejo, el cual se encuentra travesado por multiplicidad

de tensiones, conflictos, (im)permanencias y transformaciones que valoriza primordialmente la experiencia del sujeto con el sufrimiento psiquico. Visión que se contrapone completamente a la tradición clínica y psiquiátrica centrada en los síntomas, las enfermedades, el confinamiento, la medicalización de la subjetividad entre muchas otras.

En esta lógica y pensando las relaciones entre Salud Mental y Salud Colectiva, en los planteamientos que realizan Martínez-Hernáez y Correa-Urquiza (2017), mencionan que

> La salud mental colectiva, por su parte, ha tenido un desarrollo relevante en algunos países latinoamericanos como Brasil y Argentina, e incluso ha actuado como estímulo de una salud ampliada que observaba en la atención al sufrimiento psíquico una oportunidad de legitimación en un campo donde urgía la recuperación de lo colectivo para ofrecer un cauce a los procesos de reforma psiquiátrica (p. 267).

Para Fagundes (1995), la Salud Mental Colectiva debe ser comprendida como un proceso en el que se construyen sujetos sociales en miras a transformar los modos de pensar, sentir y desarrollar la gestión de lo cotidiano (incluyendo la política) de las propias estructuras políticas que son mediadoras entre la sociedad, el pensar, el hacer y el sentir (p. 3), sea esto en la promoción, la atención básica e incluso la atención especializada.

En sí, el campo de la Salud Mental, así como el de la atención psicosocial, se desenvuelven como un proceso social y complejo el cual visualiza, analiza y reconoce la existencia de tensiones, conflictos, (im)permanencias y transformaciones (Amarante, 2007), que llevan a valorizar la experiencia del propio sufrimiento psíquico que finalmente se materializa en un cuerpo, en una ciudad y en un espacio de tránsito cotidiano. Siendo así, visualizo que una de las finalidades de la Salud Mental direcciona sus esfuerzos a establecer vínculos entre las problemáticas de salud que la contemporaneidad propicia en los sujetos, sus cuerpos y sus territorios, llevándolos a vivenciar experiencias de sufrimiento, agravios psíquicos o aflicción generalmente permeadas por elementos como la inequidad, la condición de vida, sus posibilidades de ser en el mundo, su autoidentificación y la identidad que se puede llegar a construir.

Frente a esto, Santos, Soares y Fraga (2017), afirman que el desarrollar labores desde la Salud Mental implica considerar el contexto de vida del sujeto, sus correspondientes redes de interacción, la existencia de lo comunitario en el territorio, el espacio social en el cual habita e incluso las formas en las cuales se vivencia la constitución de ciudadanía (p. 178), permitiendo visualizar los modos en el que el sufrimiento psíquico ocupan/transforman el día a día de los sujetos. En este sentido, y siguiendo lecturas de Da Rocha y Haas (2007), “la formación del profesional de la salud debe tener como finalidad la cualidad de la atención a las personas, no pudiendo, de esa forma, quedar restricto al ambiente educacional u hospitalar” (p. 28), motivo por el cual, esta experiencia de investigación se convierte en un

elemento no solo formativo, sino también investigativo para pensar el papel del profesional del área en las políticas públicas de salud mental. En este orden de ideas, Luz (2007) menciona que,

> A presença das atividades corporais ligadas à educação física no sistema de saúde, é ainda incipiente, podendo se ampliar significativamente, tanto na área de prevenção, como de recuperação da saúde. Os espaços físicos necessários não precisam confinar-se naquele reconhecidamente restrito das unidades de saúde, podendo utilizar espaços públicos alternativos, como pátios, praças e jardins" (p. 15).

Siendo así, las Prácticas Corporales como prácticas de reflexión, autonomía y configuración del sujeto frente a la vida, se vuelven parte importante para pensar las intervenciones del profesional del área en la salud mental, teniendo en cuenta la amplitud de dimensiones que componen a la persona humana, involucrando movimientos, aspectos emocionales, cognitivos y sociales que conforman la habitualidad y el deseo de los sujetos dentro de su cultura y su propia individualidad (Fraga y Wachs, 2007) .

> El campo de la Educación Física (EF) ha estado históricamente vinculado a una mirada organicista de la salud, desde dónde surgen las principales proposiciones en torno a la Actividad Física para su promoción. Es para trascender esta mirada, y con la intención de construir otras formas para la práctica en Salud Mental que tomamos el concepto de Prácticas Corporales (PC), como una posibilidad de habilitar, entre otras cosas, una apertura a diversas posibilidades de lo corporal, superando los vínculos trazados entre EF y Actividad Física, de producir cuerpos útiles en relación a movimientos que corren el mismo riesgo de universalizarse (Cabrera, Damián, Guerra, 2021).

Dentro del campo específico de la Educación Física, las prácticas corporales se han convertido en una posibilidad de comprensión e intervención crítica en miras a deconstruir los tradicionalismos conceptuales/formativos que históricamente han hegemonizado el saber, el conocer y el hacer del profesional del área en la sociedad centradas en elementos de tradición militar, deportivo, de rendimiento, de artes circenses y de danzas. Perspectivas que en distintos momentos históricos de la existencia se han configurado desde una idea funcionalista en la cual "os exercícios físicos visam adaptações orgânicas ou rendimento otimizado de acordo com padrões de movimento estabelecidos pelas análises biomecánicas" (Pereira, *et al*, 2021).

Las prácticas corporales como productoras de salud colocan en cuestionamiento distintos conceptos implícitos que decolonizan las construcciones euroamericanas acerca del fenómeno de la salud, sus lentes teóricas, contenidos, espacios, valoraciones, poblaciones, intervenciones y cuidados teniendo en cuenta la cultura en la cual se encuentra inmerso. De esta forma, puedo visualizar que la triangulación crítica entre la Educación Física, la Salud Colectiva y la Salud Mental propician la ampliación en las formas de concebir la cuestión de la salud y el propio significado que se le atribuyen a las prácticas corporales desde la perspectiva ampliada de salud, pues las referidas prácticas son significativas para pensar el individuo dentro de su comunidad y como medio de intervención (terapéutica) que contribuya al bienestar integral del sujeto.

Las Practicas Corporales son expresiones, acciones o actividades de un grupo determinado, que cargan un profundo significado basado en experiencias y valores atribuidos por sus correspondientes miembros. Son prácticas que no solo incluyen actividades recreativas y organizativas, sino que también se fundamentan en un enfoque que prioriza la escucha activa de las necesidades y deseos de las personas, guiándolas de manera reflexiva y respetuosa hacia otra concreción de salud fuera de la lente funcional causalística. Articuladas a la visión ampliada de la salud, las Prácticas Corporales son manifestaciones desde las cuales los sujetos se expresan en función de la estructura social en la que se desenvuelven ya que se encuentran mediadas “pela vontade, desejo, visão de mundo do praticante e pelas influências recebidas por seu meio social” (Fernandes, Kundrát, Lópes, 2006, p. 173). Concepto de gran importancia para nuestro campo de actuación, considerando que, como tal, las prácticas corporales son construidas en formato cultural y colectivo, de la misma forma como se construye lo político, lo público, lo educativo y la salud.

A diferencia de la actividad física que tiende a homogeneizar y estandarizar el cuerpo a través de una lógica biomédica impersonal, las prácticas corporales consideran el cuerpo en su diversidad, favoreciendo la individualidad y el sentido de pertenencia (Fraga y Wachs, 2007). Situándolas en el campo de las Salud Mental, las prácticas corporales buscan la deconstrucción de la realidad psiquiátrica tradicional (manicomial) en miras a una otra construcción de contextos en las que nuevas bases epistémicas, sociales y políticas transformen la cultura intervencionista y violenta que la ideología de la “locura” a instaurado en la sociedad (Amorimm Dimenstein, 2009, p. 197).

En este contexto, resulta tanto posible como necesario incorporar las prácticas corporales como una parte esencial del sistema de cuidados, abarcando tanto la prevención como la recuperación y la promoción de la salud (Fraga y Wachs, 2007); propuesta que se aleja de lo que ha predominado en el área de la educación física, teniendo en cuenta que tradicionalmente el accionar de los referidos profesionales se ha consolidado en aspectos como el cuidado meramente físico, persiguiendo así ideas preconcebidas en relación a estándares y estereotipos denominados como el deber ser del sujeto en la sociedad contemporánea (visión positivista).

De acuerdo con lo que propone Fraga y Wachs (2007) fomentar la participación activa de individuos y colectivos en la implementación y desarrollo de prácticas corporales a través de acciones de salud mental, reconfigura la dimensión colectiva, pública y social con la cual se piensa el trabajo en las políticas públicas de salud. Proyección que este trabajo final de licenciatura en formato de relato de experiencia toma como elemento primario para pensar la implementación de prácticas corporales en el horizonte de las políticas públicas de salud

mental y más específicamente en la sala de internación del hospital departamental de Paysandú.

En relación con mi rol como estudiante avanzada de la Licenciatura en Educación Física en el área de la salud, los mencionados autores Fraga y Wachs (2007) subrayan que los profesionales de la Educación Física pueden formar parte de los equipos multidisciplinarios, al igual que médicos, fisioterapeutas y enfermeras. Integración que posibilita que la inserción de la Educación Física como pampo de intervención no deba pensarse como espacio en el cual se presenta una transposición de prácticas propias de ámbitos escolares, clubes o gimnasios, sino que, por el contrario, debe integrarse en el ámbito de la salud, respetando los códigos y funciones específicos de las instituciones involucradas (Wachs, 2016)

3. METODOLOGÍA Y PRODUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Este apartado tiene como objetivo exponer las acciones, así como las tomas de decisión consideradas durante el proceso de organización, producción y análisis de la información, con el fin de guiar al futuro lector a través de los diferentes movimientos realizados en este trabajo final de licenciatura en miras a alcanzar el objetivo propuesto. Quecedo y Castaño (2003) mencionan que, cuando se habla de lo metodológico, se hace referencia a los caminos, procedimientos, orden y modos desde los cuales los investigadores estructuran el trabajo en miras a alcanzar, por un lado, el propio objetivo del estudio, y por el otro, la correspondiente rigurosidad (método científico) que orienta la exploración académica de un tema puntual del conocimiento.

Las autoras Batthyány y Cabrera (2011) entienden la metodología como un conjunto de procedimientos, caminos o movimientos destinados a la generación de evidencia empírica al interior de un estudio investigativo. Concepto próximo de la comprensión de Tobar y Romano (2003) en el entendido que la visualiza (metodología) como el apartado del estudio en el que, además de informar el conjunto de variables y especificidades para la producción de la información, también presenta ideas que proyectan los procesos analíticos que se realizarán con las materialidades empíricas a ser producidas (p. 68).

> la metodología también permite revisar, de manera constante, los aspectos que no resulten claros, así el investigador deberá regresar en el proceso para deducir, mediante este ejercicio, nuevos indicadores o factores que le permitan continuar de manera gradual la investigación; por ello la importancia de diseñar una metodología basada en el orden, y por obvias razones, organizada y sistemática (Gómez, 2012).

Teniendo en cuenta que el objetivo de este estudio enfoca sus esfuerzos en “comprender el posible papel que la Educación Física como disciplina académica y de intervención cumpliría al interior de la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Departamental "Escuela del Litoral Galán y Rocha" de la ciudad de Paysandú”, la investigación estará delineada desde un diseño descriptivo bajo un abordaje teórico metodológico cualitativo centralizado en el relato de experiencia como método de producción de información. En este sentido, me posiciono desde el enfoque cualitativo en razón de este, centrar su interés en establecer una comprensión profunda y contextualizada de un espacio, contexto o fenómeno determinado.

Suele requerir la recopilación de diversos tipos de datos e informaciones que posibilitan, a partir de su análisis, ordenar, comprender y dar sentido al fenómeno investigado contribuyendo de forma amplia a alcanzar el objetivo inicialmente planeado.

Según Quecedo y Castaño (2003), este tipo de investigación (cualitativa) presenta una alta flexibilidad a la hora de realizar el propio estudio, pues se encuentra direccionado por lineamientos orientadores y no por reglas fijas e inamovibles, permitiendo la comprensión amplia

de la realidad, el contexto o el local en el que se desenvuelve el objeto estudiado. De acuerdo con Sánchez (2005), la investigación cualitativa procura la comprensión de sentidos, significados, acciones e interpretaciones las cuales requieren de una "sistematización rigurosa de las distintas técnicas e instrumentos que componen el acervo metodológico y, por ende, un gran conocimiento de la teoría" (p. 115), entendiendo que su sentido se encontrará orientado a articular elementos como la materialidad empírica, la teoría y las interpretaciones que, a partir de su estudio el investigador pueda desarrollar. Por ende, la interpretación de acciones, de momentos, reflexiones y conversaciones que el investigador presencia frente al objeto indagado se encuentran siempre cargadas de vivencias, contextos, historias y concepciones, enriqueciendo el valor simbólico, social o cultural del propio objeto de estudio.

Este estudio es descriptivo al momento en el que, su interés general es relatar de la forma más fiel posible la experiencia que la investigadora vivenció en su propio proceso de aproximación e inserción en el local del estudio. Aproximación que tuvo en consideración, por un lado, no solo el entendimiento de que este trabajo final de licenciatura correspondería a la primera experiencia del área en el país a ser documentada en formato de tesina de grado, sino también, que las particularidades del contexto hasta el momento desconocidas por la investigadora obedecían a micropolíticas que ameritarían ser analizada con una complejidad aún mayor.

Teniendo en cuenta lo descrito, Niño Rojas (2011) menciona que lo descriptivo en una investigación tiene como centralidad el retratar la realidad del objeto, así como del local estudiado (como es el caso de este estudio) "de tal manera que quien lea o interprete, los evoque en la mente" (p. 34). En este orden de ideas, los estudios de índole descriptiva hacen énfasis en observar, registrar, analizar e interpretar la naturaleza del propio contexto en el que se desarrolla el fenómeno estudiado ya que, como destacan Sampieri y colaboradores (2014), el enfoque descriptivo permite "especificar las propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que sea analizado" (p. 92). Siendo así, el carácter descriptivo se torna especialmente útil cuando ya que, como lo menciona el proceso de revisión de literatura, el fenómeno investigado —en este caso, la Educación Física dentro de un servicio de salud mental— no ha sido suficientemente explorado en la literatura académica nacional.

En este tipo de diseño metodológico, el rol del investigador adquiere una centralidad ineludible. No solo se posiciona como observador del fenómeno, sino como intérprete activo de los sentidos que emergen del campo. Siendo así, y tal como sostienen Taylor y Bogdan (1987), el investigador cualitativo es el principal instrumento de producción de datos e interpretación de informaciones las cuales tendrán sentido a partir de las distintas tomas de decisiones que llevarán a trazar los caminos por los cuales debe transitar la investigación.

Dentro de los distintos métodos que pueden ser utilizados en la investigación cualitativa, el método más acorde para implementar esta investigación fue el Relato de Experiencia que según Gaya y Gaya (2018), es “um relatório que descreve de forma clara, simples, detalhada e fiel uma dada experiência (um caso) capaz de produzir conhecimiento passíveis de contribuir de forma relevante para a área de atuação” (p. 19).

La elección del relato de experiencia como método, no responde únicamente a un formato narrativo, sino a una forma de representación del conocimiento que busca capturar la complejidad del fenómeno en este caso estudiado. Geertz (1992) propone la noción de "descripción densa" para referirse a relatos que no se limitan a enumerar acciones, sino que buscan interpretar los significados que a estas (acciones) las atraviesan. Desde esta perspectiva, el relato no solo comunica, sino que también construye sentido, permitiendo visibilizar dimensiones simbólicas, afectivas y sociales de la intervención de la Educación Física en un contexto de internación psiquiátrica.

El relato de experiencia como técnica de investigación ha sido abordado por distintos autores que coinciden en destacar su valor epistémico y narrativo. Bolívar, Domingo y Fernández (2001) señalan que el relato autobiográfico y la narración de experiencias personales permiten rescatar el conocimiento tácito, práctico y situado del profesional, dando visibilidad a saberes que difícilmente podrían expresarse mediante métodos más estructurados.

Por su parte, Minayo (2004) defiende el uso del relato de experiencia en investigaciones cualitativas aplicadas a la salud, destacando que este tipo de narrativa, permite captar dimensiones complejas de la realidad que usualmente quedan fuera de los análisis cuantitativos.

En el campo de la salud mental, por ejemplo, los relatos permiten comprender las interacciones entre pacientes, usuarios de políticas públicas, profesionales e instituciones, incorporando las emociones, los simbolismos, las micropolíticas y las tensiones que generalmente resultan de las respectivas interacciones en el entorno. Esta metodología favorece una aproximación integral al fenómeno, promoviendo una mirada crítica y comprometida con la transformación de las prácticas.

Dentro de los recursos que el propio relato de experiencia permite usar para producir información, encontramos la posibilidad de implementar observaciones, entrevistas, encuestas, análisis de documentos, imágenes, test, e incluso hasta conversaciones informales o grupos focales; elementos que son de importancia para recaudar informaciones provenientes de diversas fuentes asociadas a la realidad empírica indagada (Gaya y Gaya, 2018).

En este caso, dos elementos de producción de información fueron considerados para el levantamiento de la materialidad empírica. El primero este centrado en el cuaderno de notas de la investigadora durante su interacción con el local y objeto de estudio. El segundo, hace referencia a entrevistas realizadas a “Profesionales de la salud” que hacen parte del equipo

interprofesional que compone la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Departamental "Escuela del Litoral Galán y Rocha" de la ciudad de Paysandú".

Específicamente lo que refiere a "Cuaderno de notas", se entiende que son anotaciones que se realizan a partir de lo que se vivencia respecto a procesos sociales y el contexto en el que se realiza la investigación (Corral, et al, 2019). Lo que busca este instrumento de registro es "que se describen detalles (frases, gestos, expresiones, etc.), se narran observaciones, reflexiones y acciones observadas, se realizan en cuadernos de notas, fichas u otros medios disponibles" (Corral, s.f., p. 156).

En esta investigación, el diario de campo inicia a ser diligenciado por la investigadora en el mes de agosto de 2023[17] y culmina en el mes de diciembre de 2024. Tiempo en el que se registró semana a semana momentos, charlas, anécdotas, sentimientos y observaciones lo que permite generar posteriormente un análisis de todo el tiempo transitado en el espacio y compartido con las/os usuarias/os que hicieron parte de este proceso.

En cuanto a las "entrevista semiestructurada" constituye una herramienta clave para la recolección de datos en investigaciones cualitativas, ya que permite una interacción directa con el contexto y con los actores sociales implicados, favoreciendo el diálogo mediante preguntas abiertas pero orientadas al eje temático del estudio. Su diseño debe considerar tanto las características socioculturales de la población como una elaboración previa y cuidadosa del guion de preguntas, con el fin de lograr una narrativa rica y significativa por parte del entrevistado. Para esto, es esencial contar con un protocolo de construcción que contemple la comprensión de la problemática investigada, la identificación de los sujetos importantes o más significativos y la organización lógica y secuencial de las preguntas, asegurando así la coherencia del instrumento y la eficacia del proceso de recolección y análisis de la información (Babativa, et al, 2024).

En relación con las entrevistas realizadas, las preguntas fueron previamente diseñadas y organizadas, lo que permitió a la investigadora establecer un total de 21 interrogantes con una estructura progresiva (Apéndice E).

Iniciando con preguntas referidas a aspectos básicos de la formación y experiencia de los/as profesionales de la salud, posteriormente, se orientaron hacia la vinculación entre la Educación Física y la Salud Mental en el contexto de internación, para culminar con cuestiones relacionadas con el marco legal que actualmente regula la Salud Mental en Uruguay. A lo largo del proceso, las preguntas funcionaron como una guía, ya que, dado el carácter

[17] Como se mencionó anteriormente se utilizarán apuntes, vivencias y aportes desde que la estudiante participo de una pasantía en el espacio de la Sala de Internación ya que fue su primer acercamiento y la punta pie a posteriormente realizar el presente trabajo final de grado.

semiestructurado de las entrevistas, se permitió la profundización y reformulación de las preguntas según las necesidades durante cada encuentro.

Para concretar el contacto en miras a la realización de las entrevistas, fue necesario establecer un proceso secuencial que consistió en el transitar por dos fases consecutivas; una primera, que tuvo relación directa con el tiempo de aproximación y permanencia como investigadora en la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Departamental "Escuela del Litoral Galán y Rocha"", donde se me permitió reconocer y ser reconocida como parte de la mencionada institución (no del equipo interdisciplinar). Como secuencia de lo anterior, fue posible transitar a la segunda fase que centró las energías en la invitación o solicitud a potenciales colaboradores del estudio en miras a participar de entrevistas individuales semiestructuradas. En este orden de ideas la invitación fue realizada a distintos profesionales de salud mediante un diálogo directo entre la investigadora y el referido profesional donde les informaba no solamente las informaciones básicas de este trabajo final de licenciatura, sino también, el deseo de conocer acerca del espacio y sus percepciones en base a las distintas intervenciones realizadas desde el campo específico de la Educación Física.

Transitado lo anterior, solo fue posible la concreción de 2 entrevistas de profesionales que hacen parte del equipo de trabajo de la institución en el espacio de la internación, y que accedieron de forma libre y voluntaria a ser colaboradores/as del estudio, teniendo en consideración el anonimato que la propia investigación ofrecía para no exponer sus correspondientes nombres, cargos o funciones hecho pensado en virtud de que no fuera posible rastrear a ninguno de los/as colaboradores/as para preservar de forma total su identidad o perjuicio institucional. A los/as trabajadores/as de la salud que accedieron se les dio la libertad de elegir el día y hora de la entrevista. Cada uno de los encuentros fue grabado en audio haciendo uso de un grabador de voz digital Sony ICD-PX240 (Apéndice F) con previa autorización de los/as colaboradores/as. Para poder hacer uso de la información por ellos/as suministrada, se les solicitó a los/as colaboradores/as la firma de un Término de Consentimiento Informado (Apéndice G), terminadas cada una de las entrevistas, era leído por la investigadora y aclaradas las distintas dudas para seguidamente ser firmadas con el objetivo de que los sujetos entrevistados tomaran conocimiento y registraran su conformidad y participación voluntaria en este estudio.

Como lo anterior se vincula de forma directa con los aspectos éticos, esta investigación se desarrolló de conformidad con los lineamientos fundamentales de la investigación cualitativa entre los que se encuentra el respeto, la voluntariedad, la confidencialidad y el consentimiento informado. Dentro de esta investigación, no solo se respetó la voluntad de quienes no desearon participar como colaboradores/as del estudio, sino también que, al ser una investigación de orden cualitativa, se siguieron aspectos éticos relevantes en miras a proteger a quienes

contribuyeron de alguna forma con la realización del presente trabajo final de licenciatura. Lo anterior también fue posible en razón de la confianza ganada durante la concurrencia de la investigadora por un periodo de 15 meses en el mencionado local lo que ayudo a entablar relaciones interprofesionales con algunos profesionales de salud del correspondiente servicio. De acuerdo con Blaxter et. al (2005), en los aspectos éticos de una investigación se destacan cuatro principios que deben ser considerados de principio a fin en el estudio y que hacen referencia a:

1. Confidencialidad: no se debe utilizar información obtenida bajo promesa de secreto, ya que puede poner en riesgo a las fuentes y la integridad del estudio.
2. Anonimato: es necesario proteger la identidad de personas o instituciones, evitando descripciones que puedan hacerlas identificables.
3. Legalidad: dependiendo del rol del investigador, puede existir la obligación de informar sobre actos ilegales descubiertos durante la investigación.
4. Profesionalismo: ser parte de una comunidad profesional exige mantener ciertos estándares éticos, lo cual puede generar dilemas si se investiga a colegas y se detectan conductas cuestionables.

La información proporcionada por los/as participantes del estudio, así como la generada por la propia investigadora (entrevistas, autorizaciones, términos de consentimiento informado, transcripciones, entre otros documentos), fue debidamente registrada y será resguardada durante un período de cinco años en el equipo informático del Grupo de Estudios Decoloniales en Educación Física y Salud (GEDEFS), ubicado en el CENUR Litoral Norte – Sede Paysandú. La custodia de estos datos estará a cargo del docente tutor, Prof. Dr. Edwin Alexander Canon-Buitrago. Transcurrido dicho plazo, toda la información será eliminada de manera definitiva.

4. ANALISIS DE LAS MATERIALIDADES ENCONTRADAS

El presente apartado tiene como finalidad desarrollar un conjunto de reflexiones, interpretaciones y análisis del proceso de integración de la estudiante avanzada de Licenciatura en Educación Física del ISEF del CENUR L.N. – Sede Paysandú en la sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Departamental "Escuela del Litoral Galán y Rocha". Para lograr lo anterior, es necesario recordar que el objetivo central de este estudio se enmarcó en “comprender el posible papel que la Educación Física como disciplina académica y de intervención cumpliría al interior de la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Departamental "Escuela del Litoral Galán y Rocha" de la ciudad de Paysandú”, y que su desarrollo se encuadra específicamente dentro de un relato de experiencia como método de producción y reflexión de la vivencia.

El referido proceso implicó considerar la producción de distintas materialidades empíricas durante el periodo de campo (observaciones, cuaderno de notas, entrevistas, reflexiones acerca de la aproximación al campo, intervenciones, entre otras), para seguidamente realizar una acción de triangulación de la información en vista no solo de dar respuesta/alcanzar el objetivo inicialmente propuesto por la investigadora (estudiante avanzada), sino también, continuar dando una coherencia interna entre los capítulos que hacen parte de este trabajo final de licenciatura.

Para Stake (2011), triangular información en investigaciones cualitativas implica recurrir a múltiples fuentes y perspectivas con el fin de fortalecer la credibilidad de las interpretaciones, y a su vez, abrir espacio para reconocer la existencia de significados múltiples; configuración analítica que contribuye no solo a dar validez a las distintas materialidades empíricas que acompañan el estudio, sino también, a las riqueza de las interpretaciones que las mismas puedan emerger en función del fenómeno a explicar.

Urbano (2016) afirma que el análisis de la materialidad empírica de un estudio cualitativo, además de tomar tiempo, demanda una buena descripción contextual, explicación de los sucesos y el cuidado en la forma como se organizan/aplican los instrumentos de producción de información. Entendimientos que Baéz y Tudela (2009) resaltan como relevantes a la hora de realizar análisis cualitativo, ya que la implementación de su proceso debe estar centrada en la extracción del significado otorgado al propio objeto de estudio (p. 242).

A partir de lo anterior se establecieron un conjunto de conexiones entre las anotaciones registradas en el cuaderno de campo, la información recabada mediante entrevistas semiestructuradas a dos profesionales que hacen parte del equipo de salud de la sala, y las múltiples articulaciones surgidas en torno a la experiencia de interacción de la investigadora, que durante 15 meses estuvo interactuando con los distintos procesos que envuelven el contexto de estudio. Todo esto examinado bajo una lente ampliada de salud.

El análisis de las materialidades empíricas estuvo centrado en visualizar cuidadosamente aquello que más resuena dentro de la información producida (por ser de lo que más se habla o aparece), al mismo tiempo que, aquello de lo cual no se habla, considerando que los silencios también dicen cosas. Teniendo en cuenta lo descrito, el análisis de esta investigación se configuró genéricamente en tres categorías analíticas que, además de complementarse entre sí, presentan una secuencia lógica en la forma de alcanzar el objetivo propuesto, teniendo en consideración las distintas experiencias, vivencias, interacciones y relaciones que hicieron parte del estudio como un todo.

La primera categoría se encuentra direccionada a describir el contexto y el local en el cual se desarrolló el correspondiente estudio, para seguidamente, como segunda categoría, describir el proceso de "aproximación, conocimiento e integración de la investigadora iniciante como profesional de la Educación Física en la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Departamental "Galán y Rocha" de la Ciudad de Paysandú.

Ya, la tercera categoría analítica, se encuentra enfocada en la reflexión del quehacer profesional en el campo y la importancia de dialogar con el trabajo interdisciplinar; reflexiones que, además de mostrar las generalidades de la intervención de la Educación Física en el local de internación, también precisa de un diálogo interdisciplinar que acompañe todos los procesos terapéuticos que desafían al propio equipo interdisciplinar que se encuentra en la respectiva sala.

La estructuración de las tres categorías analíticas propuestas anteriormente no significa la inexistencia de otras informaciones (categorías) importantes de ser profundizadas teniendo en consideración la riqueza de los datos obtenidos en el desarrollo del estudio. Al contrario, estas fueron reservadas para ser utilizadas en futuras producciones académicas del área (Congresos, artículos, seminarios entre otras) considerando que como estudiante avanzada (investigadora iniciante) también soy docente G1 del Departamento de Educación Física y Salud; hecho que permite con este estudio proyectar actividades futuras (de proyección profesional) en relación a la función de la investigación y la producción de conocimiento sobre la temática de la Salud Mental en el segundo y tercer nivel de atención del SNIS. Acción que es relevante en la consolidación del área en el CENUR L.N. en razón de los esfuerzos que el GEDEFS, el ISEF y la Udelar vienen construyendo en los últimos años para pensar el papel del profesional de la Educación Física en las políticas públicas de salud nacional.

4.1 Descripción del contexto y el local en el cual se desarrolló el correspondiente estudio.

De forma general, es importante contextualizar al futuro/a lector/a de este trabajo final de licenciatura de una serie de elementos (mayores) que conformaron las distintas condiciones o posibilidades para que la estudiante avanzada pudiera desarrollar esta investigación en la sala de internación del Hospital Escuela Departamental “Galán y Rocha” de la ciudad de Paysandú.

En Paysandú, el actual Hospital Escuela Departamental “Galán y Rocha” fue inaugurado en 1915 nombrando su primer pabellón como “Hospital Asilo Galán y Rocha” haciendo honor al Filántropo Luis Galán y Rocha, quien dono algunos terrenos para la organización, creación y apertura del segundo hospital[18] que en la época poseía la mencionada ciudad.

El crecimiento del correspondiente “Hospital Asilo Galán y Rocha” (Figura 5) tuvo un gran avance debido a la emergencia y construcción exponencial de otras áreas de atención médica que lo llevaron a que, tiempo después (17 años), asumiera la totalidad de los servicios existentes en la ciudad debido al cierre del primer Hospital “Pinilla”.

Figura 5: Foto Asilo Hospital Galán y Rocha.



Fuente: Acervo Hospital Departamental Escuela Litoral “Galán y Rocha”.

[18] De acuerdo a algunas informaciones históricas, Paysandú fue el primer departamento en tener un hospital en el interior del país y en construir el Hospital Pinilla como segundo en todo el país (hospital pinilla).

Ese conjunto de cambios llevó a que desde las políticas locales se creara una comisión “pro hospital” que con el tiempo consiguió la apertura de nuevas áreas de atención para el hospital (sala de niños, las policlínicas, la farmacia, el lavadero, el costurero, la lavandería, la colchonería, desinfección y el pabellón de las Hermanas). Acciones que fueron complementarias a los esfuerzos de la ciudad, y que llevaron a que en 1953 se propusiera la transformación de su nombre al de “Hospital Escuela del Litoral Galán y Rocha”, permitiéndole a futuros médicos y jóvenes estudiantes de algunas profesiones de salud, el vivir experiencias formativas en función de la práctica y perfeccionamiento de la atención a las patologías o necesidades de salud existentes en la época.

Al día de hoy (año 2025), el referido hospital es una parte importante no solo en el proceso de formación de recursos humanos para el área salud de la región y el país, sino también, para el desarrollo de experiencias, conocimientos y actividades de investigación que tienen relación directa con la atención en el segundo/tercer nivel de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) como política pública de salud nacional.

El Hospital Escuela del Litoral Galán y Rocha, se encuentra localizado en Montecaseros 520. Ocupa una cuadra entera que en su interior resguarda distintos departamentos o dependencias que prestan el servicio de salud especializado a los usuarios del sistema que lo frecuentan. Posee cuatro entradas al predio Hospitalario localizadas tres sobre la calle Montecaseros entre Avenida Soriano y General Artigas (Policlínica, Entrada Principal y Emergencia) (Figura 6), y la cuarta localizada sobre la calle Visconde de Mauá desde la cual se ingresa directamente a la sala de Internación Psiquiátrica (Figura 7).

Figura 6 y 7: Accesos al Hospital Departamental Escuela Litoral Galán y Rocha









Fuente: Autora

En su terreno posee diversos predios que se vinculan no solo a los servicios que el hospital ofrece para la atención a los/as usuarios/as, sino también, con el mantenimiento/funcionamiento provisto desde el personal técnico que apoyan labores y/o necesidades del día a día en el correspondiente centro de salud.

En este orden de ideas, es posible encontrar predios dedicados a la Lavanderia; Mantenimiento; Fisioterapia; Dormitorios para los Residentes; Vacunatório; los cuales, según la necesidad, cumplen con horarios de atención específicos que se diferencian de otras áreas como la Emergencia; la Sala de internación en Salud Mental; el CTI entre otros, que funcionan 24 horas al día, los 7 días de semana durante el año entero, brindando atención a usuarios y usuarias asociados a la Administración de los Servicio de Salud del Estado (ASSE[19]).

Ya en lo que tiene que ver con el predio de Salud Mental, este se encuentra localizado en el extremo norte del hospital y su entrada principal de acceso está en Vizconde de Mauá (Figura 8).

[19] Mayor información en: https://www.asse.com.uy/categoria/Que-es-ASSE--494?pagina=1. Acceso en junio de 2025

Se compone de dos espacios los cuales son utilizados, por una parte, como Policlínica (Patronato) la cual tiene como función principal, desarrollar consultas psiquiátricas remitidas desde del primer nivel de atención de la cuidad (Figura 9).

Figura 8: Sala de Internación Psiquiátrica



Fuente: Autora

Figura 9: Predio de Trabajo ambulatorio o Policlínica



Fuente: Autora

Ya el otro, es usado como Sala de Internación Psiquiátrica la cual tiene como función central el recibir y brindar asistencia a usuarios y usuarias que presente patologias os diagnósticos agudos vinculados directamente a la Salud Mental; en la misma hay una puerta de ingreso de usuarios/as (Figura 10) y otra por la cual ingresan personal autorizado (Figura 11).

Figura 10 y 11: Puerta de Ingreso de Pacientes y de personal profesional de la sala





Fuente: Autora

Como tal, la sala de internación psiquiátrica atiende a usuarios/as locatarios de la ciudad de Paysandú siendo también referente de la región Litoral Norte del país, prestando atendimiento a usuarios/as de los departamentos de Tacuarembó, Rivera, Artigas, Soriano, Rio Negro y Salto. Cuenta en su interior con una enfermería, consultorios en los que médicos/as psiquiatras realizan sus correspondientes atendimientos, un consultorio en el que se encuentra profesional del área psicológica, un comedor en el que se realizan todas las comidas del día[20], una cocina al cual los usuarios tienen acceso (bajo acompañamiento de las enfermeras o del guardia).

También cuentan con una sala de estar mediana en la que los/as internos/as pueden asistir en algunos momentos del día TV. A lo anterior se suma una batería de baños con ducha (masculino/femenino), así como un amplio espacio verde que sirve de lugar de esparcimiento externo y el cual se encuentra cercado por una serie de muros y rejas.

En lo que tiene que ver con el equipo completo de los/as profesionales y funcionarios/as que componen la Sala de Internación, existe una organización por turnos que va a depender específicamente de factores como los horarios, días de la semana o incluso la propia organización que puede cambiar en función de las necesidades del correspondiente servicio. Al

[20] La alimentación de los/as usuarios/as que se encuentran en la sala está a cargo del personal del hospital, los cuales brindan su servicio a todas las áreas del hospital.

momento de realizar el estudio, existía una Psicóloga que, en conjunto a los/as psiquiatras, atendían a los/as internos/as de acuerdo a las necesidades terapéuticas de cada caso (si así lo requieren), al mismo tiempo que acompañan a los/as usuarios/as tanto en las actividades en Sala, cuanto en las desarrolladas en los espacios comunes. Ya, los/as Médicos/as Psiquiatra, atienden en un consultorio privado en el ala izquierda de la sala con horarios predeterminados de acuerdo a sus propias disponibilidades.

Existía un guardia de seguridad el cual tenía como función no solo el abrir y cerrar la puerta de la propia Sala de Internación, sino también, colaborar en momentos de situaciones críticas en pro del cuidado de usuarios/as y profesionales. Uno/a de los/as colaboradores/as del estudio manifiesta que, por ejemplo, la cantidad de enfermeros/as que hacen presencia en la sala de internación varia "*más o menos de 3 a 4 enfermeros por turno; a veces, por situaciones, quedan 2 por turno, mas, generalmente, entre 3 o 4, (…) porque son patologías que requieren esa atención*" (profesional entrevistado/a 1).

Existen Auxiliares de Servicio que se encargan de realizar toda la limpieza e higienización de los espacios físicos y de consultas donde transitan tanto internos como profesionales de la propia Sala de Internación.

Al espacio de Internación Psiquiátrica los/as usuarios/as ingresan de tres formas diferentes: la primera, de forma voluntaria utilizando como puerta de ingreso la emergencia, la segunda, por disposición judicial (indicado por un/a juez/a y aprobado por el/la médico/a psiquiatra), situación que al/la usuario/a no le permite irse de la internación de forma voluntaria, pues la única manera de salir es con una nueva orden judicial. Finalmente, la tercera, que se da a partir de una indicación médica, lo que quiere decir que el ingreso es sugerido por un/a médico/a psiquiatra a partir de una sesión de consulta; la misma puede ser a partir de una llamada a emergencia o por una consulta directa que termina en internación.

En relación a lo anterior una de las colaboradoras del estudio menciona que, sea cual sea la forma de ingreso de los internos en la respectiva sala, "*primero ingresan al servicio de emergencia, pues allá los ve el médico de guardia-psiquiatría y los ingresa acá, a la sala, controlado con una evaluación. Y sí, medicados, con indicaciones médicas, digamos*" (profesional entrevistado/a 1).

En cuanto a las actividades rutinarias que se llevan a cabo en el espacio, se organizan a partir del despertar/desayunar de los internos alrededor de las 8hs[21]. Posterior a esto, se habilitan

[21] Se refiere a los/as usuarios/as que permanecen internados también durante la noche. Esto se diferencia de aquellas personas que solo participan en la modalidad de internación diurna (de 7:00 a 17:00), conocida como "hospital de día". Este dispositivo brinda acompañamiento a quienes requieren apoyo en su tratamiento, ya sea en la toma de medicación, en la organización de las comidas y, al mismo tiempo, les permite continuar viviendo en sus hogares. En los casos en que un paciente inicia en hospital de día y luego necesita un ingreso completo, se procede a su internación total.

a los mismos a salir al patio (Figura 12) (momento en el que usuarios/as pueden hacer uso de los cigarrillos)[22]. Alrededor del mediodía, los internos pasan a un espacio compartido en el comedor de la sala donde pasan a realizar su respectivo almuerzo, para luego hacer la siesta hasta la hora de la merienda que es alrededor de las 16hs. Seguidamente, se encuentran autorizados/as a salir nuevamente al patio hasta las 17hs que es el momento en el cual deben ingresar nuevamente a la sala para recibir visita de amigos o familiares[23]. Alrededor de las 20hs, se da el momento de la cena para posteriormente a las 21hs ir a dormir.

Figura 12: Patio de Actividades de la Sala de Internación



Fuente: Autora

Si bien la Educación Física como disciplina de intervención institucionalmente no se encuentra reconocida como profesión del área de la salud vinculada al Sistema Nacional Integrado de Salud[24] (SNIS), la Universidad de la República en articulación con el Instituto Superior de Educación Física[25] (ISEF) proponen como política institucional "el establecimiento de diálogos y acciones para iniciar un proceso de inserción en el Sistema Nacional Integrado de Salud, específicamente con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)" (Plan de Desarrollo Institucional 2021-2025).

[22] El uso de cigarrillo en el espacio de internación es restringido solo al momento de estar en el patio. Los insumos para quienes desean hacerlo en muchos casos son facilitados por los propios familiares al momento de la visita lo que genera que quienes tienen le compartan a los otros. Al momento de fumar, quien tiene control y gestiona el uso del encendedor son solamente profesionales de la sala.

[23] Las visitas son personales de cada usuario/as, lo que lleva a que no todos/as reciban. Las mismas se desarrollan en el espacio del comedor. Las visitan comparten un espacio ameno con los internos y en muchas ocasiones les llevan presentes o artículos de primera necesidad.

[24] Mayor información: Sistema Nacional Integrado de Salud | MSP. Acceso en septiembre 2025

[25] Mayor información: Instituto Superior de Educación Física | ISEF. Acceso en septiembre 2025

En este sentido, la generación de estudios de carácter investigativo, los relatos de experiencias, la vivencia de estudiantes en pasantías del área salud, así como la (de)construcción del conocimiento hegemónico en lo que a salud se refiere, ha sido una constante desde el Departamento de Educación Física y Salud en el CENUR L.N. – Sede Paysandú, y más específicamente desde sus núcleos “Salud, Cultura y Sociedad” y “Prácticas Corporales y Salud”. Núcleos que visualizan el fenómeno de la salud como un derecho humano fundamental, de perspectiva ampliada y dependiente de un conjunto de elementos o determinaciones sociales que impiden o posibilitan el acceso de los sujetos a las políticas públicas de salud.

En función de lo anterior, el Grupo de Estudios Decoloniales en Educación Física y Salud – GEDEFS (CSIC 883241) ha venido desarrollando un conjunto de experiencias de carácter formativas que indagan acerca del papel del/la profesional de la Educación Física al interior de las distintas políticas públicas de salud. Acciones que, en mi caso, permitieron mucho antes de la realización del presente estudio, aproximarme como investigadora iniciante a la Política Nacional de Salud Mental mediante la vivencia de un espacio de pasantía optativa en el Hospital[26] y más específicamente en la Sala de Internación Psiquiátrica.

En síntesis, el Hospital Escuela del Litoral “Galán y Rocha” constituye un espacio histórico, formativo y asistencial de gran relevancia para Paysandú y la región. Su sala de internación psiquiátrica, en particular, se configura como un escenario complejo en el que confluyen distintos actores, saberes y prácticas, y que responde tanto a necesidades asistenciales inmediatas como a procesos de formación e investigación. Este contexto fue el que posibilitó el desarrollo de la experiencia que aquí se presenta, marcando los límites, desafíos y oportunidades desde los cuales se desplegó la práctica y la construcción del presente estudio.

[26] Servicio de internación de Salud Mental – Hospital Departamental de Paysandú. Sala de internación de psiquiatría. Propuestas de intervención de prácticas corporales con usuarias y usuarios internos. Docente responsable: Edwin Alexander Cañon. Expediente: Nº 008100-000030-23. Fecha de aprobación: 23/06/23

4.2 Aproximación e integración de la investigadora a la Sala de Internación Psiquiátrica: encuentros y desencuentros a partir de las prácticas corporales.

De forma general, mi proceso de aproximación a la política nacional de Salud Mental se dio en cuanto cursaba el 6° semestre de la Licenciatura en Educación Física (Paysandú) donde el tránsito por unidades curriculares como “Educación Física Inclusiva”, “Educación Física y Salud Colectiva”, “Educación Física y Salud II”, “Sexualidad y Género”, así como “Políticas Públicas y Salud”, me abrieron la curiosidad para comprender la actuación del profesional de la Educación Física en el primer, segundo y tercer nivel de atención en salud del SNIS.

Esta curiosidad se agudizó cuando fue ofertada desde el departamento de Educación Física y Salud (2023) una pasantía denominada de “Hospital Departamental – Servicio Salud Mental” que sería desarrollada exploratoriamente durante el segundo semestre del año 2023 (agosto–diciembre) dentro de la Sala de Internación Psiquiátrica de la mencionada institución hospitalaria. Tema y espacio que hasta el momento era desconocido al interior de las prácticas profesionales del Instituto Superior de Educación Física (CENUR L.N.), y que, desde mi perspectiva, era una gran oportunidad para experienciar otro espacio de acción formativa diferenciado de aquellos en los que históricamente ha circulado el profesional de la Educación Física en Uruguay, o por lo menos en Paysandú.

La postulación a la correspondiente pasantía tornaba elegibles estudiantes avanzados/as de Licenciatura quienes cumplieran con un conjunto de requisitos específicos[27] en función del cursado y aprobación de unidades curriculares propias del trayecto “Salud” del plan de estudios 2017. Al momento de postularme, atender los criterios de selección y finalmente, entre muchos otros/as candidatos/as, ser notificada como la seleccionada para vivenciar la mencionada pasantía, llegó el tiempo de enfrentarme a lo desconocido y aproximarme realmente a lo que era la respectiva sala.

Inicialmente, dediqué, mediante un proceso de observación, a entender, (re)conocer y visualizar el papel de los/as profesionales de salud[28], los/as usuarios/as que circulan en el local, así como también, la lógica interna que gobierna la organización de los tiempos y espacios de la sala, pues no tenía hasta el momento ninguna referencia profesional específica

[27] Haber cursado el 50% de la carrera, ser del trayecto salud, haber cursado o estar cursado unidades curriculares como “Educación Física y Salud I” “Educación Física y Salud II” “Educación Física y Salud Colectiva”.

[28] A lo largo de las categorías de análisis se van a nombrar a enfermeras, psicóloga, guardia de seguridad y psiquiatras como “profesionales de la salud” con el fin de resguardar su intimidad profesional.

(adscripto) que me sirviera de base para guiar mi ingreso, permanencia y/o plan de trabajo al interior del local. Acción exploratoria que tuve que ir identificando/construyendo poco a poco en miras a poder alcanzar mi objetivo principal que se dirigía hacia identificar las formas en las cuales la Educación Física (como disciplina de intervención) contribuiría en aquel espacio novedoso, distinto y al mismo tiempo complejo de entender.

Mi vivencia de forma general, en esa oportunidad, se centró en reconocer el espacio, las lógicas institucionales y pensar cuáles serían las prácticas que, desde el saber profesional de la Educación Física, podrían realizarse en función de las necesidades del servicio y de los/as usuarios/as que participan de la sala.

En ese tiempo de aproximación inicial, distintas personas me mencionaron que *"los pacientes eran rotativos; es decir, están de 5 a 15 días"*; *"hay veces que llegan a estar internados 5 convictos y ahí, hay que tener mayor cuidado, porque intentan desafiarte todo el tiempo"*; *"Cuando alguno esta bravo, por más que no podamos, hay veces que es necesario retenerlos"* (cuaderno de notas), lo que me llevó a imaginar un escenario cambiante y difícil de anticipar.

> en la sala también tenés casos que están por fuera de lo que es el consumo de sustancia, que son enfermedades como la esquizofrenia, distintos tipos de esquizofrenia, distintos tipos de personalidad, depresión, intentos de autoeliminación, gente que ingresa por ideas de muerte, que bueno; eso me empezó a tocar mucho más de cerca desde que estoy en la sala. (profesional colaborador/a 2).

Esta percepción se confirmaba en mis recorridos cotidianos, donde registré en mi cuaderno de notas que, en cada una de las visitas que tenía semanalmente, *"me encontraba con varios pacientes que ya conocía y otros que no"* (cuaderno de notas), lo que me fue transmitiendo la idea de que cada encuentro de intervención en la sala, era un nuevo comienzo con incertezas, desafíos y desconocimientos.

> Al llegar los enfermeros estaban en su sala trabajando en la computadora, para no molestar, me fui al patio para estar con los pacientes. Al salir, me encontré con los mismos que estaban el martes, a excepción de dos muchachas que eran nuevos. A una de ellas la había visto la semana anterior ya que estaba como acompañante de otro paciente. (Cuaderno de notas)

Fue a partir de estas reflexiones que comencé a comprender que mi presencia en la sala de internación psiquiátrica se convirtió a cada encuentro "en un nuevo primer día", ya que era posible depararme con otros ingresos, rostros, problemáticas y disposiciones de participación en las actividades propuestas que exigían constantemente replantear mi planificación, rol en la sala y proyecciones para los encuentros venideros.

Desde mi inexperiencia en el campo, intenté aplicar algunas herramientas de atención en salud como fueron la escucha activa, la identificación de intereses o necesidades de los/as usuarios/as con los cuales dialogaba en mis días de concurrencia a la sala, así como la

comprensión de algunos movimientos institucionales del sector de Salud Mental en relación a las lógicas de atendimiento del equipo de trabajo; todo esto configurado en miras a visualizar las contribuciones que la Educación Física tiene para desarrollar acciones de cuidado en Salud Mental mediante el uso de prácticas corporales.

Es así que, durante mi tránsito por la mencionada pasantía, logre identificar que, en distintos casos, el sentido de participación de los usuarios/as en algunos intentos de intervención (desde mis posibilidades) fueron difíciles. Hecho que se dejó visualizar en lo emocional de los usuarios en razón de que, en algunas de las actividades planificadas, no era posible generar una secuencia debido no solo a la variabilidad de los/as asistentes, a los efectos colaterales que generaba en ellos/as la medicación recibida, sino también, en la propia idea que, como estudiante avanzada de la licenciatura, tenía en lo que refiere al éxito en la participación en actividades de producción de cuidado en el ámbito de la salud mental.

En función de lo anterior, una de las colaboradoras del estudio mencionó que

> venir a la sala implica tener un plan A, un plan B, un plan C, porque bueno, porque ayer te dijeron que querían; mañana venís y te dicen que no quieren; entonces, implica una flexibilidad y una diversidad en la planificación que sí o sí, te lleva como a visualizar esas distintas actitudes que suele haber dentro de la sala. Gente que capaz, está más compensada en su proceso y está más disponible a poner el cuerpo, y gente que capaz, ingresó recién o hace poquito o todavía está en una fase donde está más aletargada y realmente no van a poder participar; incluso, hay gente que le gusta participar mirando; o sea, para mí, la participación nunca deja de ser participación. Lo único que cambia es que es más pasiva, más activa, pero está participando igual. (profesional colaborador/a 2)

Este hecho me llevó a comprender al finalizar la correspondiente pasantía, en lo complejo que es pensar en el quehacer profesional del área desde los saberes generales que hoy poseemos (como estudiante avanzada) para contemplar todas las subjetividades, necesidades, intereses o problemas de escucha con los cuales lidian los usuarios/usuarias dentro y fuera del correspondiente servicio.

> En el área de salud mental, bueno, principalmente hay que tener mucha paciencia, mucha empatía y trabajar con los códigos de los pacientes, digamos, que ellos necesitan otro tipo de atención que un paciente de salud común, que requiere mucha escucha, estar muy atentos a cómo se comportan. A cómo se comportan y de saber mucho de la patología. Porque a medida que ellos ingresan, al saber de qué patología se trata y saber cómo tenemos que atenderlo, cómo tenemos que estar preparados para atenderlo, digamos. (profesional colaborador/a 1).

A lo anterior también se suma el convencerme que la flexibilidad[29] por la cual yo estaba pasando en las intervenciones proyectadas con los correspondientes usuarios/as del servicio, no era una debilidad de mi propia planificación, sino una condición puntual que se presentaba en el respectivo espacio a la cual debía constantemente adaptarme. Esto considerando que para desarrollar actividades dentro de la mencionada sala fue evidente la necesidad de comprensión de lo que tiene que ver con la salud (ampliada), el trabajo en salud mental desde la perspectiva de la Salud Colectiva, y los efectos secundarios que puede generar la medicación que se programa en los tratamientos de los/as usuarios/as que asisten al correspondiente espacio.

Siendo así, el observar, conversar sobre las vivencias personales, el compartir y el acompañar tanto a usuarios/as como a los/as profesionales de la salud durante 2 veces por semana entre agosto y diciembre de 2023 (pasantía), convirtió los encuentros en un espacio cotidiano de acercamiento, tanto a la propia política de Salud Mental, cuanto a mi entendimiento acerca de los sufrimientos que se presentan en ese mismo espacio por todas las partes hoy involucradas.

De acuerdo a lo descrito, decidí encarar un nuevo desafío en el sector de Salud Mental y específicamente en la correspondiente Sala de Internación, al pensar la proyección e implementación de mi Trabajo Final de Licenciatura en Educación Física mediante el desarrollo de una investigación que me permitiera, a partir del relato de experiencia, pensar una secuencia al trabajo realizado en la pasantía institucional. Como objetivo central para el estudio, se propuso “comprender el posible papel que la Educación Física como disciplina académica y de intervención cumpliría al interior de la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Departamental "Escuela del Litoral Galán y Rocha" de la ciudad de Paysandú”, lo que me llevó a querer profundizar en dos puntos específicos que me llamaron la atención y que poco fueron abordados debido al tiempo de pasantía e inexperiencia de integración profesional en el referido sector.

El primero, centrado en priorizar la atención a mi proceso de integración como profesional de la Educación Física al equipo interdisciplinar de la sala en miras a conocer las correspondientes formas de trabajo que se utilizan en función de las demandas y tratamientos de los/las usuarios/as asistentes a la sala. Ya, el segundo, visualizando un trabajo de

[29] Cuando hablo de flexibilidad, hago referencia a que la sala de internación, así como sus espacios, se encuentran atravesados por una dinamicidad en lo que tiene que ver con la participación de usuarios/as, su estado de sensibilidad, las micropolíticas institucionales e incluso, su propio proceso terapéutico. Esto llevó a identificar que la participación de los usuarios, en las prácticas propuestas pueden llegar a variar de la forma como comúnmente se piensa al desarrollar labores en otros espacios donde el área circula y en el cual se mide el éxito de la propuesta por la masividad de participación activa de los sujetos.

intervención mediante el uso de Prácticas que contribuya a las necesidades terapéuticas de los usuarios, en común acuerdo y discusión con el propio equipo de la sala.

Por este motivo, los esfuerzos para pensar las intervenciones en los espacios de encuentro se orientaron hacia la exploración de aquello que los usuarios sentían al momento de estar en la sala. En línea con lo mencionado, una de mis primeras intervenciones dentro de este trabajo final de licenciatura consistió en la creación de una lluvia de ideas con una serie de preguntas disparadoras (Figura 13) entre las que se incluyeron: "¿Qué te gusta hacer?", "¿Qué te hace sentir bien?", "¿Qué haces en tu tiempo libre?" y "¿La Educación Física qué puede brindar en este espacio?".

Estas consignas permitieron a los/as usuarios/as, a partir de la confianza ya generada en los encuentros anteriores, expresar sus intereses y percepciones en miras a hablar de sus gustos, defectos, vínculos afectivos, problemáticas internas y hábitos cotidianos. "*Luego de plantearla, se pusieron a escribir, a dibujar y a conversar junto conmigo de lo que iban haciendo en los papelógrafos"* (Cuaderno de notas). En las respuestas recibidas aparecieron de forma recurrente un conjunto de prácticas direccionadas a la lectura, el arte (pintar), el tomar el mate, el escuchar música, así como el dedicar tiempo a compartir con amigos, familiares o mascotas (Apéndice H).

El resultado de la acción me permitió identificar que, el mayor interés de quienes se encontraban en la sala en ese momento estaba vinculado al dibujo, lo artístico y la expresión de sus respectivos sentimientos. También surgieron articulaciones prácticas relacionadas con la propia idea del quehacer de la Educación Física y donde el "jugar", "mover el cuerpo", "divertirnos" y "despejarnos" eran los aportes que los participantes de la actividad consideraban representativos en lo que al área se refería. Esto teniendo en cuenta en muchos de los casos, las experiencias escolares, liceales y deportivas por las cuales muchos de los asistentes pasaron a lo largo de su vida en lo que al sistema formal, no formal e informal hace referencia.

Figura 13: Actividad de exploración de intereses



Fuente: Autora

En mis recorridos cotidianos por la sala, un detalle que me llamó particularmente la atención fue la existencia de una pequeña biblioteca que permanecía cerrada con candado. Esta situación me generaba incomodidad porque representaba la paradoja de contar con un recurso disponible que, al mismo tiempo, era para los/as usuarios/as inaccesible. Frente a esto, una de las colaboradoras afirmó que *"lo único que yo encontré fue una biblioteca, que bueno, que en el momento me rechinaba encontrarla cerrada con candado, porque ta; es como que está, pero no está"* (profesional entrevistada).

Más allá de la anécdota, la observación abrió un espacio de reflexión sobre cómo la institucionalidad define los límites o usos de espacios, (auto)cuidado y del "tiempo libre", que, si bien es libre para los participantes de las actividades, se encuentra condicionado por la autorización, posibilidad, disponibilidad o accesibilidad (en este caso a una lectura) que podría ser abierta, pero que está constantemente bajo llave. En relación a lo descrito, en una conversación con un/a profesional de salud mencionó que

> Este día no iba a abrir la puerta del patio porque un rato antes, se había intentado suicidar una muchacha (quedó en CTI), lo que llevó a que quienes quisieran fumar lo hagan adentro, y no a todos les gustó esta idea. (Cuaderno de notas).

Desde mi posición de sujeto como futura profesional de Educación Física actualmente en formación, este hecho reforzó la importancia de diseñar actividades o prácticas que no dependieran exclusivamente de materiales, recursos externos o uso de espacios específicos, sino que se centraran en la expresión de los sentimientos, del cuerpo, la creatividad y la interacción consigo mismos y con los otros, intermediados por materiales accesibles/disponibles en el local de encuentro.

En este sentido, también prioricé la sugerencia de un/a profesional de salud, quien en una de nuestras conversaciones cotidianas comentó que *"cuando utilizas materiales debes tener en cuenta que menos, es más; por ejemplo, si utilizas colores no traigas una caja entera, trae un lápiz rojo, uno azul y uno verde y que ellos creen"* (cuaderno de notas). Esta lógica, casi prescriptiva, se mantuvo durante todas mis propuestas dentro de la sala, ya que comencé a prestar mayor atención a los materiales empleados como medida de prevención y cuidado, de modo de evitar que los respectivos materiales pudieran ser usados para lastimar a los otros o a ellos/as mismos.

Posteriormente, las actividades que comenzaron a ser proyectadas fueron pensadas y construidas en conjunto con quienes se encontraban presentes en la propia sala, considerando, tanto el tiempo que permanecerían en el espacio, cuanto la propia estructura de la sala para el desarrollo de las prácticas. Lo anterior también me llevó a planificar propuestas de base que no requirieran gran cantidad de materiales y que respondieran a los intereses de los/as respectivas participantes.

En línea con lo anterior, otra colaboradora resaltaba que, en relación a los materiales para planificar las actividades, los mismos (materiales) deben ser bastante controlados, pues aquello que se use debe permanecer siempre a la vista ya que ellos lo *"pueden guardar; o que uno se pueda dar cuenta para después ahorcarse o una cosa así. Tenemos muchos casos. El límite es que hay que estar controlando muy bien"* (profesional entrevistada).

Como muchas de las actividades implementadas hacían uso de prácticas corporales en miras al desarrollo de la interacción, el acompañamiento en las actividades cotidianas, al mismo tiempo que la generación de dinámicas grupales, fui percibiendo que, si bien los cuidados al realizar las respectivas prácticas deben existir por parte del profesional de la Educación Física, también existe una sobreprotección del personal de la sala para la participación de los usuarios en actividades propuestas en el referido espacio. Esto lo veo más como una idea centrada en el discurso del daño que ellos pueden llegar a sufrir o a infligir a los demás en algún momento específico de su participación en las prácticas planificadas. Discurso que lleva a pensar que es mucho más fácil no proporcionar ningún tipo de práctica para minimizar los riesgos, que tener que en algún momento dar explicaciones por alguna alteración o accidente generado bajo los cuidados en la respectiva sala de internación.

> Hoy al llegar al hospital, me encontré con un número "grande" de pacientes; eran 6 (los que se encontraban en el patio. Les propuse la actividad y solo 2 quisieron participar. El resto me plantearon que no estaban con ánimo.
> Luego de Jugar con la pelota y hacer la actividad, comenzamos a hacer pases hasta que se sumó un paciente y lanzó la pelota hacia arriba del techo. Este paciente minutos antes mencionaba "¿Cómo puedo irme?, estoy harto de estar acá; al inicio es todo color de rosa y después los colores se van poniendo grises" haciendo mención a que los primeros días en la sala de internación son diferentes a luego que pasan los días. Lo que desató esta

> situación fue que, en conversación con las enfermeras, ellas mencionaran que no podían sacar más paltas porque significaba “subirse al árbol y esto era peligroso” (Cuaderno de notas).

En el transcurso de la vivencia experiencia da en este trabajo final de licenciatura, aparecieron sentimientos diversos y en algunos momentos encontrados en lo que refiere a las intervenciones del profesional de la Educación Física en la sala. Por un lado, emergieron en distintas épocas incertidumbre, miedo e inseguridad en relación a mi quehacer en el local de internación. Por otro, la satisfacción de observar que muchas de las actividades propuestas en la sala eran bien aceptadas y motivaban a los/as usuarios/as a participar de las prácticas cuidadosamente planificadas para los diferentes momentos y espacios de encuentro.

Estas emociones, lejos de ser solo accesorias en el sentir, se convirtieron en parte central del proceso de intervención, ya que permitieron reflexionar no solo sobre la contribución de las prácticas corporales en sí al campo específico de salud mental, sino también, en aquello que moviliza al propio sujeto a participar de las propuestas prácticas en virtud de su tiempo, del sufrimiento por el cual se encuentra pasando y los efectos colaterales que puede llegar a generar la ingesta del tratamiento medicamentoso.

La experienciación por parte de los usuarios de aquello propuesto en los distintos espacios de encuentro generó momentos de interacción dinámica en algunos casos, y en otros, distanciamientos más limitados, donde prácticas corporales como pintar, escuchar música, cantar, caminar, jugar a las cartas o realizar origami, abrían la posibilidad de dialogar, hablar, recordad y compartir experiencias por los usuarios vividas. Sin embargo, en varias oportunidades surgieron comentarios como *“estoy dopada/o”* (cuaderno de notas), en alusión a la imposibilidad de participar de las prácticas propuestas por los efectos secundarios de la medicación que recibían como parte del tratamiento individual.

En relación a lo descrito, una de las profesionales entrevistadas también mencionó que los usuarios internos en la sala

> son pacientes que, si bien necesitan la tranquilidad de la sala, también la padecen, porque el tratamiento farmacológico los deja más rígidos, más adormecidos; por eso necesitan un estímulo diferente que termine siendo no solo físico, sino también mental y emocional (colaboradora 2).

Estos comentarios permiten comprender que las limitaciones a la participación en las prácticas corporales proyectadas no derivaban únicamente de la falta de interés de los internos/as en las actividades, sino también, de un contexto terapéutico donde la medicación farmacológica incide directamente en la disposición sensorial, corporal y/o emocional de los/as usuarios/as, lo que obligaba a repensar cada práctica desde la flexibilidad y la sensibilidad hacia dichas condiciones.

A partir de la recurrencia de estos comentarios en varios de los encuentros programados, comprendí que *"probablemente, lo que funcione no es hacer cosas guiadas, sino llevar diferentes actividades y que cada uno elija"* (cuaderno de notas). Esto teniendo en cuenta su propio estado emocional, de alerta, de medicación o predisposición a realizar o no algún tipo de práctica corporal. Desde entonces, comencé a proponer actividades con poca estructura/materiales, orientadas a la experimentación corporal en miras a visualizar si podría existir algún tipo de autogestión de las mismas por parte de los/as usuarios/as.

No obstante, en el transcurso de la experiencia también llevé adelante la implementación de juegos (Figuras 14 y 15) con el fin de estimular la memoria y algunas de las habilidades básicas de los/as participantes.

Figura 14 y 15: Actividades implementadas para fortalecer la conversación y la memoria



Fuente: Autora.

Tal como fue mencionado, establecer un hilo conductor entre cada una de las propuestas era complejo debido, por un lado, al flujo rotativo de usuarios/as ingresantes en la sala, y por el otro, a la predisposición fluctuante frente a las actividades realizadas condicionada por la forma en la que los asistentes se sentían en relación a los procesos medicamentosos administrados minutos antes.

En diversas ocasiones, algunas actividades planificadas no se concretaban porque los/as usuarios/as ya tenían autogestionada otra práctica para su día. Un ejemplo de ello ocurrió en una jornada en la que, tras realizar mi rutina habitual —dirigirme primero a la enfermería y luego al patio, saludando en el camino a quienes permanecían en la sala—, me encontré con dos usuarios que ya conocía de encuentros anteriores.

Al preguntarles si tenían ganas de realizar alguna actividad, uno de ellos respondió con naturalidad: *"yo ya tengo planes para hoy; bajar paltas del árbol"* (cuaderno de notas). Práctica que tiempo después fue limitada en función de los riesgos físicos que conllevaba el subir al

árbol a bajar paltas. Este comentario me sorprendió porque me permitió reconocer la forma en que los/as propios/as usuarios/as empezaron a gestionar su tiempo, espacio y actividades al interior de la correspondiente sala, otorgando sentido a su cotidianeidad más allá de las propuestas por la investigadora proyectadas.

En consecuencia, decidí acompañar en su momento los planes; la tarde se destinó a la tarea de bajar paltas de uno de los árboles localizado en el patio de la sala de internación, transformando aquella incertidumbre que en algún momento generaba un obstáculo para la planificación de las prácticas corporales, y llevando a generar autonomía, confianza y vínculo desde los correspondientes usuarios de la sala (Figura 16).

Figura 16: Actividad de Recolección de paltas.



Figura 8: Autoría

Además de las actividades artísticas, los juegos orientados hacia la memoria y las dinámicas que surgían desde la espontaneidad del espacio, la música emergió como un recurso importante y central en las ideas o necesidades de los correspondientes internos. Aunque inicialmente no formaba parte de mis propuestas principales, pronto descubrí que la escucha de la música en colectivo poseía una capacidad para transformar el ambiente de la sala mientras duraban los espacios de encuentro. Frente a esto, una de las colaboradoras del estudio expresó en relación a los usuarios que

> si bien necesitan esa tranquilidad de la sala, también llega un momento que también la padecen y necesitan un estímulo diferente; y me parece que está bueno también como un aporte a la salud mental ese estímulo más físico que a la misma vez uno ya sabe que no es solo físico; es un estímulo que termina siendo mental, que también es emocional, porque bueno, es a través de ese movimiento que el cerebro también genera otra energía, que termina

> potenciando también esas partes emocionales que están a veces como adormecidas, ¿no? O sea, por un lado, vos tenés personas que están en un tratamiento farmacológico que las deja más rígidas, que las deja adormecidas, pero por otro lado también sabés que necesitan ese estímulo para compensar ese estado. Entonces sí, está bueno. Y uno ve después de las prácticas o después de esos eventos donde vos hacés tus actividades que ellos quedan contentos, incluso, al día siguiente los traen, ¿no? "Como ayer vino Mica, hicimos esto, estuvo muy bueno", o sea, te lo devuelven todo el tiempo, más allá de su enfermedad, pueden devolverte que pasaron un buen momento. (Colaboradora 1).

Respuesta que me permitió en otros encuentros seguir indagando acerca de los intereses de los internos en relación a vivenciar prácticas con las que tuvieran algún tipo de afinidad o que simplemente desearan experienciar durante su estadía en la sala.

La sugerencia de vivenciar prácticas corporales con niveles de intensidad mayor dio una sorpresa categórica, pues tiempo atrás, las actividades seleccionadas habían sido más de comunicación, contemplación, de lectura e incluso artísticas, lo que llevó a configurar el espacio de encuentro como un local donde es posible proponer y vivenciar diversidad de prácticas de acuerdo a como se ve y conforma el propio grupo. En esta ocasión, entre las prácticas corporales solicitadas a la investigadora se encontraron el baile, la aeróbica, la zumba etc.

> durante la conversación con algunos de los pacientes surgieron diferentes propuestas de actividades. Entre ellas mencionaron la posibilidad de hacer baile, aeróbica o incluso zumba, señalando que les gustaría participar en algo con música y movimiento. Comentaron que este tipo de dinámicas les permitiría distraerse, sentirse más activos y romper con la rutina de la sala. Al mismo tiempo, algunos expresaron dudas por los efectos de la medicación, pero igualmente mostraron entusiasmo ante la idea de probar una actividad más física y grupal. (cuaderno de notas)

Si bien de estas actividades fueron configurándose en las propuestas por la docente proyectadas, las mismas ocuparon un lugar significativo en el tiempo de estadía del personal interno en el local determinado, ya que permitieron abrir otras formas de encuentro, diálogo y construcción terapéutica a partir del movimiento.

En conclusión, podría pensar que, en relación a esta categoría analítica, mi integración como profesional de la Educación Física en la Sala de Internación Psiquiátrica se caracterizó por la dificultad de seguir un hilo conductor entre cada una de las prácticas propuestas, al mismo tiempo que generó un proceso de pensamiento reflexivo en función de la flexibilidad constante (como proceso de adaptación) para pensar la intervención, la participación de los sujetos, así como las necesidades particulares de los/as usuarios/as en el espacio de encuentro.

En diversos pasajes de mi tránsito por la sala, el trabajo con usuarios/as se caracterizó por la necesidad de sostener la escucha y la observación. Hubo momentos en los que la intervención activa no era posible y, en su lugar, predominaba la espera, la calma y la

construcción de confianza. Esto coincidió con lo expresado por una de las colaborador/a, quien afirmaba que *"hay que tener mucha paciencia, mucha empatía y trabajar con los códigos de los pacientes"* (profesional entrevistada). El mirar críticamente lo anterior, me permitió releer mis propios silencios y demoras no como pasividad, sino como parte constitutiva de la práctica, de la experiencia y de la integración a la propia sala, en miras a pensar las contribuciones del área a la política institucional de atención a la salud mental en el espacio de internación psiquiátrica.

El análisis de estas instancias me llevó a reconocer que, en contextos de salud mental, el tiempo no se mide únicamente en la cantidad de actividades realizadas, en el éxito de las mismas a partir de la participación activa de los internos, o en lo provechoso que pueda o no ser para la propia sala, sino también en la calidad de los vínculos que las prácticas corporales como posibilidades terapéuticas pueden potenciar en cada caso particular y en el entorno colectivo. La paciencia, la sensibilidad, la comprensión, la escucha activa y la empatía, se volvieron herramientas de producción de cuidado terapéutico para pensar la participación de los sujetos en prácticas corporales que le hagan sentido y significado en función de su historia de vida, el sufrimiento por el que pasa y la necesidad de ser escuchado en colectivo.

4.3 ¡Bueno!, es lo que toca: La ilusión de la Interdisciplina entre disciplinas que no dialogan.

Este capítulo analítico tiene como centralidad prestar atención al proceso de incorporación que la estudiante avanzada del área realizó para ser parte del equipo interdisciplinar de la sala en miras a, por una parte, aprender propiamente lo que refiere al trabajo interdisciplinar en función de las necesidades terapéuticas de los correspondientes internos. Ya, por la otra, a alinear los saberes del campo específico de la Educación Física y en especial el de las prácticas corporales a diálogos y tomas de decisión realizadas por el referido equipo para implementar propuestas de trabajo individual y colectivo (como parte del proyecto terapéutico) durante el tiempo de permanencia de los internos en la respectiva sala.

Durante mi proceso de formación en la licenciatura escuché en varias de las unidades curriculares por las que transité la necesidad de trabajar interdisciplinariamente en lo que, a la educación, lo comunitario, la salud y a lo colectivo refiere. Lo que fui construyendo con el tiempo en relación a lo interdisciplinar fue marcando la idea del trabajo en conjunto en miras a abordar una problemática social o de salud desde distintas lentes disciplinares, lo que llevaría a considerar una multiplicidad de aristas para solucionarlo de la forma más organizada, racional y lógica posible.

El posicionarme desde lo descrito me llevó a entender que el trabajo interdisciplinar en el campo de la salud es un elemento esencial para poder comprender no solo el propio fenómeno de la enfermedad, sino también, los caminos que los sujetos construyen históricamente para interactuar con su proceso salud-enfermedad vinculado a un espacio-territorio. En este sentido, al pensar en el desafío de lo que sería el trabajo final de licenciatura luego de haber vivenciado distintas experiencias interesantes en la pasantía, me hizo visualizar la oportunidad de integrar el equipo interdisciplinar de la sala teniendo en consideración que mi deseo estaba direccionado a contribuir desde el área, al trabajo que los profesionales de salud vienen realizando para acompañar las problemáticas de sufrimiento de los/as usuarios/as que permanecen en la sala de internación psiquiátrica.

Siendo así, en mi pasaje por este espacio de desafíos y aprendizajes, fui construyendo poco a poco una rutina que me permitió establecer vínculos profesionales y humanos tanto con los/as usuarios/as que transitan por la sala, cuanto con algunos de los/as profesionales de salud que producen atención y cuidado en el respectivo local. Esto se dio debido a que, desde el inicio del trabajo final de licenciatura "*me di cuenta que no conocía al equipo que estaba*

ese día, por lo que me presenté y conversé inicialmente con las enfermeras" (Cuaderno de notas).

Fue de esta manera que desde mis primeros momentos en la sala tome la decisión de aproximarme a conocer al personal de salud del local, transitar por algunos espacios para que me reconocieran, dialogar con ellos en función de las actividades realizadas en la sala, así como la organización de los espacios en miras a proyectar prácticas corporales para que los internos pudieran realizarlas, seleccionarlas e incluso autogestionarlas. Acciones como el presentarme a la mayoría de los profesionales de la sala, el entablar conversaciones con los guardias, con el personal de servicios generales, el dialogar con la nurse, las técnicas de enfermería, la psicóloga e incluso en momentos muy escasos con los psiquiatras, fueron varios movimientos que fui desarrollando como costumbre en miras a recibir algún tipo de invitación para componer el equipo interdisciplinar de la sala.

Desde el inicio, la propia organización de la sala marcó mi integración con el equipo de enfermería, el área psicosocial y los guardias de seguridad, con quienes compartía espacios y tiempos de permanencia. Es necesario aclarar que si bien el proceso de aproximación al personal que desarrollan distintos tipos de cuidado en la sala (equipo interdisciplinar) se mantuvo a lo largo de mi permanencia en el local, algunas personas fueron más abiertas o receptivas que otras, lo que presentó un obstáculo, pero a la vez una ventaja, para poder conocer de primera mano las formas en las cuales podría desarrollar trabajo con los con usuarios/as del local.

Como fue mencionado atrás, la apertura de algunos/as profesionales (funcionarios/as) de la salud en lo que tiene que ver con el tiempo, el espacio, la organización institucional, la disposición al intercambio de ideas, la consideración con los problemas que traían los/as internos/as y el conocimiento de los trabajos terapéuticos que los/as mismos/as estaban cumpliendo mediante su estadía en la sala, permitió establecer algunas conexiones que ayudaron a alcanzar el objetivo general del estudio.

El transitar por espacios comunes, el consultar sobre lo que era posible o no en el local, el pedir orientaciones para implementar mis proyecciones en el espacio, y el recibir retroalimentaciones con quienes fui construyendo proximidad (nurse, técnicas de enfermería, guardia, personal de servicios generales), fue un vínculo muy importante que me permitió generar confianza para avanzar en los desafíos de la propia sala.

> Hoy al llegar, dejé mis cosas en la enfermería como todos los días que voy, y me dirigí al patio a ver con qué usuarios/as me encontraba. Cuando llegué al patio, había pacientes conocidos de la semana anterior y otros nuevos. (cuaderno de campo).

> Llegué y me puse hablar en la enfermería, y me comentaron que tienen un cuaderno en el que escriben todo lo que pasa para el cambio de turno; así los que llegan tienen toda la información. (cuaderno de campo).
>
> Conversando con el guardia me contó que antes a los pacientes los ataban con cadenas y algunos llegaban a romper esas cadenas. (cuaderno de campo).

En lo que tiene que ver directamente con el trabajo interdisciplinar, me concentré durante cada día que concurría a la sala en intentar dialogar con los psiquiatras del servicio, quienes a mi modo de ver serían aquellos que podrían darme mayores indicaciones sobre el funcionamiento del equipo (quienes lo conforman, días y horarios de encuentro, formas de abordar la construcción terapéutica de los problemas o sufrimientos de los usuarios, cómo visualizan que la Educación Física puede contribuir al trabajo de cuidado etc.). Sin embargo, este movimiento fue imposible de lograr ya que, su trabajo era desarrollado siempre dentro del consultorio, a puerta cerrada, con atendimiento en horarios determinados y centrado (desde mi perspectiva) en un abordaje clínico.

En relación a lo anterior, uno/a de los/as profesionales colaborador/a del estudio mencionó que

> creo que a veces en esto se fragmentan los roles; por un lado, enfermería, por otro lado, los psiquiatras, por otro lado, el equipo psicosocial; a veces queda como un bache ahí importante relacionado al acompañamiento de estos espacios de la sala, como cuando están en el comedor, el horario del patio. (profesional colaborador/a 2)

El anterior aporte me hizo visualizar que, si bien existían profesionales de distintas disciplinas integrando el equipo, el trabajo interdisciplinar estaría segregado más por lo disciplinar y no por la interacción del propio equipo en todo aquello que le sucede al interno durante su estadía en la sala. Hecho que tuvo sentido en ciertos momentos al ver que quienes estaban acompañando, interactuando, conversando e incluso vigilando lo que sucedía en el día a día de los usuarios, no eran quienes se encontraban en los consultorios y sí, quienes rotaban constantemente por los espacios comunes.

En palabras simples, la interdisciplina no siempre se desplegaba como una práctica consolidada, sino más bien, como un conjunto de aproximaciones parciales entre los distintos actores que habitan la sala. Dinámica que fui comprendiendo al visualizar los atravesamientos que la propia organización de los espacios poseía, en el que muchas veces se ubicaba a las disciplinas en lugares separados, en consultorios, detrás de escritorios o delimitadas por puertas, lo que dificultaba el encuentro cotidiano entre las/os profesionales de la sala para generar entre todos/as un seguimiento u apoyo mutuo.

En cierta ocasión, en un intercambio realizado con algunos/as de los/as profesionales de salud de la sala en miras a preguntar sobre el tratamiento que uno de los usuarios estaba

recibiendo (pensando en cómo desde las prácticas corporales podía contribuir al mismo) una de las profesionales presentes "*me ofreció ver las historias clínicas de los/as usuarios/as; pero no accedí, porque consideraba que era una acción invasiva*" (cuaderno de notas).

Esa acción de "ser invasiva" lo interprete desde dos lentes específicas que si bien en la época hacia sentido, también fue representativo para comprender – tiempo después – cómo mi posición de sujeto se fue configurando al interior de la correspondiente sala de internación. En este orden de ideas, visualicé que, por un lado, al no haber tenido la oportunidad/posibilidad de dialogar con los/as psiquiatras del servicio en miras a mi reconocimiento e integración al equipo interdisciplinar, esto se convirtió en un problema, pues desde mi perspectiva, la apertura, información y presentación de la estudiante avanzada al equipo debió haberse dado desde la cabeza y no solamente en los esfuerzos individuales de la futura profesional del área para solicitar su respectiva integración.

La otra lente, hizo referencia al desconocimiento técnico que tenía como estudiante en relación a la forma en la cual se diligenciaba una historia clínica (en formato papel o electrónico) lo que llevaba, tanto a tener un poco de cuidado con aquello que iba a encontrar en la correspondiente historia, cuanto en la reacción del director y demás profesionales de la sala al saber que yo tendría acceso a las respectivas fichas médicas. A lo anterior se sumaba también el evitar generar algún tipo de problemática o conflicto entre y para las/los profesionales de salud que conmigo generaron la confianza para ofrecerme la oportunidad de leer los datos individuales de los/as usuarios/as (ficha médica) y el proceso de cuidado por el cual estaban transitando.

Como tal, lo descrito hizo que me resultara difícil visualizar un grupo de trabajo propiamente interdisciplinario. Como profesional de Educación Física en la sala, percibí que mi lugar estaba vinculado sobre todo al patio; un espacio que, si bien ofrecía posibilidades de encuentro con los/as usuarios/as, quedaba casi siempre relegado de las discusiones o de las dinámicas centrales en relación al tratamiento, contribución de las prácticas a los internos de la sala o incluso al diálogo interprofesional. En este orden de idea, el patio comenzó a ser un espacio de interacción en donde mayoritariamente se concentraban las actividades desde la Educación Física proyectadas; espacio que incluso en muchos momentos se transformó en una herramienta de orden y control (desde otros profesionales) restringiendo las posibilidades de asistencia de los internos a las prácticas corporales propuestas. Lo anterior puede ser visualizado en lo siguiente:

> Después de esperar un buen rato y de estar más ansiosos por salir, la enfermera nos comentó que no se iba abrir el patio debido a que un paciente había tenido comentarios relacionados a irse (él estaba de forma judicial, y también porque había un paciente que no conocían y eran pocos los profesionales que había para cuidarlos. (Cuaderno de nota).

> También el horario del patio suele ser un horario donde se suelen fugar. Estoy segura que si existiera capaz una propuesta o alguien que acompañe esos espacios, no pasarían esas cosas, o estaríamos más atentos a esas cosas, porque a veces son segundos donde vos decís, no estaba ahí para contener en el momento justo. (profesional colaborador/a 2)

Desde mi lugar, y también desde mi inexperiencia, esto generaba que algunas de las actividades que proyectaba para los diferentes encuentros se vieran tensionadas por distintas restricciones, ya que me resultaba complejo apoyarme en otros profesionales para que las tuvieran una secuencia directa con las progresiones terapéuticas de los demás profesionales. Es claro que en ciertos momentos, logré articular algunas acciones puntuales (y al mismo tiempo muy esporádicas) con otros profesionales de la sala, lo que dejaba en evidencia los límites que el área presentaba para integrarse a un trabajo interdisciplinar. Al tener entendido lo anterior, mis pensamientos en función a esta integración se direccionaron a pensar más en la acción y menos en la búsqueda de espacios para ser parte de; motivo por el cual, mi frustración me llevó a decir "¡Bueno, es lo que toca!".

A pesar de estas tensiones, tanto usuarios/as como algunos/as profesionales de la sala, valoran el papel de la Educación Física en el local, especialmente en lo referido a las instancias donde se incorporan propuestas corporales y/o recreativas como formas de acompañamiento a los distintos procesos terapéuticos por los que está transitando el usuario. En esta línea, uno/a de los/as profesionales colaborador/as del estudio afirmo que el realizar algún tipo de actividad o práctica corporal que implique el movimiento con los internos de la sala

> está bueno como un aporte a la salud mental, ese estímulo más físico, que a la vez no es solo físico: es mental, es emocional. Uno ve después de las prácticas que ellos quedan contentos; incluso, al día siguiente lo traen: "ayer vino Mica e hicimos esto; estuvo muy bueno". Te lo devuelven todo el tiempo, más allá de su enfermedad, pueden devolverte que pasaron un buen momento" (Profesional colaborador/a 2).

Otros también ven el foco de la práctica como un proceso eminentemente restrictivo, medicalizador y de control de los/as usuarios/as, pues para otro de los/as colaboradores/as del estudio *"la educación física sería como una descarga, ellos salen, juegan, gastan energía, se distienden porque están con otras personas"* (profesional colaborador/a 1). Idea que está bastante prescriptiva (funcional) pero que en parte, contribuiría desde una perspectiva hegemónica a incentivar la socialización e intercambio de los sujetos mediante su correspondiente estadía.

> Estoy segura que si existiera capaz una propuesta o alguien que acompañe esos espacios, no pasarían esas cosas, o estaríamos más atentos a esas cosas, porque a veces son segundos donde vos decís, no estaba ahí para contener en el momento justo. Pero bueno, creo que en esto de lo que se basa la salud integral, y como es desafío, que tenemos una gran parte, una

> sala de psiquiatría que se basa principalmente en un abordaje bioquímico. (profesional colaborador/a 2)

El analizar lo anterior desde una perspectiva eminentemente crítica, me permitió visualizar que los lugares que ocupan de los profesionales de salud al interior de la sala están posicionados de manera estructural bajo una referencia de jerarquización que limita la interacción entre el equipo, llevando a que el cuidado se convierta más en una "cadena" en el que cada uno hace su tarea comunicándose estrictamente lo necesario. En otras palabras, cada uno hace su tarea para que el otro pueda desarrollar la suya.

En este sentido, la escasa comunicación y coordinación entre las disciplinas no solo dificultaba mi integración al grupo de trabajo, sino que también impactaba en la limitación de observar procesos de mejora en los/as usuarios/as desde una mirada compartida; aún considerando la volatibilidad que existía en los/as usuarios/as internos en la sala. La ausencia de espacios de intercambio hacía que mi rol quedara parcialmente aislado, sin lograr anclarse del todo a una dinámica interdisciplinaria que potenciara el acompañamiento y el seguimiento de los/as asistentes a los espacios de encuentro.

En lo que tiene que ver con la jerarquización de la sala, uno/a de los/as colaborador/as del estudio puso en manifiesto que

> el psiquiatra es quien hace los primeros lineamientos; es quien, por lo general, hace la primera intervención y a partir de ahí llama a la trabajadora social. Me llama a mí; orienta al equipo de enfermería también. A la misma vez la enfermería tiene una visión diferente de la persona internada, porque es el personal que más tiempo comparte con los pacientes. Entonces hay como un ida y vuelta bastante recurrente entre enfermería y psiquiatría, pero no siempre con las otras áreas. (profesional colaborador/a 2)

La fuerte lógica de jerarquización existente en el espacio de la sala hacía difícil pensar en relaciones más horizontales; este relato muestra cómo la figura del psiquiatra ocupa un lugar central en la organización de la internación, actuando como punto de partida para pensar o proyectar las intervenciones de los demás profesionales del local.

Si bien existe un cierto vínculo de ida y vuelta entre psiquiatría y otras áreas científico-disciplinares, considero que este movimiento queda relegado al desarrollo específicos de tareas sin un espacio real de diálogo. Hecho que, de acuerdo a su posición de sujeto, uno/a de los/as colaboradoras/es del estudio manifieste que "*por un lado cada uno hace su trabajo; por otro, la misma sala es como un gran equipo porque todos dependemos de todo en algún momento. Igual, (…) está jerarquizada, porque todo parte de lo que marca el psiquiatra*" (profesional entrevistada).

La anterior afirmación deja ver la tensión entre la idea de un "gran equipo" y la realidad jerárquica que subordina las acciones disciplinarias frente a los direccionamientos de tareas específicas orientadas por la propia psiquiatría de la sala. En este sentido, el trabajo en equipo

no se da de manera horizontal entre disciplinas, sino que sigue una lógica vertical donde los roles vienen bastante demarcados y donde se le da un lugar específico a aquel sujeto que transita por el local de internación. Esta característica es reiterada por uno/a de los/as colaboradores/as del estudio al mencionar que

> Desde el área de la psiquiatría, siempre se considera que este es un espacio en donde las personas que están internadas están en un cuadro agudo; donde lo que necesitan es reposar, estar tranquilos. Entonces, es como que hasta ahora no se consideraba algo importante que ellos tuvieran actividades más variadas. (profesional entrevistada).

Este testimonio refleja que la propia mirada hegemónica de la sala legitima la quietud y el reposo como objetivos prioritarios, reduciendo las posibilidades de incorporar otras prácticas y saberes en la internación. Por este motivo, considero que la falta de interdisciplina no es solo una cuestión de organización, sino también de concepción, un modelo de atención que privilegia lo médico-psiquiátrico por sobre otras formas de acompañamiento.

En este caso, la Educación Física como disciplina de intervención en la sala de internación se reconoce como un espacio de interacción, disfrute, expresión y encuentro, donde el movimiento habilita la vivencia de experiencias que exceden lo corporal, incorporando una multiplicidad de prácticas corporales con fines direccionados hacia la producción de cuidado, la interacción entre los sujetos, la el diálogo de saberes y el intercambio de reflexiones.

Si bien las prácticas corporales propuestas en la sala significaron y resignificaron el estar del sujeto en la internación con matices y énfasis distintos, estas miradas muestran un consenso en torno al potencial que las referidas prácticas presentan en el sujeto que vive el sufrimiento mental, corporal, emocional o social. No obstante, este reconocimiento, aunque reiterado en los testimonios, no logra traducirse en la consolidación de un trabajo interdisciplinario sostenido, articulado y abierto a las disciplinas del área de la salud.

En definitiva, lo observado en la sala de internación permite afirmar que la interdisciplina se sostiene más en la ilusión que en la práctica concreta. Si bien los discursos recuperan el valor de integrar miradas y se reconoce el aporte de distintas áreas —incluida la Educación Física—, la dinámica cotidiana se encuentra atravesada por la fragmentación de roles, la centralidad de la psiquiatría y la ausencia de espacios reales de intercambio. Esto hace que las intervenciones terminen respondiendo a la lógica biomédica, y que los aportes de otras disciplinas aparezcan solo de vez en cuando, o cuando alguien particularmente toma la iniciativa.

Por esto, la interdisciplina en la sala de internación a partir de mi experiencia queda más en la categoría de un “ideal”, que como algo real; experiencia que en la práctica se da en vínculos parciales y jerárquicos, más parecido a acciones sueltas que a un proyecto de trabajo en común.

Reconocer esta distancia entre lo que se dice y lo que pasa en la sala no solo cuestiona la idea de lo interdisciplinar y las acciones que los distintos profesionales desarrollan para abordar las necesidades de los sujetos que se encuentran internos, sino que también, abre la posibilidad de (re)pensar qué condiciones harían falta para que la Educación Física, como disciplina académica y de intervención, pueda reconocerse e inscribirse en un trabajo colaborativo e interdisciplinar en este nivel de atención de la ciudad de Paysandú.

5. CONSIDERACIONES FINALES

Esta investigación como trabajo final de grado de licenciatura se constituye como el resultado de un proceso formativo, investigativo y personal que tuvo lugar en el Instituto Superior de Educación Física (ISEF), en el marco del plan de estudios 2017, y que se materializó a partir de mi tránsito académico por el CENUR L.N. – Sede Paysandú. La experiencia desarrollada en la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Departamental “Escuela del Litoral Galán y Rocha”, se convirtió en el escenario que permitió tensionar y problematizar el lugar de la Educación Física dentro del campo de la salud mental.

El trabajo se organizó siguiendo una estructura en la que se articularon elementos teóricos, metodológicos y analíticos en diálogo con las materialidades empíricas producidas en el cuaderno de campo, las entrevistas, las observaciones y las conversaciones realizadas en el cotidiano de la sala. La introducción dio cuenta de los motivos que me llevaron a situar mi objeto de estudio en este espacio, poniendo en evidencia cómo la formación recibida en distintas unidades curriculares orientó mis intereses hacia el objetivo central de este estudio proyectado a comprender el papel que puede desempeñar la Educación Física, como disciplina académica y de intervención, en la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Departamental “Escuela del Litoral Galán y Rocha” de la ciudad de Paysandú.

En el segundo capítulo, el marco teórico referencial, materializó una revisión sistemática de literatura, la cual dió cuenta de la escasa producción nacional que articule directamente la Educación Física con el campo específico de la Salud Mental lo cual refuerza el carácter original y germinal de este trabajo, al tiempo que visibiliza la necesidad de seguir profundizando este campo de estudio.

En cuanto al marco teórico conceptual, se materializaron tres apartados que contextualizan y enmarcan esta investigación; en primer lugar “Salud Mental en Uruguay: Una breve historia”, este apartado refleja cómo la locura en Uruguay fue históricamente entendida desde lógicas religiosas y biomédicas que justificaron el encierro, la exclusión y las terapias coercitivas, hasta llegar en la actualidad a un modelo que, con la Ley de Salud Mental N.º 19.529 (2017). Normatividad que busca reconocer a las personas como sujetos de derechos y sustituir los manicomios por dispositivos comunitarios.

El segundo apartado, se centra en “El campo de la Educación Física Uruguaya y su proyección a las Políticas Públicas de Salud Nacional: Una experiencia diciplinar que paso a paso se construye”, en el cual se aborda cómo la Educación Física en Uruguay se consolidó

como campo académico y crítico, transitando de un enfoque técnico hacia uno pedagógico e investigativo.

Destaca el rol del Instituto Superior de Educación Física – ISEF y del Departamento de Salud en promover una mirada ampliada de la salud, desde la lente de la salud colectiva, lo que permite pensar el aporte de la disciplina a la salud mental y a las políticas públicas en el SNIS.

Por último, en el tercer apartado titulado “Practicas corporales como herramienta de intervención en el campo de la Salud Mental”, se refleja que las prácticas corporales, al considerar la diversidad y subjetividad de los sujetos, entendiendo que son una herramienta clave en salud mental. Aportan a la prevención, recuperación y cuidado integral desde una mirada crítica y colectiva, posicionando a la Educación Física dentro de los equipos interdisciplinarios de salud.

Por otro lado, tercer capítulo de la investigación presentó las decisiones metodológicas adoptadas, situadas en un delineamiento descriptivo de carácter cualitativo y bajo la modalidad de relato de experiencia. La producción de información se sustentó en mi vivencia como investigadora y en los registros empíricos construidos a partir del contacto cotidiano con la sala, en los que se generaron tensiones, limitaciones y posibilidades.

Ya, el cuarto capítulo, fue dedicado al análisis de las materialidades empíricas del estudio. Se buscó dar respuesta objetivo central del estudio, mostrando cómo la Educación Física podría contribuir en este contexto a la sala de internación desde tres categorías específicas; la primera categoría se encuentra direccionada a “Descripción del contexto y el local en el cual se desarrolló el correspondiente estudio”, para seguidamente, como segunda categoría, describir el proceso de **“**Aproximación e integración de la investigadora a la Sala de Internación Psiquiátrica: encuentros y desencuentros a partir de las prácticas corporales”; ya, la tercera categoría analítica, se encuentra enfocada ¡Bueno!, es lo que toca: La ilusión de la Interdisciplina entre disciplinas que no dialogan”.

Está investigación permitió comprender que el papel de la Educación Física en el campo de la salud mental en Uruguay todavía se encuentra en una etapa inicial, pero con un gran potencial de desarrollo. Los hallazgos resaltan la necesidad de reformular los procesos de formación de grado para preparar a los futuros profesionales en la intervención en salud, así como la urgencia de generar más experiencias y sistematizaciones que fortalezcan el reconocimiento de la disciplina dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Este trabajo, en tanto relato de experiencia, no busca dar respuestas acabadas, sino abrir interrogantes y sentar las bases para que la Educación Física pueda consolidarse como un actor relevante en la construcción de prácticas más humanas, inclusivas y respetuosas en los contextos de internación psiquiátrica.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acosta, L. (2000). *La mediación del "higienismo" en la génesis del Servicio Social en el Uruguay.* Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay.

Álvarez-Martínez, H., & Pérez-Campos, E. (2004). Causalidad en medicina. *Gaceta Médica de México, 140*(4), 467–472.

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial* (3ª ed.). Editora Fiocruz.

Aldasoro De Paula, V. (2017). *De la enfermedad mental a la salud mental: un recorrido historizante sobre la locura en nuestro país* [Tesis de grado, Facultad de Psicología, Universidad de la República]. Colibrí.

Bacino Peláez, G. (2022). *Reforma de la atención a la salud mental en Uruguay y procesos de externación: la experiencia de "Casa Buceo"* [Tesis de grado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República]. Colibrí.

Barúa Caffarena, A. (2013). El proceso de los equipos de salud de la familia (APS): análisis de complejidades desde la perspectiva clinitaria. En N. de León (Coord.), *Salud mental en debate: pasado, presente y futuro de las políticas de salud mental en el Uruguay* (pp. 95–109). UdelaR-CSIC.

Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio.* Topía.

Batthyány, K., & Cabrera, M. (2011). *Metodología de la investigación en ciencias sociales: apuntes para un curso inicial*. Udelar-CSE.

Báez, J., & Tudela, P. (2009). *Investigación cualitativa*. ESIC Editorial.

Bolívar, A., Domingo, J., & Fernández, M. (2001). *La investigación biográfico-narrativa en educación: El conocimiento de la experiencia.* La Muralla.

Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta para transformar la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 31*(Supl. 1), S13–S27. https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v31s1a02

Campos, G. W. S. (2003). *A clínica do sujeito por uma clínica reformulada e ampliada*. Hucitec.

Cañón-Buitrago, E. A., & Fraga, A. B. (2020). As práticas corporais indígenas no ensino da educação física. *LICERE, 23*(3), 709–726.

Corral, Y. (s. f.). *Los trabajos de investigación: estructura, normas técnicas e instrumentos de recolección de información* [Manuscrito en imprenta]. Fedupel.

Corral, Y., Corral, I., & Franco, A. (2019). *La investigación: tipos, normas, acopio de datos e informe final para estudios cuantitativos, cualitativos y biomédicos.* Fondo Editorial OPSU.

Damico, J. G. S. (2011). Rasuras disciplinares e amputação de fazeres. *Movimento, 17*(3), 269–287.

De León, N. (2013). *Salud mental en debate: pasado, presente y futuro de las políticas de salud mental en el Uruguay*. UdelaR-CSIC.

Dogliotti, P. (2012). *Educación física en Uruguay: historia de una identidad en construcción (1874–2010).* Comisión Sectorial de Investigación Científica, Udelar.

Dogliotti, P. (2018). De la educación física a las ciencias del ejercicio: perspectivas históricas. En D. Hortiguera & P. Scharagrodsky (Comps.), *Educación física, historia y política en América Latina* (pp. 187–208). Miño y Dávila.

Duffau, N. (2020). El “gran encierro” en Uruguay: Del Asilo de Dementes al Hospital Vilardebó, 1860-1950. En A. Ríos Molina & M. Ruperthuz Honorato (Coords.), *De manicomios a instituciones psiquiátricas: Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX* (pp. 217–246). Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas. https://historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/783_05_05_granencierro.pdf

Fleury, S. (1992). *Salud y democracia: la lucha del CEBES*. Organización Panamericana de la Salud.

Foucault, M. (2000). *Los anormales: curso en el Collège de France (1974–1975)*. (H. Pons, Trad.). Fondo de Cultura Económica.

Fraga, A. B., & Wachs, F. (2007). *Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção*. Editora da UFRGS.

Gaya, A., & Gaya, A. (2018). *Relato de experiência: roteiros para elaboração de trabalhos de conclusão de licenciatura.* CRV.

Geertz, C. (1992). *La interpretación de las culturas*. Gedisa.

González, C. (2020). *La situación de la salud mental en Uruguay y la aplicabilidad de la Ley 19.529 en el marco de la emergencia sanitaria, social y económica provocada por la pandemia del COVID-19* [Tesis de grado, Facultad de Psicología, Universidad de la República]. Colibrí.

Gómez Bastar, S. (2012). *Metodología de la investigación (1ª ed.).* Red Tercer Milenio S.C.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación (6ª ed.).* McGraw-Hill Education.

Instituto Superior de Educación Física. (2017a). *Plan de estudios 2017*. Universidad de la República.

Instituto Superior de Educación Física. (2017b). *Plan de desarrollo institucional 2017–2021*. Universidad de la República.

Uruguay. Ley Nº 9.581 (1936). Ley del psicópata. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9581-1936

Uruguay. Ley Nº 19.529 (2017). Ley de Salud Mental. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017

Liborio, M. M. (2013). ¿Por qué hablar de salud colectiva? *Revista Médica de Rosario, 79*(3), 136–141.

Luz, M. T. (2007). *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais.* Hucitec.

Machado Rodríguez, S., & López Sant'Anna, S. (2020). *El punto cero de un nuevo rumbo: caminos para pensar la inserción de la Educación Física al Sistema Nacional Integrado*

de Salud - SNIS en Uruguay. [Tesina, Instituto Superior de Educación Física, Universidad de la República]. Colibrí.

Maristán Scayola, S. (2016). *Locura, enfermedad y salud mental: significaciones y contextos socio-históricos en los procesos de reformas* [Trabajo final de grado, Facultad de Psicología, Universidad de la República]. Colibrí.

Ministerio de Salud Pública. (1986). *Plan Nacional de Salud Mental.* Ministerio de Salud Pública – Uruguay.

Monteiro, V., & Carvalho, Y. M. (2016). *Práticas corporais & clínica ampliada*. Hucitec.

Moya, M., & Willis, G. B. (2020). La psicología social ante el COVID-19: consecuencias de la pandemia y aportaciones desde la disciplina. *Revista de Psicología Social, 35*(3), 581–589.

Niño Rojas, V. M. (2011). *Metodología de la investigación*. Ediciones de la U.

Ottonelli, F. (2013). Marco jurídico: salud mental y derechos humanos. En N. de León (Coord.), *Salud mental en debate: pasado, presente y futuro de las políticas de salud mental en el Uruguay* (pp. 59-70). Udelar-CSIC

Pellegrino, A. (2003, agosto). *Caracterización demográfica del Uruguay*. Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Quecedo, J., & Castaño, M. (2003). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica, 14*(1), 5–39.

Reidl-Martínez, L. (2012). Marco conceptual en el proceso de investigación. *Investigación en Educación Médica, 1*(3), 146–151.

Rodríguez, R. (2013). Reflexiones sobre la formación docente en educación física. En P. Scharagrodsky (Comp.), *La invención del "homo gymnasticus": Fragmentos históricos sobre la educación de los cuerpos en movimiento en Occidente* (pp. 183–200). Prometeo Libros.

Roig Unamunzaga, F. (2023). *Las vecinas y sus prácticas de salud: Propuesta de prácticas corporales como complemento al primer nivel de atención en salud de usuarias de la Policlínica Rural "Pueblo Sauce" del departamento de Río Negro.* [Trabajo final de licenciatura, Instituto Superior de Educación Física, Universidad de la República]. Colibrí.

Romano, S. (2017). Oportunidades y desafíos de la Ley 19.529. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, 81*(2), 98–100.

Ríos, B., & Vicente, N. (2001). Mecanismo de acción de la terapia electroconvulsiva en la depresión. *Actas Españolas de Psiquiatría, 29*(3), 199–207.

Salvatierra, F. (2020). *"Hasta que vos no llegaste acá, no lo había pensado": Un relato de experiencia desde la Educación Física como parte del equipo interdisciplinario de la Policlínica Vespertina Chaplin de atención integral para personas trans en la ciudad de Paysandú.* [Tesis de grado, Instituto Superior de Educación Física, Universidad de la República]. Colibrí.

Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública, 31*(5), 538–542.

Stake, R. E. (2011). Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam (1.ª ed.). Penso.

Sánchez Silva, M. (2005). La metodología en la investigación cualitativa. Mundo Siglo XXI, (1), 115–118.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Paidós.

Tobar, F., & Romano Yalour, M. (2003). Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Fiocruz.

Torrón, D. (2015). Planes de estudio de educación física en Uruguay. En A. Castillo, P. Dogliotti & S. Pedraz (Comps.), Historia de la educación física en Uruguay y en América Latina (pp. 47–64). Universidad de la República.

Urbano, P. (2016). Análisis de datos cualitativos. Revista Fedumar Pedagogía y Educación, 3(1), 113–126.

Wachs, F. (2016). Educação física e saúde coletiva: cenários, saberes e práticas. Editora da UFRGS.

APÉNDICE

APENDICE A- Tabla de Registro Sistemático

REVISIÓN SISTEMÁTICA SALUD MENTAL - TRABAJO FINAL DE GRADO 2023																					TOTAL FINAL
Términos de Búsquedas			Bases de Datos - Rvistas - Repositorios URUGUAYAS																		
Término 1	Término 2	Término 3	Google Académico		BIUR		Colibrí		Revista IUACJ		PubMed		Silo		Scielo		Timbó Foco		Redalyc		Lilacs		
			TR	D	TR	D	TR	D	TR	D	TR	D	TR	D	TR	D	TR	D	TR	D	TR	D	0
Salud Mental	Uruguay		24.800	49	718	26	2.348	50	0	0	25	16	166	47	0	0	4.811	32	337.510	49	159	44	313
Ley de Salud Mental			784	47	0	0	2.415	49	0	0	0	0	15	15	0	0	97	7	394.836	49	16	14	181
Ley 19.529			58	49	0	0	2.651	50	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	176.639	50	0	0	150
Reforma a la Salud Mental			0	0	0	0	2.352	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	765.440	39	7	5	94
Segunda Reforma Salud Mental			0	0	0	0	2.353	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35.292	50	1	1	101
Desmanicomialización			325	48	0	0	2.292	44	0	0	0	0	4	4	0	0	42	7	35.292	50	0	0	153
Plan Nacional de Salud Mental			407	50	0	0	2.594	49	0	0	0	0	1	1	0	0	47	12	628.231	49	4	2	163
Educación Física	Ley 19.529		3	3	0	0	1.356	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	489.512	50	0	0	97
	Ley 19.529	Uruguay	3	3	0	0	2.721	46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	497.993	50	0	0	99
	Desmanicomialización		37	27	0	0	2.416	48	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	464.129	50	0	0	125
	Reforma Salud Mental		0	0	0	0	2.464	49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	566.107	50	0	0	99
TOTAL POR BASE				276		26		529		0		16		68		0		58		536		66	1575

Apéndice B – Agrupamiento de proyección

Agrupamiento
De proyección
Avance del proceso legislativo sobre la Ley de Salud Mental (Proyecto de Ley)
Comentarios al Proyecto de Ley de Salud Mental remitido al Parlamento Nacional por el Poder Ejecutivo en diciembre de 2013
Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental (Política Pública)
Hacia un Modelo Integral en Salud Mental. Desafíos y realidades de una transición actual (Histórico conceptual)
Locura, enfermedad y Salud Mental: significaciones y contextos socio-históricos en los procesos de reformas (Historico conceptual)
Perspectivas y proyecciones de la Salud Mental en el Uruguay (Histórico conceptual)
Agrupamiento centralidad, temáticas específicas relacionadas con lo normativo/legislativo, la formulación y proyección de políticas públicas que se articulen a una nueva idea de atención integral a la Salud Mental en el país, así como el proceso de transición de paradigma que esta (idea) debe recorrer para alcanzar objetivos puntuales en pro de la segunda reforma a la correspondiente Ley de S.M

Apéndice C – Agrupamiento de reglamentación

Agrupamiento
De reglamentación
Acerca del Proyecto de Ley de Salud Mental aprobado en el Senado de la República
De la Enfermedad Mental a la Salud Mental Un recorrido historizante sobre la locura en nuestro país.
Documento presentado al Consejo de la Facultad de Medicina sobre la Ley de Salud Mental
Ley N° 19.529. Salud Mental
Oportunidades y desafíos de la Ley 19.527
concepto de salud mental y como han operado en la realidad nacional antes de la aprobación a la ley
Agrupamiento que centra sus esfuerzos en discutir o reflexionar desde diferentes lentes (historico, normativo, conceptual, práxico, comparativo) las posibilidades u oportunidades que puede generar la aprobación del Proyecto de Ley direccionado a la reforma a la Salud Mental del País

Apéndice D – Agrupamiento de implementación

Agrupamiento
De implementación
“Esquizofrenia y Estigma. Un análisis desde el modelo CIF de la Discapacidad.”
Abordaje de los equipos de salud mental del Centro Hospitalario Pereira Rossell y Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela de los aspectos vinculados al embarazo en relación a la nueva Ley de Salud Mental Nº 19.528
Cambio de Paradigma en el Abordaje en Salud Mental a Partir de la Implementación de la Ley de Salud Mental 19.527
Entre el ser y el deber ser : discursos en torno al debate por el proyecto de Ley de Salud Mental (2015-2017)
Hasta los muros más altos pueden caer La nueva ley en salud mental y las formas de rehabilitación que propone
La Salud Mental en el Uruguay: un asunto de todos. Acerca de la participación de colectivos sociales en el debate parlamentario de la ley N° 19.527
La situación de la Salud Mental en Uruguay y la aplicabilidad de la Ley de Salud Mental nº 19.529 en el marco de la emergencia sanitaria, social y económica provocada por la pandemia del COVID-17
Nuevo marco de jurídico de la Salud Mental en Uruguay Ley N° 19.529 de 19 de septiembre de 2015
La desinstitucionalización en el campo de la salud mental en Uruguay. Desafíos y realidades de una transición actual
Comprende temáticas relacionadas con lo histórico conceptual, lo normativo y el abordaje de patologías o condiciones de salud a partir del proceso de implementación de la Ley de Salud Mental 19xxx en el país.

Apéndice E – Propuesta de entrevista

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PROFESIONALES DE SALUD DE LA SALA DE INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL "ESCUELA LITORAL GALÁN Y ROCHA" DE LA CIUDAD DE PAYSANDÚ

BLOQUE DE PREGUNTAS CENTRALIZADAS EN EL/LA COLABORADOR/A

Puedes contarme:

a) ¿quién sos tu?, ¿cómo te llamas?
b) ¿tu edad?
c) ¿Cuál es su profesión? ¿Dónde estudió y en qué año se recibió?
d) ¿Cómo llegas a la sala? ¿hace cuánto tiempo?
e) ¿Trabaja en algún otro lugar o estas en dedicación exclusiva para la sala?

Su función en la salud:

a) ¿Cómo llegaste a trabajar en el área de la salud?
b) ¿En qué otros espacios de la salud te has desempeñado?
c) ¿Hace cuánto tiempo trabajas en el hospital y cuál ha sido tu recorrido en la institución?
d) ¿Cómo ha sido tu experiencia de trabajo con la Salud Mental en esta sala?
e) ¿Has tenido la experiencia de trabajar con profesionales de Educación Física? (áreas diversas)
f) Durante tu recorrido en la salud mental aquí en el hospital, ¿Has percibido en la sala la implementación de actividades de recreación, actividades con el cuerpo o actividades de juego en la propia sala o en el patio? ¿Cuáles le han llamado la atención?
g) ¿Qué potencial o beneficio crees que el profesional de EF les puede aportar para el trabajo que ustedes desempeñan en la sala? Y ¿Qué actividades crees que son las más convenientes de realizar o no? ¿por qué?
h) ¿Desde tu experiencia, Usted cree que algún tipo de paciente con alguna condición específica no debería realizar actividades prácticas?
i) ¿Cree que alguna actividad particular no debería ser realizada en este espacio?
j) ¿A que pacientes crees que les beneficia más las actividades recreativas o con el cuerpo?
k) ¿Cómo es la organización del trabajo de ustedes como profesionales en la sala? ¿Hay equipos de intervención?

Preguntas finales.

a) ¿Cuáles son los problemas más recurrentes que como profesional del área de la salud en la sala has encontrado?

b) ¿Existe algún aspecto negativo que afecte su trabajo en la institución si los pacientes no realizan las actividades corporales o de juegos?
c) ¿Consideras que puedes ser parte de alguna actividad recreativa o corporal en esta sala en conjunto con los pacientes?
d) Es posible identificar que en esta sala se tiene acceso a una televisión y a los juegos saludables, a partir de esto ¿Qué otras cosas crees que la institución podría brindar para que ustedes, los pacientes o cualquier persona puedan usarlos en forma libre?
e) ¿Usted conoce la Reforma Psiquiátrica Uruguaya? ¿Cree que hace buenas contribuciones a los tratamientos, accionares y cuidado de los pacientes?

Apéndice G - Término de consentimiento libre

Para: _____

Esta investigación titulada provisionalmente como **“Relato de experiencia dentro de la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Departamental "Escuela del Litoral Galán y Rocha" de la ciudad de Paysandú "**, está siendo desarrollada por la estudiante de 4to año MICAELA BRUN (5.391.982-8) como trabajo final de la Licenciatura en Educación Física del Instituto Superior de Educación Física (ISEF - CENUR L.N. – Sede Paysandú) de la Universidad de la República (Udelar) bajo la orientación del Prof. Dr. Edwin Alexander Canon-Buitrago.

El objetivo de este trabajo final de licenciatura se direcciona a **“**Comprender el posible papel que la Educación Física como disciplina académica y de intervención cumpliría al interior de la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Departamental "Escuela del Litoral Galán y Rocha" de la ciudad de Paysandú**”**. Si acepta participar de este estudio, será realizada una entrevista semiestructurada de forma presencial en el lugar que el/la colaborador(a) considere pertinente, y le será enviada con anticipación una copia con las/los respectivas/os preguntas/temas que serán tratadas el día seleccionado para la entrevista.

La entrevista será grabada en audio e inmediatamente después de culminar la misma el participante deberá firmar el presente TCLE. Los resultados de esta investigación serán utilizados únicamente con características académicas y de formación de grado, ayudando eventualmente a mejorar la experiencia de aprendizaje/enseñanza tanto de las involucradas en el estudio, cuanto de las personas que hagan lectura del mismo.

Aclaramos que su nombre será mantenido en absoluto anonimato siempre y cuando el (la) colaborador(a) así lo desee. Se enfatiza que su participación en el estudio es voluntaria y en cualquier momento podrá desistir de integrar el conjunto de colaboradores sin ningún prejuicio moral, personal o institucional.

En caso de cualquier duda o problema, el Prof. orientador y la estudiante a cargo estará a disposición de responder dudas o inquietudes relacionadas a su participación en el estudio.

Su contacto podrá ser hecho mediante correo electrónico o por vía telefónica tanto con la estudiante investigadora, cuanto con el Prof. orientador durante el transcurso de la investigación.

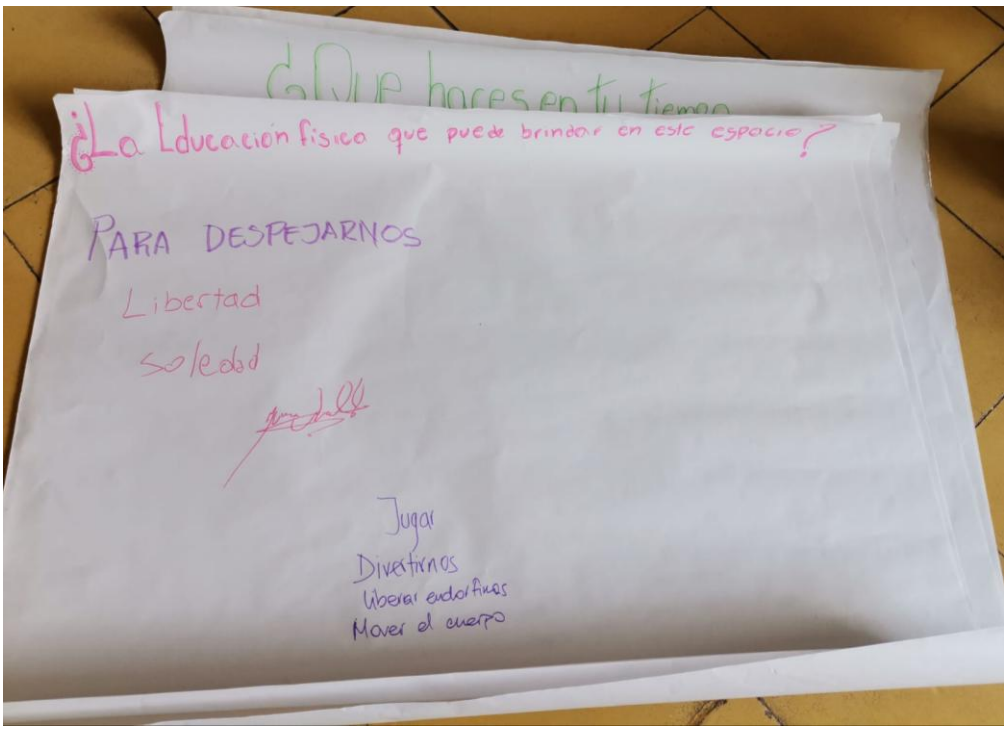
MICAELA BRUN - Cel: XXX XXX XXX. micaelabrun2003@gmail.com
EDWIN A. CANON-BUITRAGO - Cel: XXX XXX XXX. ecanon@cup.edu.uy

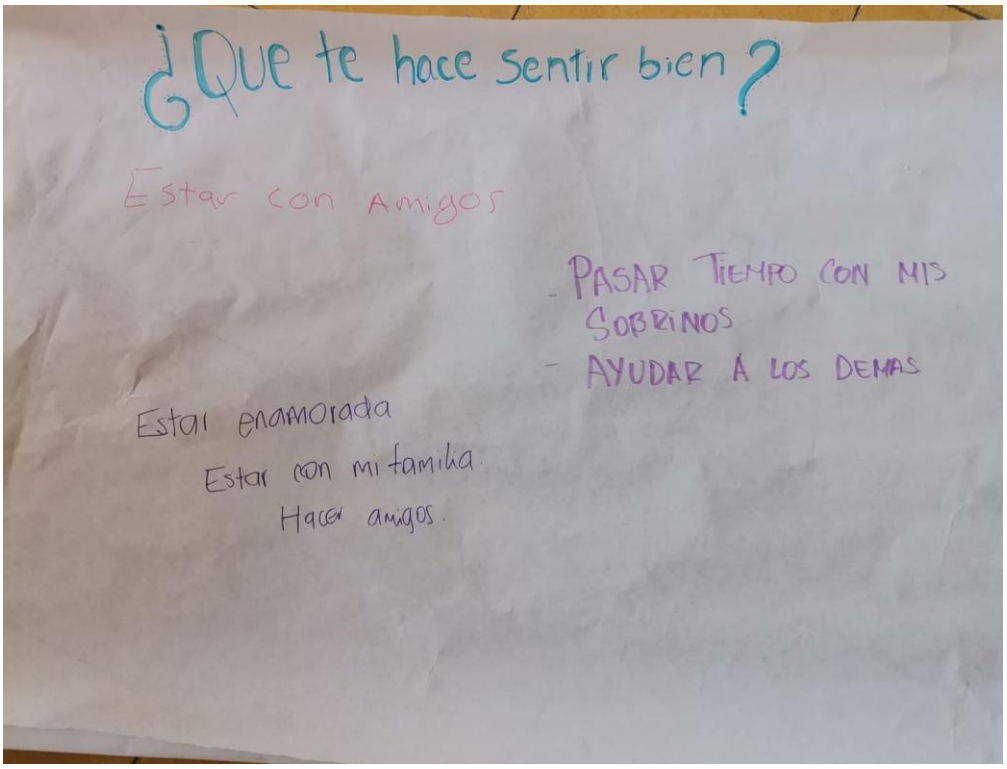
Consciente de lo anterior, yo _____ identificado(a) con documento de identidad N°_____, acepto voluntariamente participar en este estudio firmando este término de consentimiento y guardando una copia para mi archivo personal.

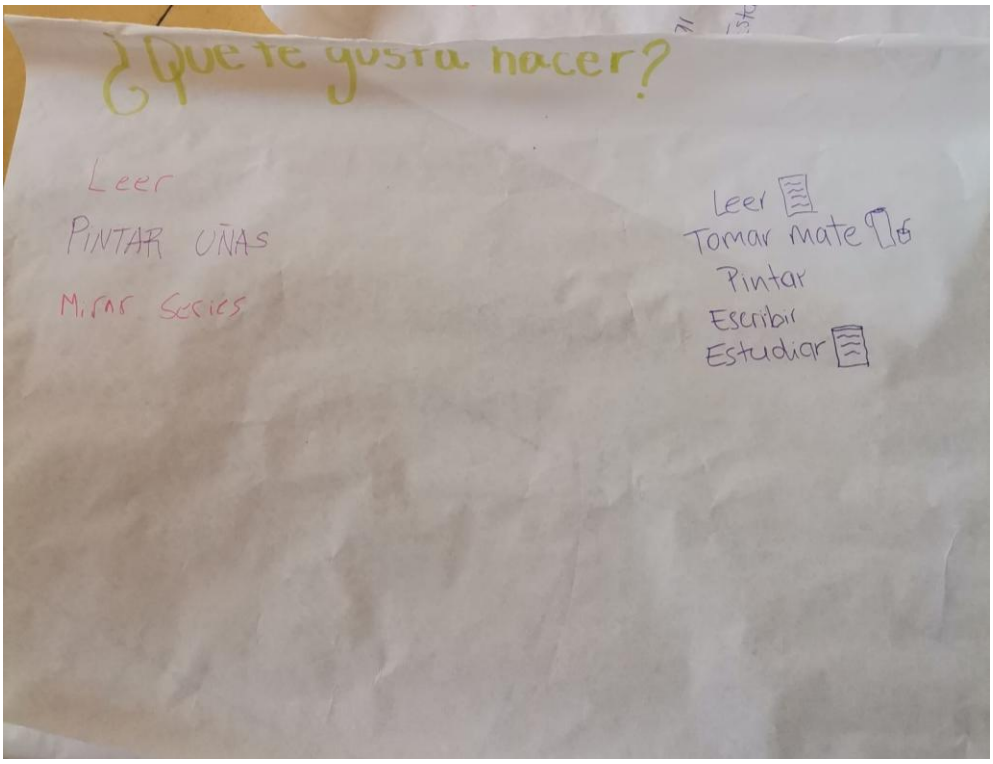
Firma _____ Aclaración _____

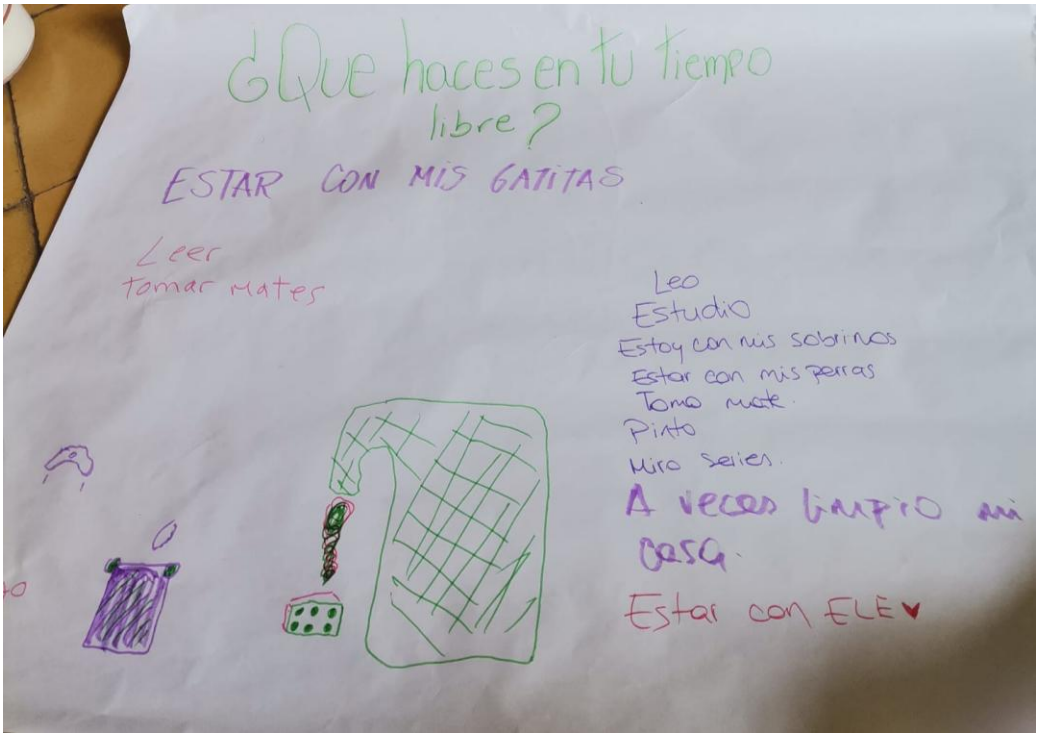
Ciudad: _____, (día) __ de (mes) _____ del 2024.

Apéndice H - Actividad de exploración de intereses






¿Que te gusta hacer?
Leer
PINTAR UÑAS
Mirar Series
Leer
Tomar mate
Pintar
Escribir
Estudiar


¿Que haces en tu tiempo libre?
ESTAR CON MIS GATITAS
Leer
tomar mates
Leo
Estudio
Estoy con mis sobrinos
Estar con mis perras
Tomo mate
Pinto
Miro series
A veces limpio mi casa.
Estar con ELE